

PROGRAMA DE BIOÉTICA FLACSO

MAESTRÍA EN BIOÉTICA

**“Lactancia materna, autonomía de la mujer y roles de los profesionales de la salud:
una aproximación desde perspectivas feministas”**

Tesista: Cecilia Canton

Directoras de Tesis: María Sol Terlizzi y María Florencia Santi

Tesis para optar por el grado académico de Magíster en Bioética

Fecha: 26 de julio de 2020

Índice

Introducción

Primera parte. La autonomía de la mujer y el amamantamiento

1. Autonomía relacional
2. Maternidad y lactancia en el contexto político de la Argentina desde fines del siglo XIX y principios del siglo XX. Construcción de la idea de maternidad actual
3. Lactivismo
4. Cuestionamiento de la lactancia desde otros sectores del feminismo
5. Situación actual de la madre que amamanta y de la que elige dar un biberón

Segunda parte. Profesionales de la salud y promoción de la lactancia materna

1. Beneficios de la lactancia materna. Análisis de la evidencia que respalda las recomendaciones
2. Medicalización indefinida
3. Relación entre profesionales y pacientes
4. Promoción de la lactancia. Análisis de su propaganda

Tercera parte. ¿Puede una madre elegir amamantar o no hacerlo?

1. ¿Existe una obligación moral de amamantar?

Introducción

En las últimas décadas la lactancia materna ha vuelto a tener una gran importancia. Son muchas las mujeres que la eligen y los sectores de salud la recomiendan como el mejor alimento, en forma exclusiva, hasta los seis meses de vida y, junto con la alimentación complementaria, hasta los dos años. Sin embargo, es una práctica extremadamente exigente y con altas tasas de abandono, en especial en aquellas mujeres que también trabajan fuera del hogar. Frente a esto, aparece una sensación de culpa, fracaso e impotencia, una suerte de obligación no cumplida que nos preocupa como profesionales de la salud y nos alerta para revisar nuestras recomendaciones o las formas en que estas son impartidas a la comunidad.

Los objetivos de este trabajo de investigación son, por un lado, explorar la decisión de la mujer que amamanta, así como la construcción de la idea de maternidad desde el enfoque de la autonomía relacional y evaluar las posibilidades reales de las mujeres a la hora de amamantar. Por otro lado, analizar la relación entre las y los profesionales de la salud y las mujeres, en el marco de estas decisiones, así como evaluar la evidencia que sostiene las recomendaciones y el rol de los primeros en la promoción de la lactancia. Por último, analizar si por los beneficios de la lactancia en la salud de niñas y niños, las madres tienen la obligación moral de amamantar.

Como objetivos más generales, espero contribuir al conocimiento de la experiencia de la maternidad y la lactancia materna desde las miradas feministas; comprender la identidad como el producto de la intersección de determinantes sociales y marco fundamental para la toma de decisiones; conocer la historia y el significado cultural de la maternidad y la lactancia; identificar el rol de la comunidad médica en la creación de valores en la sociedad; incorporar las miradas feministas al pensamiento médico, en especial en el marco de la atención de la salud materno infantil; y plantear la necesidad de una mayor atención a los problemas y necesidades de las mujeres en estos contextos.

Esta tesis se enmarca en la perspectiva de autonomía relacional que asumen las teorías feministas, comunitaristas y de la ética del cuidado. Toma también elementos de las teorías foucaultianas sobre agencia y poder, así como su análisis sobre la medicalización.

El desarrollo de este trabajo guardará el siguiente orden:

En la primera parte de la tesis trato el tema de la autonomía de la mujer y el amamantamiento desde la perspectiva de la autonomía relacional. Menciono las principales críticas que, desde el feminismo, se dirigen al ideal cultural de la autonomía individual y que esbozan la concepción que el enfoque relacional sostiene. Considero la diferenciación entre oportunidades y opciones, y la capacidad de acción o agencia que, en definitiva, permite la decisión autónoma. Continúo con la descripción de la concepción histórica de la maternidad y la lactancia en el contexto político de la Argentina desde fines del siglo XIX y principios del siglo XX, así como la construcción de la idea de maternidad actual. Reviso, además, el curso de la defensa de los derechos de las mujeres con relación a la lactancia en los últimos cincuenta años a partir de la entrevista con una informante clave, la doctora María Luisa Ageitos. Luego, analizo las dos aproximaciones del feminismo que sobresalen en la concepción de la lactancia y de la maternidad. Por un lado, el lactivismo que sitúa al amamantamiento como un lugar de lucha discursiva y un movimiento social y político; por el otro, las críticas que distintas partes del feminismo hacen a la promoción de la lactancia. Por último, en esta primera parte, describo la situación actual de la mujer que amamanta y de la que elige dar un biberón, denunciando las dificultades a las que ambas están expuestas.

