

Maternidad y seguridad social

**LOURDES
JIMENEZ
BRITO**



CISS
SEGURIDAD SOCIAL
PARA EL BIENESTAR

**CUADERNOS DE POLÍTICAS
PARA EL BIENESTAR 7**

CUADERNOS DE POLÍTICAS
PARA EL BIENESTAR

VII

Conferencia Interamericana
de Seguridad Social

Secretario general
Gibrán Ramírez Reyes

Este material fue preparado por Lourdes Jimenez Brito bajo la dirección de Hugo A. Garciamarín Hernández, jefe de Especialistas de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

El cuidado de la edición estuvo a cargo de Ana Cecilia Zapien, Gwennhael Huesca y Antonio Álvarez.

El diseño y la formación estuvieron a cargo de Janín Muñoz.

Políticas para el Bienestar (año 1, núm. 7) es una publicación seriada de periodicidad irregular, editada por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. San Ramón s/n, Col. San Jerónimo Lídice, alcaldía Magdalena Contreras, C. P. 10100, Ciudad de México. Tel. 55 5377 4700, <https://ciss-bienestar.org/>

Se permite la reproducción parcial o total de este documento siempre y cuando se cite debidamente la fuente.

ISBN: en trámite.

Maternidad y seguridad social

**LOURDES
JIMENEZ
BRITO**



CISS
SEGURIDAD SOCIAL
PARA EL BIENESTAR

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	10
PRELUDIO	13
LA OTRA CARA DE LA MATERNIDAD	
INTRODUCCIÓN	21
CAPÍTULO I	29
LA MATERNIDAD COMO RIESGO SOCIAL Y SU ALTO COSTO PARA LAS MUJERES	
CAPÍTULO II	71
LA PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD ALREDEDOR DEL MUNDO. LA VÍA INTERAMERICANA DEL BIENESTAR PARA LA MATERNIDAD	
CAPÍTULO III	115
MATERNIDAD Y BIENESTAR. UNA PROPUESTA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	
BIBLIOGRAFÍA	172

Maternidad y seguridad social

Lourdes Jimenez Brito¹

¹ Equipo de especialistas de la CISS. Candidata a doctora en ciencia política por el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) de México.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer al secretario general de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), Gibrán Ramírez Reyes, por su valentía y decisión para refundar este importante organismo internacional y por apostar por un equipo de jóvenes profesionales para acompañarlo en dicha tarea. Gracias a su visión y determinación, la CISS vuelve a posicionarse como un organismo regional preocupado —y ocupado— por el bienestar de los pueblos americanos.

Asimismo, quiero destacar el acompañamiento constante de Hugo Garciamarín. Le agradezco su generosidad académica, su lectura siempre atenta y sus excelentes ideas para mejorar este cuaderno. Su preocupación genuina por las mujeres, para que vivan una maternidad en forma digna, fue un principio que tuve presente en todo momento.

También quiero expresar mi agradecimiento y reconocimiento a mis compañeros y compañeras de trabajo de la CISS. Sus comentarios y sugerencias han enriquecido enormemente este trabajo. Un agradecimiento especial a Ana Heatley, María José Cancino, Andrea García Márquez, Michelle Martínez Balbuena y Nancy Angélica Canjura Luna.

Por supuesto tengo que agradecer a mi pequeña hija Rosario, quien me enfrentó a la maternidad y me hizo vivir en carne propia las dificultades —pero también las alegrías— que experimenta-

mos las mujeres al convertirnos en madres. Gracias a mi esposo y compañero, Augusto Zelarayán, quien ejerce su paternidad corresponsablemente en cada momento. Gracias a mi madre, Teodora Brito, quien es mi ejemplo de fortaleza y tenacidad.

Finalmente quisiera dedicar este trabajo a todas las mujeres —madres y no— que a diario sostienen, con sus tareas injustamente no remuneradas, el mundo productivo. Es hora de redefinir un nuevo pacto social y político que dignifique y valore nuestro trabajo.

PRELUDIO

LA OTRA CARA DE LA MATERNIDAD

Cuando mi esposo y yo descubrimos que estábamos embarazados tuve un ataque de risa imparable. De esos que, por más que intentas detenerte, simplemente no puedes contener. A más de dos años de aquel episodio, hoy puedo asegurar que fueron risas nerviosas. No podía imaginarme embarazada y mucho menos ejerciendo la maternidad sin mi familia, mis amigos y en un país que no era el mío. Porque me tocó vivir la maternidad siendo migrante y estudiante en México. Me preguntaba constantemente cómo la maternidad cambiaría mi vida; cuáles eran mis derechos como embarazada y luego como madre; cuáles serían los costos que suponía traer un hijo o hija al mundo, y sobre el enorme desafío de conciliar mi vida profesional con la crianza. Jamás podría haber dimensionado todo lo que sucedió después.

El primer obstáculo que descubrí fue que, como estudiante, no tenía asegurado el derecho a una licencia remunerada de maternidad. Cuando me dirigí a la Oficina de Becas de mi universidad para informarme acerca de las condiciones de la licencia, me comunicaron que como becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) no tenía derecho a una licencia por maternidad remunerada durante el periodo de vigencia de mi beca. Me informaron, además, que si quería tomar una licencia cuando naciera mi hijo o hija, debía solicitar una baja voluntaria del programa, lo que implicaba la suspensión del pago de la beca

por todo un semestre académico. De pronto me vi envuelta en un complejo dilema: escoger entre tener un hijo o hija sin contar con ingresos económicos, o mantener esos ingresos, pero sin suspender mi asistencia a la universidad; es decir, dar a luz y al día siguiente seguir con mis actividades académicas con extraña normalidad. Desafortunadamente, ésta es la situación a la que se enfrentan todas las becarias del Conacyt en México en la actualidad. Para esa altura, la inseguridad y la incertidumbre eran parte de mis días y noches.

El segundo obstáculo —igual de dramático que el primero— fue tener acceso a un servicio de salud materna oportuno y de calidad. Como estudiante tenía cobertura médica; sin embargo, lo que viví al solicitar atención médica prenatal fue difícil de creer. Recuerdo que tenía 12 semanas —tres meses— de embarazo cuando me dirigí a solicitar mi primer control médico prenatal. Fue en agosto de 2018. La persona que me atendió me dijo: “tengo cita para la última semana de noviembre”. Técnicamente, eso significaba que mi primer control prenatal sería casi en el comienzo del octavo mes de mi embarazo. De nuevo, mi reacción fue reírme. Mi respuesta —sarcástica— fue “es posible que venga con el bebé en brazos para esa fecha”. Desconcertada, me contestó: “qué bueno que te lo tomes así, con gracia, porque es verdad lo que te estoy diciendo. No tengo ninguna cita antes y, además, no puedo permitir que te vayas sin agendar tus controles prenatales”. La incredulidad, la tristeza, pero sobre todo la sensación de injusticia se apoderó de mí y me hizo pensar en las miles de embarazadas que ven vulnerados sus derechos de atención médica prenatal oportuna y de calidad. Me fui de allí con mi primer control prenatal agendado para el octavo mes de mi embarazo. Claro que tuve que contratar un servicio médico privado y utilizar mis ahorros para

pagarlo. En cada visita prenatal y estudio de control que me hacía volvían a mi mente todas esas mujeres embarazadas que no podían costearse atención sanitaria.

No tenía derecho a una licencia de maternidad remunerada y mi primer control prenatal sería hasta los ocho meses de gestación. ¿Qué otras vicisitudes me esperaban en este mundo del embarazo y la maternidad? La más dura de todas: ser víctima de violencia obstétrica. Darme cuenta y aceptar que fui víctima de violencia obstétrica me llevó unos meses. Emocionalmente es una herida aún abierta. Y es que la violencia obstétrica es violencia de género. Me duele haber sido víctima cuando me creía empoderada. Me duele haber caído en este tipo de violencia cuando llevaba meses preparándome para evitarla. Pero es que la violencia es así: te golpea cuando menos lo esperas y te paraliza. Me sentí vulnerable, me sentí pequeña en un mundo de hombres que tomaron decisiones sobre mi cuerpo y sobre la vida de mi bebé. Lo peor es que lo hicieron sin una razón médica justificada. Lo hicieron quizá porque era conveniente para el médico y su equipo desocuparse pronto. De manera recurrente me pregunto si ellos y ellas son conscientes del daño que nos hacen a las mujeres y a nuestros hijos cuando toman esas decisiones, muchas veces irresponsables y egoístas. Pero claro, se trata de una violencia tan naturalizada que cuando nos animamos a cuestionarla, a quienes penalizan es a nosotras, las madres. Las respuestas típicas van desde “lo importante es que tu bebé y tú estén bien” o “el médico sabe lo que hace”, hasta “eres irresponsable por pretender tener un parto natural”. Me pregunto, ¿en qué momento la cesárea se convirtió en la norma y no en la excepción?

Al llegar a casa luego de sufrir una cesárea innecesaria y con el dolor más espantoso que he sentido alguna vez en el cuerpo,

me senté en mi cama y rompí en llanto. No entendía por qué me sentía tan vulnerable, triste y angustiada, pero en particular no entendía por qué una profunda soledad y una sensación de ambivalencia invadía todo mi ser. Hay cosas que no puedo recordar porque mi posparto fue tan caótico que al parecer mi mente ha borrado muchos de esos días grises. Me sentía en duelo. Un duelo por quien había sido alguna vez. Un duelo que no podía atravesar porque la montaña de tareas que implica la maternidad no me dejaba. A la vez me sentía obligada a comportarme como la mujer más feliz del mundo por tener una bebé en brazos. Mi maternidad no es la misma experimentada por otras madres, pero también merece ser visibilizada. Tampoco es excepcional ni mucho menos. Sólo basta con darle un círculo de confianza a esas madres exhaustas, agotadas física y emocionalmente, para que confiesen que su maternidad no resultó ser la que intentan imponernos. Las madres callamos y a veces callamos demasiado. Por eso escribo estas líneas. Por eso decidí que la experiencia de mi maternidad sería reivindicativa y no sólo una anécdota más. Mi maternidad y la de otras miles de madres necesita ser vivida y sostenida por un entorno que contenga y acompañe, sobre todo un entorno libre de prejuicios y tabúes.

Llevaba apenas dos días estrenando maternidad cuando la depresión posparto ya se asomaba con toda su furia. A menudo, la gente me preguntaba cómo lo estaba llevando. Los primeros meses notaba cierta confusión —incluso desagrado— en sus rostros cuando recibían mi contestación. Al principio yo respondía de forma sincera, casi inocente. No había en mi respuesta ningún ánimo reivindicador. Al contrario, hablaba desde una profunda vivencia corporal y emocional. Les decía que me sentía estafada. Con el paso de los meses fui entendiendo por qué mi respuesta les

molestaba tanto. Mi experiencia personal de la maternidad no era la que la sociedad y los medios de comunicación esperaban de mí. No era esa maternidad romantizada, idealizada, perfecta. Por eso mi respuesta generaba tanta incomodidad. Me resistí al mandato de vivir una maternidad intensiva, extraña combinación de abnegación y sacrificio. Me sigo resistiendo a que las madres ocultemos la otra cara de la maternidad. En definitiva, creo que esa convicción fue lo que me salvó. Con mi pareja, nos dimos la licencia de vivir la maternidad y la paternidad en forma real.

El establecimiento de la lactancia materna fue otro de los desafíos más difíciles de esta etapa. Nadie nos advirtió que un bebé podría querer tomas cada 20 minutos y que eso era normal, ya que su demanda de pecho materno no viene sólo del hambre, sino también de la necesidad de contacto y seguridad. Además, en varias ocasiones me sentí juzgada por elegir lactancia materna exclusiva. Defendí mi lactancia con uñas y dientes en una sociedad que parece darle la espalda al pecho materno. Lo logré gracias al apoyo de mi círculo más próximo: otras madres cercanas que me alentaban a seguir, y mi esposo, quien no sólo confió en mi capacidad de alimentar a nuestra hija, sino que estuvo ahí en cada toma —de día y de noche—, procurando mi comodidad, dándome alimentos e incluso agua en la boca, pues mis manos ocupadas cargaban a nuestra hija. Y es que la lactancia materna es difícil y necesita de un entorno familiar, social e institucional que la promueva y sostenga.

Mi esposo y yo hacíamos malabares para sacar adelante el día a día. Nos volvimos expertos en escaparnos a lugares insólitos para intentar trabajar, al menos un par de horas diarias. No disponíamos de las redes tradicionales de cuidado porque nuestra familia estaba lejos, en otro país. No contábamos con recur-

unos propios suficientes para contratar servicios profesionales de cuidados, y yo, como estudiante, no tenía acceso a servicios públicos de provisión de cuidados. No había más opción que arreglárnoslas entre los dos. Definitivamente fue el año más difícil de nuestras vidas. La conciliación en esas condiciones simplemente no es posible. Criar en soledad, sin redes de apoyo y contención sólidas es por completo antinatural y dramático, pero también es cierto que encontramos apoyo en los lugares menos pensados. Por ejemplo, descubrí que algunos de mis profesores también eran padres —una faceta oculta para mí apenas unos meses atrás— y sus consejos y apoyo fueron de gran ayuda en los momentos más difíciles. También los amigos y amigas nos demostraron su cariño y amistad con simples gestos, como invitarnos una comida caliente, ofrecerse a llevarnos a una consulta pediátrica o simplemente preguntar cómo estábamos.

Hoy mi hija tiene un año y medio de edad, y si bien ya no le doy pecho cada 20 minutos, demanda mi presencia y atención en la misma proporción. Han surgido otros desafíos y he descubierto nuevas facetas de mí. Aprendimos que no hay una sola manera de ejercer la maternidad y la paternidad. A mí me salvó decirlo en voz alta. Me salvó mi compañero que sin juzgarme validó mis sentimientos y me acompañó en cada momento. Me salvó la mano amiga que vio mi cansancio extremo y alivió, aunque sea en parte, mi carga. Me salvó vivir una maternidad real. Si bien como migrante y estudiante en México experimenté inseguridades durante mi embarazo y maternidad, también es justo reconocer que este país se convirtió en un maravilloso hogar para mi hija y mi familia. La generosidad de su gente nos permitió salir adelante. Los aprendizajes, las vivencias y el profundo amor que a diario me da la maternidad son tan grandes que me siento agradecida

de vivirla. Además, me hizo darme cuenta y ponerme en la piel de millones de madres que cuidan y están a cargo de las innumerables tareas de reproducción social y de manera injusta no reciben ninguna remuneración. Pero sobre todo la maternidad me permitió experimentar en carne viva la enorme tarea física, emocional y social que supone gestar, parir y criar a un ser humano.

Mi experiencia personal me dejó muchas enseñanzas que están plasmadas en este cuaderno. Escribir *Maternidad y seguridad social* ha sido un desafío académico, pero en especial personal. Es mi forma de contribuir, a partir de la investigación rigurosa y también de mi experiencia materna, a que las mujeres de la región puedan ejercer su maternidad con dignidad, libertad e igualdad. Confío en que este esfuerzo no será en vano y que los países de la región encontrarán en este trabajo las herramientas necesarias para avanzar en un modelo de seguridad social de la maternidad que proteja adecuadamente a las mujeres y a sus hijos e hijas, y les permita vivir esta etapa con seguridad y bienestar.

INTRODUCCIÓN

La maternidad no es obsoleta y jamás lo será.
Es un trabajo vital del que cada uno
de nosotros se beneficia.

Naomi Stadlen, La Leche League International

La maternidad es una de las tareas esenciales de la reproducción social. Jamás será obsoleta puesto que de ella depende la supervivencia de la sociedad. La reproducción biológica y la crianza de los nuevos miembros de la colectividad son fundamentales para la realización de la vida tal cual la conocemos. Sus beneficios y las utilidades que crea son tan grandes y difíciles de cuantificar que no podríamos equiparar este trabajo con ningún otro. Las tareas de cuidado y crianza han recaído histórica y culturalmente como trabajo de mujeres. Esto ha llevado a que las madres en particular, pero las mujeres en general, sostengan con su trabajo no remunerado el mundo reproductivo, lo que las sitúa en clara desventaja respecto a los hombres. Paradójicamente, el mundo productivo —y remunerado— no sería posible sin esa carga de trabajo en manos de las mujeres que, con sus cuidados y tareas en el espacio doméstico, mantienen a los seres humanos del lado de la vida, impidiendo su muerte. Las mujeres no sólo gestan y dan a luz con su cuerpo, también alimentan, cuidan, visten, limpian y educan casi en forma permanente. Entonces cabe pregun-

tarnos, si la maternidad es un trabajo tan esencial e importante, al mismo tiempo es el menos valorado y protegido, por qué no es siquiera remunerado.

El objetivo de este cuaderno es revalorizar y resignificar la maternidad desde una perspectiva pública. Proponemos que el Estado construya un nuevo modelo de maternidad a partir de la dignidad, la libertad y la igualdad. Con dignidad nos referimos a lograr el reconocimiento de la maternidad como una tarea esencial de la reproducción social. Asimismo, la dignidad también supone la promoción de la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en las tareas de cuidado y crianza para evitar la injusta carga en manos de las mujeres. Por otra parte, entendemos a la libertad como ausencia de dominación para que la maternidad sea una elección voluntaria y para que quienes la elijan no deban renunciar a otras facetas de su persona, como el desarrollo profesional, académico o laboral. Finalmente, demandamos igualdad respecto a los hombres, quienes no sufren las mismas penalidades y consecuencias que las mujeres al momento de convertirse en padres.

Cuando hablamos de las tareas de la reproducción social nos referimos a algo que va más allá de la reproducción biológica de la vida: incluye todas las actividades, materiales y afectivas que hacen posible la vida diaria: dar a luz, criar, cuidar, mantener hogares y comunidades más amplias, y conexiones en general. Históricamente, estas tareas han sido relegadas como trabajo de mujeres, a menudo sin paga o protección, lo que implica que han sido y siguen siendo subvaloradas. La dedicación femenina al trabajo de la reproducción es el resultado de la construcción social de las diferencias de género. Esa construcción, en síntesis, convierte a las hembras en sujetos femeninos, orientados centralmente hacia

el trabajo de la reproducción, y a los machos en sujetos masculinos, centrados básicamente en el trabajo de la producción. Este proceso de socialización condiciona las posibilidades materiales de vida, las actitudes y las representaciones simbólicas de ambos géneros, y pone a las mujeres en situación de subordinación respecto a los hombres. Esto es así porque la socialización de género hace que las diferencias devengan desigualdades y que estas últimas, además, permanezcan invisibles.² La reproducción social es también un lugar de gran vulnerabilidad. Existe la vulnerabilidad del embarazo y el parto: cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto.³ Existe la vulnerabilidad del sexo: las mujeres son violadas en proporción mucho mayor que los hombres; experimentan las alegrías, las tribulaciones y las consecuencias del embarazo, y los hombres no, y las que son cuidadoras de niños con frecuencia no pueden trabajar y son confinadas a funciones de cuidado doméstico. Finalmente, la anticoncepción y la planificación familiar también constituyen lugares de desigualdad, ya que las mujeres son las principales responsables del control de natalidad.⁴ Todo esto pone de manifiesto que el riesgo social de la paternidad/maternidad afecta en forma desproporcionadamente mayor a las mujeres que a los hombres.

La CISS ya ha propuesto que la maternidad sea considerada como un riesgo social. Ruezga Barba define los riesgos sociales como ciertos riesgos o contingencias que afectan la salud, la vida,

² Pilar Carrasquer *et al.*, “El trabajo reproductivo”, *Papers. Revista de Sociología*, núm. 55, 1998, p. 97

³ OMS, “Mortalidad materna”, 2019. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

⁴ Leslie Francis (ed.), *The Oxford Handbook of Reproductive Ethics*, Oxford University Press, Nueva York, 2017, p. 3.

la capacidad laboral y los ingresos económicos necesarios para llevar una existencia digna.⁵ Ahora bien, si entendemos que la maternidad afecta directamente todas estas áreas, entonces es razonable demandar que la seguridad social brinde servicios y transferencias con dos objetivos: dar seguridad a las mujeres y compensarlas por los costos y contingencias a las que se enfrentan cuando son madres. Esta Conferencia ha remarcado que la maternidad debería ser asumida de manera responsable y libre por las mujeres de todo el continente sin que haya circunstancias ajenas que las obliguen a enfrentarla.⁶ Esto supone que las mujeres puedan tomar sus propias decisiones reproductivas con libertad y, además, que para ello deberían contar con amplias garantías de protección dentro de un esquema de seguridad social estatal. Sólo en estas condiciones es posible proteger de manera efectiva a las mujeres del riesgo social de la maternidad. Porque la maternidad debería ser una elección y no un destino irreductible.

Las prestaciones por maternidad han sido un componente histórico de la seguridad social en todo el mundo, si bien su contenido, alcance y diseño se han modificado con el tiempo, al ritmo de las reivindicaciones y demandas de diferentes movimientos sociales. Las políticas públicas no son neutrales y justamente las de protección de la maternidad pueden contribuir a cristalizar roles de géneros arraigados en nuestras sociedades, que afectan negativamente la dignidad, la libertad y la igualdad de las mujeres. Los esquemas tradicionales de protección de la maternidad condujeron a que las madres sean relegadas al espacio doméstico y que se mantengan como responsables principa-

⁵ Antonio Ruezga Barba, *Seguridad social: una visión latinoamericana*, CIESS, Ciudad de México, 2009, p. 3.

⁶ Véase Renata Turrent Hegewisch, *Aborto, maternidad y seguridad social*, CISS, Ciudad de México, 2019.

les del cuidado y la crianza; mientras que los padres continúan en el ámbito productivo sin ver afectados sus ingresos y actividades. Nuestra propuesta va en sentido contrario: un modelo de seguridad social para la maternidad que promueva una deconstrucción de los roles de género en el cuidado y la crianza de los niños y niñas. Se trata de una política pública familiar con enfoque de género y de derechos, que proteja a las mujeres del riesgo social de la maternidad y las compense con medidas efectivas por los costos diferenciales que asumen al momento de ser madres. Lejos de ser una cuestión superada, la protección que demandamos para las madres, a partir de este enfoque, es urgente. El mundo reproductivo no puede seguir sosteniéndose injusta e indignamente en el trabajo no remunerado de las madres. La corresponsabilidad y la igualdad suponen amplios beneficios para las familias, la sociedad y la economía. Por eso es hora de redefinir los términos de un verdadero modelo institucional de maternidad.

Este cuaderno se divide en tres capítulos. En el primero se analiza el concepto de la maternidad como riesgo social y con ese punto de partida se demanda una protección adecuada de la maternidad en un esquema de seguridad social. Asimismo, se brindan evidencias de las enormes diferencias entre los costos asumidos por hombres y mujeres en la reproducción, con lo que se pretende desmitificar y denunciar las condiciones en las cuales se ejerce la maternidad en la actualidad, con énfasis en la situación de América Latina y el Caribe. En el segundo capítulo se examina el tipo de políticas que han sido efectivas en la protección de las mujeres frente al riesgo social de la maternidad, a partir de normativas internacionales y de la experiencia comparada. Para ello se presenta una selección de medidas instrumenta-

das en América Latina y el Caribe que pueden ser consideradas como experiencias positivas en el afán de brindar seguridad y bienestar a las madres en algunas dimensiones críticas: licencias, prestaciones, acceso a servicios de salud, etc. El capítulo tres contiene dos propuestas: la primera es una conceptualización de la maternidad desde una perspectiva pública a partir del concepto de Bienestar desarrollado por esta Conferencia.⁷ La segunda es un modelo de seguridad social de la maternidad diseñado de acuerdo con las recomendaciones y normas internacionales vigentes, y concebida como una respuesta a los agravios que sufren las mujeres al convertirse en madres.

En este organismo internacional estamos convencidos de que nuestro modelo de seguridad social de la maternidad es una excelente alternativa para contribuir a que todas las mujeres de la región puedan ejercer su maternidad en forma digna, libre e igualitaria. El objetivo de esta propuesta es brindar las mejores condiciones para que las madres de toda la región puedan tener seguridad y bienestar a lo largo de esta etapa. El Estado es quien tiene la posibilidad de establecer las condiciones para que todas las personas —en este caso, todas las mujeres que deseen ser madres— puedan estar en la misma situación para emprender libremente la búsqueda individual de la felicidad, es decir, de alcanzar el bienestar. Esta pretensión puede ser traducida como el acceso universal de todas las mujeres —sin importar su condición laboral— a un modelo de seguridad social estatal de maternidad. De lo contrario, las mujeres seguirán siendo madres y sosteniendo el mundo reproductivo en condiciones injustas, costosas e indignas. Es urgente que los países de la región

⁷ Véase Hugo Garciamarín Hernández, *Un ensayo sobre la felicidad y el bienestar*, CISS, Ciudad de México, en prensa.

avancen hacia este tipo de políticas con un verdadero enfoque de género para valorizar las tareas de la reproducción social y resignificarlas desde el espacio público.

Invitamos a la membresía de la CISS a considerar qué clase de protección de la maternidad se ejerce en cada uno de los países del continente. Con nuestra propuesta queremos contribuir al debate, al diálogo y a activar procesos de reformas políticas para brindar bienestar a las mujeres en general y a las madres en particular.

CAPÍTULO I

LA MATERNIDAD COMO RIESGO SOCIAL Y SU ALTO COSTO PARA LAS MUJERES

La maternidad es una de las tareas esenciales de la reproducción social. Las actividades que implica, no sólo las vinculadas a su dimensión biológica, sino también la crianza y el cuidado de los hijos, recaen de manera desproporcionada en las mujeres. Ahora bien, esta injusta situación agudiza la brecha de género existente, lo que supone que la maternidad tenga un costo altísimo para las mujeres. Por ello, en este primer capítulo se examinan en forma central dos puntos clave. En primer lugar, la maternidad en tanto riesgo social, y como tal, necesitada de protección integral por medio de un esquema de seguridad social. En segundo lugar, los tipos de costos que acarrea la maternidad para las mujeres.

Este capítulo tiene dos objetivos. Por un lado, al entender la maternidad como riesgo social, se pretende visibilizar la urgencia de contar con un adecuado esquema de protección desde la seguridad social. Por el otro, se busca mostrar la enorme diferencia entre los costos asumidos por hombres y mujeres en la reproducción. Con este trabajo, la CISS pone a discusión la realidad de la maternidad en la región y el apremio por protegerla. La información aquí presentada puede servir a los tomadores de decisiones gubernamentales para el diseño de políticas públicas efectivas sobre el tema.

1. *La maternidad como riesgo social*

La maternidad puede ser entendida como un verdadero riesgo social. En la publicación *Aborto, maternidad y seguridad social*, editada por esta Conferencia,⁸ se pone de manifiesto que la maternidad, pese a ser una decisión individual, tiene consecuencias públicas, pues afecta a las mujeres económica, laboral y socialmente, y aumenta las brechas estructurales de desigualdad por condición de género.

Es preciso, entonces, proteger a las mujeres del riesgo social de la maternidad. Pero ¿qué significa esto y cuáles son sus implicaciones prácticas? Marrades Puig sostiene la existencia de un derecho a la maternidad, cuya esencia sería el derecho de toda mujer a ser madre sin renunciar a ningún ámbito de su realización personal, sin verse discriminada por ese motivo y en igualdad de condiciones con los hombres.⁹ Si entendemos que la maternidad afecta directamente la salud, la capacidad laboral y los ingresos económicos, entonces es razonable demandar una protección suficientemente adecuada que compense todas esas contingencias. Como se sostuvo anteriormente, la maternidad como tarea fundamental de la reproducción social debe ser valorada, estimada y defendida por el Estado. De otro modo, ¿qué clase de sociedad se puede construir? Poner a debate la maternidad, la crianza y los cuidados es una cuestión esencialmente política, por lo tanto, el Estado debería ser el principal interesado en proveer seguridad social que proteja a las mujeres del riesgo de la maternidad, y a su vez, garantice condiciones de igualdad: procurar que las mujeres

⁸ Renata Turrent Hegewisch, *op. cit.* La autora retoma la definición de “riesgo social” de Antonio Ruezga Barba, *op. cit.*

⁹ Ana Marrades Puig, *Luces y sombras del derecho a la maternidad: análisis jurídico de su reconocimiento*, Universitat de València, Valencia, 2002.

tengan el mismo punto de partida que los hombres e impedir así que renuncien a cualquier faceta de su personalidad.¹⁰

1.1. Maternidad y seguridad social

Existe un amplio debate sobre la naturaleza de la seguridad social: qué es, qué debe ser y qué función debe desempeñar en nuestros días. La CISS la define como:

Un derecho humano que tiene como objetivo contribuir al bienestar personal y social, y que comprende un conjunto de transferencias y servicios de carácter solidario y público, cuya responsabilidad fundamental recae en el Estado, y que buscan proteger a los individuos y las colectividades ante riesgos sociales, que reducen la vulnerabilidad social y promueven la recuperación ante las consecuencias de un riesgo social materializado, dignificando así las distintas etapas de la vida, y promoviendo la inclusión y el reconocimiento de la diversidad social.¹¹

A partir de esta propuesta conceptual se establece que la seguridad social debe dignificar las distintas etapas del ciclo de la vida y que debe orientarse al goce de un nivel adecuado de vida. En este sentido, Sánchez-Belmont, Ramírez y Romero afirman que la maternidad, la paternidad y la primera infancia se dignifican y disfrutan cuando se tiene la tranquilidad que conlleva la garantía de cuidados adecuados e integrales de la salud, un periodo remunerado

¹⁰ *Ibid.*, p. 19.

¹¹ Mariela Sánchez-Belmont, Miguel Ángel Ramírez y Frida Romero, *Propuesta conceptual para el análisis de la seguridad social desde la Conferencia Interamericana de Seguridad Social*, CISS, Ciudad de México, 2019, p. 9.

de licencia y posteriores cuidados infantiles seguros.¹² Sin embargo, a pesar de que la protección y los beneficios de la maternidad son fundamentales para promover los derechos, la salud y la seguridad económica de las mujeres y sus familias, sólo 41.1% de las mujeres con recién nacidos en el mundo los recibe, mientras que 83 millones de nuevas madres permanecen sin cobertura.¹³ De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés), entre 2010 y 2018 sólo 32.3% de las madres con hijos recién nacidos de América Latina y el Caribe recibió prestaciones en efectivo por maternidad. Asimismo, sólo 62.8% de los niños de la región recibió protección social en ese periodo.¹⁴ Estos datos ponen en evidencia la necesidad urgente de revisar y mejorar los esquemas de seguridad social de la región para que protejan satisfactoriamente tanto a la maternidad como a la primera infancia.

La novedad y la riqueza de este concepto de seguridad social entendido como derecho humano radica en que se enfoca en la persona y no únicamente en su condición laboral, como ha sucedido tradicionalmente. Este cambio puede aplicarse también a la maternidad y al debate respecto al alcance de su protección,¹⁵ lo que conduce necesariamente a cuestionar el grado de responsabi-

¹² *Ibid.*, p. 38.

¹³ OIT, "World Social Protection Report 2017-19: Universal Social Protection to Achieve the Sustainable Development Goals", 2017, p. 29.

¹⁴ Madres con recién nacidos que reciben prestaciones en efectivo (%): proporción de mujeres que tienen cobertura cuando dan a luz (estimado sobre la base de las tasas de fecundidad específicas por edad publicadas en las Perspectivas de la Población Mundial de las Naciones Unidas o del número de nacimientos con vida corregido en función de la proporción de nacimientos de mellizos y trillizos).

Proporción de niños que reciben prestaciones de protección social: proporción de niños/hogares que reciben prestaciones familiares en efectivo en relación con el número total de niños/hogares con niños. UNICEF, "Estado Mundial de la Infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición: crecer bien en un mundo en transformación", Nueva York, 2019.

¹⁵ Esta propuesta de política pública de la CISS para la protección integral de la maternidad establece que su alcance no se supedita a la condición laboral de las mujeres.

lidad pública y social en el sostenimiento del mundo reproductivo. El Estado, como garante último de los derechos individuales, tiene una responsabilidad primaria en garantizar, en primer lugar, el derecho a una maternidad libre, pero también a brindar protección ante dicho riesgo social. Por otro lado, el mundo empresarial y la sociedad en su conjunto comparten la responsabilidad de compensar a las mujeres por las pérdidas ocasionadas por las contingencias que viven a lo largo del embarazo, el parto, el posparto y la crianza. Por todas estas razones, una política pública efectiva de protección de la maternidad requiere de acciones concertadas entre todos estos sectores.

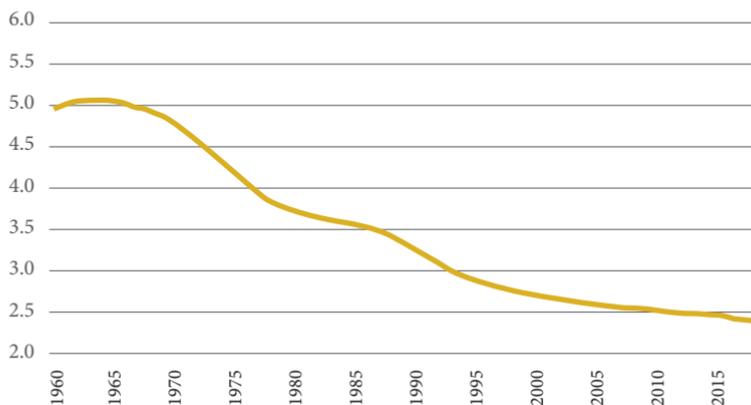
2. Los altos costos de la maternidad para las mujeres

En esta sección se evalúan los diferentes costos y penalidades de la maternidad en diferentes dimensiones, un tema que ya ha sido discutido en diversos trabajos. En primer lugar, las brechas más grandes entre hombres y mujeres se encuentran en las dimensiones económica y laboral, no sólo debido al género, sino también a la parentalidad. En segundo lugar, el embarazo, el parto y la lactancia suponen un costo para la salud de las mujeres que debe ser adecuadamente tratado. En este sentido, se incluyen en el análisis dos asuntos que suelen pasarse por alto cuando se estudian los costos asociados a la maternidad: por un lado, el grave problema de la violencia obstétrica, y por el otro, la salud mental materna. Finalmente se dedica una sección a mirar en detalle uno de los aspectos más agotadores y no delegables de la maternidad: la lactancia materna. Sus beneficios y bondades están fuera de discusión; sin embargo, en la actualidad sigue sin recibir el apoyo público y social necesario para su sostenimiento y éxito.

2.1. La penalidad económica de la maternidad

Las mujeres, con cierta frecuencia, se enfrentan a la disyuntiva de elegir entre su carrera laboral y tener una familia. Por el contrario, este dilema no suele apremiar a los hombres, quienes pueden fácilmente ejercer su paternidad sin afectar su carrera laboral o profesional.¹⁶ En este sentido, es un hecho conocido que las mujeres alrededor del mundo están teniendo menos hijos que en décadas pasadas. La natalidad ha disminuido en todo el mundo y en algunos países desarrollados se sitúa muy por debajo del nivel de reemplazo.¹⁷ La siguiente gráfica muestra el descenso sostenido de la tasa de fertilidad mundial a lo largo de las últimas décadas:

Gráfica 1. Tasa de fertilidad (nacimientos por mujer) en el mundo, 1960-2017



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial.¹⁸

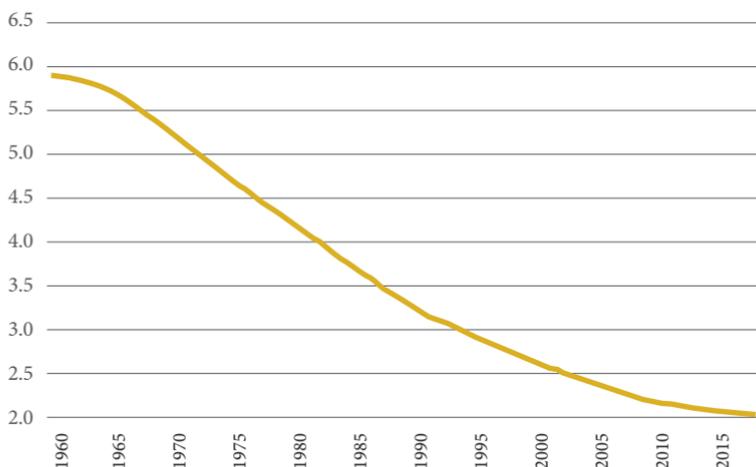
¹⁶ Ana Marrades Puig, *op. cit.*, p. 19.

¹⁷ Susan L. Averett, Laura M. Argys y Saul D. Hoffman (eds.), *The Oxford Handbook of Women and the Economy*, Oxford University Press, Nueva York, 2018, p. 13.

¹⁸ Fertility rate, total (births per woman), United Nations Population Division, *World Po-*

De acuerdo con el Banco Mundial, la tasa de natalidad mundial ha mostrado un descenso sostenido desde finales de la década de los sesenta y ha pasado, en promedio, de 5 a menos de 2.5 hijos por mujer. De hecho, hacia 2017 fue de 2.4.¹⁹ La Gráfica 2 muestra la misma tendencia en América Latina y el Caribe, aunque en esta región la media es aún menor: 2 hijos por mujer.