En la segunda parte, me dedico a los profesionales de la salud y la promoción de la lactancia materna. Para ello, en primer lugar, analizo la evidencia sobre los beneficios de la lactancia materna que respaldan las recomendaciones. Luego, me detengo en el análisis que Foucault hace sobre la medicalización indefinida y el rol de la comunidad médica en la resolución de problemas que antes estaban regulados por otras instituciones. A continuación, exploro los tipos de relación entre profesionales y pacientes, desde los enfoques más tradicionales hasta otros más recientes que sostienen la concepción de la autonomía en su entorno vincular. Menciono, además, el concepto de transferencia y las vivencias particulares de las familias que transitan por las unidades de cuidados intensivos neonatales. Por último en esta parte, observo la promoción de la lactancia a través del análisis de la propaganda que se presenta desde los sectores de salud.

Para finalizar, en la tercera parte, me ocupo de una pregunta no menor que va apareciendo tácitamente a lo largo de todo el recorrido. ¿Existe una obligación moral de amamantar? La pregunta es: si, por el beneficio que implica la lactancia, una madre tiene la obligación moral de amamantar.

Una última aclaración antes de comenzar. A lo largo de este trabajo presento ejemplos traídos de la literatura para ilustrar distintos conceptos porque creo, como sostiene Martha Nussbaum, que

“es posible que haya algunas concepciones del mundo y de cómo se debe vivir en él [...] que no pueden exponerse de manera completa y adecuada en el lenguaje de la prosa filosófica convencional, [...] sino sólo en un lenguaje y en unas formas por sí mismas más complejas, más connotativas, que presten más atención a los detalles”. (Nussbaum M. , 1992, pág. 25)

Primera parte. La autonomía de la mujer y el amamantamiento

La lactancia tiene beneficios demostrados. Sin embargo, muchas mujeres transitan esta etapa de sus vidas como una experiencia negativa. Entre otras cosas, la encuentran extremadamente exigente y difícil de alcanzar. Frente a esas situaciones aparecen sensaciones de culpa, fracaso e impotencia, una suerte de obligación no cumplida.

Es relevante entonces preguntarnos: ¿la mujer vive la opción por la lactancia materna como una decisión verdaderamente libre, sin imposiciones, o, por el contrario, se percibe como una obligación en lugar de un derecho? ¿La decisión de amamantar es una decisión verdaderamente autónoma? ¿Cómo se construye una decisión autónoma hacia el amamantamiento?

Para avanzar en esta reflexión propongo en primer lugar analizar lo que se entiende por autonomía, incorporando un elemento central del concepto que ha sido ampliamente desarrollado en la bioética feminista, esto es el entorno vincular y de relaciones en el que estamos inmersos, y que ha dado lugar a lo que se conoce como autonomía relacional.

¿Qué es la autonomía? La autonomía relacional

En la práctica médica, el respeto a la autonomía gana protagonismo a partir de la publicación de la primera edición del libro “Principios de la ética biomédica” en 1979. Beauchamp y Childress impulsan la teoría de los principios, una teoría pluralista que supone la existencia de cuatro principios que rigen la vida moral: el de beneficencia, el de no maleficencia, el de justicia y el del respeto a la autonomía. (Beauchamp, T. Childress, J., 1979)

En la medida en que la teoría de los principios comienza a ser aceptada en las deliberaciones morales que acontecen en la práctica médica, el principio de respeto de la autonomía comienza a emplearse mayormente para la regulación de la toma de decisiones en la asistencia sanitaria; concretamente como fundamento del consentimiento informado, la negativa informada, la veracidad y la confidencialidad.

Así, este enfoque operativo del respeto a la autonomía caracteriza como elecciones autónomas a aquellas realizadas con: 1. Competencia o intencionalidad, 2. Comprensión o conocimiento y 3. Voluntariedad o ausencia de coerción externa. (Beauchamp, 1994) (Costa, 1996)

Si bien esta concepción de la autonomía ha ganado popularidad y se ha instalado casi como norma en la práctica asistencial, no está exenta de limitaciones y críticas.

MV. Costa plantea el problema que surge al tratar de operacionalizar el concepto de autonomía tanto para justificar las prácticas del consentimiento informado como para tratar el problema del paternalismo médico. Si el médico se limita a informar un diagnóstico dado y ofrecer dos o tres opciones de tratamiento razonables para que el paciente elija, el principio de autonomía se transforma en un mandato de “no interferencia”. (Costa, 1996)

En este mismo sentido, bioeticistas de distintas orientaciones también cuestionan esta concepción que el uso médico fue adquiriendo del respeto a la autonomía.

Salles sostiene que

“desde la perspectiva de la bioética de la virtud, Edmund Pellegrino y David Thomasma argumentan que la sobredimensión de la autonomía del paciente hace que típicamente se le subordinen valores como el de beneficencia y no maleficencia que son esenciales para el médico. No niegan la importancia de los deseos y preferencias del paciente pero consideran que muchas veces estos deben estar supeditados al objetivo médico de restaurar la salud de la persona.” (Salles A. , 1998, pág. 110)

Por su parte, la visión comunitarista critica lo que llama “minimalismo” del respeto a la autonomía y el individualismo que supone.

“Las personas no son átomos, sino que viven en y son moralmente definidos por sus contextos sociales y los lenguajes morales sustantivos de sus comunidades. Es a través

de su pertenencia a una variedad de grupos sociales que la persona adquiere una identidad [...] La idea de un yo autónomo e independiente que elige libremente es, por lo menos, fácticamente incorrecta...” (Salles A. , 1998, pág. 110)

Por último, la mayoría de los feminismos coinciden con los comunitaristas en la concepción de la autonomía como relacional, y además agregan que la noción liberal de la autonomía es excluyente y opresiva, dado que en la práctica solo garantiza el derecho a la autonomía a quienes ya lo tienen asegurado. (Salles A. , 1998) (Sherwin, 2014)

En esta primera parte voy a enfocarme en la comprensión feminista de la autonomía como relacional como el marco en el cual se elige el amamantamiento.

Mckenzie y Stoljar la definen dentro de un conjunto de perspectivas que comparten la convicción de que las personas están socialmente inmersas, y que la identidad se forma en el contexto de relaciones y es moldeada por un entramado de determinantes sociales interseccionales como la raza, la clase, el género y la etnia. Desde estos enfoques se pretende analizar las implicaciones de la intersubjetividad y las dimensiones sociales del yo, en las decisiones y moral individuales, y la agencia (en el sentido de capacidad de acción del individuo) política. (Mackenzie, 2000)

Para entender esta idea, ellas proponen, en primer lugar, diferenciarla del ideal cultural de autonomía individual: hombres, individualistas, autosuficientes y racionales de la teoría libertaria. Presentan para ello cinco críticas del feminismo hacia a esa representación y la propuesta alternativa que brinda la concepción relacional de la autonomía.

A continuación presento estas críticas, a partir de las cuales empezará a esbozarse la idea de lo que el feminismo entiende por autonomía relacional, junto con la forma en que considero que esta visión alternativa puede colaborar en nuestra comprensión de la decisión de amamantar y el amamantamiento.

1. **Crítica simbólica.** Propuesta por Lorraine Code, no critica ninguna teoría en particular sino la abstracción o el ideal del “hombre autónomo”, esto es la obsesión por la autonomía del hombre occidental.

En este ideal es central la noción de autosuficiencia e independencia que abraza dos premisas. Una descriptiva: los seres humanos son capaces de guiar sus vidas en forma autosuficiente, aislada e independiente; y una premisa prescriptiva: el fin de la vida humana es alcanzar la autosuficiencia y la individualidad.

Según esta visión, el hombre autónomo es - y debe ser - autosuficiente, independiente y autoválido, debe realizarse por sí mismo (*self-made man*) y, como su independencia está bajo la amenaza constante de otros individuos, genera reglas para defenderse de esa intrusión. Temas como derechos, intereses y eficiencia atraviesan su discurso moral, social y político. (Mackenzie, 2000) (Code, 1991)

¿Cuál es el problema de este ideal de hombre autónomo que se describe?

Según las autoras, en este ideal existe una sobrevaloración de la independencia por sobre otros valores que surgen de las relaciones de interdependencia como la confianza, la lealtad, la amistad, el cuidado y la responsabilidad que tenemos con los que nos necesitan. Además promueve una visión reducida de las personas como agentes cargados de derechos cuyas diversidades y complejidades son cortadas y separadas para transformarlos en una uniformidad intercambiable.

¿Cómo afecta esta simbología al problema que tratamos?

Como veremos más adelante, uno de los principales problemas que enfrentan las mujeres que no logran continuar con la lactancia de la manera que habían deseado es la falta de contención del medio social en el que se mueven, tanto personal como laboral. (VoicesResearch, 2018)

Si vemos a las personas como individuos uniformemente intercambiables y poseedores de derechos universales de manera igualitaria, no podemos observar la diversidad y complejidad de cada individuo y sus necesidades particulares.