Gráfica 2. Tasa de fertilidad (nacimientos por mujer) en América Latina y el Caribe, 1960-2017



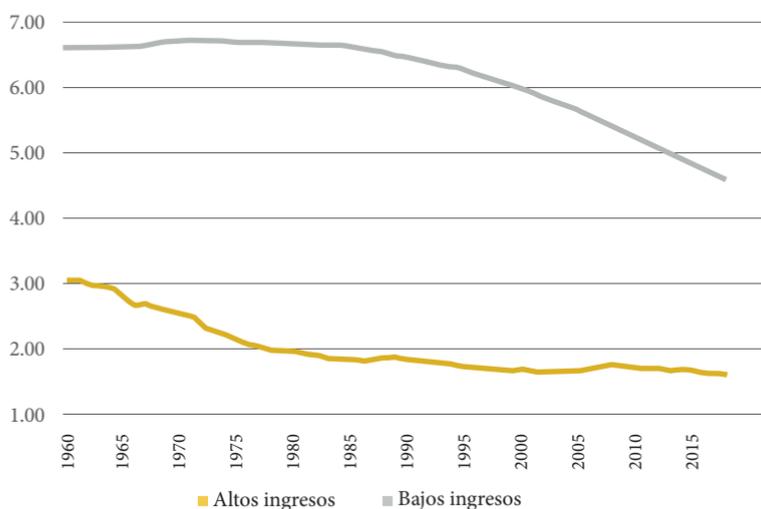
Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial.

population Prospects, 2019 Revision; (2) Census reports and other statistical publications from national statistical offices; (3) Eurostat: Demographic Statistics; (4) United Nations Statistical Division, *Population and Vital Statistics Reprint* (various years); (5) U.S. Census Bureau, *International Database*, y (6) Secretariat of the Pacific Community, *Statistics and Demography Program*.

¹⁹ La tasa de fertilidad total representa el número de hijos que nacerían de una mujer si ella viviera hasta el final de sus años fértiles y tuviera hijos de acuerdo con las tasas de fertilidad específicas por edad del año especificado. The World Bank, "Fertility rate, total (births per woman)". Disponible en https://data.worldbank.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN?end=2017&most_recent_value_desc=true&start=1960&view=chart&year_high_desc=true

Asimismo, los países de menores ingresos tienen una tasa de fertilidad más alta que el promedio mundial: de hasta 4.6 hijos por mujer, en comparación con la media de apenas 1.6 de los países de altos ingresos, como muestra la Gráfica 3.

Gráfica 3. Tasa de fertilidad (nacimientos por mujer) en países de bajos y altos ingresos, 1960-2017



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial.

Estos datos ponen en evidencia dos puntos importantes. En primer lugar, que las mujeres de países de bajos ingresos tienen casi el doble de hijos que el promedio mundial. En segundo lugar, que las mujeres de países de altos ingresos podrían estar posponiendo su maternidad, que además suele ser de un solo un hijo. Definitivamente, este nuevo escenario implica cambios sustanciales en diversas dimensiones: desde las dinámicas de los mercados

laborales hasta cuestiones vinculadas a la pobreza y el bienestar. Una de estas implicaciones, para América Latina es que dicha caída de la natalidad es fundamental para explicar el aumento de la participación femenina en la fuerza laboral durante el siglo xx.²⁰

Existe una fuerte relación entre la fertilidad, el nivel educativo y la actividad del mercado laboral. Las tasas de fertilidad son un indicador importante de la situación económica de las mujeres porque, con menos hijos, tienen mayores oportunidades de adquirir educación y participar en un empleo remunerado. Por el contrario, cuando las tasas de natalidad son altas, las mujeres tienen más dificultades para permanecer en la escuela y más incentivos para seguir siendo amas de casa de tiempo completo. Sin embargo, Blau y Winkler destacan que la causalidad también corre en dirección contraria. A medida que las mujeres invierten más en educación y aumentan su participación en el trabajo remunerado, particularmente cuando éste se realiza fuera del hogar, el costo de oportunidad de tener niños aumenta, lo que proporciona un incentivo para tener menos hijos.²¹

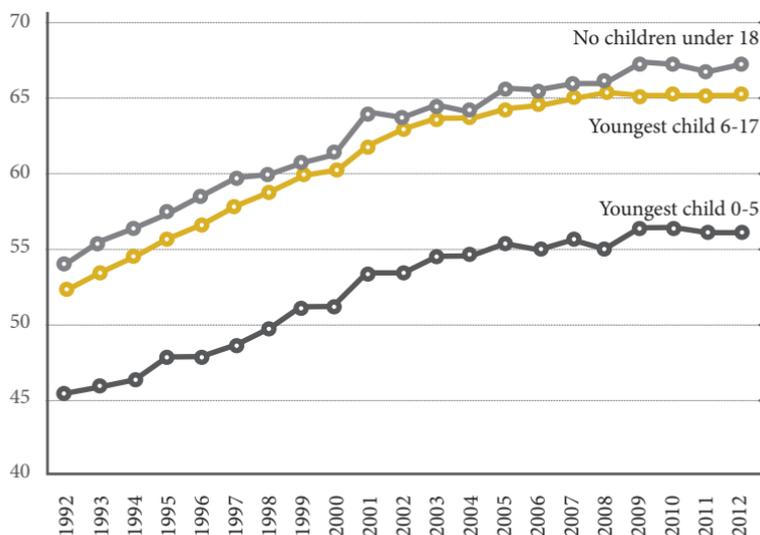
La presencia de niños y sus edades son condiciones relevantes en las decisiones del mercado laboral femenino. En las sociedades latinoamericanas, las madres suelen ser las principales cuidadoras de los niños, lo que compromete su capacidad de participar activamente en el mercado laboral. Las evidencias son consistentes con esta afirmación: en promedio, mientras que 67% de las mujeres mayores de edad sin hijos menores de 18 años participan en el

²⁰ Mariana Marchionni, "A Changing Scenario: Education, Family and Economic Environment", Leonardo Gasparini y Mariana Marchionni (eds.), *Bridging Gender Gaps? The Rise and Deceleration of Female Labor Force Participation in Latin America*, Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires, 2015, p. 73.

²¹ Blau, Francine D. y Anne E. Winkler, "Gender Differences Around the World", *The Economics of Women, Men, and Work*, Oxford University Press, Nueva York, 2017a, p. 474.

mercado laboral, esa proporción cae a 56% para las que tienen al menos un hijo menor de cinco años.²² Por lo tanto, es posible afirmar que la reducción de la carga de tiempo asociada a las responsabilidades familiares puede mejorar el empoderamiento económico de las mujeres. Y es que las decisiones importantes sobre educación, trabajo y fertilidad se superponen sobre la edad económica activa de las mujeres. Como resultado, las decisiones familiares pueden desplazar la inserción laboral de madres y esposas.²³

Gráfica 4. Participación de las mujeres (25-54 años) en la fuerza laboral según la edad de sus hijos en América Latina, 1992-2012



Fuente: Marchionni, *op. cit.*, p. 118.

²² Mariana Marchionni, *op. cit.*, p. 17.

²³ Leonardo Gasparini y Mariana Marchionni, "Overview", Leonardo Gasparini y Mariana Marchionni (eds.), *Bridging Gender Gaps? The Rise and Deceleration of Female Labor Force Participation in Latin America*, Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires, 2015, p. 31.

Como se puede observar en la Gráfica 4, la participación de las mujeres en el mercado laboral se ve seriamente afectada con la llegada de los hijos, especialmente de menores de cinco años. Y es que los bebés y los niños pequeños requieren una cantidad considerable de atención y cuidados, lo que influye en la oferta laboral de los padres, pero en particular de las madres.

Los ingresos de las mujeres reciben un golpe sustancial y duradero cuando se convierten en madres y, además, sufren costos adicionales por cada hijo extra, debido a la menor probabilidad de estudiar, el mayor tiempo fuera de la fuerza laboral y el mayor costo de búsqueda de empleo.²⁴ El número de hijos también es un factor importante para explicar la brecha de ingresos de la maternidad. La mayoría de los estudios encuentran que después de la multa inicial por maternidad, cada hijo adicional reduce aún más los ingresos.²⁵ Rutledge, Zulkarnain y King conducen un importante estudio con datos de Estados Unidos y demuestran que los ingresos de por vida de las madres con un hijo son 28% menores que los ingresos de las mujeres sin hijos, manteniendo las demás variables constantes, y cada niño adicional reduce los ingresos

²⁴ Michelle J. Budig y Paula England, “The Wage Penalty for Motherhood”, *American Sociological Review*, núm. 66, vol. 2, 2001, pp. 204-225; Shelly Lundberg y Elaina Rose, “The Effects of Sons and Daughters on Men’s Labor Supply and Wages”, *The Review of Economics and Statistics*, núm. 84, vol. 2, 2002, pp. 251-268; David S. Loughran y Julie M. Zissimopoulos, “Why Wait?: The Effect of Marriage and Childbearing on the Wages of Men and Women”, *Journal of Human Resources*, vol. 44, vol. 2, 2009, pp. 326-349; Jane Leber Herr, “Measuring the Effect of the Timing of First Birth on Wages”, *Journal of Population Economics*, núm. 29, vol. 1, 2016, pp. 39-72.

²⁵ Sanders Korenman y David Neumark, “Marriage, Motherhood, and Wages”, *Journal of Human Resources*, núm. 27, vol. 2, 1992, pp. 233-255; Jane Waldfogel, “The Effect of Children on Women’s Wages”, *American Sociological Review*, núm. 62, vol. 2, 1997, p. 209; Michelle J. Budig y Paula England, *op. cit.*; Joan R. Kahn, Javier García-Mangano y Suzanne M. Bianchi, “The Motherhood Penalty at Midlife: Long-Term Effects of Children on Women’s Careers”, *Journal of Marriage and the Family*, núm. 76, vol. 1, 2014, pp. 56-72.

de por vida otro 3%.²⁶ La literatura también indica que, en comparación con las mujeres que retrasan la maternidad, las madres más jóvenes tienen ingresos contemporáneos más bajos debido al menor nivel educativo alcanzado, menos experiencia laboral y los mayores costos de transacción en la búsqueda de trabajo.²⁷

Ahora bien, otro factor fundamental en este fenómeno es la asignación de los tiempos. Las mujeres, en particular las madres, dedican comparativamente mucho más tiempo a las tareas domésticas y de cuidado no remuneradas que los hombres. Esto supone un costo de oportunidad muy grande para ellas y una disminución del tiempo que podrían dedicar a actividades productivas remuneradas. Según un estudio elaborado en 2018 por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), titulado *Equilibrio entre trabajo remunerado, trabajo no remunerado y ocio*, el tiempo dedicado al trabajo no remunerado expone enormes brechas de género. Las mujeres mexicanas pasan en estas labores seis horas y 23 minutos al día, mientras que los hombres mexicanos les dedican un promedio de dos horas y 17 minutos. Luego siguen las mujeres portuguesas, con cinco horas y 28 minutos al día, en contraste con una hora y 36 minutos de los varones del mismo país, la cifra más baja en Europa después de Turquía.²⁸ Averett, Argys y Hoffman evidencian que, a medida que el nivel educativo y la tasa de participación de la mujer en la fuerza laboral se aproximan a los de los hombres, se reduce también la diferencia en el tiempo que ambos dedican al trabajo do-

²⁶ Matthew S. Rutledge, Alice Zulkarnain y Sara Ellen King, "How Much Does Motherhood Cost Women in Social Security Benefits?", Center for Retirement Research at Boston College, CRR WP 2017-14, Rochester, Nueva York, 2017.

²⁷ Amalia Miller, "The Effects of Motherhood Timing on Career Path", *Journal of Population Economics*, núm. 24, vol. 3, 2011, pp. 1071-1100.

²⁸ OCDE, *Balancing Paid Work, Unpaid Work and Leisure*, 2018. Disponible en <https://www.oecd.org/gender/balancing-paid-work-unpaid-work-and-leisure.htm>

méstico y el cuidado de los hijos. Sin embargo, las circunstancias económicas de las mujeres y sus elecciones respecto al matrimonio y la fertilidad aún están entrelazadas en mucho mayor medida que en el caso de los hombres.²⁹

Esta carga del cuidado tiene un precio y no es inusual que una mujer deje la fuerza laboral o reduzca sus horas o aspiraciones profesionales para cumplir con dichas tareas de cuidado, lo que contribuye a las brechas de género en el empleo y los ingresos. El trabajo de cuidar a los demás, ya sea remunerado o no, a menudo implica más conexión personal, apego emocional y compromiso moral que otras formas de trabajo. Crea beneficios tanto públicos como privados y su valor es difícil de medir. Todos estos factores ponen a los proveedores de cuidados en desventaja económica. No debe sorprender que, incluso en el ámbito del trabajo remunerado fuera del hogar, las mujeres sigan desempeñando un rol vinculado a los cuidados. La mayoría de las mujeres latinoamericanas todavía labora en el comercio (30%), la educación y la salud (23%), o los servicios domésticos (11%). La participación en estos sectores representa 64% del empleo de mujeres en total y no ha cambiado sustancialmente en los últimos 20 años.³⁰ Folbre argumenta que la especialización en cuidados se mantiene porque las mujeres no pueden amenazar fácilmente con retirar sus servicios, no pueden medir fácilmente el valor de sus contribuciones y no pueden reclamar personalmente todo el valor que crean.³¹ Las mujeres, de este modo, tienen una “doble presencia” constante en la esfera produc-

²⁹ Susan L. Averett, Laura M. Argys y Saul D. Hoffman (eds.), *op. cit.*, p. 20.

³⁰ Mariana Marchionni, *op. cit.*, p. 123.

³¹ Nancy Folbre, “The Care Penalty and Gender Inequality”, Susan L. Averett, Laura M. Argys y Saul D. Hoffman (eds.), *The Oxford Handbook of Women and the Economy*, Oxford University Press, Nueva York, 2018

tiva y reproductiva.³² Por el contrario, el trabajo remunerado proporciona a las mujeres un estatus por derecho propio, les otorga un mayor poder e influencia en la toma de decisiones dentro de la familia y eleva el nivel de vida de la familia en general.³³

Otra serie de estudios pone en evidencia los efectos diferenciados de la maternidad y la paternidad en el ámbito laboral y salarial. Las madres sufren de una penalidad y los padres reciben un premio. Esto se conoce como premio por matrimonio a favor de los hombres. La evidencia sugiere que los ingresos de los hombres aumentan con el matrimonio. Es probable que esto se deba principalmente a los beneficios que los esposos obtienen de la especialización en la familia: en la medida en que sus esposas tengan la responsabilidad principal del hogar y los hijos, ellos pueden dedicar mayor atención a sus trabajos remunerados fuera del hogar. La presencia de niños también parece aumentar los ingresos de los hombres, presumiblemente, porque aumenta su incentivo para trabajar más duro para mantener a la familia.³⁴

La maternidad en los ingresos de las mujeres tiene el efecto contrario. La evidencia demuestra que las madres ganan menos que las mujeres sin hijos, un hallazgo conocido como la penalidad salarial de la maternidad. Esta situación podría deberse, en parte, a que algunas madres no pueden regresar a su empleo anterior después del parto y a que otras optan por permanecer fuera de la fuerza laboral por más tiempo del periodo regular de licencia o continúan siendo las principales responsables del hogar y los niños.³⁵ Respecto a las licencias de maternidad, resulta interesante

³² Laura Balbo, "La doble presencia," Carmen Alemany *et al.* (eds.), *Las mujeres y el trabajo: rupturas conceptuales*, Icaria, Madrid, 1994, pp. 503-514.

³³ Francine D. Blau y Anne E. Winkler, *op. cit.*, p. 463.

³⁴ *Ibid.*, p. 249.

³⁵ *Idem.*

que pueden convertirse en un arma de doble filo. Una política de licencias de maternidad prolongadas puede profundizar los roles de género tradicionales en la medida en la que dan por sentado que las mujeres son las principales cuidadoras, separándolas del mercado laboral por periodos más largos y erosionando su antigüedad y su acumulación de capital humano. Además, los planes de licencias de paternidad pequeños o inexistentes podrían dificultar el regreso de las mujeres al trabajo. Las experiencias de algunos países sugieren otras opciones prometedoras: licencias de paternidad que no pueden transferirse a las madres, licencias parentales para cuidado de niños, horarios más flexibles y financiamiento colectivo.³⁶ En el capítulo tres de este cuaderno se discutirán estas opciones y la necesidad de promover políticas públicas para la región desde un enfoque de corresponsabilidad de los cuidados.

Finalmente, es preciso denunciar que en el mercado laboral existe discriminación contra las madres. Correll, Benard y Paik evidenciaron que las mujeres, pero no los varones, enfrentan un trato diferencial negativo basado en el estado parental.³⁷ Además, Budig y England investigaron la relación entre la maternidad y el nivel educativo. Encontraron que las mayores penalidades salariales son sufridas por mujeres en trabajos de habilidad media o del extremo inferior de la distribución salarial, en lugar de mujeres altamente calificadas o en la parte superior de la distribución sa-

³⁶ Leonardo Gasparini y Mariana Marchionni, *op. cit.*, p. 31.

³⁷ En un estudio de laboratorio, modificaron currículum para incluir un indicador del estado parental. Encontraron que las madres eran percibidas de manera más negativa que las no madres, según los indicadores de competencia y compromiso percibidos. En un experimento de campo, de nuevo usaron currículum ficticios que variaban según los indicadores del estado parental y los enviaron a los empleadores. Descubrieron que las madres recibían menos devoluciones de llamadas que las no madres. Los padres no enfrentaron una desventaja en ninguno de los dos entornos. Véase Shelley J. Correll, Stephen Benard e In Paik, "Getting a Job: Is There a Motherhood Penalty?", *American Journal of Sociology*, núm. 112, vol. 5, 2007, pp. 1297-1338.

larial.³⁸ Una posible explicación de este conjunto de hallazgos es que las madres más calificadas pueden tener una mayor flexibilidad en el lugar de trabajo, lo que sirve para atenuar los impactos salariales negativos asociados a la maternidad. Al mismo tiempo, esto demuestra que la penalización de la maternidad es más aguda para las mujeres con menor formación, menor nivel de ingresos y que se desempeñan en trabajos de menor calificación. De este modo, la maternidad se vuelve mucho más costosa para ese estrato social, agravando tremendamente la desigualdad, incluso entre las mujeres. En definitiva, existe también una penalidad de clase de la maternidad.³⁹

Un último aspecto por considerar es el efecto de la maternidad en los ingresos en la vejez de las mujeres. Al recibir menores ingresos a lo largo de su vida económicamente activa, las madres se enfrentan al riesgo de vivir una vejez con ingresos mínimos o incluso de caer en la pobreza. Y aunque la participación de las mujeres en la fuerza laboral ha aumentado, las diferencias de género permanecen en las horas trabajadas —laboran en mayor medida en esquemas de tiempo parcial—, el nivel salarial y las interrupciones a lo largo de la carrera laboral —más entradas y salidas del mercado laboral—. Todos estos factores predisponen a las mujeres madres a percibir menores beneficios jubilatorios, incluso ninguno, al llegar a la vejez, agudizando dramáticamente la penalidad de la maternidad.

³⁸ Michelle J. Budig y Paula England, *op. cit.*

³⁹ De hecho, algunas investigaciones demuestran que existe, además, discriminación racial. Para profundizar en este debate, véase Joan E. Dodgson, “Racism, Race, and Disparities in Breastfeeding”, Paige Hall Smith, Bernice L. Hausman y Miriam Lobbok (eds.), *Beyond Health, Beyond Choice: Breastfeeding Constraints and Realities*, Rutgers University Press, Nueva Jersey, 2012.

2.2. Los costos en la salud de las mujeres

2.2.1. Atención prenatal

Si bien el embarazo, el parto y la lactancia no se consideran patologías sino procesos fisiológicos naturales que cursan las mujeres dada su biología, lo cierto es que no están completamente exentos de complicaciones para la salud. La salud materna comprende todos los aspectos de la salud de la mujer en el embarazo, el parto y el posparto. Aunque la maternidad es a menudo una experiencia saludable, a demasiadas mujeres les trae enfermedad y hasta la muerte. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el riesgo mundial aproximado de muerte materna a lo largo de la vida disminuyó considerablemente de una muerte por 73 mujeres en 1990 a una por 180 en 2015.⁴⁰ Ahora bien, casi la totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio al Asia meridional.

De acuerdo con el UNICEF, en 2018 el número de muertes maternas en el mundo ascendió a 295 000, de las cuales 7800 sucedieron en América Latina y el Caribe. Asimismo, la tasa de mortalidad materna para esta región se situó en 74 por cada 100 000 nacidos vivos, y el denominado riesgo de mortalidad de la madre en su vida fue de 1/630.⁴¹ De acuerdo con la OMS, cinco complica-

⁴⁰ OMS/UNICEF/UNFPA/Grupo del Banco Mundial/División de Población de las Naciones Unidas, “Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015”, s. f. Disponible en <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/es/>

⁴¹ Definición de los indicadores:

Número de muertes maternas: número de muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo.

Tasa de mortalidad materna: número de muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo por cada 100 000 nacidos vivos.

ciones directamente relacionadas son responsables de más de 70% de las muertes maternas: hemorragias, infecciones, interrupciones de embarazos peligrosos, eclampsia y parto obstruido. El principal obstáculo para salvar las vidas de las madres y los bebés es la falta de acceso de las embarazadas a una atención de calidad antes, durante y después del parto.

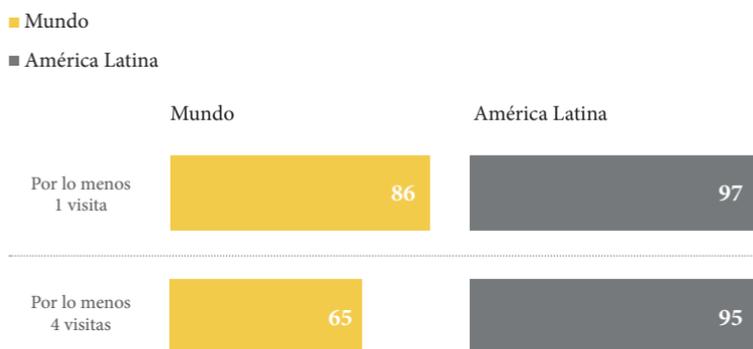
Lo ideal es que la mujer tenga acceso a un servicio de salud de calidad durante toda su gestación. En 2016, la OMS lanzó un nuevo modelo de atención prenatal a partir del cual el número de contactos que debe tener la embarazada con los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo se incrementó de cuatro a ocho. Datos recientes indican que una mayor frecuencia de contactos prenatales de las mujeres y las adolescentes con el sistema sanitario se asocia a una disminución de la probabilidad de muertes prenatales porque existen más oportunidades para detectar y gestionar los posibles problemas.⁴²

La Gráfica 5 contiene información sobre el nivel de atención prenatal que reciben las mujeres a lo largo de su embarazo en el mundo y en la región de América Latina y el Caribe.

Riesgo de mortalidad de la madre en su vida: considera la probabilidad que tiene de quedar embarazada y de que muera como resultado del embarazo, acumuladas a lo largo de su ciclo reproductivo. UNICEF, 2019, *op. cit.*, p. 203. Disponible en <https://www.unicef.org/media/62486/file/Estado-mundial-de-la-infancia-2019.pdf>.

⁴² Para más información sobre el nuevo modelo de atención prenatal, véase https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/

Gráfica 5. Atención prenatal, año 2018



Fuente: Elaboración propia con base en datos de UNICEF (2018).⁴³

América Latina presenta una mejor atención prenatal que la media mundial, ya que 97% de sus mujeres embarazadas reciben atención médica al menos una vez durante el embarazo, en comparación con la media mundial de 86%. En cuanto a la atención prenatal de al menos cuatro visitas, la región sigue presentando una cobertura amplia, de 95%, mientras que la media mundial baja preocupantemente a 65%. Hasta el momento no existen datos que permitan evaluar el seguimiento a las nuevas directivas y recomendaciones de la OMS de aumentar el número de visitas prenatales a ocho.

⁴³ Definición de los indicadores:

Atención prenatal (al menos una visita): porcentaje de mujeres (15-49 años) atendidas al menos una vez durante el embarazo por personal sanitario capacitado (por lo general, un médico, una enfermera o una partera).

Atención prenatal (al menos cuatro visitas): porcentaje de mujeres (15-19 y 15-49 años) atendidas por cualquier proveedor al menos cuatro veces. UNICEF, 2019, *op. cit.*, p. 203.

En el tercer capítulo de este trabajo se profundiza en una estrategia de atención eficaz a partir de las recomendaciones de la OMS para las mujeres embarazadas en el marco de un programa de protección integral de la maternidad. A continuación, se tratan dos temas clave que usualmente quedan relegados en el análisis de la salud materna. En primer lugar, la violencia obstétrica, que tanto daño físico y psicológico ejerce sobre las mujeres parturientas, y en segundo lugar, uno de los tabúes más arraigados en torno a la maternidad: la depresión posparto.

2.2.2. El flagelo de la violencia obstétrica

Cuando una mujer está embarazada, sobre todo cuando se acerca el momento de dar a luz, se somete casi constantemente a una evaluación médica por parte de terceros que intervienen, a veces en forma innecesaria, en los procesos fisiológicos. En Europa, a partir del siglo XVII, en la medida en la que el control de la natalidad se convirtió en una cuestión de Estado, los hombres empezaron a atender los partos, en particular los que requerían de intervención quirúrgica. El papel predominante de los médicos varones tuvo un impacto directo en el parto, que pasó de ser vertical a horizontal y boca arriba, una postura establecida en función de las necesidades del médico y no de la mujer.⁴⁴ La medicalización del parto fue resultado de una pugna por el control del cuerpo femenino y la desconfianza de los hombres en la capacidad natural de parir de las mujeres. Se quería convertir en predecible un proceso que se creía erróneamente que no lo era.⁴⁵ Esta situación promovió la

⁴⁴ Esther Vivas, *Mamá desobediente*, Capitán Swing, Madrid, 2019, pp. 144-145.

⁴⁵ Robbie Davis-Floyd, *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*, Creavida, Buenos Aires, 2009.

existencia de un nuevo tipo de violencia contra las mujeres que, desafortunadamente, aún permanece muy naturalizada en nuestra sociedad. Vivas define así la 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. Las capacidades maternas [...] 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.⁴⁶

En la medida en la que el parto pasó del ámbito privado al público, lo que había sido una experiencia personal e íntima se convirtió en un proceso industrializado, que buscaba 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 convirtió el parto en algo brutal, a menudo un acto de violencia.⁴⁷ El parto tecnocrático se consolidó a lo largo del siglo xx y con él la imagen de la embarazada como una paciente, un sujeto vulnerable, cuya opinión no cuenta, y del feto como un ser atrapado en el cuerpo femenino.⁴⁸ La especial situación

⁴⁶ Esther Vivas, *op. cit.*, pp. 167-168.

⁴⁷ Sheila Kitzinger, *La crisis del parto*, Ob Stare, Santa Cruz de Tenerife, 2015.

⁴⁸ Barbara Katz Rothman, *Recreating Motherhood*, Rutgers University Press, Nueva Jersey, 2000.

de vulnerabilidad en la que se encuentra una mujer a punto de dar a luz puede llevar a que sus derechos no sean respetados y hasta sufrir acciones vinculadas a la violencia obstétrica. El parto protagonizado por los profesionales de la salud y no por las mujeres parturientas es un escenario muy propicio para la violencia de género.⁴⁹

Los avances en la medicina han supuesto numerosos cambios en casi todos los ámbitos de nuestras vidas y han impactado positivamente la salud materna. Han permitido, por ejemplo, salvar muchas vidas tanto maternas como neonatales. Definitivamente, con el empleo de las nuevas tecnologías y el conocimiento científico las embarazadas reciben una mejor atención y previenen enfermedades congénitas, nutricionales o neonatales. Sin embargo, la vigilancia y el control médico excesivos también han derivado en nuevas formas de violencia contra la mujer, en este caso, la violencia obstétrica. Por eso es justo manifestar que el problema no reside en los avances de la ciencia médica, sino en la falta de un enfoque que se acerque al embarazo y el parto desde el respeto de la mujer y su derecho de vivir ambos procesos de manera positiva y libre de violencia por parte del personal sanitario. En definitiva, la atención médica no debe enfocarse sólo en salvar vidas, sino en buscar la manera más adecuada de preservar la vida mientras se procura y defiende una experiencia positiva de los procesos mencionados, respetados y libres de violencia.

⁴⁹ El paritorio es un escenario ideal de representación de esa negación-apropiación patriarcal del cuerpo y de la capacidad creadora de las mujeres de la que habla Isabel Aler: “estamos semidesnudas, en presencia de extraños, muchas veces solas, en espacios que nos son desconocidos y en los que no ejercemos ningún poder, en posición de sumisión total: con las piernas abiertas y levantadas, tumbadas contra la espalda, con los genitales expuestos y está en juego nuestra vida y la de nuestros hijos”. Citado en Francisca Fernández Guillén, “¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos”, *Dilemata, Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 2015, p. 114.

La violencia obstétrica es uno de los mayores problemas que enfrentan las madres en los sistemas sanitarios cuando acuden embarazadas o en trabajo de parto, y se les aplican de manera rutinaria procedimientos previstos para momentos excepcionales. Sin duda, el ejemplo estrella es la cesárea no justificada —en el peor de los casos, sin consentimiento materno—, que se ejecuta por rutina, para agilizar el trabajo médico o para obtener ganancias monetarias, sin tener en cuenta las consecuencias nefastas que puede tener para la salud de la madre y el bebé. Los datos sobre los nacimientos por cesárea son preocupantes, en especial para la región. Desde 1985, la comunidad sanitaria internacional ha considerado que la tasa “ideal” de cesáreas se encuentra entre 10% y 15%. De hecho, nuevos estudios revelan que el número de muertes maternas y neonatales disminuye cuando ésta se acerca a 10%.⁵⁰ Según datos del UNICEF en 2018, el porcentaje mundial de partos por cesárea fue de 21%. Esta cifra es mucho más preocupante para América Latina y el Caribe, que se sitúa en un inadmisibles 44%.⁵¹

La lucha contra la violencia obstétrica en América Latina comenzó en la década de 1990 con los esfuerzos de divulgación sobre el cuidado materno infantil —con evidencia científica— emprendidos por activistas, quienes se respaldaron en 1996 en el documento de la OMS *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*, en el que se advierte del peligro de convertir un suceso fisiológico normal en un procedimiento médico, por medio de “la adopción, sin crítica previa, de toda una serie de intervenciones inútiles, inoportunas, inapropiadas y/o innecesarias, además, con frecuen-

⁵⁰ OMS, *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*, 2015. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=63F1572318EC41A4F721D3683D6ADF4C?sequence=1.

⁵¹ Una tasa de cesárea de 5% a 15% es previsible con niveles adecuados de atención obstétrica de emergencia. UNICEF, 2019, *op. cit.*, p. 203.

cia, pobremente evaluadas”. Unos años después de la publicación del documento, Uruguay (en 2001), Argentina (en 2004), Brasil (en 2005) y Puerto Rico (en 2006) aprobaron leyes que garantizaban el derecho de la mujer a estar acompañada durante el trabajo de parto y el alumbramiento. Brasil y Argentina desarrollaron una legislación más amplia que fomenta el llamado *parto humanizado o respetado*. En 2007, Venezuela se convirtió en el primer país del mundo en promulgar una ley específica para atender la violencia obstétrica. Dos años después, Argentina proclamó una ley similar; siguieron Panamá, varios estados en México, Bolivia —con una ley que atiende la “violencia en contra de los derechos reproductivos” y la “violencia en servicios de salud”— y El Salvador —cuya ley hace un llamado a un trato digno en los servicios de salud maternos y de salud reproductiva—. ⁵²

De acuerdo con el informe de la iniciativa de monitoreo social “Mira que te miro”⁵³ de 2017, menos de la mitad de los países de América Latina cuenta con mecanismos adecuados para atender las quejas por violencia obstétrica, por lo que se vuelve complejo conocer con exactitud la magnitud del problema. En muchas ocasiones, las mujeres consideran que el maltrato por parte del personal de salud es “normal”, y por lo tanto, no interponen quejas

⁵²Vanessa Barbara, “¿Por qué en América Latina, una región que dice amar a las madres reina la violencia obstétrica?”, *The New York Times*, 13 de marzo de 2019. Disponible en <https://www.nytimes.com/es/2019/03/13/espanol/america-latina/violencia-obstetrica-america-latina.html>.

⁵³ “Mira que te miro” es una iniciativa de monitoreo social constituida a lo largo de tres años con la participación de un gran número de organizaciones, expertos y expertas de toda América Latina y el Caribe. Informe del monitoreo social de los compromisos en derechos sexuales y derechos reproductivos del consenso de Montevideo 2017. Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región Hemisferio Occidental, “Mira que te miro, Informe del monitoreo social de los compromisos en derechos sexuales y derechos reproductivos del Consenso de Montevideo”, 2018. Disponible en https://miraquetemiro.org/downloads/mira_que_te_miro_resumen_global.pdf?v=oct18-3

a menos de que haya una consecuencia física. En toda América Latina hubo mejoras sustanciales respecto a la salud materna y la atención sanitaria del embarazo y el recién nacido. Sin embargo, existen muchos pendientes relacionados con la calidad de la atención y la capacitación del personal de salud para el trato digno y con apego a los derechos humanos, como lo explica el *Informe Regional sobre la Implementación del Consenso de Montevideo*, que elaboró la CEPAL en 2019.⁵⁴ De a poco, diversas organizaciones civiles van creando espacios propicios para monitorear este flagelo y aportar datos y evidencia valiosa respecto a su incidencia real.⁵⁵

En términos físicos, la violencia obstétrica en el parto se ejerce por medio de procedimientos invasivos, como el tacto vaginal —que realizan múltiples personas—; la episiotomía rutinaria;⁵⁶ el uso de fórceps didácticos para que los estudiantes practiquen; el suministro de fármacos y anestesia sin justificación; la maniobra de Kristeller;⁵⁷ las cesáreas innecesarias, o la maniobra

⁵⁴ Ricardo Baruch, “Con el dolor de tu vientre: la violencia obstétrica en América Latina”, *Huffington Post México*, 7 de marzo de 2019.

⁵⁵ Un ejemplo de este tipo de avances es la creación por parte de la organización Las Casildas, en 2015, del Observatorio de Violencia Obstétrica en Argentina, cuyos objetivos son recolectar y sistematizar datos y estadísticas relacionados con la violencia obstétrica; hacer seguimiento a denuncias; monitorear políticas públicas, proyectos de ley y cumplimiento de leyes; elaborar recomendaciones para organismos e instituciones involucrados; crear espacios de difusión y debate con profesionales y ciudadanía en general; promover la elaboración de estudios y proyectos de investigación; apoyar y difundir acciones de otros colectivos y agrupaciones en torno a la violencia obstétrica, y articular trabajo y acciones con otros observatorios nacionales e internacionales.

⁵⁶ La episiotomía es una incisión en la pared vaginal y el perineo (el área entre los muslos, que se extiende desde el orificio vaginal hasta el ano) para agrandar la abertura vaginal y facilitar el parto. Stanford Children’s Health, *Episiotomía. Descripción general del procedimiento ¿Qué es la episiotomía?*, s. f. Disponible en <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=episiotom-a-92-P09289>.

⁵⁷ Consiste en presionar el abdomen de la parturienta hacia el fondo uterino para que el bebé salga con mayor rapidez. Está prohibida en varios países por las secuelas que puede dejar.

de Hamilton.⁵⁸ Se trata de prácticas ejecutadas a menudo sin el consentimiento de la mujer y sin haberla informado debidamente de sus consecuencias. Por otro lado, la violencia es también psicológica, con el uso de un lenguaje que humilla, infantiliza y discrimina a la mujer, se omite informarla o se le miente sobre la evolución del embarazo y el parto, incluso se le impide estar acompañada por su pareja o quien ella desee. No permitir el contacto entre la madre y el bebé después del nacimiento es otro caso de violencia física, al impedir el contacto y los beneficios del “piel con piel”, y psicológica, que afecta tanto a la mamá como al recién nacido.⁵⁹

La OMS se posicionó por primera vez contra la violencia obstétrica en 2014, en la publicación *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Aunque no emplea el término *violencia obstétrica*, reconoce lo siguiente:

Muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud. Esta es una violación de la confianza entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden, y también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios [...] hay que tener presente que [las mujeres] son especialmente vulnerables durante el parto. Estas prácticas podrían tener consecuencias adversas directas tanto en la madre como en el bebé [...] se hace mención a un evidente maltrato físico, una profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la

⁵⁸ 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.

⁵⁹ Esther Vivas, *op. cit.*, pp. 168-169.

esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto —lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables—, y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago.⁶⁰

Recientemente, la ONU publicó un documento importante en el que menciona el problema en el marco de los diferentes tipos de violencia contra las mujeres. Dubravka Šimonović, relatora especial sobre la violencia contra la mujer de la ONU, presentó ante la Asamblea General el informe *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*, en julio de 2019.⁶¹ En él señala que la definición de la violencia contra la mujer consagrada en el artículo primero de la *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer* aplica a todas las formas de maltrato y violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto.⁶² Sobre las causas por las que se produce la

⁶⁰ OMS, “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, 2014. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1.

⁶¹ Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, “La oms pide que se cuide la salud mental de las madres en la asistencia al parto”, 2018. Disponible en https://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2019/09/A_74_137-ES.pdf.