Una mujer con un bebé menor de un año que cada tres horas demanda su atención exclusiva por cuarenta minutos tendrá una necesidad y una capacidad diferente de la que puede tener un hombre de mediana edad soltero, sin hijos y laboralmente activo. La primera situación descripta coloca a la mujer en una posición de dependencia del entorno, por lo menos, económica.

Muchas mujeres tienen incorporado este ideal de autosuficiencia e independencia y transitan el amamantamiento convencidas de que la decisión y la realización de la

lactancia es personal e individual, cuando en realidad se necesita una red de contención social muy importante. Considero que es un error aspirar a esa independencia ideal en esas situaciones. Si las mujeres piensan que la lactancia depende exclusivamente de la decisión de ellas y no del entramado social que las debe contener, también se sentirán responsables y culpables al no alcanzar aquello que entendieron que dependía solo de sus acciones.

Lo mismo sucede del lado del entorno. Quien no registra la singularidad de la persona que amamanta, con sus necesidades y capacidades propias y particulares, se mostrará poco proclive o reticente a renunciar a sus beneficios (derechos) para colaborar con el beneficio de ella, o solo colaborará cuando pueda recibir a cambio otro beneficio equivalente.

Para poner un ejemplo concreto podemos plantear la situación de un empleador que no ve la necesidad de redistribuir las tareas para que sus empleados cubran el tiempo que una empleada que amamanta invierte en sacarse leche en el horario de trabajo, o que proponga que ella lo compense en el horario del almuerzo.

Muchas de estas situaciones responden a esa visión ideal de independencia: “Ella decidió ser madre, ella decidió amamantar, entonces que se haga cargo”. En este ejemplo es clara la sobrevaloración de la independencia por sobre otros valores como el cuidado y la responsabilidad con quienes nos necesitan.

Continúo con las críticas del feminismo que exponen Mckenzie y Stoljar.

2. **Crítica metafísica.** Es la más arraigada en la literatura feminista, y se opone a la visión hegemónica de la autonomía que supone que los agentes son radicalmente individuales y están disociados o separados del entorno social en el que están inmersos, cuando la realidad es que las personas no “se construyen” en forma aislada. Annette Baier, muy citada en la bibliografía sobre el concepto relacional de la autonomía, señala que “las personas son esencialmente segundas personas”. Esto quiere decir que su desarrollo requiere de relaciones de dependencia con otras. *“Las personas son, en esencia, sucesoras, herederas de otras personas que las formaron y cuidaron de ellas y su personalidad se revela tanto en sus relaciones con otros*

como en su respuesta al propio origen reconocido”¹ (Baier, 1985, pág. 89) (Álvarez, 2012, pág. 14) (Mackenzie, 2000)

El hecho de que los agentes son constituidos por el contexto social tiene dos dimensiones. La primera es que el contexto social es esencial para el desarrollo de la identidad y la segunda es que el sentido que los agentes tienen de sí mismos depende de ese contexto.

¿De qué manera impacta esta perspectiva en la decisión por la lactancia?

Ninguna mujer se inventa a sí misma, todas toman modelos, consciente o inconscientemente, de otras mujeres previas con quienes se identificaron. El modelo de mujer que se quiere ser responde a una identidad que se construye en un marco social y cultural.

Beatriz Gimeno en su libro “La lactancia materna política e identidad” presenta las distintas valoraciones que tuvo la mujer a través de la historia y el nacimiento de la ideología maternalista en el siglo XIX. En ese momento se dividen genéricamente las esferas personal y pública y aparece el hogar burgués en el que las mujeres, excluidas del espacio público, se hacen más dependientes que nunca de sus maridos. Es entonces cuando se fijan en la cultura occidental rasgos que asociamos a la maternidad, características femeninas que distinguen a las mujeres y las hacen más o menos valiosas: elegancia, dulzura y suavidad. Aparece la hipermaternidad como un sacrificio que se convierte en virtud. (Gimeno, 2018)

Por su parte, Cecilia Rustoyburu en “La medicalización de la Infancia. Florencio Escardó y la nueva pediatría en Buenos Aires” explica la relación entre la medicina infantil, la maternidad y las políticas estatales, y cómo la medicalización de la crianza de los niños y la maternidad significó una confusión entre feminidad y maternidad, la “maternalización de las mujeres”. (Rustoyburu, 2019) (Badinter, 1980)

Volveré y profundizaré sobre estos temas en el siguiente capítulo de esta primera parte. Lo que pretendo explicar ahora, adelantando estos ejemplos, es la manera en que el entorno social nos presenta ideales con los que podemos identificarnos.

¹ La traducción es mía. La frase original es “Persons are essentially successors, heirs to other persons who formed and cared for them, and their personality is revealed both in their relations to others and in their response to their own recognized genesis”

¿Quiere decir esto que estamos condicionadas y que no tenemos otra opción que seguir una suerte de predestinación que dicta el ambiente comunitario en el que crecimos? No, no creo que sea de esta forma. Pero tampoco considero correcto colocarnos en el otro extremo y pensar que los vínculos y afectos de nuestra historia no tienen que ver con quienes somos. Lorri Moore en su novela “¿Quién se hará cargo del hospital de ranas?” muestra una hermosa imagen de lo que estoy tratando de decir, comparto ese fragmento:

“Con frecuencia pienso que en el centro de mí misma hay una voz que finalmente logró dividirse, una casa en mi corazón tan invadida por otra gente y sus maneras de hablar, por amigos a los que creí que era leal, por personas cuyas vidas solo puedo adivinar ahora, que me da la impresión de que soy solo una recopilación de ellos, que todos existieron por sí mismos, pero me formaron sin querer, y desaparecieron. ¿O acaso la expectativa era que yo me creara de la nada, que saliera de la nada y sola?” (Moore, 2019, pág. 28)

¿Cómo se relaciona esta visión de la identidad con la elección del amamantamiento? Para responder este interrogante valdría preguntarnos ¿Qué mujeres somos? ¿Qué madres somos? ¿Cuál es la buena madre que aspiramos a ser? En alguna parte de nosotras está este ideal de madre que amamanta -quiero ser una madre con estas características, esto es lo bueno-. Las mujeres que eligen el amamantamiento lo hacen dentro de una cultura societal que lo valora positivamente. Volveré sobre este tema cuando hable de las oportunidades y las opciones.

3. **Crítica del cuidado.** Se superpone con la crítica simbólica y la metafísica.

La ética del cuidado se construye a partir del reconocimiento de las experiencias morales e intuiciones de las mujeres que habían sido ignoradas por los enfoques éticos tradicionales, típicamente masculinos. Mientras los hombres priorizan valores como la autonomía, libertad, justicia y racionalidad, las mujeres, en la construcción del pensamiento moral, apelan a la empatía, la compasión, la sensibilidad, el afecto y la responsabilidad que tienen con quienes las necesitan. (Held, 2006) (Sherwin, 2014)

V. Held sitúa su inicio en las obras de S. Ruddick "Maternity Thinking" (1980) y C. Gilligan "In a different voice" (1982). La primera muestra cómo en la experiencia de las mujeres en actividades de cuidado como la maternidad se pone en evidencia valores que son relevantes más allá de esta práctica en sí misma. Sin embargo, es a partir de la obra de Gilligan que la ética del cuidado toma su impulso para comenzar a desarrollarse. Entre las distintas versiones de la ética del cuidado se pueden encontrar los siguientes elementos distintivos:

En primer lugar, el reconocimiento de las necesidades de los que están a nuestro cargo como una responsabilidad en contraposición a una moralidad construida con la imagen de un individuo independiente y autónomo, que ignora la interdependencia humana y la moralidad a la cual ésta convoca.

Segundo, la crítica al liberalismo y la concepción de la autonomía como relacional.

Tercero, el valor de las emociones en el análisis moral y la importancia de la percepción con sus extensiones afectivas y cognitivas. La ética del cuidado valora las emociones que las teorías morales dominantes rechazan por considerarlas un obstáculo al pensamiento racional.

Por último, la importancia del juicio moral centrado en las circunstancias, los contextos y sus particularidades, en contraposición a una perspectiva genérica y abstracta. (Held, 2006)

Desde esta mirada entonces, se argumenta que las concepciones tradicionales de la autonomía no solo devalúan la experiencia de las mujeres y los valores que se originan allí como el amor, la lealtad, la amistad y el cuidado, sino que están definidas en oposición a la femineidad.

Las críticas del cuidado no repudian el concepto de autonomía en su conjunto. En lugar de esto, ellas recomiendan que la autonomía sea reconceptualizada y definida comprendiendo las relaciones de dependencia y conexión inherentes a los seres humanos. (Mackenzie, 2000)

La ética del cuidado ha recibido críticas del feminismo liberal. La acusan de valorizar rasgos del carácter que son resultado de la subordinación de las mujeres.