⁶² La declaración define la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”. ONU, *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra*

violencia obstétrica y el maltrato, Šimonović recoge en su informe que las limitaciones de los recursos y las condiciones de trabajo en los sistemas sanitarios pueden llevar al maltrato y la violencia contra la mujer durante la atención al parto. Asimismo, advierte que la dinámica del poder en la relación entre el centro de salud y los pacientes es otra causa de maltrato y violencia que se ve agravada por los estereotipos de género sobre el papel de la mujer. Este desequilibrio de poder se hace especialmente evidente en los casos en los que los profesionales sanitarios abusan de la doctrina de la necesidad médica para justificar los malos tratos durante la atención al parto.

De acuerdo con lo expuesto, hay razones fundadas para considerar la violencia obstétrica como una categoría más de violencia hacia la mujer.⁶³ Como afirma Vivas, la violencia obstétrica es la última frontera de la violencia de género, una violencia física y psicológica ejercida contra las mujeres por el sólo hecho de serlo.⁶⁴ Por sus características, se trata de una violencia normalizada, incluso justificada, por amplios sectores de la sociedad, sobre todo por médicos y personal sanitario. El hecho de que la OMS se niegue a utilizar el término *violencia obstétrica* y en su lugar se refiera a *falta de respeto y maltratos* en su único informe acerca del tema es una muestra de lo incómodo del fenómeno y de los intereses que se ven trastocados al examinarlo. Muchas veces parte del personal sanitario que es testigo de estas prácticas violentas sufre indirectamente persecuciones y presiones para seguir ocultándolas en sus ámbitos laborales bajo la excusa de que “siempre ha sido así”. Es fundamental desterrarlas de todos los sistemas sanitarios,

la mujer, 1994. Disponible en https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/48/104&Lang=S

⁶³ Francisca Fernández Guillén, *op. cit.*, p. 125.

⁶⁴ Esther Vivas, *op. cit.*

devolverle la centralidad del parto a la mujer y procurar tomar todos los recaudos para darle a los bebés y las mamás un parto respetuoso y sano.

2.2.3. El fantasma de la depresión posparto

Cuando una mujer se convierte en madre, experimenta muchísimos cambios y todos ocurren de forma simultánea. Es una combinación de cambios físicos, hormonales y psicológicos, entre otros. El posparto es una etapa de la que se habla muy poco, que recibe poca o nula atención médica y sobre todo de una profunda soledad para la gran mayoría de las mujeres que acaban de convertirse en madres. Es justamente en este periodo cuando puede aparecer la depresión posparto. Pero, ¿por qué una mujer que acaba de dar a luz podría sentirse triste y deprimida? ¿Acaso con la llegada de su hijo o hija no tiene todo lo que la sociedad en la que vivimos afirma que una mujer debería tener para ser plenamente feliz? Ésta es la razón por la cual la depresión posparto sigue siendo un tabú. La romantización de la maternidad que nos han impuesto conduce a ocultar esta patología, porque parece que no hay lugar para la tristeza y la angustia cuando llega un bebé. Al contrario, parece que las mujeres deberíamos estar felices y presurosas de vivir una maternidad intensiva desde el momento del alumbramiento. Esta visión de la maternidad glorificada e idealizada ha contribuido a que millones de mujeres que sufren depresión posparto no busquen ayuda y sus efectos se vean dramáticamente aumentados el resto de su vida. La depresión posparto existe y requiere de atención por parte de los servicios de salud mental para superarla y resguardar a las mujeres de sus nocivos efectos en su salud y su desempeño productivo.

La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que afecta a una porción de entre 10% y 15% de las madres adultas cada año. Los síntomas suelen presentarse en un periodo promedio de más de seis meses —entre 25% y 50% de los casos—⁶⁵ y son similares a los del trastorno de depresión; sin embargo, además del mal estado de ánimo, los trastornos del sueño, el cambio de apetito, la variación diurna del estado de ánimo, la concentración deficiente y la irritabilidad, las mujeres con depresión posparto también sienten culpa por su incapacidad para cuidar a su bebé.⁶⁶ A pesar del creciente reconocimiento como un problema global relacionado con el parto, la importancia de detectar y tratar la depresión posparto hasta hace poco había estado relegada. Este trastorno es un problema social grave debido a sus consecuencias, incluido un mayor riesgo de suicidio e infanticidio. Todo esto ha contribuido a que la depresión posparto a menudo se diagnostique poco y no se trate; por lo tanto, se necesitan grandes y urgentes esfuerzos para mejorar la salud mental perinatal.⁶⁷

Las causas de la depresión posparto son múltiples y las probabilidades de padecerla aumentan si la madre vivió violencia obstétrica, un parto altamente intervenido, una cesárea innecesaria o la separación temprana del bebé. Contar con una red de apoyo puede ayudar a prevenirla.⁶⁸ Es usual que las mujeres que sufren depresión posparto la oculten, se avergüencen y se nieguen a pedir ayuda porque consideran que no es lo que se espera de ellas. Nuestra cultura silencia la vida interior de las mamás, en particu-

⁶⁵ Reindolf Anokye *et al.*, “Prevalence of Postpartum Depression and Interventions Utilized for Its Management”, *Annals of General Psychiatry*, vol. 17, 2018.

⁶⁶ Michelle G. Craske, *Origins of Phobias and Anxiety Disorders: Why More Women Than Men?*, Elsevier, Ámsterdam/Boston, 2003.

⁶⁷ Reindolf Anokye *et al.*, *op. cit.*

⁶⁸ Esther Vivas, *op. cit.*, p. 79.

lar las experiencias negativas o ambivalentes. En consecuencia, las madres acaban disfrazando la complejidad de la vivencia materna. Es lo que Maushart llamó la “máscara de la maternidad”, un proceso individual y colectivo que esconde las dificultades que implica ser madre, en el que se finge que no pasa nada y que todo va viento en popa. La máscara silencia la maternidad real a favor de una maternidad mitificada.⁶⁹ Ocultar la depresión posparto es una de sus consecuencias más dramáticas.

Desafortunadamente, no se dispone de muchos datos o información respecto a su incidencia en el continente americano. Un documento publicado por la *Revista Panamericana de Salud Pública* afirma que la depresión posparto es un trastorno mental afectivo severo, que afecta hasta 56% de las mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos durante los primeros cuatro meses tras el nacimiento de su bebé. Su incidencia mundial es de 15% y se asocia al suicidio y filicidio, y el primero es una de las causas más importantes de muerte materna durante el periodo perinatal.⁷⁰ Cabe destacar que desde 2016, el primer miércoles de mayo se lleva a cabo la campaña del Día Mundial de la Salud Materna —impulsada por la Sociedad Marcé Española de Salud Mental Perinatal con organizaciones de al menos 13 países—, que busca sensibilizar a la población y ejercer presión sobre los gobiernos para crear políticas públicas y aportar recursos para atender este tema.⁷¹

⁶⁹ Susan Maushart, *The Mask of Motherhood: How Becoming a Mother Changes Our Lives and Why We Never Talk About It*, Penguin Books, Londres, 2000.

⁷⁰ Rafael A. Caparros-González, Borja Romero-González y María Isabel Peralta-Ramírez, “Depresión posparto, un problema de salud pública mundial”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 42, 2018.

⁷¹ Para más información sobre la iniciativa, véase Sociedad Marcé Española de Salud Mental Perinatal, *Día mundial de la salud mental materna*, 2020. Disponible en <http://www.sociedadmarce.org/dia-mundial-SMM.cfm/ID/6887/ESP/dia-mundial-salud-mental-materna.htm>

En el posparto —momento clave para detectar la depresión—, los profesionales de la salud que tanto protagonismo tienen en el embarazo y parto están ausentes. En esta etapa se requiere un acompañamiento profesional neutral, sin juicios ni discriminación, para crear un ambiente propicio y confiable en el que sea posible solicitar ayuda. La salud mental materna es tan importante como la salud física, sobre todo porque de ella depende el bienestar y la vida del recién nacido. Por ello, los servicios de salud deberían destinar recursos para este sector y estar preparados para atender adecuadamente a estas mujeres. En este sentido, una iniciativa que vale la pena destacar es la guía del gobierno federal mexicano: *Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención*, en la cual se establecen algunas recomendaciones. Sin embargo, fue hasta 2016 cuando se actualizó y la evaluación de la salud mental se incluyó en las consultas y revisiones médicas a mujeres embarazadas para identificar síntomas depresivos o de otro trastorno.⁷² No obstante, aún no se especifican los mecanismos de implementación ni se ha establecido la creación de campañas de divulgación para remarcar la importancia de la prevención, detección y tratamiento.

2.2.4. El desafío de mantener la lactancia materna

Si tuviéramos que escoger una y sólo una de las tareas más agotadoras que implica la maternidad —la que más tiempo y energía

⁷² CENETEC/Secretaría de Salud de México, “Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención. Guía de referencia rápida”, 2014. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GRR_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf

consume—, sin dudas la elegida sería la lactancia. Además de ser una tarea indelegable —dado que los padres no pueden lactar por una cuestión biológica—, se trata de una labor extenuante, que literalmente implica poner el cuerpo —por tiempo indeterminado— para alimentar y nutrir a un bebé. La lactancia materna —por los beneficios y utilidades que crea— debería entenderse no sólo como responsabilidad exclusiva de la madre, sino como una responsabilidad política y social. Por lo tanto, el involucramiento, promoción y defensa de la lactancia materna debería formar parte de una verdadera política de salud pública y de un esquema de protección de seguridad social.

La lactancia materna es el acto de transferencia directa de leche del seno de la madre al bebé por medio de un proceso fisiológico diádico mutuo. A menudo se asume como una práctica “natural”, por lo tanto, fácil e instintiva, pero se convierte en una práctica compleja en la sociedad moderna, en la que las presiones externas trabajan contra la madre y el niño para actuar como una díada biológica y conductual. Se trata de un proceso fisiológico interactivo y un sistema de retroalimentación que incluye actividad neuroendocrina, mamaria, placentaria y ovárica.⁷³ Las madres que eligen libremente la lactancia materna en lugar de otras alternativas de alimentación —como las fórmulas lácteas— enfrentan innumerables desafíos para sostenerla con éxito. La gran mayoría no alcanza las metas recomendadas por la OMS y el UNICEF, que afirman que la lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes. Agregan que el examen de los datos cientí-

⁷³ Miriam Labbok, “Breastfeeding in Public Health What Is Needed for Policy and Program Action?”, Paige Hall Smith, Bernice L. Hausman y Miriam Labbok (eds.), *Beyond Health, Beyond Choice: Breastfeeding Constraints and Realities*, Rutgers University Press, Nueva Jersey, 2012

ficos ha revelado que —a nivel poblacional— la lactancia materna exclusiva durante seis meses es la forma de alimentación óptima. Posteriormente recomiendan recibir alimentos complementarios, pero sin dejar la lactancia materna hasta los dos años o más.⁷⁴ Sin embargo, sin la ayuda y el acompañamiento idóneo la lactancia materna se abandona con rapidez.

Las tasas globales de lactancia materna no han aumentado sustancialmente en las últimas dos décadas.⁷⁵ De acuerdo con datos del UNICEF, las tendencias mundiales en el porcentaje de lactantes de cero a cinco meses alimentados exclusivamente con leche materna, entre 2005 y 2018, pasaron de 35% a 42%, es decir, hubo una mejora de apenas 7% en un periodo de 13 años. Respecto a América Latina y el Caribe, la situación es todavía más dramática, pues se pasó de una tasa de lactancia exclusiva de 35% a una de 38% en el mismo periodo; esto significa que no hubo mejoras de gran importancia en más de una década.⁷⁶ En la región, muchos bebés no reciben leche materna en absoluto y se les alimenta con fórmula maternizada. En México, por ejemplo, 48% de los bebés de cero a cinco meses y 33% de los bebés de seis a 11 meses consumen fórmulas lácteas infantiles, y sólo 35% de los niños menores de dos años consumen leche materna.⁷⁷ Cabe destacar que el éxito de la lactancia materna no es sólo una cuestión de creencias o ideología, también es el resultado de circunstancias materiales concretas y de los recursos que cualquier mujer tiene

⁷⁴ OMS, “Lactancia materna exclusiva”, s. f. Disponible en https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/

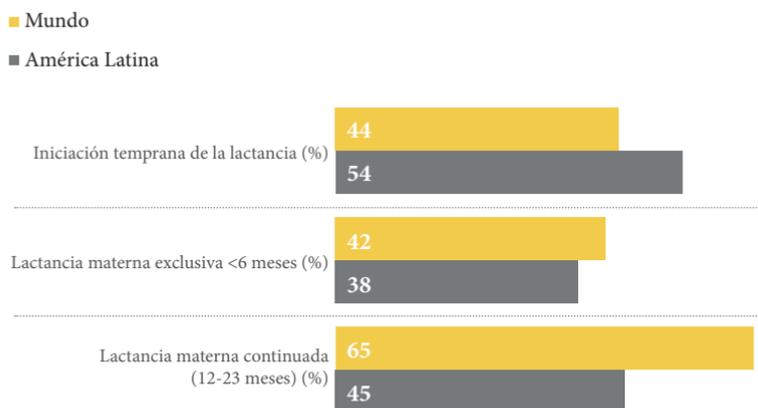
⁷⁵ OMS, “Breastfeeding in the 21st Century”, s. f. Disponible en https://www.who.int/pmnch/media/news/2016/breastfeeding_brief.pdf

⁷⁶ UNICEF, 2019, *op. cit.*, p. 71.

⁷⁷ Sonia Rodríguez-Ramírez *et al.*, “Mexican Children under 2 Years of Age Consume Food Groups High in Energy and Low in Micronutrients”, *The Journal of Nutrition*, núm. 9, vol. 146, 2016, pp. 1916S-1923S.

bajo su propio control.⁷⁸ La Gráfica 6 muestra las estadísticas referidas a la lactancia materna en los ámbitos mundial y regional.

Gráfica 6. Lactancia materna en el mundo y en América Latina y el Caribe, 2018



Fuente: Elaboración propia con base en datos del UNICEF (2018).⁷⁹

Sorprendentemente, América Latina y el Caribe presentan un porcentaje superior respecto al nivel mundial en la iniciación temprana de la lactancia, es decir, en la primera hora de vida (54%). Como ya se había manifestado, la OMS recomienda una lactancia materna exclusiva durante al menos los primeros seis

⁷⁸ Paige Hall Smith, Bernice L. Hausman y Miriam Labbok (eds.), *Beyond Health, Beyond Choice: Breastfeeding Constraints and Realities*, Rutgers University Press, Nueva Jersey, 2012

⁷⁹ Iniciación temprana a la lactancia materna: porcentaje de niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron amamantados en la primera hora de vida.

Lactancia materna exclusiva (< 6 meses): porcentaje de lactantes de cero a cinco meses de edad que recibieron exclusivamente leche materna durante el día anterior.

Continuación de la lactancia materna (12-23 meses): porcentaje de niños de 12 a 23 meses de edad que recibieron leche materna durante el día anterior. UNICEF, 2019, *op. cit.*

meses de vida. A nivel mundial, sólo 42% de las madres logran sostener esta meta y en América Latina apenas 38%. Respecto a la lactancia continuada más allá de los seis meses, los datos sitúan a América Latina y el Caribe por debajo del promedio mundial: en apenas 45%. Es inevitable preguntarse acerca de las causas que impulsan a las madres del mundo y de la región a no dar el pecho, o mejor dicho, qué factores impiden u obstaculizan una lactancia materna exitosa.

El principal enemigo de la lactancia materna es el mundo productivo. La lactancia materna es una actividad asociada con el mundo privado de la maternidad, no con el mundo público del trabajo remunerado. Es una actividad no remunerada que las madres ejecutan “porque quieren y por amor”; es un comportamiento materno que involucra el tiempo, la energía, el cuerpo y las emociones de las mujeres. Se trata de una actividad de 24 horas, siete días a la semana, con un marco de tiempo ambiguo, que involucra el trabajo diurno y el nocturno. Las mujeres necesitan que tanto la maternidad como la lactancia sean más flexibles para acomodar sus expectativas personales y sociales en múltiples roles. Sin embargo, esta necesidad choca con la rigidez de la naturaleza de género del trabajo y la organización continua de normas, valores, percepciones y recursos relacionados con el trabajo que terminan por hacer incompatibles ambas funciones.⁸⁰ Muchas mujeres informan que no pueden continuar amamantando al regresar al trabajo debido a la falta de apoyo institucional. La política y el apoyo de la organización tienen una influencia importante en la capacidad de las madres para amamantar que es independiente de su deseo de hacerlo o de

⁸⁰ Paige Hall Smith, “Breastfeeding and Gender Inequality”, *Journal of Women, Politics & Policy*, núm. 34, vol. 4, 2013, p. 29.

su capacidad de producir un suministro de leche, por lo tanto, limita cualquier visión genuina de elección.⁸¹

A las inconveniencias del mundo productivo, se suman la presión social y comercial para poner fin a la lactancia materna —esto incluye la comercialización y la promoción agresiva por parte de los productores de fórmula—. La fórmula no es un sustituto aceptable de la leche materna, porque sólo reemplaza la mayoría de los componentes nutricionales de la leche materna: es sólo un alimento, mientras que la leche materna es un complejo fluido nutricional vivo que contiene anticuerpos, enzimas, ácidos grasos de cadena larga y hormonas, y muchas de estas sustancias no pueden incorporarse en la fórmula.⁸² El parto por cesárea —además de todos los inconvenientes mencionados— produce un menor estímulo hormonal de las glándulas mamarias, por lo que representa un obstáculo más para la lactancia. Por último, la falta de soporte y orientación médica por parte de los trabajadores de salud, quienes en su mayoría carecen de conocimientos adecuados y capacitación en apoyo a la lactancia materna, a menudo agrava todas estas presiones.

La lactancia materna salva vidas. Así lo afirma la OMS: si prácticamente todos los niños fueran amamantados, cada año se salvarían unas 820 000 vidas infantiles.⁸³ De hecho, la OMS sólo recomienda la toma de leche de fórmula como cuarta opción, detrás de la leche materna succionada directamente del seno de la madre

⁸¹ Amanda Marie Lubold y Louise Marie Roth, “The Impact of Workplace Practices on Breastfeeding Experiences and Disparities among Women”, Paige Hall Smith, Bernice L. Hausman y Miriam Labbok (eds.), *Beyond Health, Beyond Choice: Breastfeeding Constraints and Realities*, Rutgers University Press, Nueva Jersey, 2012.

⁸² UNICEF, “Lactancia materna. Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial”, s. f. Disponible en https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html.

⁸³ OMS, “10 datos sobre la lactancia materna”, 2017. Disponible en <https://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>

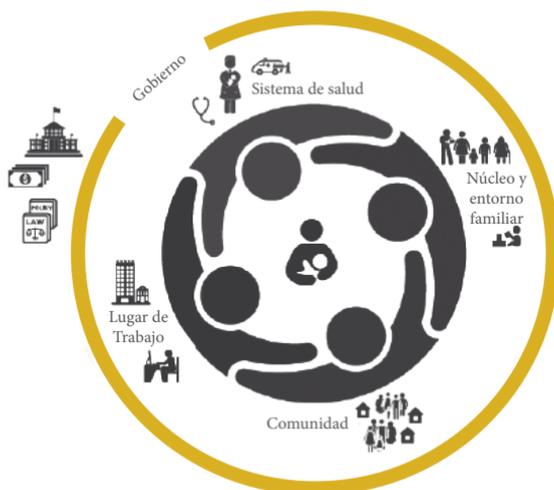
en primer lugar, seguida de la leche materna extraída y suministrada al bebé, y la leche de otra mujer. Si todas estas opciones no prosperan, entonces la oms apuesta por la lactancia artificial. La evidencia científica respecto a los beneficios en la salud de bebés y madres lactantes es contundente. Está comprobado que la lactancia materna reduce el riesgo de que los bebés sufran las siguientes enfermedades: otitis media aguda, infección gastrointestinal, infección del tracto respiratorio inferior, obesidad y síndrome metabólico, diabetes tipo 1 y 2, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, enterocolitis necrotizante y leucemia aguda, también en algunas circunstancias disminuye el riesgo de dermatitis atópica y asma. En el caso de bebés prematuros, mejora considerablemente su desarrollo cognitivo. Respecto a la salud de las madres, lactar está asociado a tener un menor riesgo de cáncer de ovario premenopáusico, cáncer de mama, artritis reumatoide, diabetes tipo 2, enfermedad coronaria y síndrome metabólico.⁸⁴ Es claro que los beneficios que produce la lactancia materna impactan espectacularmente en la salud, principalmente de los bebés, pero también de las madres. Esto se traduce, potencialmente, en importantes ahorros para la salud pública de los Estados. Por todo esto resulta fundamental invertir en políticas de salud pública que promuevan y protejan la lactancia materna.

Se podría sostener, como afirma Vivas, que nuestra sociedad es enemiga de la lactancia materna y acumula —tras décadas de cultura del biberón— muchos prejuicios contra ella, lo que menoscaba la confianza de las madres en su capacidad para lactar. Las mujeres que quieren dar de mamar enfrentan muchas dificultades. El entorno social y la atención sanitaria condicionan su

⁸⁴ Melissa Bartick, “Breastfeeding and Health: A Review of the Evidence”, *Journal of Women, Politics & Policy*, núm. 34, vol. 4, 2013, pp. 317-329.

decisión y sin una sociedad amigable el proceso es más que complicado.⁸⁵ Si bien la lactancia materna podría ser apoyada por una variedad de sectores y disciplinas, el cambio a su favor se ha catalizado sólo cuando hay apoyo interdisciplinario e intersectorial, además de la colaboración activa en el reconocimiento de la perspectiva de que la madre y su hijo son las figuras centrales en las decisiones y acciones de lactancia materna.⁸⁶ A continuación, en la Figura 1 se muestra una síntesis gráfica de cómo una mamá lactante y su bebé deberían estar sostenidos y acompañados por sus múltiples entornos.

Figura 1. La lactancia materna es una responsabilidad intersectorial



Fuente: UNICEF.⁸⁷

⁸⁵ Esther Vivas, *op. cit.*, pp. 291-292.

⁸⁶ Miriam Labbok, *op. cit.*, p. 37.

⁸⁷ UNICEF, "Breastfeeding is not a one-woman job", *From the First Hour of Life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere*, 2016. Disponible en https://www.unicef.org/publications/index_93027.html

Una lactancia materna exclusiva y continuada requiere no sólo del apoyo de la familia y el núcleo familiar próximo, sino también de numerosos actores que forman parte de las interacciones entre el mundo público y privado: el sistema de salud, el mundo productivo vinculado al trabajo remunerado, la comunidad y sociedad en general, entre otros. Sin embargo, la clave debería estar en un Estado que promueva y sostenga una política pública de salud favorable a la lactancia materna, dado que el problema no está en los cuerpos de las mujeres, sino en las estructuras políticas, económicas y sociales que dan forma a las prácticas y experiencias de las mujeres, y las soluciones también deben residir en esos contextos. El éxito o fracaso de la lactancia materna debería dejar de ser un juicio normativo de bondad materna o fortaleza moral, y convertirse en un indicador para evaluar el apoyo social y la igualdad para las madres.⁸⁸

3. Compensar los costos de la maternidad en tanto riesgo social

A lo largo de este capítulo se evidenciaron los motivos por los cuales la maternidad debe considerarse un verdadero riesgo social. Asimismo, se expusieron los costos que la maternidad supone para las mujeres. Es preciso proteger a las mujeres del riesgo de la maternidad, es decir, se les debe dar una protección integral desde un esquema de seguridad social estatal, con el objeto de mitigar y compensar los costos que implica para ellas la maternidad, sólo de esta forma, en el marco de una política pública que garantice igualdad, las mujeres podrán vivir esta experiencia sin que su salud,

⁸⁸ Paige Hall Smith, Bernice L. Hausman y Miriam Labbok, *op. cit.*, pp. 284-285.

su vida, su capacidad laboral y sus ingresos económicos se vean afectados de manera negativa. En la actualidad, las mujeres tienen menos hijos por múltiples razones, sin embargo, también es cierto que muchas se ven forzadas a postergar su maternidad o limitarla a un solo hijo por las enormes desigualdades y penalidades que sufren al convertirse en madres. La realidad de la baja natalidad es señalada por diversos actores, como los gobiernos, los medios de comunicación y la sociedad en general, pero todo parece indicar que sus críticas no se ven acompañadas de acciones concretas que contribuyan real y efectivamente a disminuir las brechas existentes para que una mujer que decida ser madre no vea disminuida su capacidad económica, su carrera laboral o incluso no ponga en riesgo su propia vida. Éste debería ser el centro del debate sobre la maternidad.

CAPÍTULO II

LA PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD ALREDEDOR DEL MUNDO. LA VÍA INTERAMERICANA DEL BIENESTAR PARA LA MATERNIDAD

Alrededor del mundo, los países han instrumentado varias políticas de protección de la maternidad. Existe una diversidad amplia respecto a su alcance y cobertura. Y es que las políticas públicas no son neutrales. En su diseño e implementación hay un componente ideológico que predetermina su alcance. En el caso de las políticas públicas de maternidad, familia y cuidados, es evidente que los instrumentos diseñados no siempre ofrecen una cobertura extensa, lo que puede interpretarse como el no reconocimiento de la maternidad como una tarea fundamental de la reproducción social. Desafortunadamente —y en contra de normativas y recomendaciones internacionales—, todavía existen países que carecen por completo de protección de la maternidad. Por ejemplo, Estados Unidos sigue sin contemplar una licencia de maternidad remunerada.⁸⁹ Otros países, en cambio, han recorrido un camino lento pero sólido, orientado a una protección ampliada y eficaz de la maternidad, del empleo de las

⁸⁹ La denominada Family and Medical Leave Act de Estados Unidos, de 1993, brinda hasta 12 semanas de licencia no remunerada en un periodo de 12 meses a mujeres y hombres que han trabajado para un empleador durante al menos 1250 horas durante los 12 meses anteriores. Esta ley proporciona licencia no remunerada por una variedad de razones, incluido el parto o el cuidado de un recién nacido hasta los 12 meses. U. S. Department of Labor, “Family and Medical Leave Act”. Disponible en <https://www.dol.gov/agencies/whd/fmla>

mujeres que deciden ser madres e incluso han procurado avanzar en esquemas de corresponsabilidad parental, para lo cual fomentan las licencias de los padres y su involucramiento en las tareas de crianza y reproducción social.

El objetivo de este capítulo es analizar, a partir de normativas internacionales y de la experiencia comparada, qué tipo de políticas han sido efectivas en la protección a las mujeres del riesgo social de la maternidad. Presentamos algunas medidas implementadas que se pueden considerar experiencias positivas en su afán de brindar seguridad y bienestar a las madres. Conocer de cerca estas políticas nos permitirá identificar cuáles son las mejores estrategias empleadas por los Estados del mundo y la región para hacer recomendaciones en el mismo sentido para los países miembros de la CISS.

La estructura del capítulo es la siguiente: en primer lugar, se repasan las recomendaciones internacionales en materia de protección de la maternidad que han establecido la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la CISS. Es necesario volver a ellas e incorporarlas en el diseño de una política integral de protección de la maternidad. Enseguida, analizamos las políticas estructurales que han adoptado en la materia los países miembros de la OCDE. Elegimos a la OCDE porque los 37 países que la conforman abarcan todo el mundo, desde América del Norte y del Sur, hasta Europa y Asia-Pacífico. De esta forma, es posible tener un panorama general de las políticas de maternidad en todo el mundo. Cabe destacar que en la actualidad seis de los países miembros de la OCDE también forman parte de la membresía de la CISS.⁹⁰

⁹⁰ Esos países son Canadá, Estados Unidos, México, Costa Rica (recientemente invitado a formar parte de la OCDE), Colombia y Chile. Para conocer la lista completa de países

A partir de la descripción de las políticas de maternidad implementadas en ese conjunto de países, presentamos una serie de experiencias latinoamericanas de protección de la maternidad. Se trata de políticas vigentes en América Latina y el Caribe que pueden considerarse positivas, pues su diseño es una respuesta a algunos de los problemas asociados a la maternidad: la protección de la salud, las licencias, las prestaciones familiares y la disponibilidad de servicios de cuidados de calidad. Así, la segunda parte de este capítulo presenta la denominada vía interamericana del bienestar para la maternidad. Es posible afirmar que la región — en promedio— sí protege la maternidad, pero en forma parcial y fragmentada. En algunas de las dimensiones analíticas, se encuentra por debajo de los estándares internacionales de protección sugeridos. Las experiencias que se presentan constituyen, más bien, políticas aisladas de países que fueron implementando reformas —algunas más tímidas y otras más radicales—, pero sin llegar a constituir un cambio de paradigma a favor del reconocimiento de la maternidad como una tarea esencial de la reproducción social. En la actualidad hay tres países que parecen encaminados a ofrecer una protección más integral con un verdadero enfoque de género: Cuba, Chile y Uruguay. Sin embargo, la gran heterogeneidad respecto a la cobertura de la protección de la maternidad en la región dificulta enormemente que las mujeres puedan elegir ser madres en condiciones de dignidad e igualdad. Urge que todos los países avancen en forma categórica hacia un modelo de protección integral de la maternidad que resguarde realmente a las mujeres de dicho riesgo social.

miembros de la OCDE y la CISS, véanse OCDE, “Países miembros”, s. f. Disponible en <https://www.oecd.org/acerca/miembros-y-socios/>; CISS, “Miembros”, 2019. Disponible en <https://ciss-bienestar.org/miembros/>

1. Instrumentos de protección internacional y recomendaciones de organismos internacionales

1.1. Organización Internacional del Trabajo

La protección de la maternidad ha sido una de las principales preocupaciones de la OIT desde el primer año de su existencia, cuando se adoptó el primer Convenio de Protección de la Maternidad, en 1919. Ese convenio reconoció el derecho a la licencia de maternidad remunerada y la garantizó la conservación del empleo después del parto. De hecho se considera la primera norma relativa a la igualdad de género. Además de éste, la OIT adoptó otro convenio en 1952 y uno más, el 183, en 2000.⁹¹ Cabe destacar que estos tres instrumentos son independientes entre sí y todos se encuentran vigentes. Desafortunadamente, el número de países que los han ratificado es preocupantemente bajo.⁹²

Con la adopción del convenio de 2000, el ámbito de aplicación de estas normas se amplió a todas las mujeres empleadas, independientemente de su ocupación o del tipo de establecimiento, incluyendo a aquellas que desempeñan formas atípicas de trabajo dependiente. La OIT reconoce las prestaciones de la maternidad como una de las nueve ramas de la seguridad social,⁹³ que deben incluir la asistencia médica —prenatal, parto y posnatal— y los

⁹¹ OIT, *Convenio sobre la protección de la maternidad*, 1919 (núm. 3). Disponible en https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C003; OIT, *Convenio sobre la protección de la maternidad* (revisado), 1952a, disponible en https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C103; OIT, *Convenio sobre la protección de la maternidad*, 2000a, disponible en https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C183

⁹² El Convenio de 1919 ha obtenido 34 ratificaciones; el de 1952, 41, el de 2000, 38.

⁹³ OIT, *Convenio sobre la seguridad social* (norma mínima), 1952b (núm. 102). Disponible en https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C102

pagos periódicos para cubrir la falta de ingresos de las madres trabajadoras. Además, la Organización reconoce el derecho a un periodo de descanso después del parto de al menos 14 semanas, aunque en la recomendación número 191 afirma que es deseable que se amplíe hasta 18.⁹⁴ De igual forma, estipula que el monto de las prestaciones pecuniarias percibidas durante el periodo de licencia deberá ser al menos equivalente a dos tercios del ingreso percibido como salario. Por su parte, el trabajo durante el embarazo debe adecuarse a las especificidades que genera este proceso en el cuerpo de las mujeres, garantizándose que las mujeres embarazadas o lactantes no desempeñen actividades que puedan poner en riesgo su salud o la de su hija o hijo.

Respecto a la lactancia en los lugares de trabajo, establece que la trabajadora podrá interrumpir sus tareas una o varias veces al día o podrá contar con una reducción de la jornada. Este tiempo deberá contabilizarse dentro de la jornada de trabajo y por lo tanto será remunerado. Finalmente, contiene medidas que garantizan la reincorporación de las mujeres al mismo puesto de trabajo o uno similar al que tenían antes de la licencia. Así, se establece la prohibición del despido de las mujeres durante el embarazo, la licencia por maternidad y un periodo determinado después de la reincorporación al trabajo.⁹⁵ Desafortunadamente, sólo tres países de la región (Belice, Cuba y Perú) han ratificado este convenio.⁹⁶ Esto

⁹⁴ OIT, *Recomendación sobre la protección de la maternidad*, 2000b (núm. 191). Disponible en https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R191

⁹⁵ OIT, “No discriminación laboral de las mujeres y protección de la maternidad”, s. f. Disponible en https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san_jose/documents/publication/wcms_220030.pdf

⁹⁶ Para consultar el listado de países que han ratificado dicho convenio, véase OIT, *Ratificación del C183 - Convenio sobre la protección de la maternidad*, 2000c (núm. 183). Disponible en https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:11300:0::NO:11300:P11300_INSTRUMENT_ID:312328

quiere decir que los países de la región cuentan con disposiciones legales que establecen la protección de la maternidad que no son homogéneas en el alcance de la protección brindada.

1.2. Organización de las Naciones Unidas

Naciones Unidas, por medio de su sistema de organizaciones y tratados internacionales, promueve la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres.⁹⁷ Llama a que todos los países miembros destinen recursos en áreas prioritarias de acción para avanzar hacia la igualdad efectiva, una de ellas es la salud materna y la protección de la primera infancia. Uno de los denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) fue mejorar la salud materna con una meta de reducción de la mortalidad materna en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, y lograr el acceso universal a la salud reproductiva.⁹⁸ Finalizado el periodo de los ODM se lanzaron nuevas iniciativas, como la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030), con recomendaciones específicas de protección y promoción de salud para las mujeres embarazadas y la primera infancia.⁹⁹ A continuación, se describen las recomendaciones a partir de uno de sus tratados más importantes y de sus organizaciones técnicas específicas.

⁹⁷ Para conocer más sobre la tarea de la ONU en materia de igualdad de género, véase ONU Mujeres, “Acerca de ONU Mujeres”, s. f. Disponible en <https://www.unwomen.org/es/about-us/about-un-women>.

⁹⁸ Para más información acerca de los ODM, véase OMS, “ODM 5: mejorar la salud materna”, s. f. Disponible en https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/es/.

⁹⁹ OMS, *La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)*, 2015b. Disponible en https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1.

1.2.1. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

Aprobada por las Naciones Unidas en 1979, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) es el tratado de derechos humanos más importante para las mujeres. Fue ratificado por 189 Estados parte y ha demostrado su incalculable valor para contrarrestar los efectos de la discriminación —abarca la violencia, la pobreza y la falta de amparo jurídico, la privación de derechos en materia de herencia, propiedad y acceso al crédito que sufren las mujeres—. ¹⁰⁰ Estipula que los Estados tomen medidas para:

Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres [...]. Garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos. ¹⁰¹

Además, la CEDAW establece que los Estados parte tomen medidas para:

¹⁰⁰ Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH), *La CEDAW en la vida cotidiana. ¿Qué es la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)?*, s. f. Disponible en <https://www.ohchr.org/SP/HRBodies/CEDAW/Pages/DailyLife.aspx>

¹⁰¹ Artículo 5 de la CEDAW, incisos a y b.

- a) Prohibir, bajo pena de sanciones, el despido por motivo de embarazo o licencia de maternidad y la discriminación en los despidos sobre la base del estado civil;
- b) Implementar la licencia de maternidad con sueldo pagado o con prestaciones sociales comparables sin pérdida del empleo previo, la antigüedad o los beneficios sociales;
- c) Alentar el suministro de los servicios sociales de apoyo necesarios para permitir que los padres combinen las obligaciones para con la familia con las responsabilidades del trabajo y la participación en la vida pública, especialmente mediante el fomento de la creación y desarrollo de una red de servicios destinados al cuidado de los niños; y
- d) Prestar protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajos que se haya probado puedan resultar perjudiciales para ella.¹⁰²

1.2.2. Organización Mundial de la Salud

La OMS recomienda a sus países miembros integrar a sus respectivos sistemas de salud una verdadera perspectiva de género. Esto significa tener en cuenta las necesidades de la mujer y del hombre en todas las fases del desarrollo de políticas y programas. Su incorporación implica contemplar la influencia de los factores sociales, culturales y biológicos en los resultados sanitarios, para mejorar la eficiencia, cobertura y equidad de los programas.¹⁰³ La

¹⁰² Texto completo de la CEDAW, disponible en <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>.