Además, se objetan posibles consecuencias de explotación para los cuidadores. (Okin, 1989) (O'Neill, 1992, pág. 55)

Las defensoras de la ética del cuidado contraargumentan que lo que se valora no es la mujer ocupando esos espacios de cuidado, sino a los espacios en sí y los valores que se generan en ellos. (Held, 2006)

Si bien es cierto que los espacios de cuidado vulneran al cuidador o lo colocan en una situación de dependencia, por lo menos económica, y que por ser la mujer la que tradicionalmente ha ocupado estos espacios es ella la que sufre una situación injusta, no creo que la solución esté solamente en “rescatar” a la mujer de este lugar. Lo que quiero decir es que los que necesitan ser cuidados van a seguir existiendo y son una responsabilidad de toda la sociedad, hombres y mujeres de todas las clases sociales.

En particular, al enfocarnos en el tema que nos convoca, considero que la ética del cuidado puede hacer un gran aporte. Como vimos en un ejemplo anterior, la lactancia necesita de una red de contención, un entramado social que la sostenga, y esto es justamente el espacio de cuidado. Si el espacio de cuidado no se visibiliza o no se jerarquiza, quedará a la suerte de la buena voluntad o del sacrificio desmedido de aquellas que reúnan las fuerzas y los recursos para llevarla a cabo.

En la Encuesta Nacional de Lactancia y Trabajo de la Liga de la Leche Argentina de 2018, cuando se les preguntó a las mujeres de quién necesitaban apoyo para poder continuar amamantando, el 93% mencionó a los empleadores, pero el 98% habló de la pareja en el hogar. (VoicesResearch, 2018)

Si analizamos la autonomía en cuanto agencia o capacidad de acción de la persona, como lo haremos más adelante en detalle, debemos tener en cuenta estos espacios.

Es necesario redistribuir las tareas domésticas y de cuidado en el hogar no solo para lograr una lactancia exitosa, sino para el desarrollo y bienestar de todas y todos.

4. **Críticas posmodernas.** Lo que las autoras llaman de esta manera, deriva de las distintas perspectivas de la teoría psicoanalítica, la teoría foucaultiana de poder y agencia, y las teorías feministas de la diferenciación sexual. Desde estas perspectivas se critica la asunción que está implícita en el ideal de autonomía, un ideal que asume que los agentes son capaces de conocerse a sí mismos. (Mackenzie, 2000)

La teoría psicoanalítica critica el ideal de autonomía porque sostiene que los agentes

están abrumados por conflictos internos y conducidos por deseos de los que no son conscientes ni pueden controlar. Las teorías foucaultianas sobre agencia y poder, por su parte, denuncian que las personas se constituyen dentro de y por regímenes, discursos y prácticas de poder. No hay una autodeterminación pura, voluntaria, libre que de alguna manera escape a estas operaciones de poder, tampoco un verdadero yo que pueda ser descubierto a través de la reflexión introspectiva. La agencia debe ser reconceptualizada no como voluntad, sino como configuraciones de poder complejas y cambiantes. (Foucault, 1996)

Las teorías feministas de diferencia y alteridad alegan que la noción de autonomía es un ideal que suprime las diferencias entre los individuos, ocultándolas detrás de una uniformidad vencedora que funciona coercitivamente.

El tema subyacente en todas las críticas posmodernas es que la noción de autonomía es una ilusión sobre la concepción de las personas, una representación que sostiene la idea cartesiana de que la conciencia puede ser auto-percibida o la visión kantiana de las personas como autogobernadas racionalmente. Según las autoras, la persistencia de estos enfoques no es un resabio inofensivo y anacrónico del siglo de las luces, sino una construcción del pensamiento cómplice con estructuras de dominación y subordinación de otros- mujeres, negros y otros grupos minoritarios- quienes son considerados incapaces de alcanzar una autodeterminación racional.

Sin embargo, las críticas presentadas no justifican el rechazo al concepto de autonomía, lo que denuncian es la necesidad de desarrollar nociones de autonomía basadas en concepciones de los agentes más ricas, psíquicamente más complejas y más diversas. (Mackenzie, 2000)

5. **Crítica de la diversidad.** Estas críticas argumentan que las identidades individuales son interseccionales y que reflejan los múltiples grupos a los que el individuo pertenece.

Kimberlé Crenshaw fue la primera en hablar de interseccionalidad. Explica que las experiencias de las mujeres de color guardan relación tanto con el racismo como

con el sexismo, pero que esas experiencias no suelen estar representadas dentro de los discursos ni del antirracismo ni del feminismo. (Crenshaw, 1995)

De esta forma las identidades individuales de las mujeres son intersecciones que combinan el grupo de afiliaciones únicas de cada mujer. Esta idea refuerza la necesidad de una recharacterización feminista de la autonomía individual.

Para sintetizar, Mckenzie y Stoljar, con sus críticas, proponen una “reconfiguración del concepto (de autonomía) que ponga atención a la naturaleza compleja de la persona y el contexto social histórico en el cual están inmersas”, y de esta forma analizar “las implicancias de la intersubjetividad y las dimensiones sociales del yo, para entender por un lado las concepciones de autonomía y moral individuales, y por el otro la agencia (en el sentido de capacidad de acción del individuo) política”.

Para una mayor comprensión voy a esquematizar el concepto en dos dimensiones, una constitutiva y una actual.

Una primera dimensión constitutiva se vincula con la historia de las personas, los distintos grupos sociales desde donde se constituye la identidad. Aquí me refiero a los factores que, como venimos viendo, determinan quién es esa persona y desde qué lugar decide, esto es género, raza, etnia, etc, así como las circunstancias más específicas que atravesaron su historia e influyen en su capacidad de decisión autónoma: acceso a educación, métodos anticonceptivos, información sobre la lactancia.

La segunda dimensión es actual y se vincula con las posibilidades reales de acceder a la decisión que se toma. Se puede decidir amamantar en función de todo lo anterior pero luego no poder hacerlo por no contar con el apoyo del entorno, por ejemplo por ser el único sostén del hogar y tener que trabajar fuera de casa sin posibilidades de extraerse leche o guardería cerca.

El enfoque de las capacidades de Martha Nussbaum, en su libro “Crear Capacidades” (Nussbaum, 2012), si bien trata de dar solución a los problemas de justicia social, distribución de recursos y desarrollo humano, también puede ayudarnos a entender estos conceptos. Ella define las capacidades como lo que es capaz de ser y hacer una persona,

“las combinaciones alternativas de funcionamientos que le resulta factible alcanzar” o “la totalidad de las oportunidades que dispone para elegir y para actuar en su situación política, social y económica concreta” (Nussbaum M. , 2012, pág. 40).

Cuando describe la complejidad de estas capacidades, señala libertades sustanciales o capacidades combinadas. Estas se componen de las capacidades internas de la persona y del acceso de estas personas a la oportunidad de funcionar de acuerdo con ellas.

Las características de una persona (sus capacidades intelectuales, su estado de salud, su aprendizaje) son las capacidades internas, que hay que diferenciar, a su vez, de su dotación innata. La sociedad a través de la educación, la atención de la salud y la garantía de otros espacios que propician el desarrollo humano contribuye a la adquisición y al incremento de las capacidades internas. Pero esto no es suficiente para la adquisición de las capacidades combinadas. Una comunidad puede estar brindando las condiciones para gozar de buena salud y para el desarrollo de capacidades intelectuales pero, por otro lado, puede estar cortando el acceso de los individuos a funcionar de acuerdo con esas capacidades adquiridas. Nussbaum pone como ejemplo un estado en el que las personas son capaces de tener una opinión y posición libre en asuntos políticos, es decir fueron educadas y cuentan con los recursos intelectuales, pero luego se les niega la libertad de expresar esa opinión porque se les reprime, no hay entonces libertad real de expresión. Hay capacidad interna pero no combinada.

A esto último me refiero con la segunda dimensión de la autonomía relacional, a la posibilidad de hacer lo que una quiere, a la capacidad de acción del individuo, a su agencia.

Como se viene mencionando, muchas mujeres pueden tener la capacidad de decidir amamantar, conocen los beneficios, tienen la competencia física e intelectual para llevarla a cabo, pero luego no tienen agencia por una red social insuficiente (laboral, familiar, etc). Continuaré sobre este punto cuando analice la situación actual de la mujer que amamanta, las barreras e impedimentos del amamantamiento.

Pero quiero retomar la idea de lo que propuse como primera dimensión de la autonomía relacional, las concepciones de autonomía y moral individuales que se construyen desde la intersubjetividad y las dimensiones sociales del yo.

Oportunidades y opciones

Silvina Álvarez desarrolla un núcleo conceptual de lo que es la autonomía desde la perspectiva relacional y luego presenta otros elementos del concepto que llama “opciones relevantes”, o la “presencia de cursos de acción, de oportunidades, que la persona es capaz de reconocer como propuestas no solo viables sino legítimas para sí”. (Álvarez, 2012, pág. 2)

Es muy interesante la diferenciación que hace entre oportunidades y opciones. Mientras que las oportunidades se consideran como algo externo al sujeto o del espacio social, es decir, aquello que la esfera pública abre para permitir el acceso a las personas, las opciones tienen un doble aspecto, interno y externo, que depende de la recepción que cada agente hace de las oportunidades.