¹⁰³ OMS, ¿En qué consiste el enfoque de salud pública basado en el género?, 2007. Disponible en <https://www.who.int/features/qa/56/es/>

incorporación de la perspectiva de género tiene particular relevancia en los programas de salud reproductiva, la atención prenatal y posnatal de las mujeres y sus hijos. Asimismo, la OMS declara que la salud reproductiva y la maternidad saludable se reconocen como asuntos de desarrollo humano y del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

1.2.3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

El UNICEF afirma que a los gobiernos les corresponde una responsabilidad especial en la prestación de servicios de asistencia prenatal y posnatal, la formación de personal capacitado para atender los partos, así como en la procuración de atención especial y servicios de envío a centros adecuados para las mujeres que presenten problemas graves durante el embarazo y el parto.¹⁰⁴ Destaca que la mayoría de los gobiernos han ratificado la CEDAW, que incluye un compromiso con fuerza jurídica obligatoria para proporcionar a las mujeres embarazadas los servicios que necesiten. Asimismo, con sus acciones y programas trabaja para aumentar la inversión en políticas favorables a la familia, incluidos el acceso a servicios de guardería asequibles y de buena calidad, y las licencias de maternidad y paternidad remuneradas.¹⁰⁵

1.2.4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe

La Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, uno de los órganos subsidiarios de la CEPAL, es el princi-

¹⁰⁴ UNICEF, “La maternidad sin riesgos”, *Para la vida*, 2002. Disponible en: <https://www.unicef.org/spanish/fli/02/>

¹⁰⁵ UNICEF, *Desarrollo de la primera infancia. La primera infancia importa para cada niño*, s. f. Disponible en <https://www.unicef.org/es/desarrollo-de-la-primera-infancia>.

pal foro intergubernamental sobre los derechos de las mujeres y la igualdad de género en la región. Desde la Primera Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina, celebrada en 1977 en Cuba, hasta la XIII Conferencia, celebrada en 2016 en Uruguay, se han aprobado acuerdos que conforman una Agenda Regional de Género ambiciosa, profunda e integral.¹⁰⁶ En estas conferencias, la CEPAL ha emitido recomendaciones en muchas dimensiones; sin embargo, ha sido categórica en un punto crítico: instar a los gobiernos de la región a asegurar el acceso a programas de salud reproductiva a todas las mujeres, en particular, de las adolescentes y así evitar embarazos no deseados. En ese sentido, declara que la educación integral para la sexualidad y los servicios de salud sexual y reproductiva deben ser una prioridad de las políticas públicas relativas a los jóvenes en toda la región.¹⁰⁷

1.3. Organización Panamericana de la Salud

La OPS¹⁰⁸ pone el acento en la lactancia materna. Recomienda a los países implementar leyes que garanticen que las trabajadoras puedan contar con el tiempo y el apoyo necesario para amamantar. Esto incluye una licencia de maternidad suficiente y remunerada,

¹⁰⁶ CEPAL, *La igualdad de género y los derechos y la autonomía de las mujeres en América Latina y el Caribe: un compromiso de la CEPAL*, s. f. Disponible en https://www.cepal.org/sites/default/files/static/files/la_igualdad_de_genero_y_los_derechos_y_la_autonomia_de_las_mujeres.pdf

¹⁰⁷ Para más información sobre maternidad y adolescencia en América Latina y el Caribe, véase CEPAL/Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, “Maternidad en adolescentes”, s. f. Disponible en <https://oig.cepal.org/es/indicadores/maternidad-adolescentes>.

¹⁰⁸ La OPS viste dos sombreros institucionales: es la agencia especializada en salud del Sistema Interamericano y sirve como la oficina regional para las Américas de la OMS. OPS, “Quiénes somos”, s. f. Disponible en <https://www.paho.org/es/quienes-somos>

y las pausas necesarias para lactar una vez que se haya reincorporado a su trabajo.¹⁰⁹ La licencia de maternidad con goce de sueldo lleva a un periodo de lactancia más largo y a un mejor estado de salud y bienestar tanto para la madre como para el niño. Las mujeres a las que sólo se les otorga una licencia de maternidad corta —de seis semanas o menos— son cuatro veces más propensas a no amamantar o a interrumpir la lactancia en un tiempo más corto. La Organización también recomienda a los países la adopción y el seguimiento del “Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna”¹¹⁰ y la implantación de la iniciativa “Hospitales amigos del niño”.¹¹¹

1.4. Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Desde su fundación, la CISS ha planteado a la maternidad como uno de los principales asuntos a tratar por la seguridad social. La Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social se llevó a cabo del 10 al 16 de septiembre de 1942, en Santiago de Chile.¹¹² De acuerdo con las actas, los delegados presentes acordaron:

¹⁰⁹ OPS, “OPS insta a implementar leyes para proteger la maternidad y apoyar a las mujeres a amamantar en el lugar de trabajo”, 2019. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15346:maternity-protection-laws-must-be-implemented-throughout-the-americas-to-protect-breastfeeding-mothers-in-the-workplace&Itemid=1926&lang=es

¹¹⁰ Regula las prácticas comerciales de la industria de productos sustitutivos de la leche materna en orden a protegerla y promoverla. OMS, “Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna”, 1981. Disponible en <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241541601/es/>

¹¹¹ La iniciativa “Hospital Amigo del Niño” es un esfuerzo mundial lanzado por la OMS y el UNICEF para implementar prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna. OMS/UNICEF, “Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Revisada, actualizada y ampliada para atención integral”, 2009. Disponible en https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/es/

¹¹² Hugo Garciamarín Hernández, *La fundación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (1942)*, CISS, Ciudad de México, 2020, p. 47.

Recomendar a los países la necesidad de proceder a organizar la protección a la maternidad, a la infancia y a la adolescencia en sus aspectos económico, médico, social, jurídico y educativo, conforme a un criterio estatal y a un programa técnico general que contemple todos y cada uno de los capítulos en que se divide el problema. Esta protección deberá hacerse dentro del seguro social.¹¹³

En la actualidad, a partir de la propuesta conceptual de la CISS, se establece que la seguridad social debe dignificar las distintas etapas del ciclo de la vida. En este sentido, se afirma que la maternidad y la paternidad junto con la primera infancia se dignifican y disfrutan cuando se tiene la tranquilidad que conlleva la garantía de cuidados adecuados e integrales de salud, un periodo remunerado de licencia y posteriores cuidados infantiles seguros.¹¹⁴ Uno de los componentes de la seguridad social —de acuerdo con esta conceptualización— son las transferencias como un mecanismo de compensación por la falta de ingresos, ya sea a corto, mediano o largo plazo. En este rubro se integrarían las licencias de maternidad y paternidad compartidas. Las licencias de maternidad deben contemplar un periodo razonable con paga después del parto que permita la completa recuperación y reposo, así como los cuidados adecuados en los primeros días de vida del bebé. Asimismo, la CISS, hace una fuerte recomendación en materia de licencias con enfoque de género. Reconoce la importancia de las licencias de paternidad como un componente central del bienestar de infantes, padres, madres y de la diversidad de familias en nuestros tiempos. La expansión de las licencias de paternidad

¹¹³ CISS, “Actas de la 1a. Conferencia Interamericana de Seguridad Social”, Santiago, 1942. Disponible en http://biblioteca.ciess.org/adiss/r53/actas_de_la_1_conferencia_interamericana_de_seguridad_social.

¹¹⁴ Mariela Sánchez-Belmont, Miguel Ángel Ramírez y Frida Romero, *op. cit.*, p. 38.

remuneradas no sólo fortalece los vínculos de hijas e hijos con sus padres, sino que también son un avance en la deconstrucción de roles de género en el cuidado y fomentan la permanencia de las mujeres en el mercado laboral.¹¹⁵

La Conferencia ha dejado claro que una verdadera política de protección de la maternidad no estaría completa si no incluyera un programa de salud reproductiva adecuado. En la publicación *Aborto, maternidad y seguridad social* se recomienda que la interrupción del embarazo también sea un asunto que competa a la seguridad social, pues no sólo abre la posibilidad de enfrentar libremente la decisión de la maternidad, sino que se garantiza condiciones seguras y accesibles para realizarlo.¹¹⁶ Cabe destacar que la novedad y la riqueza de la propuesta conceptual de la CISS en relación con la seguridad social entendida como un derecho humano radica en que hay un nuevo foco puesto en la persona y no únicamente en su condición laboral, como ha sucedido tradicionalmente. Este cambio de concepción debe aplicarse igualmente al caso de la maternidad y al debate respecto al alcance universal de su protección.¹¹⁷

1.5. Las políticas de protección de la maternidad de los países de la OCDE

De acuerdo con datos de 2019, los países de la OCDE invierten en promedio 2.4% del producto bruto interno (PIB) en prestaciones familiares. Dicho coste es superior a 3.5% del PIB en Francia,

¹¹⁵ *Ibid.*, pp. 76-78.

¹¹⁶ Renata Turrent Hegewisch, *op. cit.*, p. 18.

¹¹⁷ La propuesta de política pública de protección integral de la maternidad de la CISS establece que su alcance no está supeditado a la condición laboral de las mujeres que deciden ser madres. El capítulo 3 de este cuaderno trata a profundidad ese punto.

Hungría, Suecia y el Reino Unido, pero inferior a 1.5% en Grecia, Corea del Sur, México, España, Turquía y Estados Unidos. La mayoría gasta más en beneficios en efectivo que en servicios o beneficios fiscales, con excepción de Chile, Dinamarca, Alemania, Finlandia, Islandia, Israel, Lituania, Corea, México, los Países Bajos, Noruega, España, Suecia y Estados Unidos, donde el gasto en servicios es un poco más alto. Algunos también gastan una cantidad considerable en exenciones de impuestos para las familias. Así en República Checa, Francia, Alemania, Hungría, Italia y Suiza, el gasto público por dicho concepto alcanza más de 0.5% del PIB.¹¹⁸

Las políticas de protección de la maternidad y ayuda familiar vigentes dentro de la OCDE se pueden englobar en las siguientes categorías:

- A. Acceso a servicios de salud reproductiva: la mayoría de los países proporciona atención médica, información o servicios de asesoramiento de salud y la hospitalización por parto.
- B. Asistencia financiera y en especie para cubrir el gasto directo de los niños: esto puede incluir asignaciones familiares, un “paquete para el bebé” o una suma de dinero pagada antes o en el nacimiento del hijo, prestaciones de bienestar por el número de hijos, exenciones fiscales, entre otras medidas.
- C. Apoyo diseñado para ayudar a criar los hijos de los padres trabajadores: derechos de licencia para el nacimiento del bebé o para cuidar a los hijos enfermos o muy

¹¹⁸ OECD, *Policy Brief 1.1: Public spending on family benefits*, 2019. Disponible en http://www.oecd.org/els/soc/PF1_1_Public_spending_on_family_benefits.pdf

pequeños, servicios de cuidado, prestaciones financieras y exenciones fiscales vinculadas al empleo, entre otras.

- D. Prestaciones pagadas a los padres que no tienen un empleo remunerado o que dejan de trabajar para cuidar a los hijos pequeños: asistencia social o prestaciones de vivienda relacionadas con el tamaño de la familia, pagos de licencias, asignaciones familiares, asignaciones para la crianza de hijos y servicios de cuidado y educación.¹¹⁹

Para una mejor comprensión de las políticas vigentes en la OCDE, a continuación se analizan en tres apartados: licencias, prestaciones familiares y servicios de cuidados.¹²⁰

1.5.1. Licencias

Se pueden identificar cuatro tipos de licencias vigentes dentro de los países OCDE:

- A. Permiso de maternidad o permiso de embarazo: permiso de ausencia protegido para mujeres empleadas en el momento del parto y posparto inmediato; en algunos países se contempla también la adopción.
- B. Permiso de paternidad: permiso de ausencia protegido para padres empleados en las primeras semanas o en algunos casos, meses, después del parto. Debido a su corta duración, los trabajadores a menudo continúan recibiendo pagos salariales completos.

¹¹⁹ Estas categorías surgen del análisis de OCDE/CISS/CIEDESS, *Haciendo lo mejor para las familias*, Santiago de Chile, 2011.

¹²⁰ No incluyo un análisis de la categoría “acceso a la salud”, ya que la mayoría de los países de la OCDE brindan servicios sanitarios en iguales condiciones.

- C. Permiso parental: permiso de ausencia protegido por empleo para padres —a menudo es complementario a periodos específicos de permiso de maternidad y paternidad, y con frecuencia, pero no en todos los países, da continuidad al permiso de maternidad—. Los derechos a la licencia parental en sí son a menudo individuales —es decir, cada padre tiene su propio derecho—, pero los derechos a la ayuda a los ingresos públicos durante la licencia parental a menudo se basan en la familia, lo que significa que sólo uno de los padres puede reclamar la ayuda monetaria en cualquier momento. En algunos países, ciertos periodos de licencia parental están reservados para uso exclusivo de la madre o el padre y no pueden transferirse; en otros, como Austria y Alemania, se ofrecen semanas pagadas de “bonificación” si ambos padres usan una cierta porción del derecho familiar.
- D. Permiso de atención domiciliaria o permiso de cuidado infantil o de crianza: permisos de ausencia protegidos que a veces siguen al permiso parental y que generalmente permiten que al menos uno de los padres permanezca en el hogar para brindar atención hasta que el niño tenga dos o tres años. Son menos comunes que los otros tres tipos de licencias y se ofrecen sólo en una minoría de países de la OCDE. A menudo son no remunerados. Cuando hay un beneficio disponible, las licencias de atención domiciliaria tienden a pagarse a una tasa baja.¹²¹

¹²¹ OECD, *Policy Brief 2.1. Parental Leave Systems*, 2019. Disponible en https://www.oecd.org/els/soc/PF2_1_Parental_leave_systems.pdf

En promedio, en todos los países de la OCDE, las madres tienen derecho a un poco más de 18 semanas de licencia de maternidad remunerada alrededor del parto. En algunos países, los derechos a la licencia de maternidad remunerada se extienden a más de seis meses. En el Reino Unido, por ejemplo, las madres pueden tomar hasta nueve meses de licencia de maternidad remunerada. Los permisos de maternidad generalmente están bien pagados. La mayoría de los países de la OCDE proporciona pagos que reemplazan más de 50% del salario de la trabajadora, 13 de ellos ofrecen a las madres una remuneración promedio en ganancias de 100% durante el permiso de maternidad, entre ellos Costa Rica, México y Chile. Las tasas de pago son más bajas en Irlanda y el Reino Unido.¹²²

Un número reducido de países de la OCDE no ofrece ninguna licencia pagada específica para el padre —Estados Unidos, Canadá y Costa Rica— y 15 brindan dos semanas o menos. En el otro extremo, ocho países, entre ellos Bélgica, Francia, Japón y Corea del Sur,¹²³ reservan tres meses —13 semanas— o más de licencias pagadas sólo para los padres. De los países que ofrecen al menos un mes, algunas de las tasas de pago más altas se encuentran en Noruega, donde los pagos reemplazan un poco menos de 95% de las ganancias brutas para un trabajador promedio; y en España, donde los padres tienen derecho al pago completo durante sus 30 días de licencia de paternidad remunerada.¹²⁴

¹²² *Ibid.*, p. 2.

¹²³ En Japón, sólo 5.14% de los padres trabajadores tomaron el permiso de paternidad en 2017, a años luz de 83.2% de mujeres trabajadoras en la misma situación. Según una encuesta de Mitsubishi UFJ Research and Consulting, las principales razones por las cuales los hombres no hacen uso del permiso, aunque lo deseen, es que están demasiado ocupados en el trabajo o suponen que a sus jefes les molestará. International Press, “¿Por qué tan pocos hombres en Japón toman el permiso de paternidad?”, *International Press - Noticias de Japón en español* (blog), 14 de marzo de 2019. Disponible en <https://internationalpress.jp/2019/03/14/por-que-tan-pocos-hombres-en-japon-toman-el-permiso-de-paternidad/>

¹²⁴ *Ibid.*, p. 3.

Ahora bien, los cambios en la toma de licencias entre hombres y mujeres son poco propensos a generar transformaciones inmediatas en la división del trabajo remunerado y no remunerado. Sin embargo, el diseño de la licencia parental es uno de los pocos instrumentos de políticas en manos de los gobiernos para influir directamente en el comportamiento de los padres.¹²⁵ Noruega, que introdujo en 1993 la cuota de paternidad de cuatro semanas, dispuso en su legislación que no pueden cederse a la madre y se pierden si el padre no las utiliza. De esta forma, se busca fomentar que aumente el número de padres que desempeñen un papel activo en el cuidado de los hijos durante su primer año de vida.¹²⁶

La disponibilidad y el monto de la licencia pagada de cuidado parental y domiciliario varía considerablemente de un país a otro. El derecho promedio de la OCDE disponible para las madres es aproximadamente 36 semanas. Sin embargo, 12 países de la OCDE no ofrecen ningún derecho a la licencia pagada de cuidado parental o en el hogar, entre ellos Canadá y México, mientras que, en el otro extremo, cuatro países de la OCDE —Estonia, Finlandia, Hungría y la República Eslovaca— otorgan un derecho legal a más de dos años y medio de licencias pagadas. Cabe destacar que las tasas de pago por este tipo de licencia tienden a ser más bajas que las de maternidad. Japón y Corea proporcionan las licencias

¹²⁵ OCDE/CISS/CIEDESS, *op. cit.*, p. 205.

¹²⁶ El gobierno noruego tiene una política activa de promoción de la igualdad de género desde 1978. Su ejecución es responsabilidad de la Unidad para la Igualdad de Género, que depende del Ministerio de los Asuntos de la Infancia y la Familia, el Defensor de los Derechos en Materia de Igualdad de Género y el Centro para la Igualdad de Género. Este Ministerio es responsable de cuestiones como la atención a la infancia, el permiso parental y la conciliación entre la vida laboral y familiar. OIT, “Papá moderno: La política progresista de Noruega sobre permiso de paternidad”, 2005. Disponible en https://www.ilo.org/global/publications/world-of-work-magazine/articles/WCMS_081438/lang--es/index.htm

reservadas para padres remuneradas más largas en la OCDE, de alrededor de 52 semanas.

A principios de 2020, Finlandia aprobó una reforma legislativa importante que igualó el permiso parental para madres y padres, y entre ambos pueden decidir cómo repartirse la licencia. Después del permiso de maternidad, la madre o el padre pueden quedarse en casa para cuidar al recién nacido. Este permiso parental tiene una duración de 158 días laborables. No cabe la posibilidad de que ambos, padre y madre, disfruten del permiso parental de forma simultánea. Se podrá fraccionar el permiso parental de modo que el padre y la madre se turnen los cuidados del hijo en el domicilio. Con posterioridad al permiso parental, el padre o la madre podrán continuar cuidando a su hijo hasta que cumpla tres años solicitando un permiso para cuidados no remunerado. Durante ese tiempo, la Seguridad Social de Finlandia paga el subsidio parental de cuidado domiciliario.¹²⁷

1.5.2. Prestaciones familiares

Los beneficios familiares en efectivo se definen como transferencias relacionadas con asuntos familiares que se otorgan a las familias, a menudo en forma de beneficios por hijos, asignaciones familiares o créditos fiscales. Estos beneficios pueden ser universales o de comprobación de recursos, es decir, con elegibilidad o niveles de pago condicionados a los ingresos. Los niveles de pago con frecuencia varían según la edad del niño y el tamaño de la familia. Algunos países también brindan beneficios dirigidos a

¹²⁷ Para más información sobre la legislación vigente al respecto en Finlandia, véase *InfoFinland.fi*, “Permiso de maternidad/paternidad”, s. f. Disponible en <https://www.infofinland.fi/es/vida-en-finlandia/trabajo-y-empresa/derechos-y-deberes-del-trabajador/permiso-de-maternidad-paternidad>

grupos específicos o para propósitos específicos basados en las características de la familia, el niño o la situación del mercado laboral de los padres.¹²⁸

En total, 34 de los 35 países de la OCDE brindan al menos un tipo de beneficio familiar y 30 países ofrecen al menos dos o más. Finlandia, por ejemplo, estipula un derecho a la ayuda de maternidad, el cual consiste —según la elección de la mujer embarazada— en un paquete de maternidad o una cantidad determinada de dinero libre de impuestos. La mayoría de las madres eligen el paquete de maternidad, puesto que su valor económico es mayor.¹²⁹ La introducción de los subsidios de maternidad fue provocada por las preocupaciones sobre la disminución de las tasas de natalidad y la alta mortalidad infantil. Gracias a la subvención de maternidad, las madres finlandesas obtuvieron acceso a los servicios de salud pública. Hace mucho tiempo que Finlandia es uno de los países con los niveles más bajos de mortalidad infantil y materna en el mundo. Desde 1949 y hasta la actualidad, el subsidio de maternidad se puso a disposición de todas las madres, finlandesas y residentes.¹³⁰

El siguiente tipo más común de beneficios familiares son los condicionados a las características familiares. Veintiún países proporcionan beneficios monoparentales o equivalentes. Nueve países —Dinamarca, Estonia, Finlandia, Alemania, Letonia, Lituania,

¹²⁸ OECD, *Policy Brief 1.3. Family cash benefits*, 2019. Disponible en https://www.oecd.org/els/soc/PF1_3_Family_Cash_Benefits.pdf.

¹²⁹ La famosa “caja finlandesa” contiene más de 50 artículos entre ropa y objetos de primera necesidad para el cuidado del bebé recién nacido. Las disposiciones legales y requisitos para recibir el subsidio de maternidad, pueden consultarse en *InfoFinland.fi*, “Permiso de maternidad/paternidad”, s. f. Disponible en <https://www.infofinland.fi/es/vida-en-finlandia/familia/ayudas-para-las-familias/ayudas-para-las-mujeres-embarazadas>

¹³⁰ Kela, *History of the Maternity Grant*, s. f. Disponible en <https://www.kela.fi/web/en/maternity-grant-history>

Noruega, la República Eslovaca y Suecia— también ofrecen algún tipo de anticipo de pensión alimenticia. Entre ellos, en Dinamarca, Estonia, Alemania, Lituania, Noruega, la República Eslovaca y Suecia a veces se condiciona que el padre ausente no pague manutención de los hijos. Varios países también brindan beneficios familiares condicionados al niño, la mayoría relacionados con la educación. Francia, Italia y Noruega otorgan un beneficio comprobado para los padres con niños más pequeños. Por último, algunos países ofrecen prestaciones familiares condicionadas a la situación del mercado laboral de los padres, generalmente un crédito fiscal familiar o una asignación de cuidado infantil.¹³¹

1.5.3. Servicios de cuidado infantil y educación temprana

Los servicios de cuidado pueden clasificarse en tres grandes grupos:

- A. Centros de cuidados (guarderías): abarca todo el cuidado de niños que se brinda fuera del hogar en centros autorizados. El tipo de provisión de cuidado infantil es mixto, dependiendo del país. En muchos países europeos, la provisión es principalmente pública con honorarios parentales que se compensan con créditos fiscales, subsidios por hijos, etc. La provisión privada de cuidado infantil temprano es prominente en Australia, Canadá, Irlanda, Nueva Zelanda, los Países Bajos, Suiza, Reino Unido y Estados Unidos.
- B. Guardería familiar: es el tipo de cuidado que se brinda tradicionalmente en el hogar. Esto puede ser en la casa

¹³¹ OECD, *Policy Brief 1.3. Family Cash Benefits*, 2019, *op. cit.*

del cuidador o en la casa del niño donde un cuidador calificado y registrado brinda el servicio.

- C. Programas de educación temprana (preescolar): esta categoría incluye programas basados en guarderías, diseñados para satisfacer las necesidades de los niños que se preparan para ingresar a la educación primaria obligatoria.¹³²

Todos los países de la OCDE brindan ayuda para cubrir los costos de la atención no parental, pero el tipo y el alcance del apoyo público varía significativamente. El gasto público total en educación y cuidado de la primera infancia, por ejemplo, varía entre 0.1% y 0.3% del PIB en Irlanda, Turquía y los Estados Unidos a casi 2% en Islandia. Los métodos de apoyo público también difieren, sus modalidades van desde la provisión pública directa o subsidios a proveedores privados —en especial en Europa—, descuentos en las tarifas de cuidado de niños para grupos seleccionados —31 países—, beneficios en efectivo específicos para padres —10 países—, hasta la desgravación fiscal por gastos de cuidado de niños —15 países—. ¹³³

2. Experiencias positivas de protección de la maternidad en América Latina y el Caribe

América Latina y el Caribe protegen a las mujeres del riesgo social de la maternidad en forma parcial y fragmentada. Podría afirmarse que sólo tres países de la región avanzan hacia esque-

¹³² OECD, *Policy Brief 4.1: Typology of Childcare and Early Education Services*, 2016. Disponible en <https://www.oecd.org/els/family/PF4-1-Typology-childcare-early-education-services.pdf>

¹³³ OECD, "Is Childcare Affordable?", *Policy Brief on Employment, Labour and Social Affairs*, Paris, 2020. Disponible en <http://www.oecd.org/els/family/OECD-Is-Childcare-Affordable.pdf>

mas integrales de protección con un verdadero enfoque de género y sitúan a la maternidad —también a la paternidad— como un verdadero asunto público. Esos países son Cuba, Uruguay y más recientemente Chile. La ONU señaló a Cuba como uno de los 15 países de todo el mundo que dispone de tres políticas sociales y programas básicos para ayudar a madres y padres: servicios de cuidados públicos y gratuitos durante los dos primeros años, un mínimo de seis meses de licencia de maternidad remunerada para facilitar la lactancia materna y 12 meses de licencia parental remunerada después del nacimiento del bebé.¹³⁴ Por otra parte, el desarrollo regional de acciones en salud sexual y reproductiva de Uruguay ha sido temprano, es el país de la región con mayor disposición de servicios accesibles para toda la población. Por último, desde hace algunos años, Chile ha impulsado reformas legislativas que incluyen la introducción de permisos parentales para alentar la corresponsabilidad de cuidados y la ampliación del alcance de las licencias de maternidad para trabajadoras autónomas, entre otras medidas. Sin duda, la creación de la Comisión Asesora Presidencial Mujer, Trabajo y Maternidad en 2010 contribuyó en la promoción y la sanción de dichas reformas.¹³⁵

Sin embargo, las políticas efectivas de protección de la maternidad no se tratan sólo de innovaciones legislativas, sino más bien de los resultados de su aplicación en el ámbito particular de las políticas familiares, en función de permitir que la elección de la maternidad y su desarrollo sucedan de manera segura y que

¹³⁴ Marta López Fesser, *Padre desde el principio*, UNICEF, 2019. Disponible en <https://www.unicef.org/cuba/sites/unicef.org.cuba/files/2020-01/padre-desde-principio-cuba-2018.pdf>

¹³⁵ Ministerio Secretaría General de la Presidencia (Chile), “Decreto 64. Crea comisión asesora presidencial ‘Mujer, trabajo y maternidad’”, 2010. Disponible en <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1015456>

las desigualdades sociales —que fomentan los mandatos sociales respecto a los roles de género— disminuyan y potencialmente queden erradicadas desde el diseño institucional. Estas desigualdades están tan vigentes que, por ejemplo, aunque Chile cuenta con una ley de permiso parental, registra cifras insuficientes en la práctica: desde su creación en 2011 hasta diciembre de 2016, sólo 0.24% del total de los permisos fueron cedidos.¹³⁶ Pese a constituir un logro valioso en el camino de equiparar los roles de cuidado y crianza, esto evidencia que la legislación es perfectible y que urge que se acompañe de medidas que aceleren el cambio cultural en las tareas que implican la maternidad y la paternidad. Y es que las licencias como normativas no bastan para modificar las pautas socioculturales que predominan en la región. Se requiere un cambio cultural respecto a los roles de género que fomenten una nueva percepción del padre trabajador frente a los compromisos familiares.¹³⁷

En esta segunda sección presentamos una selección de experiencias positivas de protección de la maternidad en América Latina y el Caribe. Al igual que con el análisis de las políticas vigentes en los países miembros de la OCDE, utilizamos cuatro categorías para analizar las medidas: acceso a servicios de salud reproductiva y materna, políticas de licencias —de maternidad, de paternidad y parentales—, transferencias familiares y disponibilidad de servicios de cuidados. Las consideramos experiencias positivas porque protegen a las mujeres del riesgo social de la maternidad en al menos en una de estas cuatro dimensiones. Justamente, el desafío

¹³⁶ Superintendencia de Seguridad Social, “Protección a la maternidad en Chile: Evolución del Permiso Postnatal Parental a cinco años de su implementación”, 2016, p. 40.

¹³⁷ Alexis Unda y Esperanza Calderón, “Licencias parentales: análisis del permiso de paternidad en México y el permiso postnatal parental en Chile”, *Revista Latinoamericana de Política Comparada*, vol. 15, 2019, p. 39.

está en contar con una política pública integral que proteja adecuada y efectivamente a las mujeres en las cuatro categorías. Seleccionamos las experiencias con base en los siguientes criterios:

- a) Expresan un nivel ampliado de disfrute de un derecho: por ejemplo, en el caso de las políticas de licencias, seleccionamos las experiencias nacionales que amplían, por encima del promedio, el alcance y disfrute de este derecho. Lo mismo sucede para el acceso a los servicios de salud reproductiva y materna.
- b) Constituyen esfuerzos por dar cobertura a poblaciones vulnerables que generalmente no reciben prestaciones de seguridad social: se trata, por ejemplo, de medidas que alcanzan también a madres y padres trabajadores que se encuentran trabajando bajo esquemas informales.
- c) Son políticas concebidas desde un verdadero enfoque de género: contribuyen a romper mandatos sociales que determinan que la mayoría de las tareas de cuidado y crianza debe recaer sobre las mujeres. Por ejemplo, las políticas de licencias corresponsables fueron diseñadas a partir de un enfoque de género para coadyuvar a eliminar estos rígidos esquemas de división sexual del trabajo.¹³⁸

2.1. La vía interamericana para el bienestar de la maternidad

Las experiencias que a continuación se presentan son buenos ejemplos de protección de la maternidad en la región. El lec-

¹³⁸ Cabe aclarar que no se está empleando una metodología de selección de casos. Se trata de una selección de experiencias positivas de la protección de la maternidad en la región con la finalidad de visibilizar buenas prácticas en las categorías de análisis mencionadas.

tor o lectora podrá conocer los principales elementos de tales políticas y comprender de qué forma contribuyen a valorizar la maternidad como tarea fundamental de la reproducción social y cómo compensan los altos costos que supone la maternidad para las mujeres.

A. Acceso a servicios de salud

· Ejercicio pleno de la salud sexual y reproductiva: Uruguay

Uruguay, desde 2005 hasta la actualidad, ha sancionado una serie de leyes y programas que van desde medidas de acceso a la salud sexual de adolescentes, hasta el establecimiento de la interrupción voluntaria del embarazo. La Ley de la Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, sancionada en 2008, tuvo los siguientes objetivos, entre otros:

Asegurar a toda la población la cobertura de salud sexual y reproductiva; asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, considerando a la persona en todos los aspectos; dar a conocer y proteger los derechos de niños, adolescentes y adultos en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva.; prevenir la morbilidad materna y sus causas.; promover en el momento del parto condiciones de intimidad y privacidad; evitar prácticas invasivas o el suministro de medicación que no sean necesarias; promover la maternidad y paternidad responsable y planificada.¹³⁹

¹³⁹ Ministerio de Salud Pública de Uruguay, “A 10 años de la Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva”, 2019. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/10-anos-ley-defensa-del-derecho-salud-sexual-reproductiva>

En 2012 se sancionó la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo disponible para todas las mujeres uruguayas y las extranjeras que tengan un año de residencia en el país.¹⁴⁰ En 2013, un año después de que entrara en vigor la ley, unas 25 000 mujeres interrumpieron voluntariamente su embarazo de manera legal. Según datos de la OPS y la OMS, la tasa uruguaya de fallecimientos vinculados a embarazo es la más baja de América Latina y el Caribe, con 14 muertes cada 100 000 nacidos vivos. Un informe de 2017 del *International Journal of Gynecology and Obstetrics* concluyó que Uruguay redujo la mortalidad materna en 59.9% en los últimos 25 años.¹⁴¹ Cabe mencionar que este mejoramiento espectacular en la reducción de la mortalidad materna no es resultado únicamente de la legalización de la interrupción del embarazo, sino más bien de años de planificación y programas ambiciosos de salud sexual y reproductiva accesibles para toda la población.

· Acceso a un servicio de salud pre y posnatal para población vulnerable: Argentina

Argentina cuenta con varias políticas de protección de la maternidad bajo esquemas tanto contributivos como no contributivos. Las mujeres embarazadas que cuentan con trabajo formal acceden por esa vía a una amplia gama de beneficios de la seguridad social, como atención sanitaria, licencia remunerada y asignaciones

¹⁴⁰ Mujer y Salud en Uruguay, “Ley núm. 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (22/10/2012)”, 2020. Disponible en [http://www.mysu.org.uy/que-hacemos/observatorio/normativas/ley-decreto-y-ordenanza/normativa-sanitaria-14/#:~:text=Ley%20N%C2%BA%2018.987%20de%20Interrupci%C3%B3n%20Voluntaria%20del%20Embarazo%20\(22%2F10,requisitos%20establecidos%20en%20la%20misma](http://www.mysu.org.uy/que-hacemos/observatorio/normativas/ley-decreto-y-ordenanza/normativa-sanitaria-14/#:~:text=Ley%20N%C2%BA%2018.987%20de%20Interrupci%C3%B3n%20Voluntaria%20del%20Embarazo%20(22%2F10,requisitos%20establecidos%20en%20la%20misma)

¹⁴¹ Redacción Vivir, “Las lecciones de Uruguay tras cinco años de aborto legal”, *El Espectador*, 8 de mayo de 2018. Disponible en <https://www.elespectador.com/noticias/salud/las-lecciones-de-uruguay-tras-cinco-anos-de-aborto-legal/>

familiares, entre otras. Sin embargo, para universalizar la cobertura y de esta forma evitar que la protección de la maternidad esté estrictamente vinculada a la condición laboral de la persona, el Estado argentino dispuso dos medidas clave de protección. En primer lugar, el Plan Nacer que brinda atención sanitaria prenatal y posnatal. En segundo lugar, la Asignación Universal por Embarazo, que constituye una transferencia monetaria directa de ayuda económica para la mujer embarazada.

El Plan Nacer se puso en marcha en 2004 con el objetivo de brindar cobertura de salud a las embarazadas desde el primer control de gestación, puérperas, niños y niñas hasta los seis años sin obra social —es decir, sin acceso a seguridad social—. ¹⁴² Los objetivos del Plan Nacer consisten en:

Mejorar y explicitar la cobertura de salud y la calidad de la atención brindada a la población materno infantil sin obra social, a través de la creación y desarrollo secuenciado de Seguros Públicos de Salud en las provincias [...]. Contribuir a la reducción de las tasas de morbi-mortalidad materno infantil, en consonancia con las Metas Globales de Desarrollo del Milenio. ¹⁴³

Entre las prestaciones del cuidado prenatal se encuentran los controles de embarazo según guías y recomendaciones médicas,

¹⁴² Programa de Evaluación de Políticas Públicas (Argentina), “Resumen de la Evaluación: El Plan Nacer y su efecto en la satisfacción de los usuarios de los sistemas de salud provinciales”, 2013. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/re_el_plan_nacer_y_su_efecto_en_la_satisfaccion_de_los_usuarios_de_los_sistemas_de_salud_provinciales_ft.pdf

¹⁴³ Ministerio de Salud de la Nación Argentina, “El Plan Nacer y su efecto en la satisfacción de los usuarios de los sistemas de salud provinciales”, 2013, p. 4. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/sumar/images/stories/pdf/el-plan-nacer-y-su-efecto-en-la-satisfaccion-de-los-usuarios-de-los-sistemas-de-salud-provinciales.pdf>

detección y derivación de situaciones de riesgo en el embarazo, inmunizaciones, laboratorio e imágenes. A partir de 2012, se incorporaron las prestaciones de cuidado del embarazo de riesgo y del cuidado neonatal de alta complejidad.¹⁴⁴ Por medio del programa se ha prestado cobertura de salud a 4.7 millones de mujeres embarazadas y niños sin cobertura social, y se han brindado 37 millones de prestaciones de salud materno infantil.¹⁴⁵ Se registró un aumento espectacular en la tasa de cobertura como resultado de establecer un requisito de condicionalidad respecto a la Asignación Universal por Embarazo, otra política pública de protección de la maternidad que se analiza más adelante.

Que toda la población tenga acceso a servicios de salud sexual y reproductiva constituye una política que valora y visibiliza la maternidad y la paternidad como tareas de la reproducción social, además, garantiza el más alto nivel de disfrute del derecho a la salud, parte sustancial de la seguridad social. La experiencia de Uruguay es una prueba fehaciente de que es posible poner a disposición de toda la población servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, gracias a la planificación y el sostenimiento de políticas estatales a lo largo del tiempo. Asimismo, el Plan Nacer ha demostrado ser una herramienta accesible y de calidad a servicios de salud materna y neonatal dirigido a sectores vulnerables, sin cobertura de seguridad social en Argentina. Constituye una muestra de una acertada respuesta estatal mediante un programa específico de acceso a la salud donde existía una necesidad urgente y un verdadero problema de salud pública: la muerte materna. Esto puede traducirse como la valorización de la maternidad dentro de las prioridades públicas.

¹⁴⁴ *Ibid.*, p. 5.

¹⁴⁵ Banco Mundial, "Argentina Plan Nacer: Resultados concretos para la madre y el niño", 2013. Disponible en <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2013/09/24/argentina-plan-nacer-resultados-concretos-para-la-madre-nino>

B. Licencias familiares

· Licencias de maternidad

Ocho países —Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Panamá y Venezuela— ofrecen al menos 14 semanas de licencia. Chile, Cuba y Venezuela van más allá del Convenio núm. 183 de la OIT y otorgan al menos 18 semanas de licencia, según lo prescrito en la Recomendación núm. 191. Venezuela es el país de la región que reconoce mayor cantidad de tiempo como licencia de maternidad: 26 semanas a una tasa de pago de 100%, costo asumido en forma íntegra por la seguridad social estatal.¹⁴⁶

En la región, 74% de los países proporcionan de 12 a 13 semanas de licencia de maternidad. En promedio, la duración regional de la licencia de maternidad está justo por debajo del estándar del Convenio núm. 183: 13.4 semanas.¹⁴⁷ Ahora bien, Belice, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Panamá y Venezuela proporcionan al menos 14 semanas de licencia con un pago de 100% de los ingresos anteriores. Muchas de las naciones restantes reconocen al menos dos tercios de los ingresos por un periodo menor a 14 semanas. Por ejemplo, Barbados, Ecuador, Honduras y México proporcionan 12 semanas con 100% de la remuneración.¹⁴⁸

¹⁴⁶ El Artículo 336 sobre descanso pre y postnatal, establece que la trabajadora en estado de gravidez tendrá derecho a un descanso durante seis semanas antes del parto y 20 semanas después, o por un tiempo mayor a causa de enfermedad que, según dictamen médico, le impida trabajar. En estos casos, conservará su derecho al trabajo y al pago de su salario, de acuerdo con lo establecido en la normativa que rige la Seguridad Social. República Bolivariana de Venezuela, Ley Orgánica del Trabajo, los Trabajadores y las Trabajadoras, 2012. Disponible en https://oig.cepal.org/sites/default/files/2012_leyorgtrabajo_ven.pdf

¹⁴⁷ Laura Addati, Naomi Cassirer y Katherine Gilchrist, "Maternity and Paternity at Work – Law and Practice across the World", ILO, Ginebra, 2014, p. 10.

¹⁴⁸ *Ibid.*, p. 19.

· Licencias de paternidad

En América Latina y el Caribe, menos de 20% de los países ofrecieron permiso de paternidad en 1994, mientras que esta cifra llegó casi a 40% en 2013.¹⁴⁹ Venezuela es el país de la región que mayor cantidad de días de licencia por paternidad reconoce. La ley para protección de las familias, la maternidad y la paternidad en su artículo 9 dispone:

El padre disfrutará de un permiso o licencia de paternidad remunerada de catorce días continuos, contados a partir del nacimiento de su hijo o hija, a los fines de asumir, en condiciones de igualdad con la madre el acontecimiento y las obligaciones y responsabilidades derivadas en relación a su cuidado y asistencia.¹⁵⁰

Asimismo, el artículo 339 de la Ley Orgánica del Trabajo, los Trabajadores y las Trabajadoras agrega:

Adicionalmente, gozará de protección especial de inamovilidad laboral durante el embarazo de su pareja hasta dos años después del parto. También gozará de esta protección el padre durante los dos años siguientes a la colocación familiar de niños o niñas menores de tres años.¹⁵¹

¹⁴⁹ *Ibid.*, p. 60. Entre los países que cambiaron su legislación y ya contaban con licencias de paternidad en 2013 están Colombia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Perú y Venezuela.

¹⁵⁰ Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, Ley para Protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad, 2007. Disponible en https://www.oas.org/dil/esp/Ley_proteccion_familia_maternidad_paternidad_Venezuela.pdf

¹⁵¹ República Bolivariana de Venezuela, Ley Orgánica del Trabajo, los Trabajadores y las Trabajadoras, 2012. Disponible en https://oig.cepal.org/sites/default/files/2012_leyorgtrabajo_ven.pdf

Las licencias de maternidad extendidas y remuneradas 100% son una excelente política que permite a las mujeres tener la seguridad de desempeñar su rol de madre con garantías de ingresos económicos y protección de su fuente laboral. De esta forma se valoriza la tarea de la maternidad como un trabajo sustantivo de reproducción social. Este tipo de medidas impacta positivamente en varias dimensiones; una de ellas es la posibilidad de establecer una lactancia materna exclusiva por los seis meses recomendado. Asimismo, las licencias por paternidad extendidas y remuneradas son esenciales para promover esquemas de corresponsabilidad parental, sin embargo, aún son muy cortas y urge que los países de la región avancen en nuevos esquemas.

· Corresponsabilidad en los cuidados: Chile y Cuba

A pesar de que la duración de la licencia de maternidad es crucial para que las mujeres se recuperen del parto y puedan regresar en buenas condiciones de salud al trabajo, esta prestación cristaliza los roles de género en la familia y deja claro entre la pareja y ante la sociedad quién debe volver al trabajo y quién debe quedarse cuidando.¹⁵² Las licencias parentales tienen como característica principal que pueden ser tomadas por cualquiera de los padres para cuidar a los hijos, por lo que constituyen una herramienta potencialmente eficaz para contribuir a la deconstrucción de roles de género en las tareas de crianza y cuidado.

Junto con las licencias de paternidad, Chile, Uruguay y Cuba ofrecen un permiso parental compartido, que el padre o la madre

¹⁵² Alexis Unda y Esperanza Calderón, *op. cit.*, p. 37.

pueden tomar una vez terminada la licencia de maternidad.¹⁵³ En Chile, el Permiso Postnatal Parental es una de las leyes más innovadoras en América Latina para garantizar la participación de los hombres en los cuidados y aminorar las desigualdades laborales entre los sexos. Esta medida entró en vigor a finales de 2011 y consiste en un beneficio de protección a la maternidad destinado a complementar el periodo de descanso maternal por 12 o 18 semanas —depende si se utiliza en una modalidad de jornada completa o parcial—. De acuerdo con la legislación, la madre trabajadora puede traspasar al padre del menor su permiso para ausentarse del puesto de trabajo a partir de la séptima semana del permiso y por tantas semanas como estime necesario.¹⁵⁴ De esta forma, el permiso parental otorga al padre una herramienta para ejercer de manera activa la responsabilidad familiar y se considera atractivo para los varones, ya que se paga el 100% del sueldo en jornada a tiempo completo y 50% en modalidad de jornada parcial. Dichos pagos son asumidos por el Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía.¹⁵⁵

La iniciativa “Padre desde el principio”, aplicada en Cuba, promueve la responsabilidad parental equitativa desde el nacimiento, precisamente porque si los padres se involucran desde el principio, habrá más probabilidades de que sigan haciéndolo a lo largo de la vida de los hijos.¹⁵⁶ De esta forma, los padres muestran un compromiso mayor para proteger a sus hijos de la violencia y priorizar su educación y su salud: también ponen en cuestión creencias y estereotipos de masculinidad que están profundamen-

¹⁵³ Merike Blofield y Juliana Martínez Franzoni, *Are Governments Catching Up? Work-Family Policy and Inequality in Latin America*, UN Women Discussion Papers, 2015.

¹⁵⁴ Superintendencia de Seguridad Social de Chile, *op. cit.*

¹⁵⁵ Para más información sobre la legislación chilena al respecto, véase Dirección de Trabajo, Gobierno de Chile, “¿En qué consiste el derecho a permiso postnatal parental?”, 2019. Disponible en <https://www.dt.gob.cl/portal/1628/w3-article-99747.html>

¹⁵⁶ Documento explicativo de la política disponible en Marta López Fesser, *op. cit.*

te arraigados.¹⁵⁷ Pese a esos programas y políticas, las normas sociales y las barreras estructurales que hay en Cuba —y en toda la región— dificultan que los hombres participen de manera equitativa en todas las etapas de la crianza de los hijos. Sólo 18% de los padres participan en actividades educativas con sus hijos durante la primera infancia y únicamente 125 pudieron disfrutar su licencia por paternidad entre 2003 y 2014.¹⁵⁸

Las licencias parentales son una de las políticas que pueden producir grandes cambios en las tareas de cuidados y crianza a favor de la corresponsabilidad. Constituyen instrumentos poderosos para deconstruir roles de género y compartir los altos costos que supone la maternidad para las mujeres. Las oportunidades de las madres para combinar el trabajo y la vida familiar aumentan cuando los padres destinan una mayor proporción de tiempo al trabajo no remunerado.¹⁵⁹ Los países de la región deben caminar hacia este tipo de esquemas de licencias parentales para garantizar la igualdad y la dignidad en el ejercicio de la maternidad.

C. Prestaciones familiares

· Asignación Universal por Embarazo: Argentina

La Asignación Universal por Hijo (AUH), implementada hacia finales de 2009, es una prestación monetaria no retributiva que se otorga a los padres desde el nacimiento hasta los 18 años de los hijos o las hijas. La Asignación Universal por Embarazo (AUE) es una prestación monetaria no retributiva¹⁶⁰ mensual que se paga a

¹⁵⁷ *Idem.*

¹⁵⁸ *Idem.*

¹⁵⁹ OCDE/CISS/CIEDESS, *op. cit.*, p. 170.

¹⁶⁰ Aquí el carácter no retributivo alude a que el o la beneficiaria no deben ofrecer una contraprestación por el beneficio recibido.

la mujer embarazada desde la décimo segunda semana de gestación hasta el nacimiento o interrupción del embarazo. Esta política tiene como requisito de condicionalidad que la mujer embarazada reciba atención sanitaria prenatal por medio del Plan Nacer. La legislación establece:

Durante el período correspondiente entre la décimo segunda y la última semana de gestación, se liquidará una suma igual al ochenta por ciento (80%) del monto [...], la que se abonará mensualmente a las titulares a través del sistema de pago de la ANSES. El veinte por ciento (20%) restante será abonado una vez finalizado el embarazo y en un solo pago, [...] en la medida que se hubieran cumplido los controles médicos de seguimiento previstos en el “Plan Nacer” del Ministerio de Salud. La falta de acreditación producirá la pérdida del derecho al cobro del veinte por ciento (20%) reservado.¹⁶¹

Ambas prestaciones constituyeron un cambio sustantivo en las políticas de seguridad social en Argentina porque modificaron el acceso al régimen de asignaciones familiares de los trabajadores desocupados y los trabajadores informales con ingresos inferiores al salario mínimo vital y móvil. Se crearon como parte del subsistema no contributivo del régimen de las Asignaciones Familiares bajo la jurisdicción de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES).¹⁶²

¹⁶¹ Presidencia de la Nación (Argentina), Decreto 446/2011, Modifícase la Ley núm. 24.714 en relación con la Asignación por Embarazo para Protección Social, 2011. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/180000-184999/181250/norma.htm>

¹⁶² UNICEF/ANSES/Ministerio de Desarrollo Social de la Nación/Consejo de Coordinación de Políticas Sociales, *Análisis y propuestas de mejoras para ampliar la Asignación Universal por Hijo*, 2017. Disponible en <https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/2019-10/AUH.pdf>

El diseño cruzado de estas dos políticas permite enfrentar eficazmente el problema de protección de la salud materno-infantil: atención sanitaria prenatal y posnatal de calidad con transferencias monetarias en manos de la población más vulnerable, independientemente de su situación laboral. Según datos de 2019 publicados por la ANSES, el número de beneficiarios de la AUH ascendía a 3 923 040 niños, niñas y adolescentes alcanzados por el beneficio en forma mensual. Por su parte, las beneficiarias de la AUE el mismo año ascendían a 88 981 embarazadas.¹⁶³

· Programa Juntos: Perú

Perú cuenta con el programa Juntos, un plan de transferencia de efectivo dirigido a los hogares de menores ingresos en los que hay mujeres embarazadas e infantes menores de 14 años o alguno de los dos. En 2012, cubrió a más de 490 000 hogares con una transferencia de alrededor de 70 USD cada dos meses, condicionales, entre otras cosas, a la asistencia a visitas prenatales y posnatales para la madre y el niño, y el parto en un centro de salud e información sobre salud reproductiva y planificación familiar. Las evaluaciones de impacto muestran un aumento de 65% en el acceso a los servicios de salud materna e infantil.¹⁶⁴

La protección de la maternidad para las mujeres que no trabajan bajo esquemas formales y contributivos constituye un problema de justicia social que debe ser atendido por la seguridad social en tanto constituye un derecho humano y su disfrute no debe sujetarse a la condición laboral de la persona, por lo tanto, las

¹⁶³ ANSES, *Datos abiertos asignaciones universales*, s. f. Disponible en <https://www.anses.gov.ar/informacion/datos-abiertos-asignaciones-universales>

¹⁶⁴ Laura Addati, Naomi Cassirer y Katherine Gilchrist, *op. cit.*, p. 43.

prestaciones familiares deben estar disponibles también para las mujeres embarazadas —luego madres— más allá de su situación laboral actual. Sólo así es posible proteger a las mujeres del riesgo social de la maternidad en forma inclusiva y bajo esquemas universales. Cualquier otra posibilidad que deje fuera a importantes sectores de la población, en general los más vulnerables, no puede ser considerada una verdadera política de seguridad social.

D. Servicios de cuidados

Contar con servicios de cuidados de calidad para los bebés y la niñez constituye uno de los factores decisivos para que las madres puedan retomar su vida laboral luego del parto. Como lo analizamos en el primer capítulo, al convertirse en madres, las mujeres encuentran numerosas dificultades para regresar al mundo laboral y continuar con sus actividades económicas remuneradas. Una de esas dificultades es no disponer de servicios de cuidados accesibles y de calidad.

· Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras: México

México cuenta con esquemas de cuidados para madres y padres que tienen seguridad social y con un programa focalizado de estancias infantiles destinado a familias que carecen de empleo formal y de seguridad social. El Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras es un subsidio mensual dirigido a cubrir los servicios de cuidado y atención infantil en estancias afiliadas al programa. Está diseñado para atender al segmento de madres trabajadoras y padres solos con infantes de entre uno y

tres años con 11 meses de edad, o hasta los cinco años y 11 meses si los infantes tienen alguna discapacidad. El gobierno mexicano, por medio de la Secretaría de Bienestar, cubre el costo de los servicios de cuidado y atención infantil; este apoyo se entrega directamente a la persona responsable. Dentro de las condiciones de elegibilidad se considera a madres que trabajan, buscan empleo o estudian, y a padres solos que deseen estudiar, acceder o permanecer en el mercado laboral.¹⁶⁵ Supone también un límite de ingresos per cápita por hogar del beneficiario, el cual no debe de rebasar la línea de pobreza por ingresos.¹⁶⁶ Los objetivos del programa son:

Contribuir a dotar de esquemas de seguridad social que protejan el bienestar socioeconómico de la población en situación de carencia o pobreza mediante el mejoramiento de las condiciones de acceso y permanencia en el mercado laboral de las madres, padres solos y tutores que buscan empleo, trabajan o estudian y acceden a los servicios de cuidado y atención infantil [...]. Mejorar las condiciones de acceso y permanencia en el mercado laboral de las madres, padres solos y tutores que trabajan, buscan empleo o estudian, mediante el acceso a los servicios de cuidado y atención infantil, como un esquema de seguridad social.¹⁶⁷

¹⁶⁵ Secretaría de Bienestar (México), “Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras”, 2015. Disponible en <https://www.gob.mx/bienestar/acciones-y-programas/estancias-infantiles-para-apoyar-a-madres-trabajadoras>

¹⁶⁶ La medición de pobreza utiliza dos líneas de ingreso: la línea de bienestar mínimo, que equivale al valor de la canasta alimentaria por persona al mes, y la línea de bienestar, que equivale al valor total de la canasta alimentaria y la canasta no alimentaria por persona al mes. Coneval, *Medición de la pobreza. Evolución de las Líneas de Bienestar y de la canasta alimentaria*, s. f. Disponible en <http://webdrp.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Lineas-de-bienestar-y-canasta-basica.aspx>

¹⁶⁷ Secretaría de Bienestar (México), *op. cit.*

A pesar de que se trata de una medida adecuada y focalizada en una población altamente vulnerable, es preciso destacar que presenta un déficit de cuidados, ya que no considera como posible beneficiario al grupo de recién nacidos durante su primer año de vida. Esta situación se vuelve más crítica para muchas mujeres que durante el embarazo dejaron de percibir ingresos y desean reincorporarse inmediatamente a la vida laboral y requieren de apoyos de cuidados para sus hijos menores de un año.¹⁶⁸

· Centros de Atención para Hijos de Mujeres
Trabajadoras Temporeras: Chile

En Chile se contratan entre 250 000 y 400 000 obreros agrícolas estacionales durante un periodo medio de cuatro meses; de los que 160 000 son mujeres. En este contexto, el Estado reconoció la necesidad de organizar centros para el cuidado de los hijos de estos empleados. Por medio de su sindicato, las obreras agrícolas estacionales habían solicitado centros de atención para sus hijos, de acuerdo con sus ocupaciones. En 1991, el Servicio Nacional de la Mujer coordinó con otros actores públicos y privados una acción encaminada a crear dos centros de cuidado de niños para los hijos de las obreras agrícolas estacionales. Respecto a su impacto, los trabajadores aumentaron su productividad y sus ingresos. También ahorraron en los gastos de los cuidadores privados de sus hijos. Si bien el alcance de los servicios aumentó con los años, el número de puestos disponibles para niños en estos centros todavía no es congruente con el nivel de demanda.¹⁶⁹

¹⁶⁸ Sughei Villa Sánchez, *Las políticas de cuidados en México: ¿quién cuida y cómo se cuida?*, Friedrich-Ebert-Stiftung, México, 2019, p. 15.

¹⁶⁹ Naomi Cassirer y Laura Addati, *Ampliar las oportunidades de trabajo de la mujer: los trabajadores de la economía informal y la necesidad de servicios de cuidado infantil*, s. f. OIT, p. 11.

· Centro de Cuidado Infantil Municipal Santa Clara
en el vertedero de la zona tres de la Ciudad de Guatemala

La Municipalidad de Guatemala apoya un programa de cuidado y educación para la primera infancia destinado a familias vulnerables de las zonas urbanas marginadas de la Ciudad de Guatemala y se encarga del funcionamiento de cinco centros municipales de este programa, los cuales acogen a más de 1000 niños —de hasta seis años—, creados con base en una investigación del gobierno sobre las principales necesidades de las madres que trabajan en dichas zonas. Se encontró que el cuidado de los niños pequeños era un problema primordial, ya que no tenían forma de cuidarlos y acostumbraban llevarlos al vertedero. Uno de los principales beneficios de esta política es la prevención del trabajo infantil.¹⁷⁰

· Guardería Solidaridad para trabajadores por cuenta propia
de la economía informal de San José, Costa Rica

En 2002, la Central del Movimiento de Trabajadores Costarricenses (CMTC) estableció un servicio de guardería en asociación con su rama de trabajadores informales, la Federación Costarricense de Trabajadores Autónomos (FECOTRA), en el marco de su política encaminada a contribuir a las necesidades de los trabajadores de la economía informal. En 2003, el empleo informal representaba 30% del empleo total y 60% de las mujeres trabajaba por cuenta propia —sector informal—. El servicio de atención para los hijos hace posible que:

¹⁷⁰ *Ibid.*, p. 13.

- Las madres mantengan su dedicación al trabajo remunerado o la refuercen.
- Las familias mejoren su nivel de vida y su capacidad de ahorro gracias a la reducción de los gastos para la comida y la salud de los hijos.
- Las madres mejoren su salud mental, pues se reduce considerablemente el nivel de estrés en el trabajo porque los hijos están bien atendidos.
- Mejore el desarrollo físico y educativo de los niños.
- Los niños se alejen de lugares de trabajo peligrosos y estén protegidos contra el riesgo de trabajo infantil.¹⁷¹

Las políticas de cuidado de la primera infancia y en edad preescolar constituyen, probablemente, una de las mejores herramientas para compensar los costos de la maternidad. Disponer de servicios de cuidados de calidad y accesibles permite que las madres puedan regresar al mercado laboral y continuar con sus carreras, lo que, a su vez, las empodera económicamente. Incluso la disponibilidad de cuidado infantil formal tiene un efecto positivo sobre las intenciones de la fecundidad. Estudios previos han demostrado que una de las variables que podría tener mayor peso a la hora de decidir tener hijos o no es la disponibilidad de servicios de cuidados infantiles.¹⁷² Los gobiernos de la región deben replantearse qué clase de servicios de cuidados ponen a disposición de los padres, y en particular, deben ampliar sus capacidades para poder brindarlos a toda su población, independientemente de su situación laboral.

¹⁷¹ *Ibid.*, p. 12.

¹⁷² OCDE/CISS/CIEDESS, *op. cit.*, p. 167.

Conclusiones

A lo largo de este capítulo hemos repasado la normativa internacional actual que protege a las mujeres del riesgo social de la maternidad. Asimismo, seleccionamos una serie de programas y medidas de América Latina y el Caribe que constituyen experiencias positivas de protección de la maternidad en alguna de las categorías de análisis seleccionadas —acceso a la salud, licencias, transferencias y servicios de cuidado—. Visibilizar estas experiencias contribuye al debate respecto al tipo recomendado de políticas hacia donde el resto de los países de la región debería avanzar. Como afirmamos desde el comienzo, la región no ofrece un nivel de protección homogéneo ni eficaz. Son muchos los países que no cuentan con esquemas robustos de protección, por lo tanto, no valorizan la maternidad como una de las tareas fundamentales de la reproducción social. En estos casos, las mujeres no disponen de las medidas adecuadas para poder compensar, aunque sea en parte, los altos costos que supone la maternidad para ellas.

Ninguna combinación específica de políticas es perfecta ni funcional en todos los países, deben adaptarse a los contextos, prioridades y características de cada Estado. Sin embargo, es necesario advertir que, en la actualidad, la región presenta importantes déficits en varias dimensiones: en licencias familiares, en promedio, estamos por debajo de las recomendaciones de la OIT de otorgar al menos 14 semanas remuneradas de maternidad. Respecto a las licencias para los padres, todavía existen países que no las contemplan, otros que apenas otorgan dos días y la gran mayoría no supera una semana. Bajo este esquema, el mensaje que se envía a la sociedad es que son las mujeres quienes deben quedarse en casa y hacerse cargo de las tareas de cuidado y crianza en el ámbito privado. Se

dificulta enormemente el retorno de las mujeres al mercado laboral y con ello se amplían las brechas económicas entre los sexos. Las licencias parentales que promueven esquemas de corresponsabilidad son las políticas que mejor estimulan un cambio cultural respecto a las responsabilidades de cuidado en la sociedad y deben incluir cláusulas que contribuyan al ejercicio efectivo de la paternidad corresponsable para promover que los padres las soliciten y asuman sus roles de cuidado y crianza.

Es importante destacar que estas prestaciones protegen a las mujeres del riesgo de ver afectadas sus condiciones de vida al ser madres, equilibran los roles de género en el cuidado, y son primordiales para permitirles mantener sus proyectos de vida alternativos e independientes a la maternidad. La dimensión de la libertad que proponemos a lo largo de este documento incluye justamente que las mujeres puedan continuar con su carrera profesional, educativa o de cualquier otra índole sin que la maternidad suponga un obstáculo insalvable para ello.

El siguiente y último capítulo propone un modelo de seguridad social de la maternidad. Esta política pública se diseñó con base en las recomendaciones y la normativa internacional vigente, además, se concibe como una respuesta a los agravios que sufren las mujeres al convertirse en madres —desde la carga injusta de cuidado y crianza que recae en ellas, el no reconocimiento y valorización de la maternidad como tarea fundamental de la reproducción social, las penalidades salariales y la discriminación laboral, hasta la violencia obstétrica, entre otros—, que no les permiten ejercer su maternidad en condiciones de dignidad, libertad e igualdad. Esperamos que nuestra propuesta de política pública aporte al debate sobre las vías para mejorar las condiciones en las que se ejerce la maternidad en la región, y sobre todo, que visibilice y politice la maternidad.

CAPÍTULO III

MATERNIDAD Y BIENESTAR. UNA PROPUESTA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

A lo largo de este cuaderno de trabajo, hemos reivindicado la necesidad de reconocer la maternidad como una tarea fundamental de la reproducción social que requiere valoración social, política y también de riesgo social —de seguridad estatal—. Asimismo, evaluamos los enormes costos económicos, físicos y emocionales que sufren las mujeres al convertirse en madres y denunciemos la necesidad de visibilizarlos respecto a los hombres, quienes no sufren las mismas penalidades al convertirse en padres. En el capítulo anterior presentamos la normativa internacional mundial que protege la maternidad y una serie de políticas públicas que pueden considerarse experiencias positivas en América Latina y el Caribe. En este último capítulo queremos poner a discusión la resignificación de la maternidad desde una perspectiva pública y, además, traducir en políticas específicas los perjuicios que sufren las mujeres al momento de convertirse en madres.

Este capítulo se conforma de dos secciones: en primer lugar, ponemos a consideración una concepción de la maternidad a partir del concepto de *bienestar* desarrollado por esta Conferencia.¹⁷³ El objetivo de esta novedosa propuesta conceptual es contribuir a que las mujeres puedan vivir con seguridad frente al

¹⁷³ Véase Hugo Garciamarín, *op. cit.*

riesgo social de la maternidad en forma digna y en condiciones de igualdad. En segundo lugar, discutimos una propuesta de política pública orientada a proteger a las mujeres del riesgo social de la maternidad, diseñada con base en las recomendaciones y la normativa internacional vigente, que además se concibe como una respuesta a los agravios que sufren las mujeres al convertirse en madres, los cuales no les permiten ejercer su maternidad en condiciones de dignidad, libertad e igualdad.

Esta Conferencia ya ha manifestado que la maternidad, la paternidad y la primera infancia se dignifican y disfrutan cuando se tiene la tranquilidad que conlleva la garantía de cuidados adecuados e integrales de salud, un periodo remunerado de licencia y los cuidados infantiles posteriores.¹⁷⁴ Esto quiere decir que cualquier política pública de maternidad debería incluir, al menos, estos ejes para que las mujeres puedan vivir con seguridad frente al riesgo social de la maternidad. A lo largo de este capítulo trataremos en profundidad cada eje con propuestas específicas, con la finalidad de obtener un modelo de seguridad social para la maternidad en la región.

1. Resignificar la maternidad desde una perspectiva pública

A lo largo de este documento hemos reivindicado la necesidad urgente de que la maternidad se reconozca y valore como una de las tareas fundamentales de la reproducción social. Sostenemos que las tareas vinculadas a la reproducción social deben ser una preocupación central del Estado, ya que por medio de ellas se garantiza la supervivencia misma de la sociedad. En este sentido, la

¹⁷⁴ Mariela Sánchez-Belmont, Miguel Ángel Ramírez y Frida Romero, *op. cit.*, p. 38.

maternidad es uno de los medios para garantizar la reproducción social. Sin embargo, las actividades que involucra han sido y aún son subvaloradas y —en su gran mayoría— se encuentran desprotegidas. Nos referimos, en particular, a las capacidades como el cuidado, alimentación, protección y educación de los hijos, familiares, etc. Históricamente, estas labores de reproducción social se han destinado de manera casi exclusiva a las mujeres, a menudo sin remuneración. Es importante observar cómo a un hecho estrictamente biológico —dar a luz— se le han atribuido cargas sociales y culturales que se han naturalizado y asignado a las mujeres. Paradójicamente, sin estas actividades reproductivas esenciales, el mundo productivo no sería posible.

Como ya manifestamos, la reproducción social se sostiene, en gran medida, gracias a la instauración de una idea injusta que responsabiliza a las mujeres de todas esas tareas: desde la maternidad —dada su capacidad biológica para gestar y dar vida— hasta las tareas vinculadas con la crianza y los cuidados poco relacionados con la biología. Por todas esas razones, se vuelve una necesidad imperiosa que desde el Estado se resignifique la maternidad con una perspectiva pública opuesta a la tradicional. Esto se podría lograr a partir de un nuevo modelo de bienestar y maternidad que dignifique a las mujeres y les garantice un ejercicio de la maternidad en condiciones de libertad e igualdad.

La CISS procura posicionarse como un organismo internacional con una teoría propia sobre el bienestar y un método particular para enfrentar los problemas que impiden una incorporación universal a la seguridad social y los factores que afectan el bienestar de las personas.¹⁷⁵ En su *Ensayo sobre la felicidad*

¹⁷⁵ Véase Hugo Garciamarín, *op. cit.*

y el bienestar, Garciamarín destaca que para que todas las personas puedan aspirar a ser felices es necesario que estén seguras frente a las contingencias que les pueden generar malestar. En efecto, la felicidad puede basarse en controlar las circunstancias externas lo más posible para que todos tengan “buena fortuna”, en brindar tranquilidad a partir de la “seguridad” frente a los riesgos sociales y en tener “un orden digno” en el que las personas se realicen plenamente. El autor afirma que el bienestar es la forma de pensar la felicidad como algo común, abierto y accesible para todos.¹⁷⁶

En su texto, destaca el hecho de que el Estado es quien tiene la posibilidad de brindar ciertas condiciones para que todas las personas estén en la misma situación para emprender libremente la búsqueda individual de la felicidad. Para ello propone el denominado triángulo del bienestar o de la felicidad pública, que supone la existencia de tres elementos fundamentales, o aristas del bienestar, que si se garantizan significarían que las personas están en condiciones de ser felices. La primera arista es la seguridad social —herramienta fundamental desde finales del siglo XIX y derecho humano a partir de 1944—. Un elemento común para que todos aspiren a ser felices es que estén seguros frente a las contingencias que pueden generar malestar. La segunda arista es la del orden, que se enfoca en procurar las mejores condiciones para que las personas tengan una realización plena. La última arista es la dignidad y se refiere al hecho de que todas las personas necesitan ser valoradas y reconocidas por igual, de lo contrario, sus posibilidades para ser felices se ven limitadas seriamente. De esta manera, define el bienestar como:

¹⁷⁶ *Ibid.*, p. 17.

Vivir con seguridad frente a los riesgos sociales, en un entorno igualitario que favorezca a la plena realización de todas las personas y al reconocimiento de la dignidad de cada uno los miembros de la sociedad. Bienestar es que todos y todas estén en situación de ser felices.¹⁷⁷

A partir de estas premisas teóricas sobre la felicidad y el bienestar, sostenemos que la maternidad en tanto riesgo social debe ser protegida desde un esquema de seguridad social de acceso universal, debe dignificar a las mujeres que deciden ser madres y debe ejercerse en condiciones de plenitud para la realización total del sujeto. Entonces, retomando el punto inicial, en aras de garantizar y sostener las tareas de reproducción social, el Estado había afectado históricamente la dignidad, la libertad y la igualdad de las mujeres. Por lo tanto, para revalorizar y resignificar la maternidad, proponemos que el Estado construya un nuevo modelo de maternidad a partir de los siguientes postulados:

- Dignidad: para lograr el reconocimiento de la maternidad como una tarea esencial de la reproducción social y la promoción de la corresponsabilidad entre hombres y mujeres de las tareas de cuidado y crianza para evitar que recaigan injustamente en manos de las mujeres.
- Libertad: como ausencia de dominación para elegir ser madres y para que quienes elijan la maternidad no deban renunciar a otras facetas de su persona, como el desarrollo profesional, académico o laboral.

¹⁷⁷ *Ibid.*, p. 19.

- Igualdad: respecto a los hombres, quienes no sufren las mismas penalidades y consecuencias negativas que las mujeres al momento de convertirse en padres.

Las mujeres tienen derecho a ejercer su maternidad en condiciones dignas, esto implica que las tareas de la maternidad se reconozcan como un trabajo valioso, por lo tanto, remunerado. Por ejemplo, las licencias de maternidad no son un simple periodo de descanso de las actividades laborales, al ser una prestación remunerada se traduce como un reconocimiento expreso de que la maternidad es una tarea valiosa para la reproducción social. De otra forma no se podría traducir dicha valoración en los hechos. Reconocer la importancia fundamental de la maternidad implica necesariamente que su ejercicio se traduzca en acceso a beneficios y servicios efectivos. Por otra parte, sumado a este reconocimiento, es necesario que el Estado promueva un modelo de crianza y cuidados corresponsables entre madres, padres y comunidad. Esto supone dejar atrás los modelos de crianza y maternidad intensivos que ponen sobre los hombros de las mujeres casi toda la carga de trabajo que conlleva tener hijos. No se puede seguir sosteniendo el mundo reproductivo sobre la injusta división de tareas basada en el género, esto significa obstaculizar el desempeño de las mujeres en el mundo productivo y remunerado con todas sus consecuencias negativas. Los Estados deben revisar sus políticas de maternidad bajo la arista de la dignidad y evaluar si sus medidas coadyuvan o no a que las mujeres ejerzan su maternidad en condiciones de dignidad.

La propuesta conceptual de la CISS estipula que la seguridad social se compone de transferencias y servicios. Las transferencias son mecanismos que buscan compensar la falta de ingresos, ya

sea a corto, mediano o largo plazo.¹⁷⁸ En sintonía con el postulado de que la seguridad social es un derecho humano y su disfrute no debe estar atado a la condición laboral, la CISS remarca que es indispensable que las transferencias se otorguen a todas las personas, al margen de su situación laboral. Por otra parte, los servicios incluyen la atención a la salud, integrada desde el enfoque de la salud pública,¹⁷⁹ que puede entenderse como “los esfuerzos gubernamentales para prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud física y la eficiencia, el desarrollo de la maquinaria social que asegure a cada individuo en la comunidad un nivel de vida adecuado para mantener su salud”.¹⁸⁰ Entonces, a partir de estos dos componentes, un modelo de seguridad social de maternidad debe incluir, al menos:

- Transferencias: licencias remuneradas —de maternidad, paternidad y parentales—, transferencias monetarias directas por cada hijo nacido y provisión estatal de bienes materiales indispensables para el cuidado del recién nacido.
- Servicios: acceso universal a servicios de salud con enfoque de género —reproductiva y materna— y a servicios de cuidados infantiles de calidad.¹⁸¹

Ahora bien, la maternidad se ejerce dentro de un orden imperante en una sociedad determinada. Garciamarín se refiere al

¹⁷⁸ Mariela Sánchez-Belmont, Miguel Ángel Ramírez y Frida Romero, *op. cit.*, p. 80.

¹⁷⁹ *Ibid.*, p. 82.

¹⁸⁰ Winslow, “The Untilled Field of Public Health. Modern Medicine”, *Science*, vol. 51, 1920, pp. 183-184, citado en Mariela Sánchez-Belmont, Miguel Ramírez y Frida Romero, *op. cit.*, p. 82.

¹⁸¹ En la segunda sección del capítulo se desarrolla en extenso cada una de estas propuestas de políticas.

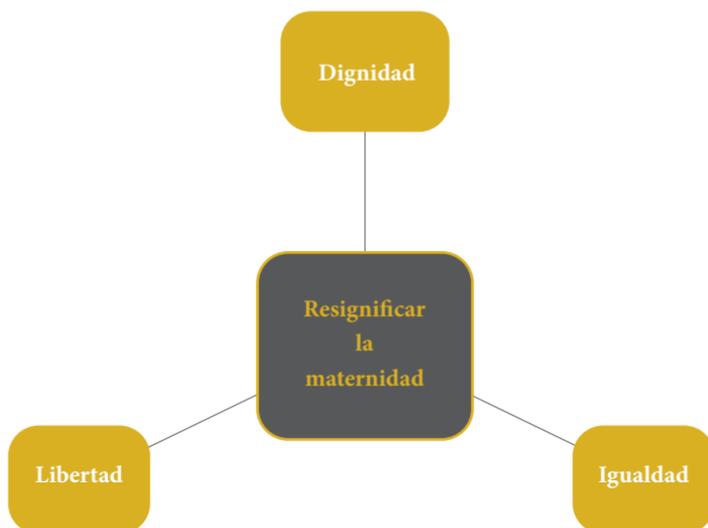
orden como las condiciones para que las personas puedan tener una realización plena. Por lo tanto, el diseño institucional previsto alrededor de la maternidad debe contemplar su ejercicio digno y pleno. La maternidad, al resignificarse desde la perspectiva propuesta, tiene lugar en el espacio público, que debe estar adaptado para ello. La maternidad ha sido relegada, histórica y culturalmente, al ámbito privado, doméstico, esfera sobre todo de las “mujeres”. No es raro escuchar historias en las que las madres son penalizadas por amamantar en público o que los lugares comunes no estén preparados para ejercer la maternidad por falta de espacios adecuados, adaptaciones para dispositivos como carriolas u otras necesidades básicas de padres con bebés o niños pequeños, entre otras. La maternidad resignificada desde una perspectiva pública debe trascender el espacio meramente privado y tomar el lugar que le corresponde en el orden público.

En la práctica esto supone contar con ciertas garantías y condiciones que permitan a las madres el pleno ejercicio de su maternidad sin sufrir consecuencias negativas por ello. Esto incluye garantías de protección laboral para prevenir la discriminación a la mujer embarazada y a las madres, evitar las brechas salariales debido al género y la maternidad, una legislación que proteja el parto humanizado y penalice la violencia obstétrica, condiciones favorables para mantener la lactancia materna en los espacios públicos y laborales, entre otras medidas. En definitiva, se trata de brindar las mejores condiciones posibles para ejercer la maternidad.

Un último punto crítico en el debate respecto a las condiciones en las cuales se ejerce la maternidad —y la paternidad— en la actualidad es que el pacto social vigente que rige las relaciones entre el mundo productivo y el reproductivo ya no puede seguir sosteniéndose. Es injusto e indigno mantenerlo a costa de

las mujeres y sus tareas de cuidados no remunerados. Se necesita redefinir un nuevo enfoque social que concilie verdaderamente el mundo laboral con el reproductivo. Ambas esferas son necesarias y fundamentales para la supervivencia de la sociedad. Redefinir los términos del nuevo pacto social implica que el Estado resignifique a la maternidad en los términos ya descritos y la ponga en el centro del debate público. Asimismo, los cuidados y las políticas familiares deben ser redefinidos de acuerdo con un enfoque de conciliación entre ambas esferas con el objetivo de que las personas puedan vivir con seguridad frente a los riesgos sociales y estar en situación de ser felices.

Figura 2. Principios que deben guiar la resignificación de la maternidad desde el Estado



Fuente: Elaboración propia.

2. Componentes de una política pública de maternidad para América Latina y el Caribe

Proteger a las mujeres del riesgo social de la maternidad y ofrecerles políticas que les permitan vivir con verdadera seguridad implica el diseño de un entramado institucional robusto y de amplio alcance. Cumplir este objetivo es complicado si sólo existen piezas sueltas de legislación o si la política pública para la maternidad es específica. Una política eficaz requiere un diseño institucional transversal que implique a todas las áreas del Estado desde un verdadero enfoque de género y de derechos orientado a la universalidad. La propuesta de la CISS puede interpretarse en estos términos porque incluye un modelo de seguridad social específico y una serie de medidas que garantizan el ejercicio de la maternidad en las mejores condiciones posibles. Vale pena mencionar el alcance de las medidas de protección propuestas: cuando proceda, deberían proteger también la maternidad y la paternidad no biológicas, es decir, que también beneficien a madres y padres que decidan adoptar un hijo o hija.

A continuación, presentamos la propuesta de modelo de seguridad social de la maternidad, que se compone de transferencias y servicios, y un análisis detallado de estos componentes aplicados a la maternidad.

2.1. Transferencias

El rubro de transferencias, en tanto mecanismo compensatorio de falta de ingresos, ya sea a corto, mediano o largo plazo, incluye las licencias de maternidad, paternidad y las parentales. Esta Conferencia ya ha establecido que las licencias de maternidad deben

contemplar un periodo razonable con paga después del parto, que permita la completa recuperación y el reposo de la madre, y los cuidados adecuados en los primeros días de vida del bebé. Como base —es decir, como un piso de protección mínima—, la CISS recomendó considerar el Convenio 183 de la OIT, que establece un mínimo de 14 semanas en las que se perciban por lo menos dos terceras partes de la remuneración habitual. Asimismo, hizo énfasis en que un enfoque integral de género requiere reconocer la importancia de las licencias de paternidad como un componente central del bienestar de infantes, padres y madres, además de las diversidades de las familias en nuestros tiempos. La expansión de las licencias de paternidad remuneradas no sólo fortalece los vínculos de hijas e hijos con sus padres, también son un avance en la deconstrucción de roles de género en el cuidado y fomentan la permanencia de las mujeres en el mercado laboral.¹⁸²

Las recomendaciones de la CISS en publicaciones previas estaban orientadas a proponer un piso de protección mínima —no máxima— respecto a la maternidad. Por ello, a continuación, proponemos los lineamientos de una protección ampliada en el rubro de licencias.

2.1.1. Licencias

A. Licencias de maternidad

Las licencias juegan un papel esencial en la provisión de cuidado parental porque garantizan tiempo e ingresos durante los primeros meses de vida de los recién nacidos. A lo largo de este capítulo conceptualizamos las licencias familiares como el conjunto de

¹⁸² Mariela Sánchez-Belmont, Miguel Ángel Ramírez y Frida Romero, *op. cit.*, p. 78.

licencias disponibles para los miembros de la familia que ejercen roles de cuidado: incluye la de maternidad, de paternidad y las denominadas parentales. Las licencias de maternidad comprenden el periodo anterior y posterior al parto o adopción. Las licencias por paternidad abarcan los días posteriores al parto o adopción. Las licencias parentales se pueden utilizar una vez finalizadas las licencias de maternidad y paternidad —hasta que el niño cumpla una edad determinada— de forma indistinta por cualquiera de los adultos responsables en la familia.¹⁸³ Las políticas de licencia en general están diseñadas para proporcionar tiempo libre del trabajo para que las nuevas madres puedan prepararse y recuperarse del parto, los padres puedan cuidar a sus hijos recién nacidos o adoptados, y las personas puedan cuidar a familiares gravemente enfermos. Estas políticas tienen como objetivo ayudar a quienes forman parte del sector laboral a equilibrar las responsabilidades laborales y familiares en competencia, con el objetivo de mejorar el bienestar familiar y promover la continuidad profesional. Además, dado que las mujeres generalmente se encargan de una mayor proporción de cuidado familiar e infantil que los hombres, estas políticas también pueden reducir la desigualdad de género tanto en el mercado laboral como en el hogar.¹⁸⁴

La licencia de maternidad es esencial para situar a la mujer en igualdad de condiciones respecto a los hombres en el mercado de trabajo y proteger la salud de las madres y sus hijos.¹⁸⁵ El derecho humano de la mujer a disfrutar de licencias de maternidad

¹⁸³ Gala Díaz Langou y Florencia Caro Sachetti, “Más días para cuidar: Una propuesta para modificar el régimen de licencias desde la equidad”, CIPPEC, Buenos Aires, 2017, p. 2.

¹⁸⁴ Maya Rossin-Slater, “Maternity and Family Leave Policy”, Susan L. Averett, Laura M. Argys y Saul D. Hoffman (eds.), *The Oxford Handbook of Women and the Economy*, Oxford University Press, Nueva York, 2018, p. 2.

¹⁸⁵ Laura Addati, Naomi Cassirer y Katherine Gilchrist, *op. cit.*

remuneradas se ha afirmado en diversos tratados internacionales. La OIT establece que el único requisito previo para reclamar la licencia de maternidad es la presentación de un certificado médico en el que se indique la fecha presunta del parto. La imposición de criterios adicionales, como un periodo mínimo de antigüedad en el empleo, un límite en el número de licencias de maternidad o la obligación de la beneficiaria de ser ciudadana del país, reduce la probabilidad de que las mujeres lleguen a disfrutar de la licencia de maternidad.

La CISS propone una licencia de maternidad ampliada de 18 semanas de duración¹⁸⁶ y remunerada a una tasa de 100% de los ingresos de la trabajadora. Este periodo es de vital importancia para que la madre pueda recuperarse del parto, atravesar su puerperio y —si así lo desea— establecer la lactancia materna exclusiva, recomendada por la OMS durante los primeros seis meses de vida.¹⁸⁷ La madre necesita la tranquilidad de contar con una licencia de sus actividades laborales lo suficientemente amplia y la seguridad de ingresos económicos para no afectar el bienestar del núcleo familiar.

Por su parte, la OPS afirma que la licencia de maternidad con goce de sueldo lleva a un periodo de lactancia más largo y

¹⁸⁶ Esta propuesta se fundamenta en el artículo 1, inciso 1: “Los miembros deberían procurar extender la duración de la licencia de maternidad, mencionada en el artículo 4 del Convenio, a 18 semanas, por lo menos”. *Recomendación sobre la protección de la maternidad*, 2000b (núm. 191). Disponible en https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORML-EXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R191

¹⁸⁷ La OMS recomienda a todas las madres la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del bebé, para ofrecer a sus hijos un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. Posteriormente, hasta los dos años o más, los lactantes deben seguir con la lactancia materna, complementada con otros alimentos nutritivos. OMS, “La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses es lo mejor para todos los niños”, 2011. Disponible en https://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/es/#:~:text=La%20OMS%20recomienda%20a%20todas,complementada%20con%20otros%20alimentos%20nutritivos

a mejor estado de salud y bienestar tanto para la madre como para el niño. Esto se traduce, en el mediano y largo plazo, en importantes ahorros en materia de salud pública para el Estado. Las mujeres que sólo cuentan con una licencia de maternidad corta son cuatro veces más propensas a no amamantar o a dejar de amamantar pronto.¹⁸⁸

Las prestaciones en efectivo que se reciben durante la licencia de maternidad aportan seguridad económica a las trabajadoras y contribuyen en una medida inestimable a la reproducción y el bienestar de la fuerza de trabajo. Asimismo, son un apoyo para que las mujeres ejerzan efectivamente su derecho a la licencia de maternidad. Sin las garantías adecuadas de ingresos, la mayoría de las trabajadoras no pueden permitirse interrumpir su actividad económica y se ven obligadas a poner en peligro su salud y la de sus hijos para no quedarse sin recursos económicos. La pérdida de ingresos que aparejada con el nacimiento de un hijo amplifica la inseguridad económica de las madres que trabajan.¹⁸⁹

Como mencionamos en el capítulo 2, Venezuela es el país de la región que mayor cantidad de semanas reconoce para licencia de maternidad con una remuneración de 100%, una prueba de las buenas prácticas en la materia en América Latina. El Estado venezolano, con una política a favor de la maternidad y la paternidad, apuesta por medidas de protección ampliadas, que aseguran los recursos económicos necesarios para afrontar la nueva realidad familiar y garantizan el tiempo prudente para la recuperación to-

¹⁸⁸ OPS, “OPS insta a implementar leyes para proteger la maternidad y apoyar a las mujeres a amamantar en el lugar de trabajo”, 2019. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15346:maternity-protection-laws-must-be-implemented-throughout-the-americas-to-protect-breastfeeding-mothers-in-the-workplace&Itemid=1926&lang=es

¹⁸⁹ Laura Addati, Naomi Cassirer y Katherine Gilchrist, *op. cit.*

tal de la madre y el establecimiento de la lactancia materna exclusiva. Una política pública que establece una licencia remunerada al 100% es una de las mejores pruebas de que la maternidad es valorada desde el Estado, como un trabajo esencial de la reproducción social. Se trata de un reconocimiento expreso a la importancia de la maternidad para los asuntos públicos.

Por su parte, los niños también pueden verse afectados negativamente por una mala política de licencias de maternidad. En primer lugar, la garantía de licencia protegida y remunerada puede reducir el estrés materno durante el embarazo, que se ha demostrado que afecta negativamente el bienestar del niño al nacer y en la edad adulta. En segundo lugar, la licencia puede aumentar la cantidad de tiempo que un niño pasa con su madre poco después de nacer. Como resultado, una madre puede amamantar mejor, cuidar a su hijo cuando se enferma y buscar atención médica inmediata si es necesario. Tercero, el pago de la licencia y el monto del beneficio impactan el ingreso familiar y los recursos materiales de la familia para la crianza de los hijos.¹⁹⁰ De esta forma, las licencias de maternidad ampliadas y remuneradas benefician a la mujer que se convierte en madre y procuran el bienestar para los niños y niñas durante su nacimiento y posterior desarrollo.

Por último, es necesario hablar de la duración de la licencia de maternidad, ya que puede tener un efecto en la dimensión laboral y profesional de las madres. Cuando es demasiado breve, muchas madres no se sienten preparadas para retomar la vida laboral e incluso abandonan la fuerza de trabajo. En oposición, periodos muy prolongados de licencia también pueden afectar

¹⁹⁰ Maya Rossin-Slater, *op. cit.*

la participación o promoción de las mujeres en el empleo remunerado, con las consiguientes penalizaciones salariales.¹⁹¹ Los derechos de licencia de maternidad y familia menores a un año tienden a aumentar la continuidad del trabajo, pues les permiten reincorporarse al trabajo al final del periodo de licencia, sobre todo si ésta es remunerada y protegida, lo cual puede aumentar las tasas de empleo varios años después. Sin embargo, las licencias de más de un año de duración pueden impactar de forma negativa los salarios a largo plazo, el empleo y el avance profesional de las mujeres.¹⁹² En los capítulos anteriores advertimos que las madres a menudo enfrentan muchas interrupciones a lo largo de su vida laboral activa, pues son las que más laboran en esquemas de tiempo parcial. Esto las lleva a percibir salarios más bajos y experimentar serios inconvenientes para acceder a un régimen de jubilaciones y pensiones, etc. Por todo esto, al momento de diseñar una política pública de maternidad no hay que perder de vista los factores mencionados.

Si prestamos atención, es fácil notar que los beneficios “clásicos” por maternidad —licencias y prestaciones— en la inmensa mayoría de los esquemas de seguridad social aún son exclusivos para las mujeres y no se entienden como una prestación familiar, es decir, que proteja el riesgo social originado en familia, cuyos beneficiarios directos sean ambos padres, propiciando así la equidad de género frente a la paternidad. De aquí que las reivindicaciones de equidad e igualdad de las mujeres respecto a los hombres y de la sociedad en general deben ser impulsadas dentro de la seguridad social.¹⁹³ Por ello, en el modelo de seguridad social de

¹⁹¹ Laura Addati, Naomi Cassirer y Katherine Gilchrist, *op. cit.*

¹⁹² Maya Rossin-Slater, *op. cit.*

¹⁹³ Gabriela Mendizábal Bermúdez, “Análisis comparativo de las prestaciones de seguridad social por maternidad”, *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, núm. 116, vol. 1, 2006.

maternidad que proponemos en la CISS, las licencias forman parte de un esquema que incluye también las exclusivas para el padre y para ambos padres.

B. Licencia de paternidad

En el capítulo 2 afirmamos que las licencias por paternidad extendidas y remuneradas son medidas esenciales para promover esquemas de corresponsabilidad parental. Si desde el diseño institucional sólo se reconocen licencias a las madres, entonces el mensaje que se envía desde el Estado es que son ellas, casi en exclusiva, quienes deben hacerse cargo de las tareas que implican la crianza y el cuidado de los hijos. Un esquema de licencias familiares debe incluir necesariamente licencias exclusivas para los padres y licencias parentales. En la actualidad, América Latina aún presenta un panorama desalentador en materia de licencias de paternidad: son inexistentes o son exiguas. Por ejemplo, Argentina sólo reconoce dos días. Apenas tres países —Cuba, Chile y Uruguay— han avanzado en esquemas de licencias parentales.

Extender a los hombres la licencia de paternidad en América Latina es una de las medidas que redefiniría culturalmente el papel del padre y reduciría la brecha salarial y de empleo entre hombres y mujeres.¹⁹⁴ Aumentar la licencia 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 el puerperio.¹⁹⁵ Si las mujeres participan plenamente, como iguales, en la vida social, los hombres tienen que compartir, en la misma medida, el cuidado de los niños y otras labores domésticas. Esto presupone ciertos cambios radi-

¹⁹⁴ Blanca Castro, “¿Apoyo o padre? El rol de los hombres en familias de América Latina”, *Euronews*, 8 de marzo de 2019. Disponible en <https://es.euronews.com/2019/03/08/la-licencia-de-paternidad-en-america-latina-como-impulso-a-la-igualdad-de-genero>

¹⁹⁵ Esther Vivas, *op. cit.*

cales en la esfera pública, de la organización y la producción, de lo que entendemos por trabajo y de la práctica de la ciudadanía.¹⁹⁶ Y es que la organización tradicional del trabajo dificulta un compromiso mayor de los hombres con el cuidado. Basta analizar el ordenamiento jurídico laboral de los países de la región para comprobar que se creó para un trabajador masculino que labora jornada completa, responsable del sustento económico familiar y que no precisa medidas de conciliación porque no se le considera responsable de las tareas domésticas y de cuidado.¹⁹⁷ Con periodos cortos, las licencias para los padres se vuelven simbólicas y perpetúan el rol de las mujeres de cuidadoras principales.¹⁹⁸

Aunque las licencias de paternidad no figuran en la normativa internacional, existen algunos convenios y recomendaciones de organizaciones internacionales que las sugieren con la finalidad de erradicar la desigualdad laboral entre hombres y mujeres, y hacerlos corresponsables de los cuidados familiares. Reconocer y valorar los cuidados, así como promover la responsabilidad compartida en el hogar y la familia es la Meta 5.4 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. La OIT promueve la participación de los padres en las responsabilidades familiares y la opción de las licencias parentales por medio de la Recomendación 191 que acompaña al Convenio 183, y la Recomendación 165 que acompaña el Convenio 156. En el caso de la Convención sobre los Derechos de los Niños, el artículo 18 indica la responsabilidad de padres y madres en su crianza. La CEDAW establece la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en la educación y el desarrollo de hijos e hijas. Específicamente en

¹⁹⁶ Carole Pateman, *The Disorder of Women: Democracy, Feminism, and Political Theory*, Stanford University Press, Stanford, 1990, p. 135.

¹⁹⁷ OIT/PNDU, Trabajo decente y cuidado compartido: hacia una propuesta de parentalidad, Santiago, 2013.

¹⁹⁸ Alexis Unda y Esperanza Calderón, *op. cit.*, p. 41.

América Latina, la generación de políticas públicas para promover la corresponsabilidad en el cuidado y el trabajo doméstico no remunerado ha sido la preocupación central de los últimos cinco consensos de las *Conferencias Regionales sobre la Mujer en América Latina y el Caribe* —Lima, 2000; México, 2004; Quito, 2007; Brasilia, 2010, y Santo Domingo, 2013—. ¹⁹⁹

En la gran mayoría de los países con licencia de paternidad, ésta se paga por lo general a una tasa de 100% de los ingresos anteriores, principalmente porque son sumamente cortas —en América Latina y el Caribe, la más extensa es la de Venezuela con 14 días—. Nuestra propuesta en materia de licencia exclusiva de paternidad es reconocer una licencia remunerada al 100% de al menos cuatro semanas de duración desde el momento del parto. Si bien puede parecer reducida en comparación con la extensión propuesta para la licencia de maternidad, se trata de un aumento espectacular en el panorama vigente en la región. Países como Costa Rica, Honduras, Nicaragua y Panamá, entre otros, no disponen en sus legislaciones de licencias de paternidad. Los países latinoamericanos que sí cuentan con licencias de paternidad ofrecen a los padres un permiso para ausentarse del empleo entre dos y 14 días. Argentina, El Salvador y República Dominicana apenas otorgan dos días y países como Perú y Ecuador reconocen sólo 10. Cabe destacar que nuestra propuesta es un permiso mínimo de reconocimiento de la licencia de paternidad que, además, se verá complementada —y extendida— con un esquema de licencias parentales con la finalidad de que los cuidados posteriores del recién nacido se distribuyan entre los padres. Los Estados podrían reconocer una licencia exclusiva de paternidad de mayor duración

¹⁹⁹ *Ibid.*, p. 40.

y de este modo profundizarían en una política de paternidad responsable y más igualitaria con las tareas de cuidados.

La presencia del padre —dependiendo de su calidad— es positiva para los hijos y las hijas, para ellos mismos y para las madres. La paternidad presente y comprometida brinda mayores oportunidades para fortalecer el vínculo filial, mejora el desarrollo de su estructura psíquica y emocional y da a los hijos la oportunidad de ser cuidados por ambos progenitores.²⁰⁰ Pero, además, conceder a los padres la flexibilidad de tomar tiempo libre en el trabajo durante los primeros meses posteriores al nacimiento de su hijo tiene beneficios significativos para la salud de las nuevas madres. El factor clave en un estudio reciente resultó ser la posibilidad de tomar tiempo libre remunerado precisamente cuando la madre más lo necesita; esto permitió a las mujeres descansar, recuperar las horas de sueño perdidas y tratar con mayor seriedad sus síntomas médicos; además, la presencia del padre alivió la carga sobre sus hombros, aunque fuera por pocos días.²⁰¹ Finalmente, cabe destacar que las licencias de paternidad y los permisos parentales son herramientas útiles para avanzar hacia la superación del obsoleto modelo de “hombre proveedor y mujer ama de casa”.²⁰²

C. Licencias parentales

Nuestra propuesta de licencias familiares para proteger a las mujeres del riesgo social de la maternidad se completa con un régimen

²⁰⁰ Gary Barker y Fabio Verani, “La Participación del Hombre como Padre en la Región de Latinoamérica y el Caribe”, *Promundo-Save the Children*, 2008, p. 74.

²⁰¹ *Euronews*, “Un estudio revela que la baja de paternidad es beneficiosa para la salud de las madres”, 2019. Disponible en <https://es.euronews.com/2019/06/06/un-estudio-reve-la-que-la-baja-de-paternidad-es-beneficiosa-para-la-salud-de-las-madres>

²⁰² Carina Lupica, “Paternity and Parental Leave in Latin America and the Caribbean. Essential Tools to Promote Greater Participation of Fathers in the Care of Children”, *Masculinities & Social Change*, núm. 3, vol. 5, 2016, pp. 295-320.

de licencias parentales disponibles para ambos padres. Se trata de un periodo extendido y remunerado que da continuidad a los periodos de licencias de maternidad y paternidad del que disponen los padres para cuidar a los hijos pequeños. Nuestra propuesta incluye una serie de cláusulas que promueve que el padre haga uso efectivo de una cuota de la licencia parental como una estrategia para contrarrestar la baja tasa de toma de licencia de los hombres en los países de la región que cuentan con estas políticas —Cuba, Chile y Uruguay—. 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.²⁰³

Para que las licencias parentales cumplan su función y desarticulen el modelo tradicional de “hombre proveedor y mujer cuidadora”, es necesaria la convergencia entre la sociedad, el Estado y el mercado. Modificar las pautas socioculturales mediante la erradicación de los roles de género estipulados y reproducidos en la región permitirá que tanto mujeres como hombres puedan compatibilizar sus empleos de calidad con sus responsabilidades familiares. La principal tarea del Estado es analizar costos y factibilidad para otorgar licencias de paternidad obligatorias, intransferibles y remuneradas al 100% por parte de la seguridad social para trabajadores tanto formales como informales. Asimismo, debe impulsar políticas de sensibilización cultural para incentivar a los hombres a tomar las licencias con campañas que muestren los beneficios de la corresponsabilidad en las tareas del hogar. Por su parte, el mercado debe garantizar que el uso de las licencias

²⁰³ Esther Vivas, *op. cit.*, p. 42.

parentales no afecte el desempeño de los trabajadores dentro de la empresa y que puedan regresar a su puesto de trabajo sin sanciones.²⁰⁴

Nuestra propuesta de un régimen de licencias familiares integral fue concebida a partir de la premisa de que los primeros años de vida —en especial el primero— son cruciales para el desarrollo físico y emocional de la infancia. Durante este periodo, los niños y las niñas necesitan nutrición, protección y estimulación para que su cerebro se desarrolle correctamente. Destaca el UNICEF que los progresos recientes en el campo de la neurociencia aportan nuevos datos sobre el desarrollo cerebral durante esta etapa de la vida. Durante el proceso de desarrollo cerebral, los genes y las experiencias que viven —concretamente, una buena nutrición, protección y estimulación por medio de la comunicación, el juego y la atención receptiva de los cuidadores— influyen en las conexiones neuronales. Esta combinación de lo innato y lo adquirido establece las bases para el futuro del niño. Por ello los padres y madres necesitan tiempo y apoyo para crear un entorno afectuoso y seguro que les permita ofrecer a sus hijos los elementos que necesitan —“comer, jugar y amar”— y contribuir a su desarrollo cerebral.²⁰⁵ Recomendamos, al igual que el UNICEF, aumentar la inversión en políticas favorables a la familia, en particular, promover en la región el establecimiento de licencias parentales remuneradas durante el primer año de vida del bebé.

Proponemos que los padres dispongan de una licencia parental de 22 semanas posterior a la finalización de la licencia de maternidad prevista. Este plazo, sumado a la licencia de materni-

²⁰⁴ Alexis Unda y Esperanza Calderón, *op. cit.*, p. 50.

²⁰⁵ UNICEF, *Desarrollo de la primera infancia. La primera infancia importa para cada niño*, s. f. Disponible en <https://www.unicef.org/es/desarrollo-de-la-primera-infancia>

dad de 18 semanas, cubre gran parte del primer año de vida del bebé y de ese modo se garantiza que reciba el mejor entorno de cuidados y estimulación para su máximo bienestar posible. Otra condición clave para que el esquema de cuidados corresponsables sea atractivo y funcional con los objetivos que busca alcanzar es que sea remunerado. Proponemos una tasa que ascienda a 60%.²⁰⁶ Cabe destacar que nuestra propuesta sigue el modelo de licencias con cuotas específicas para cada uno de los padres. Esto tiene como objetivo evitar que las madres tomen la totalidad de la licencia. Si algo demuestra la evidencia del funcionamiento de licencias parentales de Chile y Cuba es que éstas deben contener cláusulas específicas que contribuyan a que el padre se tome la licencia correspondiente y cumpla su papel de cuidados y crianza.

Nuestra propuesta es que la cuota específica para el padre sea de 50% de las semanas de licencia parental disponibles para la familia. Es decir que, de las 22 semanas, 11 sean de goce exclusivo para el padre. Este modelo se conoce como licencia intransferible y no puede ser ejercida por la madre. En caso de no utilizarse, la familia pierde su derecho a gozar esa cantidad de semanas de licencia remunerada para el cuidado de los hijos.

El objetivo de estas políticas de licencias familiares es contribuir a una mayor igualdad en las tareas que suponen la maternidad y la paternidad en toda la región. Esto es necesario para brindar seguridad y mejores condiciones a las mujeres que son madres y evitar que otras dimensiones de su vida se vean afectadas de forma negativa por convertirse en madres. Asimismo, buscan el bienestar de los niños, en particular de la primera infancia. Por

²⁰⁶ Como punto de referencia para escoger esta tasa de remuneración, tomamos la experiencia de Cuba que estipula dicho porcentaje de remuneración a su licencia parental. Más información en Marta López Fesser, *op. cit.*

eso nuestro esquema de licencias parte del supuesto de que el primer año de vida del niño y la niña es crucial. Las primeras 18 semanas servirán para un reposo adecuado, la recuperación de la madre y el establecimiento de la lactancia materna. El padre podrá asumir su rol de cuidados y crianza en la etapa más crítica del posparto, es decir, en las primeras cuatro semanas, y luego, como familia, podrán ejercer el derecho a cuidar de los hijos en el hogar a partir del uso de la licencia parental con cuotas específicas para cada uno por un lapso total de 22 semanas.

Figura 3. Esquema de licencias familiares propuesto



*50% (11 semanas) de goce intransferible para el padre.

Fuente: Elaboración propia.

2.1.2. Provisión estatal de artículos indispensables para el bebé

Hace 80 años, la seguridad social de Finlandia lanzó la “innovación finlandesa en bienestar”, como afirman en Kela.²⁰⁷ Se trata de

²⁰⁷ Martha Sader, “Esta cajita ha cambiado la vida de todos los finlandeses”, *Traveler*, 2 de marzo de 2018. Disponible en <https://www.traveler.es/experiencias/articulos/caja-maternidad-bebe-finlandia/11885>

la denominada “caja del bebé”, que contiene artículos indispensables para su llegada. Como mencionamos en el capítulo anterior, el objetivo de esta política era reducir la alta tasa de mortalidad infantil, incrementar el número de nacimientos y aliviar la pobreza en las familias con niños y niñas. Todo ello se consiguió en gran parte gracias a los objetos que se entregaban —alrededor de 50— sin coste a las futuras mamás y a una obligación inherente a su recepción: la visita al médico antes del final del cuarto mes de embarazo. La ayuda de maternidad consiste en ese paquete de maternidad o una cantidad determinada de dinero libre de impuestos, según la elección de la mujer embarazada. El paquete contiene ropa y artículos para el cuidado del bebé. La mayoría de las madres lo eligen porque su valor económico es mayor.²⁰⁸

En nuestra región se han instrumentado programas similares que incluyen no sólo artículos indispensables para el bebé, sino también recursos materiales y servicios para la mamá, otorgando de esta manera seguridad material a las mujeres que van a vivir la maternidad. El Programa Qunita, vigente en Argentina de 2015 a 2016, bajo el lema “un comienzo de vida equitativo”, garantizaba los recursos necesarios para acompañar y cuidar la salud de las mujeres que recibían la Asignación por Embarazo y una adecuada atención del recién nacido y su crianza.²⁰⁹ El programa incluía la distribución del kit Qunita —con los elementos básicos para el cuidado de la salud y el sueño seguro del recién nacido— como parte de una estrategia sanitaria cuyo objetivo era reforzar la captación temprana de las mujeres embarazadas para disminuir la mortalidad

²⁰⁸ *InfoFinland.fi*, “Ayudas para las mujeres embarazadas”, s. f. Disponible en <https://www.infofinland.fi/es/vida-en-finlandia/familia/ayudas-para-las-familias/ayudas-para-las-mujeres-embarazadas>

²⁰⁹ Fue dado de baja por problemas en el diseño de uno de los artículos del paquete para bebés.

materna e infantil. La entrega del paquete estaba sujeta a una estrategia de condicionalidades sanitarias, como controles médicos prenatales, participación en consejerías sobre lactancia, orientación para la atención del parto en una maternidad con las condiciones adecuadas y seguimiento del puerperio y del recién nacido.²¹⁰

En 2012, Chile instrumentó un programa de apoyo al recién nacido denominado Ajuares, mediante el cual entrega a las familias un conjunto de implementos básicos para recién nacidos.²¹¹ Por su parte, en 2014, Perú puso en marcha su Plan Nacional Bienvenidos a la Vida, destinado a fortalecer la atención inmediata del recién nacido, en particular en aquellos con peso menor o igual a 2500 g provenientes de familias asentadas en los distritos con menor ingreso económico de las zonas rural, alto andina y amazónica. Allí se entrega una caja-cuna y un paquete para darle abrigo, higiene, cuidados y estimulación.²¹² Por último, el Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay lanzó un programa similar en 2013 para repartir un paquete de bienvenida que incluía alfombra, manta, vaso, plato, cuchara, juguetes y cuentos, y agregó una cuna para los niños que viven en hogares hacinados.²¹³

²¹⁰ Ministerio de Salud de la Nación Argentina, “La presidenta lanzó el programa Qunita, un comienzo de vida equitativo para los bebés”, s. f. Disponible en http://www.msal.gov.ar/sumar/index.php?option=com_content&view=article&id=495:la-presidenta-lanzo-el-programa-qunita-un-comienzo-de-vida-equitativo-para-los-bebes&catid=6:destacados-slide495

²¹¹ Más información sobre el programa en Bonos del Gobierno de Chile, “Conoce el nuevo Ajuar 2019 del Programa Apoyo al Recién Nacido”, 2019. Disponible en <https://bonos-delgobierno.com/conoce-aqui-el-nuevo-ajuar-2017-2018-del-programa-apoyo-al-recien-nacido-de-chile-crece-contigo/>

²¹² Más información sobre el programa en Ministerio de Salud de Perú, “Bienvenidos a la Vida - Protegido y Seguro desde que Nace”, s. f. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/campa%C3%B1as/404-bienvenidos-a-la-vida-protegido-y-seguro-desde-que-nace>

²¹³ Para más información sobre el programa en Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay, “Uruguay Crece Contigo entregó 158 000 set universales en maternidades públicas y privadas”, 2017. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/uruguay-crece-contigo-entregó-158000-set-universales-en-maternidades>

Nuestra propuesta es que los gobiernos de la región contemplen dentro de un modelo de seguridad social de la maternidad la entrega de este tipo de bienes materiales al momento del nacimiento del bebé. Es inestimable la ayuda y la tranquilidad que conlleva para los padres la garantía de contar con los bienes mínimos indispensables al momento de nacer un hijo. Las madres pueden experimentar un menor nivel de estrés e inseguridad al saber que tendrán estos elementos de primera necesidad en el momento del parto. Por otra parte, proponemos que estos paquetes incluyan materiales de formación y difusión de buenas prácticas de salud y cuidados del recién nacido. Esto cobra una importancia crítica para los padres primerizos que carecen de redes de apoyo familiares y comunitarias para aprender sobre cuidados y crianza. Asimismo, la condicionalidad con los controles sanitarios prenatales convierte esta política en una verdadera estrategia de salud pública. Consideramos que se trata de una propuesta de bajo costo y de alto impacto en el bienestar de las familias.

2.1.3. Prestación monetaria por hijo

La maternidad puede suponer para muchas mujeres y su núcleo familiar el empeoramiento de las condiciones económicas, pues la llegada de un hijo o una hija implica un esfuerzo y un gasto económico considerable. Esto se vuelve especialmente decisivo en los hogares más vulnerables. Una de las políticas de protección de la maternidad y ayuda familiares vigentes dentro de la OCDE es la asistencia económica y en especie para cubrir el gasto directo de los niños; vimos que esto podía incluir desde asignaciones familiares, un paquete para el bebé o una suma de dinero

pagada antes de o en el nacimiento del hijo, entre otras medidas. Es decir, la asistencia financiera directa a las madres con hijos recién nacidos forma parte de una serie de políticas de maternidad usuales alrededor del mundo. De hecho, América Latina y el Caribe cuenta con sus propias experiencias positivas en materia de transferencias directas, por ejemplo, la AUH y la AUE vigentes en Argentina.

Nuestra propuesta en materia de asistencia económica directa prevé una prestación monetaria no retributiva mensual desde el nacimiento hasta el año de edad del niño o niña. El monto debería traducirse en capacidad de compra de bienes y servicios básicos para el mantenimiento de un nivel de vida adecuado para el infante. Dichos gastos están vinculados —en su mayoría— a la adquisición de vestimenta, productos de higiene personal del bebé, alimentos y estimulación, entre otros. Como hemos sostenido, el primer año de vida es crítico para el desarrollo físico, mental y emocional de todos los seres humanos. Resulta muy probable que los hijos y las hijas de las familias en condiciones de desigualdad económica que no dispongan de recursos propios para brindarles buenas condiciones de desarrollo, sufran las consecuencias negativas de la desigualdad.

Las políticas de transferencias directas a la niñez presentan un efecto positivo para el bienestar de la primera infancia y su núcleo familiar, y también brindan seguridad económica a las mujeres que se enfrentan a la maternidad. Son muchas las mujeres que viven la maternidad en soledad o como únicas proveedoras de recursos de su hogar. Este tipo de prestaciones monetarias directas empodera económicamente a las madres, en especial a quienes se desempeñan como jefas de hogar. Sin duda, les permitirá aliviar y compensar, en parte, los enormes costos de la maternidad.

Contar con ingresos mensuales no retributivos para el bienestar de sus hijos, repercutirá en su propio bienestar en el ejercicio de la maternidad.

3. Servicios

Los servicios constituyen el otro gran componente de la seguridad social. El acceso a servicios de salud de calidad es de vital importancia para la protección de las mujeres frente al riesgo social de la maternidad. La normativa internacional de derechos humanos incluye el compromiso fundamental de los Estados de lograr que las mujeres y las adolescentes sobrevivan al embarazo y al parto, como un aspecto de su disfrute de los derechos a la salud sexual y reproductiva, y a vivir una vida con dignidad.²¹⁴ Si bien el embarazo no se considera una enfermedad, su desarrollo, atención y desenlace requiere controles médicos adecuados durante todo su proceso para proteger la vida de la mujer. Ellas experimentan los cambios físicos y emocionales de este proceso biológico y también los vinculados con la lactancia durante el posparto.

Las muertes maternas y neonatales pueden prevenirse con estrategias de salud pública adecuadas que protejan a las mujeres no sólo de embarazos de riesgo, sino también de una serie de problemas poco tratados por la salud pública, como es la violencia obstétrica, la depresión posparto y otras enfermedades asociadas a la salud mental materna. Urgen políticas públicas de salud diseñadas desde un enfoque integral centrado en la mujer. En ese

²¹⁴ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), “Technical Guidance on the Application of a Human Rightsbased Approach to the Implementation of Policies and Programmes to Reduce Preventable Maternal Morbidity and Mortality”, 2012. Disponible en <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/reduce-maternal-mortality/en/>

sentido, la OMS recomienda a sus países miembros integrar a sus sistemas de salud una verdadera perspectiva de género. Esto cobra especial relevancia en los programas de salud reproductiva, la atención prenatal y posnatal de las mujeres y sus hijos.²¹⁵

Cabe destacar que un modelo de seguridad social de la maternidad supone brindar desde servicios de salud reproductiva hasta servicios de salud que atiendan los problemas que las mujeres enfrentan en la etapa del posparto. Es por ello que proponemos diseñar una política de salud materna integral que abarque desde la planificación familiar hasta el posparto. De esta forma se puede atender eficazmente cada uno de los periodos que requieren intervenciones sanitarias diferenciadas. A continuación, analizamos cada una.

3.1. Acceso a servicios de salud reproductiva

La OMS establece que la salud reproductiva atiende los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida. Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos cuando se desee. Esta concepción de la salud reproductiva señala que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, que las parejas puedan tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres contar con un seguimiento durante su embarazo y que ofrezcan a las parejas la oportunidad de tener un hijo sano.²¹⁶ Nuestra propuesta de salud

²¹⁵ OMS, ¿En qué consiste el enfoque de salud pública basado en el género?, 2007. Disponible en <https://www.who.int/features/qa/56/es/>

²¹⁶ OMS, "Salud reproductiva", s. f. Disponible en https://www.who.int/topics/reproductive_health/es/

materna incluye como primer peldaño, el acceso de las mujeres y los varones tanto a información como a servicios de planificación familiar. Esto quiere decir, en el caso de las mujeres, que puedan contar con servicios profesionales que las ayuden a elegir métodos anticonceptivos, pruebas diagnósticas, tratamientos de enfermedades de transmisión sexual y servicios de interrupción de embarazos, entre otros.²¹⁷

El acceso a servicios de salud reproductiva se vuelve crucial como estrategia en la prevención del embarazo adolescente, que en América Latina y el Caribe alcanza la segunda tasa más alta en el mundo. Además, es la única región con una tendencia ascendente de embarazos en adolescentes menores de 15 años, según reporta el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés). Se estima que cada año 15% de todos los embarazos en la región ocurre en adolescentes menores de 20 años y dos millones de niños nacen de madres cuyas edades están entre los 15 y los 19 años.²¹⁸ Asimismo, la OPS afirma que el embarazo en la adolescencia puede tener un profundo efecto en la salud de las niñas durante su curso de vida. No sólo obstaculiza su desarrollo psicosocial, sino que se asocia a resultados deficientes en la salud y con un mayor riesgo de muerte materna. Destacan los profesionales de estos organismos que la falta de información y el acceso restringido a una educación sexual integral y a servicios de salud sexual y reproductiva adecuados tienen una relación directa con el embarazo adolescente. Por todas estas razones, resulta ur-

²¹⁷ Para más información sobre servicios de salud sexual y reproductiva, véase Renata Turrent Hegewisch, *op. cit.*

²¹⁸ OPS, “América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo”, 2018. Disponible en https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=996:america-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-mas-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mundo&Itemid=1005

gente que los Estados de la región mejoren en forma sustancial sus servicios de salud sexual y reproductiva con un especial énfasis en la salud adolescente.

3.2. Acceso a servicios de salud materna

3.2.1. Atención sanitaria prenatal

Según la OPS, la atención prenatal es un conjunto de acciones asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud y la embarazada con el fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una preparación adecuada para el parto y la crianza del recién nacido, o para disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.²¹⁹ Es importante destacar que la atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas. Ello incluye la promoción de un modo de vida sano, una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que sufran violencia de pareja.²²⁰

Con el nuevo modelo de atención prenatal de la OMS, el número de contactos que debe tener la embarazada con los profesionales sanitarios a lo largo de la gestación se incrementa de cuatro a ocho. Datos recientes indican que una mayor frecuencia de contactos prenatales de las mujeres y las adolescentes con el

²¹⁹ OPS, “Protocolo 1 Atención prenatal en atención primaria de la salud”, 2011. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31251/Guia1_Atencion_Prenatal.pdf?sequence=1&isAllowed=y

²²⁰ OMS, “La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado”, 2016. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>

sistema sanitario se asocia a una disminución de la probabilidad de muertes prenatales. Esto sucede porque existen más oportunidades para detectar y gestionar los posibles problemas.²²¹ En este modelo se recomienda a las embarazadas tener su primer contacto a las 12 semanas de gestación y los posteriores a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas de gestación.

En consonancia con el cambio en el paradigma en el número de contactos de la OMS, nuestra propuesta para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia de atención sanitaria de las mujeres embarazadas es que los países de la región incluyan modelos de atención prenatal con un mínimo de ocho contactos a lo largo del embarazo. Los Estados deben poder garantizar —por medio de sus servicios de salud pública— al menos ocho visitas prenatales y, además, procurar brindar este servicio de salud materna desde un enfoque de género. El trato digno y respetuoso de la mujer embarazada debe ser el principio rector de todas estas intervenciones sanitarias. Puede sonar evidente pero, lamentablemente, en la práctica las mujeres sufren malos tratos y discriminación.

Por último, cabe mencionar que una buena política de salud materna tiene la capacidad de impactar espectacularmente en el bienestar de las mujeres ya que una experiencia positiva de atención perinatal resulta decisiva para que la mujer continúe atendiendo su embarazo y los subsecuentes en el sistema de salud. En este sentido, las recomendaciones de la OMS fueron formuladas respetando los deseos y preferencias de las mujeres, recogidos en diversas investigaciones. La conclusión fue que las mujeres desean

²²¹ OMS, “Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo”, 2018. Disponible en https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/

que la atención prenatal les permita experimentar el embarazo de forma positiva para la autoestima, la competencia y la autonomía maternas. Esto se define como el mantenimiento de la normalidad física, sociocultural y de salud, que beneficie a la madre y al recién nacido —incluida la prevención o el tratamiento de los riesgos, las enfermedades y la muerte.²²²

3.2.2. Erradicar la violencia obstétrica

En el primer capítulo hablamos del flagelo de la violencia obstétrica y sus nefastas consecuencias para las mujeres que lo han padecido. Este trato irrespetuoso e indigno que reciben millones de parturientas por parte de algunos profesionales sanitarios, que supone su sujeción a intervenciones médicas innecesarias, que pueden ocasionar graves efectos —físicos y emocionales— no deseados en la mamá y el bebé. Hay suficientes razones para considerar que la violencia obstétrica es una forma más de violencia de género,²²³ es su última frontera, una agresión física y psicológica que se ejerce contra las mujeres por el sólo hecho de serlo. Por sus características, se trata de una violencia normalizada, incluso justificada por amplios sectores de la sociedad, sobre todo el médico y el sanitario.²²⁴ La región de América Latina y el Caribe debe avanzar hacia políticas que protejan a las mujeres de este tipo de violencia, con legislación que la penalice y fuertes campañas para erradicarla de los centros de atención de salud materna.

²²² *Idem.*

²²³ Francisca Fernández Guillén, *op. cit.*, p. 125.

²²⁴ Esther Vivas, *op. cit.*

La OMS lleva varios años desaconsejando prácticas, como la rotura rutinaria de membranas, la posición tumbada boca arriba en el potro, la monitorización continua, los tactos vaginales cada menos de cuatro horas, las restricciones de comida y bebida durante el trabajo de parto, la estimulación sistemática con oxitocina, la episiotomía de rutina, el pinzamiento prematuro del cordón umbilical, las cesáreas innecesarias, entre otras, sin embargo, están vigentes y profundamente instaladas en los procedimientos antiguos de atención al parto, y algunas se encuentran documentadas en protocolos que no han evolucionado al ritmo de la última evidencia científica. Son formulismos y procedimientos que dejan fuera de juego el derecho de las madres a recibir información fidedigna y a tomar decisiones sobre su cuerpo como usuarias del sistema sanitario.²²⁵

Nuestra propuesta es que los países de la región sancionen la legislación al respecto con dos objetivos específicos: en primer lugar, que se penalice la violencia obstétrica y se impongan sanciones a quienes la ejerzan, y que se otorgue a las víctimas un resarcimiento del daño y una reparación razonable; en segundo lugar, que se promueva un cambio de paradigma en la atención de la parturienta, con trato digno y humano. Concretamente, la OMS recomienda una asistencia respetuosa al parto —para organizarla y proporcionarla se debe considerar, en todo momento, la privacidad de la madre, su dignidad y confidencialidad—, que proteja a la mujer de todo daño innecesario, que le permita tomar decisiones informadas y le ofrezca apoyo emocional durante todo el proceso. Asimismo, implica que exista una comunicación

²²⁵ Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, “La OMS pide que se cuide la salud mental de las madres en la asistencia al parto”, 2018. Disponible en <https://saludmentalperinatal.es/2018/02/24/oms-quiere-que-se-cuide-la-salud-mental-madres-atencion-parto/>

efectiva entre profesionales sanitarios y la parturienta, además de que ésta pueda tener un acompañante. Por último, recomienda la atención de matronas a partir de un modelo de continuidad de los cuidados, según el cual un pequeño número de matronas conocidas cuida de forma continuada a cada mujer durante el embarazo, parto y posparto.²²⁶

Todo tipo de violencia deja profundas heridas en quienes la sufren; consideramos que la violencia obstétrica resulta todavía más crítica porque es ejercida por profesionales médicos y sanitarios que se supone trabajan para brindar seguridad y apoyo a la mujer durante el parto. Además, la mujer parturienta se encuentra en un momento de gran vulnerabilidad física y emocional por la llegada inminente de su bebé. Aprovecharse de tal situación de indefensión es un acto atroz que requiere de una decidida intervención estatal para ser erradicado. Es necesario formar a los profesionales médicos y sanitarios del sector de la salud materna con una perspectiva de género y de derechos humanos real. Ése es el primer paso para avanzar en los esquemas de atención humanizados y respetuosos.

3.2.3. Atención sanitaria posnatal: la salud mental materna

El posparto o puerperio —la etapa siguiente al parto— suele ser el gran olvidado en el diseño de intervención oportuna de salud materna. La realidad es que la experiencia del parto deja una profunda huella en la salud mental de las madres, que depende directamente de la atención y el trato recibidos, la posibilidad —o no— de tomar decisiones respecto a su parto, las intervenciones

²²⁶ OMS, “Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo”, *op. cit.*

que se hagan a su cuerpo —algunas o muchas de las cuales pueden ser innecesarias— o algo tan sencillo como la posibilidad de estar acompañada por quien desee.²²⁷

Son pocos o casi nulos los servicios de salud disponibles para la puérpera, pues parece que, con el nacimiento del bebé, su salud física y emocional pasa a un segundo plano. Esto es una carencia grave que puede conducir a un deterioro de la salud de la mujer, ya que se requiere de un acompañamiento sanitario profesional a lo largo de esta difícil etapa de recuperación. Un enfoque adecuado de salud con perspectiva de género debe considerar los servicios de salud mental materna. Como evidenciamos en el primer capítulo, la depresión posparto es muy frecuente y, según datos de la OMS, afecta a una de cada seis mujeres que dan a luz. Si las madres no cuentan con el apoyo profesional adecuado para transitar éste y otros trastornos mentales relacionados —cada vez más frecuentes— con el posparto, entonces peligra no sólo su salud, sino también la del recién nacido y la del entorno familiar.

Nuestra propuesta es que dentro del modelo de intervención sanitaria materna se incluyan, al menos, dos contactos o visitas posnatales por parte de las puérperas. Este seguimiento posnatal debe considerar —además de la recuperación física— la evaluación de los profesionales de salud mental para dar un diagnóstico y tratamiento adecuados. Aún existe un fuerte tabú alrededor de las enfermedades mentales que pueden aquejar a las madres durante esta etapa. Un estudio publicado en 2017, en el *British Journal of General Practice*, halló que las mujeres —por temor a la reacción del personal médico y a ser etiquetadas como “malas madres”— escondían o ignoraban sus síntomas de depresión

²²⁷ Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, *op. cit.*

posnatal²²⁸ y a menudo revelaban angustia o rechazaban la ayuda profesional; es probable que se encontraran abrumadas y solas. La consecuencia de este manejo del puerperio es que las madres disfrazan la complejidad de la vivencia materna. Por estas razones resulta importantísimo que el enfoque desde el cual se realice la intervención médica sea respetuoso, libre de prejuicios y sobre todo procure un trato digno a las pacientes, sólo así podrá brindarse un ambiente seguro y de confianza a las madres.

4. Servicios de cuidados infantiles

Una de las principales barreras para que las madres se reincorporen al mundo laboral después de su maternidad es la poca o nula disponibilidad de servicios de cuidados de calidad y accesibles para sus hijos e hijas. Ya analizamos cómo y por qué las mujeres dedican más tiempo que los hombres al trabajo no remunerado en el hogar: además de las tareas domésticas, las labores de cuidado a los otros suelen ocupar gran parte de su tiempo, impidiéndoles continuar con sus estudios, carrera profesional o desempeñarse en cualquier otra actividad del mundo productivo. Por lo tanto, los servicios de cuidados infantiles deben ser una política diseñada con una doble finalidad: contribuir a la igualdad de género y, además, hacer efectivo el derecho de la infancia al cuidado. La falta de acceso a cuidados asequibles y fiables puede ser un factor importante para la desigualdad de género porque socava la capacidad de las mujeres para trabajar, así como sus oportunidades laborales. Cabe aclarar que, aunque

²²⁸ Lynda Tait y Jessica Heron, "Management of Postnatal Depression in Primary Care: A Window of Opportunity", *British Journal of Medical Practice*, núm. 580, vol. 60, 2010. Disponible en <https://bjgp.org/content/60/580/801>

los cuidados infantiles sean especialmente útiles para las mujeres, esto no quiere decir que se trate de un problema básicamente femenino: toda la familia se beneficia si las mujeres reciben un trato más justo en el mercado laboral. Los hombres también se benefician de la ayuda para cuidar de los niños, la utilizan y valoran cuando está disponible.²²⁹

Prácticamente en todos los países, algunos padres reciben ayuda de los abuelos o de otros miembros de la familia —que pueden cubrir al menos una parte de la atención infantil—, lo cual soluciona el problema de los servicios de cuidado, sin embargo, de acuerdo con las circunstancias —lugar de residencia de los abuelos o su estado de salud— esta solución puede ser tanto buena como mala, su ventaja es que no genera costo. Desde el punto de vista social, no es la mejor solución cuando el familiar que asume los cuidados pierde oportunidades educativas —por ejemplo, una joven que deja de estudiar para cuidar— o de trabajar bajo esquemas remunerados.²³⁰ Una de las formas en la que los trabajadores han recibido diversos tipos de asistencia en este terreno ha sido mediante ayudas a las que pueden acceder en su propio lugar de trabajo.²³¹ Si bien el papel del empleador es con frecuencia importante, hay otros actores, como los sindicatos, las organizaciones no gubernamentales (ONG) —en particular las especializadas en cuidados— y los gobiernos, que buscan, en conjunto, soluciones asequibles para la demanda de servicios de cuidados.

Son múltiples las opciones que se han instrumentado para dar una solución al cuidado de la primera infancia: desde cuidadores en casa hasta políticas que favorecen cuidados en el lugar

²²⁹ Catherine Hein y Naomi Cassirer, *Soluciones para el cuidado infantil en el lugar de trabajo*, OIT, 2010, pp. 23-24.

²³⁰ *Ibid.*, p. 20.

²³¹ *Ibid.*, p. 17.

de trabajo de los padres —en particular de las madres— con la finalidad de poder continuar con la lactancia materna y la vinculación emocional de la nueva familia. Hay una demanda clara: un aumento de la oferta de servicios sociales de cuidados pertinentes y viables, capaces de responder a las necesidades de los más vulnerables. Cuando los servicios de cuidado infantil están diseñados en función de las necesidades de los padres de familia que trabajan y se articulan en un marco de colaboración que cuenta con la participación de los gobiernos locales, las instituciones de seguridad social, los empleadores, los sindicatos, las ONG y los padres que trabajan, sus beneficios son enormes para las familias, la sociedad y la economía.²³²

Al margen de algunos casos de prestaciones sociales, los padres pagan los cuidados infantiles, de manera que los más pudientes son quienes pueden adoptar medidas para garantizar que sus hijos están bien cuidados mientras ellos trabajan. Pagar una niñera o un cuidador de confianza, o llevar a un bebé a una guardería de calidad puede ser muy caro y a menudo sale de las posibilidades de las familias con rentas bajas o incluso medias, de manera que se ven en un callejón sin salida. Las familias con los dos progenitores pueden utilizar su tiempo para cuidar a los niños trabajando a distintas horas o reducir su actividad laboral (habitualmente la de la madre) y, en consecuencia, su renta. También pueden dejar que sus hijos reciban cuidados de mala o nula calidad. Cualquiera que sea su elección, el niño la padecerá y los padres también.²³³

²³² OIT, “*Mi familia también me necesita*”, *Protección de la maternidad y medidas de conciliación entre trabajo y vida familiar para las trabajadoras y los trabajadores domésticos*, s. f. Disponible en https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_216942.pdf

²³³ Catherine Hein y Naomi Cassirer, *op. cit.*, p. 23.

Es por todo ello que los servicios de cuidado deben ser una política prioritaria dentro de un modelo de seguridad social de la maternidad. Nuestra propuesta es que se diseñe un servicio de cuidados para la primera infancia en forma transversal entre el Estado —quien llevaría la rectoría del servicio—, los empleadores, sindicatos y ONG, entre otros actores. Dicho servicio debería cumplir con las siguientes condiciones:

- a) Ser una prestación universal que forme parte de un programa de seguridad social accesible a toda la infancia, independientemente de la condición laboral de sus padres.
- b) Prestar servicio desde el término de los esquemas de licencias familiares vigentes en cada país.
- c) Ser de calidad, es decir, procurar que sea un servicio profesional.
- d) Considerar un horario extendido de al menos nueve horas diarias, que permita a los padres poder conciliar sus actividades laborales en forma efectiva.

5. Garantías de protección de la maternidad en el ámbito laboral

Un diseño institucional de resguardo a las mujeres del riesgo social de la maternidad no estaría completo sin garantías de protección laboral, las cuales pueden entenderse como estrategias que permiten a las mujeres que desean ser madres proteger su fuente de empleo ante el riesgo social de la maternidad. Son muchas las mujeres que ven peligrar sus puestos de trabajo cuando sobreviene la maternidad y que sufren discriminación laboral, reducción de sus salarios, cam-

bios negativos en sus funciones, entre otras. Por ello, es fundamental que los Estados de la región brinden protección desde la legislación laboral correspondiente con esta finalidad. Varias de estas medidas forman parte de lo estipulado en los convenios de la OIT sobre protección de la maternidad. En sentido estricto, se trata de una cuestión de igualdad de género, puesto que los hombres no suelen sufrir penalidades laborales a la hora de enfrentar su paternidad.

Nuestra propuesta incluye la protección de la fuente de trabajo además de garantías relativas a una política de conciliación entre el mundo productivo y el reproductivo. Es absurdo sostener esquemas rígidos de trabajos que no permiten una verdadera conciliación entre la vida familiar y el mundo productivo. Como hemos sostenido a lo largo de este cuaderno, tanto el mundo productivo como el reproductivo son vitales para el mantenimiento de la sociedad, además, ambas son fuentes de bienestar y felicidad para las personas. Deberíamos ser capaces —familias, empresas y Estado— de redefinir los términos de un nuevo pacto social que vincule a ambas esferas de un modo justo, digno y mutuamente beneficioso.

Proponemos que los Estados de la región sancionen los siguientes puntos, como parte de su legislación laboral:

- Garantías de protección laboral para las mujeres en general:
 - a) Prohibir la solicitud de pruebas de embarazo a las aspirantes a un puesto determinado o a las trabajadoras.
 - b) Prohibir las averiguaciones respecto al estatus marital o familiar actual o futuro de las trabajadoras.
 - c) Sancionar cláusulas de igualdad salarial entre hombres y mujeres para alcanzar igualdad de género en los lugares de trabajo.

- Garantías de protección laboral para mujeres embarazadas:
 - a) Prohibir el despido en el embarazo o durante la licencia de maternidad sin causa justificada. Es importante garantizar el tiempo indispensable para que la mujer acuda a los exámenes prenatales y técnicas de preparación para el parto sin que sufra disminuciones en su remuneración, y que se adapten las condiciones laborales para evitar riesgos en la salud y seguridad de la trabajadora y su bebé.
 - b) Eliminar la discriminación por maternidad en los lugares de trabajo, esto incluye desterrar la discriminación salarial debido a la maternidad.

- Medidas de flexibilidad laboral a favor de padres y madres con niños pequeños a cargo:
 - a) Incluir opciones: desde teletrabajo —cuando sea posible— hasta disminución de la jornada de trabajo diaria con reducción proporcional del salario.
 - b) Otorgar días de permiso laboral para conciliar las tareas reproductivas, como cuidado de salud de los hijos o personas a cargo, reuniones escolares, entre otras.

- Garantías de permisos para ejercer la lactancia materna durante la jornada laboral:
 - a) Los lugares de trabajo deben contar con condiciones de higiene y salubridad para garantizar a las trabajadoras la posibilidad de continuar con la lactancia

materna una vez que hayan retomado sus actividades laborales. Por regla general, se establece que dentro de una jornada de trabajo de ocho horas las mujeres que amamantan disponen de hasta dos permisos diarios de 30 minutos cada uno. La OMS recomienda sostener la lactancia hasta los dos años del infante, por lo tanto, este permiso debería estar disponible durante ese periodo. Asimismo, es necesario contar con un espacio físico adecuado para la extracción y almacenamiento de leche materna en óptimas condiciones.²³⁴ Resignificar la maternidad y normalizar su ejercicio debería significar también que los espacios de trabajo se adapten a las necesidades de las madres —y los padres—. Sólo así la maternidad tendrá un lugar digno dentro del orden social y político donde se ejerce.

6. Viabilidad y alternativas de financiamiento de nuestro modelo de seguridad social de la maternidad

Nuestra propuesta de política pública para proteger a las mujeres del riesgo social de la maternidad ha sido diseñada con base en las normativas y recomendaciones internacionales en la materia y no pierde de vista los agravios que sufren las mujeres en el momento de convertirse en madres. Además, nuestro modelo de seguridad social de la maternidad considera las condiciones particulares

²³⁴ Para más información sobre salas de lactancia y su adecuado equipamiento, véase Secretaría del Trabajo y Previsión Social (México), “Guía de fomento de una cultura de lactancia materna en los centros de trabajo: instalación y funcionamiento de salas de lactancia”, 2018. Disponible en <https://www.gob.mx/stps/documentos/guia-de-fomento-de-una-cultura-de-lactancia-materna-en-los-centros-de-trabajo-instalacion-y-funcionamiento-de-salas-de-lactancia-180450>

y el contexto regional interamericano. Por ello, en cada categoría analizada —licencias, acceso a servicios de salud, transferencias directas y servicios de cuidados infantiles— hemos puesto énfasis en demostrar que se trata de medidas no sólo viables, sino que ya se han implementado en muchos países de América Latina y el Caribe. La región en general sí protege a las mujeres del riesgo social de la maternidad, pero de forma fragmentada y muchas veces insuficiente. Podemos afirmar que ningún país de la región otorga el máximo nivel de protección en todas las categorías analizadas. Algunos cuentan con buenas medidas relativas a licencias familiares, pero presentan importantes déficits en el acceso a los servicios de salud materna. Argentina, por ejemplo, dispone de una excelente política de transferencias directas que empodera económicamente a las mujeres embarazadas y luego a sus descendientes, pero presenta un déficit preocupante en la categoría de servicios de cuidados infantiles, ya que desde el sector público no existe ninguna política que apoye a los padres con esta tarea. El verdadero desafío para los Estados de la región es discutir qué clase de protección de la maternidad ofrecen y si se ajustan o no a un enfoque de género y de derechos que permita a las mujeres ejercer una maternidad con dignidad, libertad e igualdad. Nuestra propuesta busca llenar ese vacío en materia de políticas y ofrece a cada uno de los países americanos un diseño de protección que garantiza bienestar y seguridad a las mujeres de toda la región.

Usualmente, pensamos que cuando el Estado aumenta su presencia e intervención beneficiosa para proteger a ciertos grupos poblacionales —en este caso las mujeres— el costo económico y financiero de estas medidas será excesivo o incluso insostenible. Sin embargo, muchas de las medidas propuestas —insistimos en que ya se implementan en la región exitosamente— no suponen

un gasto superlativo, más bien se trata de verdaderas inversiones en salud pública y en políticas familiares para garantizar bienestar. Las licencias familiares, en la actualidad, en la mayoría de los países de la región son costeadas por la seguridad social o bien por un sistema mixto de seguridad social y empleador.²³⁵ Nuestra propuesta está orientada a ampliar estas licencias en su duración y alcance suponiendo un aumento en el gasto ya previsto en la categoría de licencias vigente. Por otro lado, el acceso oportuno y de calidad a servicios de salud materno-infantil se traduce en importantes ahorros en materia de salud pública. Al invertir en esta área, los Estados garantizan salud y bienestar a la mitad de la población —mujeres— y a mediano y largo plazo economizan importantes gastos como consecuencia de malas políticas de intervención sanitaria. Respecto a la entrega de bienes materiales indispensables e información de cuidados y crianza, consideramos que se trata de una medida de bajo costo, pero de un impacto increíble en la seguridad económica y material de miles de familias vulnerables. Las transferencias monetarias directas durante el primer año de vida de niños y niñas y los servicios de cuidados infantiles podrían ser las políticas de mayor esfuerzo económico para los Estados de la región.

En este sentido, proponemos algunas alternativas generales de financiamiento de un modelo de seguridad social de la maternidad. **La primera es una recomendación de reestructuración del gasto público.** Como parte de un proceso de reestructura-

²³⁵ De las licencias de maternidad, 60.6% es financiado por la seguridad social en América Latina y el Caribe, y 33.3% por un sistema mixto —seguridad social y empleador—. Sólo 7.7% de los casos son financiados sólo por el empleador. OIT, “La maternidad y la paternidad en el trabajo. La legislación y la práctica en el mundo”, s. f. Disponible en https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_242618.pdf

ción del gasto, los Estados pueden priorizar el área de maternidad y políticas familiares —con todos los impactos positivos que esto supone en otras dimensiones—, dotándola de mayores recursos frente a otras áreas. En este sentido, la reasignación de recursos y su focalización hacia las categorías aquí analizadas supondrán un mejoramiento especular en la protección estatal hacia las mujeres frente al riesgo social de la maternidad. **La segunda alternativa es avanzar hacia reformas fiscales que promuevan un esquema de contribuciones progresivas para contar con mayores recursos para ser empleados en el sostenimiento de una política de maternidad.** Asimismo, estas reformas fiscales deberían estar acompañadas de una serie de medidas complementarias destinadas a promover el empleo formal —ampliando la base de contribuyentes—, un gasto público equitativo y, además, sancionar fuertemente la evasión fiscal. Como hemos sustentado a lo largo de este cuaderno, la valoración y resignificación de la maternidad desde una perspectiva pública supone necesariamente de un esfuerzo económico por parte de los Estados para compensar las contingencias que sufren las mujeres a causa de la maternidad. Animamos a los países de la región a avanzar hacia ese objetivo con la finalidad de mejorar las condiciones en las que se ejerce la maternidad.

7. El desafío de la universalidad: alternativas para transitar hacia una protección universal

Si el acceso a la seguridad social es un derecho humano y su disfrute no debe estar condicionado a la situación laboral de las personas, de igual forma un modelo de seguridad social de la maternidad debe ser de acceso universal para todas las mujeres y sus

descendientes sin importar su condición laboral. Nuestra propuesta está concebida desde la universalidad cubriendo a todas las mujeres embarazadas sin importar su estatus laboral. Por eso, el alcance de la cobertura debe incluir no sólo a quienes laboran bajo esquemas formales, sino también a aquellos que lo hacen en condiciones de informalidad y a los desocupados e inactivos. Para los trabajadores formales e informales, las licencias remuneradas son un elemento clave que les permite mantener su nivel de ingresos durante el tiempo de cuidado de sus hijos. En el caso de los desocupados e inactivos, si bien una licencia no les brindaría necesariamente tiempo adicional de cuidado, sí podría otorgarles un ingreso y servicios que permitan a las madres y sus familias satisfacer las necesidades de atención médica y de cuidados de ellas y sus hijos en los primeros momentos de vida.²³⁶

Ahora bien, no podemos desconocer la difícil situación económica de muchos de los Estados de la región. Los esquemas de protección universal suponen un esfuerzo fiscal importante para los gobiernos de cada país de América Latina y el Caribe. Muchos de ellos atraviesan fuertes crisis económicas y priorizan sus limitados recursos financieros a determinadas áreas críticas. Por esto, nos vemos en la necesidad de diseñar alternativas intermedias, regímenes transitorios y especiales que puedan brindar a los sectores más vulnerables y de necesidad urgente una protección de la maternidad en las condiciones que proponemos bajo esquemas financieramente viables.

Es muy importante no perder de vista que este tipo de regímenes focalizados deben ser de carácter transitorio en el marco de un avance gradual hacia modelos de alcance universal. Los

²³⁶ Langou y Sachetti, *op. cit.*, p. 7.

países de la región que tengan la voluntad política y económica de avanzar hacia esquemas de protección y alcance universal deben emprender importantes reformas fiscales para garantizar su viabilidad. Sólo así se podrá alcanzar, en el mediano plazo, una seguridad social efectiva para todas las personas del continente. Proponemos dos estrategias de implementación diferenciadas. En primer lugar, garantizar que todas las trabajadoras formales sean beneficiarias de las transferencias y servicios propuestos, mediante la seguridad social de cada uno de los países de la región. No debería haber mayores inconvenientes por tratarse de esquemas laborales registrados y formales. El verdadero desafío es hacer efectiva esta protección para quienes están fuera de este esquema. Para ello se propone la ampliación de la cobertura a las familias con trabajadoras y trabajadores informales, desocupados e inactivos.

Con base en la propuesta de universalización diseñada por el Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC) se plantea que los servicios y transferencias que forman parte del modelo de seguridad social de la maternidad propuesto se haga extensivo a todas las familias. Esencialmente, se busca evitar que estas familias deban sacrificar tiempo de cuidado que no pueden derivar a terceros para salir a buscar o mantener una fuente de ingresos que contribuya a su manutención. Así, se le otorgaría a esta población más vulnerable todos los servicios y las transferencias previstos en cada ordenamiento. Esta estrategia no entraría en el marco de la legislación que regula el empleo formal, sino que sería necesario crear un instrumento normativo alternativo que especifique la forma de instrumentar esta cobertura. Sin embargo, es necesario destacar que el alcance de las políticas de servicios y transferencias de maternidad no

pueden ser menores que las previstas para el régimen general de trabajadores formales.

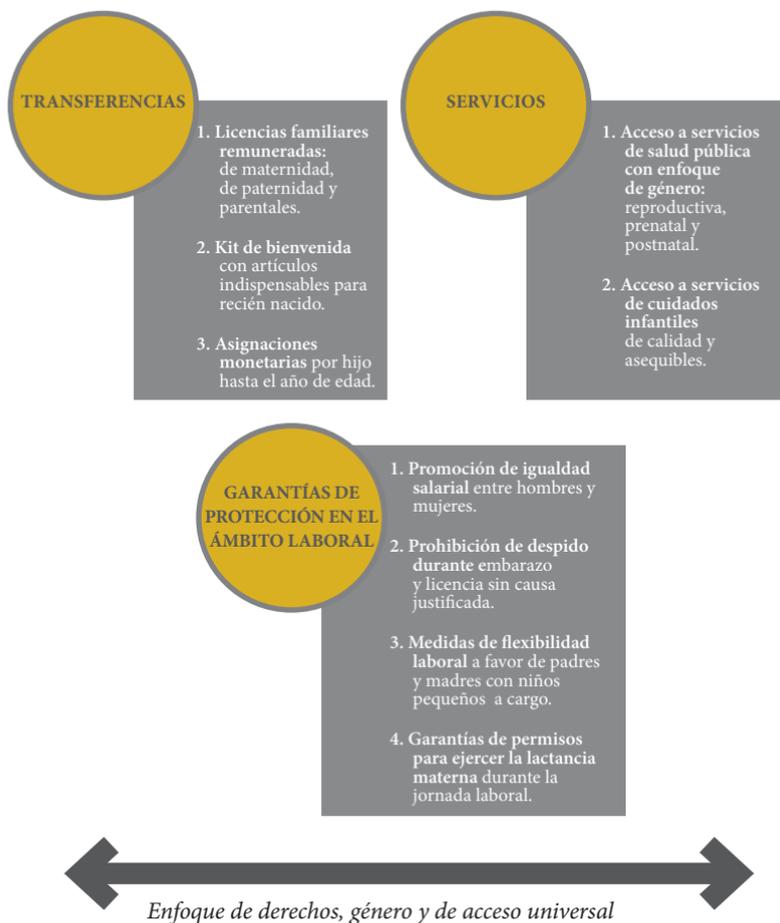
Para hacer efectivo el goce de estos servicios y transferencias para las mujeres embarazadas y madres fuera del esquema laboral formal y **con base en la necesidad de crear regímenes especiales transitorios, proponemos la implementación de una categoría tributaria social cuyo pago permita acceder a las transferencias y los servicios de maternidad.** Esta propuesta está inspirada en una categoría tributaria vigente en Argentina, llamada Monotributo Social.²³⁷ Se trata de una categoría tributaria permanente y optativa, creada con el objeto de facilitar y promover la incorporación a la economía formal de aquellas personas en situación de vulnerabilidad que han estado históricamente excluidas de los sistemas impositivos y los circuitos económicos.²³⁸ Proponemos la creación de esta categoría tributaria de carácter social y solidario. Es social puesto que el pago exigido no puede ser excesivo, sino más bien proporcional a la actividad económica informal que se desarrolla o representativo de la situación socioeconómica en la que se encuentra: desocupada, inactiva, enferma, etc. Es solidario porque ese pago proporcional debería dar acceso inmediato a los servicios y transferencias previstos en la seguridad social de cada Estado en las mismas condiciones vigentes para los trabajadores formales. En el caso que nos ocupa, la trabajadora debería acceder a la protección de la maternidad en las mismas condiciones que una traba-

²³⁷ Para más información sobre el programa y su funcionamiento, véase Ministerio de Desarrollo Social de la Nación Argentina, “Monotributo Social. Preguntas Frecuentes”, s. f. Disponible en <http://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2018/04/Preguntas-Frecuentes.pdf>

²³⁸ Romy Antonelli, “El Monotributo Social”, *SerAutonomo.net*, 2011. Disponible en <https://www.serautonomo.net/argentina/el-monotributo-social.html>

jadora formal: desde las licencias remuneradas y el acceso a la salud materna, hasta los servicios de cuidados.

Figura 4. Propuesta de un modelo de seguridad social de maternidad



Fuente: Elaboración propia, según la conceptualización de seguridad social de la CISS.

A lo largo de este capítulo expusimos nuestra propuesta de un diseño institucional de protección de las mujeres frente al riesgo social de la maternidad para América Latina y el Caribe, diseñada a partir de un enfoque integral y transversal del fenómeno de la maternidad. Cada una de las políticas y medidas puestas a consideración fueron concebidas como una respuesta pública a las diferentes dificultades, costos y agravios que sufren las mujeres en el momento de convertirse en madres. No se trata de un conjunto de propuestas aisladas que intentan mejorar uno o algunos aspectos de la vida de las madres; al contrario, representa un modelo institucional robusto que busca otorgar seguridad a las mujeres frente a las contingencias que sufren producto del ejercicio de la maternidad.

En esta Conferencia estamos convencidos de que la maternidad puede ser ejercida en forma digna. Como expusimos en la primera sección de este capítulo, el Estado tiene la posibilidad de brindar las condiciones para que todas las personas —en este caso, todas las mujeres que deseen ser madres— estén en la misma situación para emprender libremente la búsqueda individual de la felicidad, es decir, de alcanzar el bienestar. Esta pretensión se traduce como el acceso universal de todas las mujeres —sin importar su condición laboral— a un modelo de seguridad social estatal de maternidad que les permita ejercerla en forma digna, igualitaria y en libertad. De no respetarse estos principios, las mujeres seguirán siendo madres y sosteniendo el mundo reproductivo, en condiciones injustas, costosas e indignas. Es urgente que los países de la región avancen hacia este tipo de políticas con un verdadero enfoque de género para valorizar las tareas de la reproducción social y resignificarlas desde el espacio público.

Conclusión

Hemos presentado un modelo de seguridad social de la maternidad y visibilizado la necesidad de resignificarla desde una perspectiva pública que la revalorice y la ponga en el centro del debate político. No es posible brindar una protección efectiva a las mujeres frente al riesgo social de la maternidad sin cuestionar el papel que ésta cumple en el mundo de las tareas de la reproducción social. En estas reflexiones finales retomamos las ideas y propuestas más sobresalientes del trabajo y trazamos el horizonte de una agenda de investigación orientada a las políticas familiares y de cuidados.

En primer lugar, sostuvimos que el Estado tiene que reconocer el papel fundamental de la maternidad en las tareas de reproducción social. Vimos cómo la especialización de las mujeres en el trabajo de la reproducción social es el resultado de una construcción social de las diferencias de género. Dicha construcción condiciona y posiciona a las mujeres en situación de subordinación respecto a los hombres. Esta diferenciación se ha traducido en profundas e injustas desigualdades. Y es que la reproducción social se sostiene, en gran medida, gracias a la instauración de esta idea injusta que responsabiliza a las mujeres de todas las tareas que implican la reproducción social: desde los aspectos fisiológicos que supone la maternidad —gestación, parto y lactancia— hasta las vinculadas a la crianza, los cuidados y el mantenimiento de la vida que nada tienen que ver con la biología. La maternidad no debería significar, como ocurre hoy para la gran mayoría de las mujeres, cargar exclusivamente con todas las tareas de la crianza y el cuidado de los demás. Mucho menos debería suponer renunciar al resto de las facetas y dimensiones de la vida, en particular el desarrollo profesional y laboral. La maternidad sin una adecua-

da protección desde un esquema de seguridad social subvalora la enorme tarea que supone la reproducción social y la crianza de los nuevos miembros de una sociedad, además, invisibiliza a las mujeres y el trabajo que realizan. Es urgente insistir en la necesidad de que el Estado, en tanto principal interesado en su protección, promueva y compense a través de políticas públicas efectivas el riesgo social de la maternidad.

Es preciso denunciar que las mujeres, al convertirse en madres, sufren mayores costos y penalidades en comparación con los hombres cuando son padres. Un modelo de seguridad social de la maternidad adecuado debe tener por objetivo mitigar y compensar esos costos. Sólo de esta forma, las mujeres podrán vivir la maternidad sin ver afectada su salud, su vida, su capacidad laboral y sus ingresos económicos, en el marco de una política pública que garantice igualdad. Las políticas de licencia remuneradas, el acceso a servicios de salud prenatal de calidad, las políticas corresponsables y la disponibilidad de servicios de cuidados son las principales herramientas para que las mujeres puedan ejercer su maternidad sin poner en riesgo su fuente laboral, su salud y su carrera profesional luego del nacimiento de sus hijos.

América Latina y el Caribe cuentan con experiencias positivas de protección de las mujeres frente al riesgo social de la maternidad. Podemos afirmar que la región, en promedio, sí protege la maternidad, pero de forma parcial y fragmentada. Las experiencias positivas señaladas en este trabajo son más bien políticas aisladas de países que implementaron ciertas reformas, pero sin llegar a constituir un cambio de paradigma a favor del reconocimiento de la maternidad como una tarea esencial de la reproducción social. Podría decirse que sólo tres países parecen enca-

minados a ofrecer una protección más integral con un verdadero enfoque de género: Cuba, Chile y Uruguay. Sin embargo, la gran heterogeneidad respecto al nivel de protección dificulta enormemente que las mujeres puedan ejercer la maternidad en condiciones de dignidad, libertad e igualdad en la región. Los déficits más importantes son los vinculados a políticas de licencias familiares y disponibilidad de servicios de cuidados infantiles.

Por último, ofrecimos un modelo institucional de protección de la maternidad. Nuestra propuesta de seguridad social de la maternidad fue diseñada a partir de un enfoque integral y transversal del fenómeno de la maternidad. Asimismo, cada una de las políticas y medidas incluidas fueron concebidas como una respuesta pública a las dificultades, costos y agravios que sufren las mujeres al momento de convertirse en madres. No se trata de un conjunto de propuestas aisladas que intentan mejorar sólo uno o algunos aspectos del ejercicio de la maternidad; al contrario, es un modelo institucional robusto que busca otorgar seguridad a las mujeres frente a las contingencias que sufren producto del ejercicio de la maternidad. Asimismo, el principal objetivo de esta propuesta es brindar bienestar a las mujeres a lo largo de todo el proceso que implica ser madres.

Este documento se terminó de escribir durante la pandemia mundial derivada del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 y su enfermedad, la COVID-19. Sin duda, la situación que ha creado esta pandemia está dejando infinitas lecciones en todas las dimensiones. Queremos que también sirva para visibilizar la realidad que viven millones de madres —y padres— alrededor del mundo con el objetivo de politizar la cuestión de la maternidad, los cuidados y la crianza. Se ha puesto en evidencia la necesidad de redefinir un nuevo pacto social que concilie verdaderamente el mundo laboral

con el reproductivo. El actual ya no puede perpetuarse porque es injusto e indigno que se sostenga a costa de las mujeres y sus tareas de cuidados no remunerados. Ambas esferas son necesarias y fundamentales para la supervivencia de la sociedad. Esta crisis sanitaria mundial ha agudizado esta brecha y constituye una oportunidad para debatir y redefinir los términos de estas relaciones. Las tareas de reproducción social, en particular los cuidados y la crianza de niños y niñas, implican necesariamente a toda la sociedad. El nuevo pacto social que promovemos debe tener como objetivo transversal seguridad frente a los riesgos sociales y bienestar.

Esta Conferencia, leal a sus principios fundacionales, ha trazado una agenda de investigación orientada a discutir las condiciones necesarias para brindar bienestar a los pueblos americanos. Este trabajo forma parte de la serie Cuadernos de Políticas para el Bienestar. Nuestra agenda de investigación futura incluye como tema fundamental las denominadas políticas de cuidados, porque son esenciales para el mantenimiento de la vida y el mundo productivo. Existe un reconocimiento del derecho a cuidar y a ser cuidado dentro de una sociedad. Queremos atender ese problema a lo largo del ciclo de la vida y contribuir a su debate en la región.

A modo de cierre, quisiéramos dirigirnos a toda la membresía de la CISS para invitarla a evaluar el grado de protección que ofrece a las mujeres frente al riesgo social de la maternidad. Nuestra propuesta de un modelo de seguridad social de la maternidad puede ser un excelente recurso para orientar sus políticas y reformas para brindar seguridad y bienestar en el ejercicio de la maternidad. Es hora de que la maternidad ocupe el centro del debate sobre políticas familiares y bienestar.

BIBLIOGRAFÍA

- ACNUDH, *La CEDAW en la vida cotidiana. ¿Qué es la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)?*, s. f. Disponible en <https://www.ohchr.org/SP/HRBodies/CEDAW/Pages/DailyLife.aspx>
- , "Technical Guidance on the Application of a Human Rights Based Approach to the Implementation of Policies and Programmes to Reduce Preventable Maternal Morbidity and Mortality", 2012. Disponible en <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/reduce-maternal-mortality/en/>
- Addati, Laura, Naomi Cassirer y Katherine Gilchrist, "Maternity and Paternity at Work – Law and Practice across the World", ILO, Ginebra, 2014.
- Anokye, Reindolf *et al.*, "Prevalence of Postpartum Depression and Interventions Utilized for Its Management", *Annals of General Psychiatry*, núm. 17, 2018.
- ANSES, "Datos abiertos asignaciones universales", s. f. Disponible en <https://www.anses.gob.ar/informacion/datos-abiertos-asignaciones-universales>
- Antonelli, Romy, "El Monotributo Social", *SerAutonomo.net*, 2011. Disponible en <https://www.serautonomo.net/argentina/el-monotributo-social.html>
- Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, Ley para Protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad, 2007. Disponible en https://www.oas.org/dil/esp/Ley_protec-

cion_familia_maternidad_paternidad_Venezuela.pdf

- Averett, Susan L., Laura M. Argys y Saul D. Hoffman (eds.), *The Oxford Handbook of Women and the Economy*, Oxford University Press, Nueva York, 2018.
- Balbo, Laura, “La doble presencia”, *Las mujeres y el trabajo: rupturas conceptuales*, Carmen Alemany et al. (eds.), Icaria, Madrid, 1994.
- Barker, Gary y Fabio Verani, “La participación del hombre como padre en la región de Latinoamérica y el Caribe”, *Promundo-Save the Children*, 2008.
- Bartick, Melissa, “Breastfeeding and Health: A Review of the Evidence”, *Journal of Women, Politics & Policy*, núm. 34, vol. 4, 2013.
- Baruch, Ricardo, “Con el dolor de tu vientre: la violencia obstétrica en América Latina”, *Huffington Post México*, 7 de marzo de 2019.
- Beauvoir, Simone de, *Le deuxième sexe*, Gallimard, París, 1949.
- Blau, Francine D. y Anne E. Winkler, “Gender Differences Around the World”, *The Economics of Women, Men, and Work*, Oxford University Press, Nueva York, 2017a.
- , “Other Supply-Side Sources of Gender Differences in Labor Market Outcomes: On-the-Job Training, Family Gaps, Psychological Attributes, and Math Test Scores”, *The Economics of Women, Men, and Work*, Oxford University Press, Nueva York, 2017b.
- Blofield, Merike y Juliana Martínez Franzoni, *Are Governments Catching Up? Work-Family Policy and Inequality in Latin America*, UN Women Discussion Papers, 2015.
- Bonos del Gobierno de Chile, “Conoce el nuevo Ajuar 2019 del Programa Apoyo al Recién Nacido”, 2019. Disponible en <https://bonosdelgobierno.com/conoce-aqui-el-nuevo-ajuar-2017-2018-del-programa-apoyo-al-recien-nacido-de-chile-crece-contigo/>

- Brenner, Johanna y Barbara Laslett, “Gender, Social Reproduction, and Women’s Self-Organization: Considering the U.S. Welfare State”, *Gender and Society*, núm. 5, vol. 3, 1991.
- Budig, Michelle J. y Paula England, “The Wage Penalty for Motherhood”, *American Sociological Review*, núm. 66, vol. 2, 2001.
- Caparros-González, Rafael A., Borja Romero-González y María Isabel Peralta-Ramírez, “Depresión posparto, un problema de salud pública mundial”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, núm. 42, 2018.
- Carrasquer, Pilar, Teresa Torns, Elisabet Tejero y Alfonso Romero, “El trabajo reproductivo”, *Papers. Revista de Sociología*, núm. 55, 1998.
- Castro, Blanca, “¿Apoyo o padre? El rol de los hombres en familias de América Latina”, *Euronews*, 8 de marzo de 2019. Disponible en <https://es.euronews.com/2019/03/08/la-licencia-de-paternidad-en-america-latina-como-impulso-a-la-igualdad-de-genero>
- Cassirer, Naomi y Laura Addati, *Ampliar las oportunidades de trabajo de la mujer: los trabajadores de la economía informal y la necesidad de servicios de cuidado infantil*, s. f, OIT.
- CEDAW, “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”, 1979. Disponible en <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
- CENETEC/Secretaría de Salud de México, “Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención. Guía de referencia rápida”, 2014. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GRR_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf
- CEPAL, “La igualdad de género y los derechos y la autonomía de las mujeres en América Latina y el Caribe: un compromiso de la CEPAL”, s. f. Disponible en <https://www.cepal.org/sites/default/>

- files/static/files/la_igualdad_de_genero_y_los_derechos_y_la_autonomia_de_las_mujeres.pdf
- CEPAL/Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, “Maternidad en adolescentes”, s. f. Disponible en <https://oig.cepal.org/es/indicadores/maternidad-adolescentes>
- CISS, “Miembros”, 2019. Disponible en <https://ciss-bienestar.org/miembros/>
- _____, CISS, “Actas de la 1a. Conferencia Interamericana de Seguridad Social”, Santiago, 1942. Disponible en http://biblioteca.ciess.org/adiss/r53/actas_de_la_1_conferencia_interamericana_de_seguridad_social
- Coneval, *Medición de la pobreza. Evolución de las Líneas de Bienestar y de la canasta alimentaria*, s. f. Disponible en <http://webdrp.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Lineas-de-bienestar-y-canasta-basica.aspx>
- Correll, Shelley J., Stephen Benard e In Paik, “Getting a Job: Is There a Motherhood Penalty?”, *American Journal of Sociology*, núm. 112, vol. 5, 2007, 1297-1338.
- Craske, Michelle G., *Origins of Phobias and Anxiety Disorders: Why More Women Than Men?*, Elsevier, Ámsterdam/Boston, 2003.
- Davis-Floyd, Robbie, *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*, Creavida, Buenos Aires, 2009.
- Díaz Langou, Gala y Florencia Caro Sachetti, “Más días para cuidar: una propuesta para modificar el régimen de licencias desde la equidad”, CIPPEC, Buenos Aires, 2017.
- Dirección de Trabajo, Gobierno de Chile, “¿En qué consiste el derecho a permiso postnatal parental?”, 2019. Disponible en <https://www.dt.gob.cl/portal/1628/w3-article-99747.html>
- Dodgson, Joan E., “Racism, Race, and Disparities in Breastfeeding”, Paige Hall Smith, Bernice L. Hausman y Miriam Labbok (eds.),

- Beyond Health, Beyond Choice: Breastfeeding Constraints and Realities*, Rutgers University Press, Nueva Jersey, 2012.
- Eisler, Riane, *El cáliz y la espada. La mujer como fuerza en la Historia*, Cuatro Vientos, México, 2005.
- Euronews, “Un estudio revela que la baja de paternidad es beneficiosa para la salud de las madres”, 6 de junio de 2019. Disponible en <https://es.euronews.com/2019/06/06/un-estudio-revela-que-la-baja-de-paternidad-es-beneficiosa-para-la-salud-de-las-madres>
- Everingham, Christine, *Maternidad: autonomía y dependencia. Un estudio desde la psicología*, Narcea, Madrid, 1997.
- Ezquerria Samper, Sandra, “¿Qué hacer con los cuidados? De la economía feminista a la democratización de los cuidados”, *Viento Sur: Por una Izquierda Alternativa*, núm. 156, 2018.
- Fernández Guillén, Francisca, “¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos”, *Dilemata. Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, núm. 16, 2015.
- Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región Hemisferio Occidental, “Mira que te miro, Informe del monitoreo social de los compromisos en derechos sexuales y derechos reproductivos del Consenso de Montevideo”, 2018. Disponible en https://miraquetemiro.org/downloads/mira_que_te_miro_resumen_global.pdf?v=oct18-3
- Folbre, Nancy, “The Care Penalty and Gender Inequality”, Susan L. Averett, Laura M. Argys y Saul D. Hoffman (eds.), *The Oxford Handbook of Women and the Economy*, Oxford University Press, Nueva York, 2018.
- Francis, Leslie (ed.), *The Oxford Handbook of Reproductive Ethics*, Oxford University Press, Nueva York, 2017.
- Fraser, Nancy, “Crisis of Care? On the Social Reproductive Contradictions of Contemporary Capitalism”, Tithi Bhattacharya

- (ed.), *Social Reproduction Theory: Remapping Class, Recentring Oppression*, Pluto Press, Londres, 2017.
- Garciamarín Hernández, Hugo, *La fundación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (1942)*, CISS, Ciudad de México, 2020.
- , *Un ensayo sobre la felicidad y el bienestar*, CISS, Ciudad de México, en prensa.
- Gasparini, Leonardo y Mariana Marchionni, “Overview”, Leonardo Gasparini y Mariana Marchionni (eds.), *Bridging Gender Gaps? The Rise and Deceleration of Female Labor Force Participation in Latin America*, Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires, 2015.
- Goldman-Amirav, Anna, “Mira, Yahveh me ha hecho estéril”, Silvia Tubert (ed.), *Figuras de la madre*, Cátedra, Madrid, 1996.
- Goold, Imogen, “Late-in-Life Motherhood”, Leslie Francis (ed.), *The Oxford Handbook of Reproductive Ethics*, Oxford University Press, Nueva York, 2017.
- Hays, Sharon, *Las contradicciones culturales de la maternidad*, Paidós Ibérica, Buenos Aires/Barcelona/México, 1998.
- Hein, Catherine y Naomi Cassirer, *Soluciones para el cuidado infantil en el lugar de trabajo*, OIT, 2010.
- Herr, Jane Leber, “Measuring the Effect of the Timing of First Birth on Wages”, *Journal of Population Economics*, núm. 29, vol. 1, 2016.
- Hufton, Olwen, “Mujeres, trabajo y familia”, Arlette Farge y Natalie Zemon Davis (eds.), *Historia de las mujeres en Occidente*, vol. 3: *Del Renacimiento a la Edad Moderna*, Taurus, Madrid, 1992.
- Imaz, Elixabete, *Convertirse en madre: etnografía del tiempo de gestación*, Cátedra, Madrid, 2010.
- InfoFinland.fi, “Permiso de maternidad/paternidad”, s. f. Disponible en <https://www.infofinland.fi/es/vida-en-finlandia/trabaja>

- bajo-y-empresa/derechos-y-deberes-del-trabajador/permiso-de-maternidad-paternidad
- , “Ayudas para las mujeres embarazadas”, s. f. Disponible en <https://www.infofinland.fi/es/vida-en-finlandia/familia/ayudas-para-las-familias/ayudas-para-las-mujeres-embarazadas>
- Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, “La OMS pide que se cuide la salud mental de las madres en la asistencia al parto”, 2018. Disponible en <https://saludmentalperinatal.es/2018/02/24/oms-quiere-que-se-cuide-la-salud-mental-madres-atencion-parto/>
- International Press*, “¿Por qué tan pocos hombres en Japón toman el permiso de paternidad?”, 14 de marzo de 2019. Disponible en <https://internationalpress.jp/2019/03/14/por-que-tan-pocos-hombres-en-japon-toman-el-permiso-de-paternidad/>
- Iriarte, Ana, “Ser madre en la cuna de la democracia o el valor de la paternidad”, Silvia Tubert (ed.), *Figuras de la madre*, Cátedra, Madrid, 1996.
- Kahn, Joan R., Javier García-Manglano y Suzanne M. Bianchi, “The Motherhood Penalty at Midlife: Long-Term Effects of Children on Women’s Careers”, *Journal of Marriage and the Family*, núm. 76, vol. 1, 2014.
- Katz Rothman, Barbara, *Recreating Motherhood*, Rutgers University Press, Nueva Jersey, 2000.
- Kela, “History of the Maternity Grant”, s. f. Disponible en <https://www.kela.fi/web/en/maternity-grant-history>
- Kitzinger, Sheila, *La crisis del parto*, Ob Stare, Santa Cruz de Tenerife, 2015.
- Knibiehler, Yvonne, “Madres y nodrizas”, Silvia Tubert (ed.), *Figuras de la madre*, Cátedra, Madrid, 1996.
- Kollontai, Alexandra, *La mujer en el desarrollo social*, Guadarrama, Barcelona, 1976.

- Korenman, Sanders y David Neumark, “Marriage, Motherhood, and Wages”, *Journal of Human Resources*, núm. 27, vol. 2, 1992.
- Labbok, Miriam, “Breastfeeding in Public Health What Is Needed for Policy and Program Action?”, Paige Hall Smith, Bernice L. Hausman y Miriam Labbok (eds.), *Beyond Health, Beyond Choice: Breastfeeding Constraints and Realities*, Rutgers University Press, Nueva Jersey, 2012.
- Lagarde de los Ríos, Marcela, *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, Siglo XXI Editores, México, 2016.
- Larrañaga, Isabel, Begoña Arregi y Jesús Arpal, “El trabajo reproductivo o doméstico”, *Gaceta Sanitaria*, núm. 18, vol. 1, 2004.
- López Fesser, Marta, “Padre desde el principio”, UNICEF, 2019. Disponible en <https://www.unicef.org/cuba/sites/unicef.org/cuba/files/2020-01/padre-desde-principio-cuba-2018.pdf>
- Loughran, David S. y Julie M. Zissimopoulos, “Why Wait? The Effect of Marriage and Childbearing on the Wages of Men and Women”, *Journal of Human Resources*, núm. 44, vol. 2, 2009.
- Lubold, Amanda Marie y Louise Marie Roth, “The Impact of Workplace Practices on Breastfeeding Experiences and Disparities among Women”, Paige Hall Smith, Bernice L. Hausman y Miriam Labbok (eds.), *Beyond Health, Beyond Choice: Breastfeeding Constraints and Realities*, Rutgers University Press, Nueva Jersey, 2012.
- Lundberg, Shelly y Elaina Rose, “The Effects of Sons and Daughters on Men’s Labor Supply and Wages”, *The Review of Economics and Statistics*, núm. 84, vol. 2, 2002.
- Lupica, Carina, “Paternity and Parental Leave in Latin America and the Caribbean. Essential Tools to Promote Greater Participation of Fathers in the Care of Children”, *Masculinities & Social Change*, núm. 5, vol. 3, 2016.

- Marchionni, Mariana, “A Changing Scenario: Education, Family and Economic Environment”, Leonardo Gasparini y Mariana Marchionni (eds.), *Bridging Gender Gaps? The Rise and Deceleration of Female Labor Force Participation in Latin America*, Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires, 2015.
- Marrades Puig, Ana, *Luces y sombras del derecho a la maternidad: análisis jurídico de su reconocimiento*, Universitat de València, Valencia, 2002.
- Maushart, Susan, *The Mask of Motherhood: How Becoming a Mother Changes Our Lives and Why We Never Talk About It*, Penguin Books, Londres, 2000.
- Mendizábal Bermúdez, Gabriela, “Análisis comparativo de las prestaciones de seguridad social por maternidad”, *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, núm. 116, vol. 1, 2006.
- Merino Murga, Patricia, *Maternidad, igualdad y fraternidad: Las madres como sujeto político en las sociedades poslaborales*, Clave Intelectual, Madrid, 2017.
- Miller, Amalia, “The Effects of Motherhood Timing on Career Path”, *Journal of Population Economics*, núm. 24, vol. 3, 2011.
- Ministerio de Desarrollo Social de la Nación Argentina, “Monotributo Social. Preguntas Frecuentes”, s. f. Disponible en <http://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2018/04/Preguntas-Frecuentes.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay, “Uruguay Crece Contigo entregó 158 000 set universales en maternidades públicas y privadas”, 2017. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/uruguay-crece-contigo-entrego-158000-set-universales-en-maternidades>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina, “La presidenta lanzó el programa Qunita, un comienzo de vida equitativo para los

bebés”, s. f. Disponible en http://www.msal.gov.ar/sumar/index.php?option=com_content&view=article&id=495:la-presidencia-lanzo-el-programa-qunita-un-comienzo-de-vida-equitativo-para-los-bebes&catid=6:destacados-slide495

_____, “El Plan Nacer y su efecto en la satisfacción de los usuarios de los sistemas de salud provinciales”, 2013. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/sumar/images/stories/pdf/el-plan-nacer-y-su-efecto-en-la-satisfaccion-de-los-usuarios-de-los-sistemas-de-salud-provinciales.pdf>

Ministerio de Salud de Perú, “Bienvenidos a la Vida - Protegido y Seguro desde que Nace”, s. f. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/campa%C3%B1as/404-bienvenidos-a-la-vida-protegido-y-seguro-desde-que-nace>

Ministerio de Salud Pública de Uruguay, “A 10 años de la Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva”, 2019. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/10-anos-ley-defensa-del-derecho-salud-sexual-reproductiva>

Ministerio Secretaría General de la Presidencia (Chile), “Decreto 64. Crea comisión asesora presidencial ‘Mujer, trabajo y maternidad’”, 2010. Disponible en <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1015456>

Molina, María Elisa, “Transformaciones histórico-culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer”, *Psyche*, núm. 15, vol. 2, 2006.

Morant Deusa, Isabel, “Estudio introductorio”, *Discurso sobre la felicidad y Correspondencia*, Cátedra, Madrid, 1997.

Mujer y Salud en Uruguay, “Ley núm. 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (22/10/2012)”, 2020. Disponible en <http://www.mysu.org.uy/que-hacemos/observatorio/normativas/ley-de-de>

creto-y-ordenanza/normativa-sanitaria-14/#:~:text=Ley%20N%C2%BA%2018.987%20de%20Interrupci%C3%B3n%20Voluntaria%20del%20Embarazo%20(22%2F10,requisitos%20establecidos%20en%20la%20misma

OCDE, “Is Childcare Affordable?”, *Policy Brief on Employment, Labour and Social Affairs*, París, 2020. Disponible en <http://www.oecd.org/els/family/OECD-Is-Childcare-Affordable.pdf>

———, *Policy Brief 1.1: Public Spending on Family Benefits*, 2019a. Disponible en http://www.oecd.org/els/soc/PF1_1_Public_spending_on_family_benefits.pdf

———, *Policy Brief 2.1. Parental Leave Systems*, 2019b. Disponible en https://www.oecd.org/els/soc/PF2_1_Parental_leave_systems.pdf

———, *Policy Brief 1.3. Family Cash Benefits*, 2019c. Disponible en https://www.oecd.org/els/soc/PF1_3_Family_Cash_Benefits.pdf

———, *Balancing Paid Work, Unpaid Work and Leisure*, 2018. Disponible en <https://www.oecd.org/gender/balancing-paid-work-unpaid-work-and-leisure.htm>

———, *Policy Brief 4.1: Typology of Childcare and Early Education Services*, 2016. Disponible en <https://www.oecd.org/els/family/PF4-1-Typology-childcare-early-education-services.pdf>

———, “Países miembros”, s. f. Disponible en <https://www.oecd.org/acerca/miembros-y-socios/>

OCDE/CISS/CIEDESS, *Haciendo lo mejor para las familias*, Santiago, 2011.

Oberman, Alicia, “Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad”, *Psicodebate*, núm. 5, 2005.

OIT, “World Social Protection Report 2017-19: Universal Social Protection to Achieve the Sustainable Development Goals”, 2017.

- _____, “Papá moderno: La política progresista de Noruega sobre permiso de paternidad”, 2005. Disponible en https://www.ilo.org/global/publications/world-of-work-magazine/articles/WCMS_081438/lang--es/index.htm
- _____, *Convenio sobre la protección de la maternidad*, 2000a (núm. 183). Disponible en https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C183
- _____, *Recomendación sobre la protección de la maternidad*, 2000b (núm. 191). Disponible en https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R191
- _____, Ratificación del C183 - Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000c (núm. 183). Disponible en https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:11300:0::NO:11300:P11300_INSTRUMENT_ID:312328
- _____, *Convenio sobre la protección de la maternidad* (revisado), 1952a (núm. 103). Disponible en https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C103
- _____, *Convenio sobre la seguridad social* (norma mínima), 1952b (núm. 102). Disponible en https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C102
- _____, *Convenio sobre la protección de la maternidad*, 1919 (núm. 3). Disponible en https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C003
- _____, “*Mi familia también me necesita. Protección de la maternidad y medidas de conciliación entre trabajo y vida familiar para las trabajadoras y los trabajadores domésticos*”, s. f. Disponible en https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_216942.pdf

- _____, “No discriminación laboral de las mujeres y protección de la maternidad”, s. f. Disponible en https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san_jose/documents/publication/wcms_220030.pdf
- _____, “La maternidad y la paternidad en el trabajo. La legislación y la práctica en el mundo”, s. f. Disponible en https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_242618.pdf
- OIT/PNUD, *Trabajo decente y cuidado compartido: hacia una propuesta de parentalidad*, Santiago, 2013.
- OMS, “Mortalidad materna”, 2019. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- _____, “Recomendaciones de la oms sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo”, 2018. Disponible en https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/
- _____, “10 datos sobre la lactancia materna”, 2017. Disponible en <https://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
- _____, “La oms señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado”, 2016. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
- _____, “Declaración de la oms sobre tasas de cesárea”, 2015. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=63F1572318EC41A4F721D3683D6ADF4C?sequence=1
- _____, *La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)*, 2015b. Disponible en https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mun-

dial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1

_____, “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, 2014. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1

_____, “La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses es lo mejor para todos los niños”, 2011. Disponible en https://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breast-feeding_20110115/es/#:~:text=La%20OMS%20recomienda%20a%20todas,complementada%20con%20otros%20alimentos%20nutritivos

_____, “¿En qué consiste el enfoque de salud pública basado en el género?”, 2007. Disponible en <https://www.who.int/features/qa/56/es/>

_____, OMS *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*, Ginebra, 1996.

_____, “Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna”, 1981. Disponible en <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241541601/es/>

_____, “Lactancia materna exclusiva”, s. f. Disponible en https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/

_____, “Breastfeeding in the 21st Century”, s. f. Disponible en https://www.who.int/pmnch/media/news/2016/breastfeeding_brief.pdf

_____, “Salud reproductiva”, s. f. Disponible en https://www.who.int/topics/reproductive_health/es/

_____, “ODM 5: mejorar la salud materna”, s. f. Disponible en https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/es/

OMS/UNICEF, *Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Revisada, actualizada y ampliada para atención integral*, 2009. Disponible en ht-

[tps://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/es/](https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/es/)

OMS/UNICEF/UNFPA/Grupo del Banco Mundial/División de Población de las Naciones Unidas, “Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015”, s. f. Disponible en <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/es/>

ONU, *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*, 1994. Disponible en https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/48/104&Lang=S

ONU Mujeres, “Acerca de ONU Mujeres”, s. f. Disponible en <https://www.unwomen.org/es/about-us/about-un-women>

OPS, “OPS insta a implementar leyes para proteger la maternidad y apoyar a las mujeres a amamantar en el lugar de trabajo”, 2019. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15346:maternity-protection-laws-must-be-implemented-throughout-the-americas-to-protect-breastfeeding-mothers-in-the-workplace&Itemid=1926&lang=es

_____, “América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo”, 2018. Disponible en https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=996:america-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-mas-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mundo&Itemid=1005

_____, Protocolo 1: Atención prenatal en atención primaria de la salud, 2011. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31251/Guia1_Atencion_Prenatal.pdf?sequence=1&isAllowed=y

_____, “Quiénes somos”, s. f. Disponible en <https://www.paho.org/es/quienes-somos>

- Pateman, Carole, *The Disorder of Women: Democracy, Feminism, and Political Theory*, Stanford University Press, Stanford, 1990.
- Percovich, Luciana, “Posiciones amorales y relaciones éticas”, Silvia Tubert (ed.), *Figuras de la madre*, Cátedra, Madrid, 1996.
- Presidencia de la Nación (Argentina), Decreto 446/2011, Modificase la Ley núm. 24.714 en relación con la Asignación por Embarazo para Protección Social, 2011. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/180000-184999/181250/norma.htm>
- Programa de Evaluación de Políticas Públicas (Argentina), “Resumen de la Evaluación: El Plan Nacer y su efecto en la satisfacción de los usuarios de los sistemas de salud provinciales”, 2013. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/re_el_plan_nacer_y_su_efecto_en_la_satisfaccion_de_los_usuarios_de_los_sistemas_de_salud_provinciales_ft.pdf
- Rapoport, Rhona, Robert Rapoport y Ziona Strelitz, *Fathers, Mothers, and Others: Towards New Alliances*, Routledge & Kegan Paul, Londres, 1977.
- Redacción Vivir, “Las lecciones de Uruguay tras cinco años de aborto legal”, *El Espectador*, 8 de mayo de 2018. Disponible en <https://www.elespectador.com/noticias/salud/las-lecciones-de-uruguay-tras-cinco-anos-de-aborto-legal/>
- República Bolivariana de Venezuela, Ley Orgánica del Trabajo, los Trabajadores y las Trabajadoras, 2012. Disponible en https://oig.cepal.org/sites/default/files/2012_leyorgtrabajo_ven.pdf
- Rodríguez-Ramírez, Sonia, Alicia Muñoz-Espinosa, Juan A. Rivera, Dinorah González-Castell y Teresita González de Cosío, “Mexican Children under 2 Years of Age Consume Food Groups High in Energy and Low in Micronutrients”, *The Journal of Nutrition*, núm. 146, vol. 9, 2016.

- Rossin-Slater, Maya, “Maternity and Family Leave Policy”, Susan L. Averett, Laura M. Argys y Saul D. Hoffman (eds.), *The Oxford Handbook of Women and the Economy*, Oxford University Press, Nueva York, 2018.
- Ruezga Barba Antonio, *Seguridad social: una visión latinoamericana*, CIESS, Ciudad de México, 2009.
- Rutledge, Matthew S., Alice Zulkarnain y Sara Ellen King, “How Much Does Motherhood Cost Women in Social Security Benefits?”, Center for Retirement Research at Boston College, CRR WP 2017-14, Rochester, Nueva York, 2017.
- Sader, Marta, “Esta cajita ha cambiado la vida de todos los finlandeses”, *Traveler*, 2 de marzo de 2018. Disponible en <https://www.traveler.es/experiencias/articulos/caja-maternidad-bebe-finlandia/11885>
- Sánchez-Belmont Montiel, Mariela, Miguel Ángel Ramírez Villela y Frida Romero Suárez, *Propuesta conceptual para el análisis de la seguridad social desde la Conferencia Interamericana de Seguridad Social*, CISS, México, 2019.
- Secretaría de Bienestar (México), “Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras”, 2015. Disponible en <https://www.gob.mx/bienestar/acciones-y-programas/estancias-infantiles-para-apoyar-a-madres-trabajadoras>
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (México), “Guía de fomento de una cultura de lactancia materna en los centros de trabajo: instalación y funcionamiento de salas de lactancia”, 2018.
- Senado y Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, Ley 18 987 de interrupción voluntaria del embarazo, 2012. Disponible en <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Ley-de-Interrupci%C3%B3n-Voluntaria-del-Embarazo-18.987-promulgada-por-el-Poder-Ejecutivo-2012..pdf>

- Smith, Paige Hall, “Breastfeeding and Gender Inequality”, *Journal of Women, Politics & Policy*, núm. 34, vol. 4, 2013.
- Smith, Paige Hall, Bernice L. Hausman y Miriam Labbok (eds.), *Beyond Health, Beyond Choice: Breastfeeding Constraints and Realities*, Rutgers University Press, Nueva Jersey, 2012.
- , “Conclusion Beyond Health, Beyond Choice: New Ways Forward in Public Health”, *Beyond Health, Beyond Choice Breastfeeding Constraints and Realities*, Rutgers University Press, Nueva Jersey, 2012.
- Sociedad Marcé Española de Salud Mental Perinatal, *Día mundial de la salud mental materna*, 2020. Disponible en <http://www.sociedadmarce.org/dia-mundial-SMM.cfm/ID/6887/ESP/dia-mundial-salud-mental-materna.htm>
- Stanford Children’s Health, *Episiotomía. Descripción general del procedimiento ¿Qué es la episiotomía?*, s. f. Disponible en <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=episiotom-a-92-P09289>
- Superintendencia de Seguridad Social, “Protección a la maternidad en Chile: Evolución del Permiso Postnatal Parental a cinco años de su implementación”, Santiago, 2016.
- Tait, Lynda y Jessica Heron, “Management of Postnatal Depression in Primary Care: A Window of Opportunity”, *British Journal of Medical Practice*, núm. 580, vol. 60, 2010. Disponible en <https://bjgp.org/content/60/580/801>
- Tubert, Silvia (ed.), *Figuras de la madre*, Cátedra, Madrid, 1996.
- Turrent Hegewisch, Renata, *Aborto, maternidad y seguridad social*, CISS, Ciudad de México, 2019.
- Uda, Alexis y Esperanza Calderón, “Licencias parentales: análisis del permiso de paternidad en México y el permiso postnatal parental en Chile”, *Revista Latinoamericana de Política Comparada*, vol. 15, 2019.

- UNICEF, “Estado Mundial de la Infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición: crecer bien en un mundo en transformación”, Nueva York, 2019.
- , “Breastfeeding Is Not a One-Woman Job”, *From the First Hour of Life: Making the Case for Improved Infant and Young Child Feeding Everywhere*, Nueva York, 2016. Disponible en https://www.unicef.org/publications/index_93027.html
- , “Desarrollo de la primera infancia”, s. f. Disponible en <https://www.unicef.org/es/desarrollo-de-la-primera-infancia>
- , “Lactancia materna. Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial”, s. f. Disponible en https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
- , “La maternidad sin riesgos”, *Para la vida*, 2002. Disponible en <https://www.unicef.org/spanish/fll/02/>
- UNICEF/ANSES/Ministerio de Desarrollo Social de la Nación/Consejo de Coordinación de Políticas Sociales, *Análisis y propuestas de mejoras para ampliar la Asignación Universal por Hijo*, 2017. Disponible en <https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/2019-10/AUH.pdf>
- U. S. Department of Labor, “Family and Medical Leave Act”, s. f. Disponible en <https://www.dol.gov/agencies/whd/fmla>
- Vanessa Barbara, “¿Por qué en América Latina, una región que dice amar a las madres, reina la violencia obstétrica?”, *The New York Times*, 13 de marzo de 2019. Disponible en <https://www.nytimes.com/es/2019/03/13/espanol/america-latina/violencia-obstetrica-america-latina.html>
- Varela, Nuria, “Alejandra Kollontai: la mujer nueva”, 2 de abril de 2013. Disponible en <http://nuriavarela.com/alejandra-kollontai-la-mujer-nueva/>
- Vecchio, Silvana, “La buena esposa”, Georges Duby y Michelle Perrot (dirs.), *Historia de las mujeres en Occidente*, vol. 2: *La Edad Media*, Taurus, Madrid, 1992.

- Villa Sánchez, Sughei, *Las políticas de cuidados en México: ¿quién cuida y cómo se cuida?*, Friedrich-Ebert-Stiftung, Ciudad de México, 2019.
- Vivas, Esther, *Mamá desobediente*, Capitán Swing, Madrid, 2019.
- Waldfogel, Jane, “The Effect of Children on Women’s Wages”, *American Sociological Review*, núm. 62, vol. 2, 1997.
- Warner, Michael, *Público, públicos, contrapúblicos*, Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México, 2012.
- World Bank, The (Banco Mundial), “DataBank World Development Indicators”. Disponible en <https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=SP.DYN.TFRT.IN&country=>
- , “Argentina Plan Nacer: Resultados concretos para la madre y el niño”, 2013. Disponible en <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2013/09/24/argentina-plan-nacer-resultados-concretos-para-la-madre-nino>
- , “Fertility rate, total (births per woman)”, s. f. Disponible en https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?end=2017&most_recent_value_desc=true&start=1960&view=chart&year_high_desc=true
- Zerilli, Linda, “Un proceso sin sujeto: Simone de Beauvoir y Julia Kristeva, sobre la maternidad”, *Figuras de la madre*, Cátedra, Madrid, 1996.

La maternidad es una de las tareas esenciales de la reproducción social. Jamás será obsoleta, puesto que de ella depende la supervivencia de la sociedad. Las tareas de cuidado y crianza han recaído histórica y culturalmente en manos de las mujeres. Esto ha llevado a que ellas sostengan con su trabajo no remunerado el mundo reproductivo, lo que las sitúa en clara desventaja respecto a los hombres. En este cuaderno se revaloriza y resignifica la maternidad desde una perspectiva pública, promoviendo un nuevo modelo institucional de maternidad a partir de la dignidad, la libertad y la igualdad.

En este estudio se propone un modelo de seguridad social para la maternidad que promueve una deconstrucción de los roles de género en el cuidado y la crianza de los niños y niñas. Se trata de una política pública familiar con enfoque de género y de derechos, que protege a las mujeres del riesgo social de la maternidad y las compensa con medidas efectivas por los costos diferenciales que asumen al momento de ser madres. Lejos de ser una cuestión superada, esta demanda es urgente. El mundo reproductivo no puede seguir sosteniéndose injusta e indignamente en el trabajo no remunerado de las madres. La corresponsabilidad y la igualdad suponen amplios beneficios para las mujeres, las familias, la sociedad y la economía. Por eso es hora de redefinir un nuevo enfoque político y social acerca de la maternidad y su importancia.

San Ramón s/n, Col. San Jerónimo Lídice,
alcaldía Magdalena Contreras, C. P. 10100,
Ciudad de México.

Tel. (55) 5377 4700.

<https://ciss-bienestar.org/>



CISS
SEGURIDAD SOCIAL
PARA EL BIENESTAR