“A veces sucede que las oportunidades no son percibidas por los sujetos como verdaderas opciones para ellos. Tal es el caso, por ejemplo, de muchas mujeres a las que a partir de las reformas jurídicas pertinentes realizadas en una sociedad, se les permite el acceso a espacios tradicionalmente vedados para ellas. Este levantamiento de la veda jurídica está lejos de hacer que dichos espacios, instituciones, profesiones o roles sean considerados por ellas mismas (y el resto de la sociedad) como espacios legítimos o permitidos para ellas. La veda continúa en la medida en que otros cambios -económicos, culturales, simbólicos, etc.- no transformen procesos psicológicos de percepción de las capacidades propias y ajenas.” (Álvarez, 2012, pág. 7)

Las oportunidades entendidas de esta manera no garantizan un acceso efectivo a un espacio o situación, ya que pueden no ser consideradas una opción.

¿De qué depende que esas oportunidades se consideren opciones?

Vuelvo a considerar la decisión de amamantar. ¿Cómo se construye esta decisión? ¿La mujer vive la opción por la lactancia materna como una decisión verdaderamente libre, sin

imposiciones o, por el contrario, se percibe como una obligación en lugar de un derecho?
¿La decisión de amamantar es una decisión verdaderamente autónoma?

Sin duda hoy muchas mujeres tienen la oportunidad de dar a sus hijas e hijos un biberón con leche de fórmula, la pregunta es ¿cuántas de ellas lo consideran una opción?

¿Se permite una mujer plantearse no amamantar como una opción legítima? ¿Se lo permite la sociedad? ¿Se lo permitimos desde los sectores de salud? ¿Hay un ideal de madre? ¿Existen esas primeras personas, esos modelos ideales culturalmente establecidos? ¿Es bueno o nos condiciona?

Los argumentos feministas se agrupan, por un lado, en favor de la protección del derecho al amamantamiento como un signo de empoderamiento de la mujer (Mecinska, 2017), por otro, en contra de la imposición de la lactancia materna que ven como una forma más de control al reforzar los roles tradicionales de género (Badinter E. , 2011) (Gimeno, 2018) (Sebastiani, 2012), y finalmente los que pretenden una comprensión menos radicalizada y más empática con la realidad particular de la mujer que decide o no dar el pecho (Woollard, F.; Potter, L., 2017) (Woollard, 2017).

Para desarrollar estos temas quiero avanzar hacia la valoración social diferente que tuvieron la lactancia y la maternidad en el contexto político de la Argentina del siglo XX, para luego describir estas principales posturas que se levantan dentro del feminismo hacia el amamantamiento.

Maternidad y lactancia en el contexto político de la Argentina desde fines del siglo XIX y principios del siglo XX. Construcción de la idea de maternidad actual

Lactancia y maternidad a través la historia

Hablar de la historia de la maternidad y la lactancia es hablar de las construcciones políticas, sociales y culturales sobre este rol en diferentes periodos y contextos.

Desde nuestra perspectiva actual, es fácil pensar que las madres han sido siempre como son ahora y han amamantado siempre. Sin embargo, al recorrer la historia de la mujer, la maternidad y la lactancia vemos que no siempre fue así.

Para dar un ejemplo puede mencionarse el sistema de nodrizas en la antigüedad.

El artículo de Christiane Klapisch Zuber sobre las nodrizas de Florencia entre el siglo XIV y XVI, clásico y muy citado, cuenta cómo el sistema de nodrizas en la edad media tardía y en el renacimiento era administrado por los padres y estaba relacionado con las necesidades de tener descendencia, es decir liberar a la propia mujer de la lactancia para que esté disponible nuevamente para un embarazo. Las negociaciones se daban entre el padre del hijo y el marido de la nodriza. (Klapisch-Zuber, 1985)

Por su parte, Reveca Lynn Winer, que estudió los contratos de las nodrizas en Barcelona en los siglos XIV y XV, a diferencia de lo mostrado por Klapisch-Zuber, sostiene que las mujeres controlaban los arreglos de lactancia y que muchas veces se daban entre las madres y las nodrizas. (Winer, 2013)

Independientemente de cómo estuviesen dados estos convenios, y la participación de la mujer en ellos, hay elementos comunes que aparecen en ambas situaciones: las mujeres pobres estaban a disposición de las mujeres ricas, y ponían sus cuerpos para ser comercializados (Gimeno, 2018); y las mujeres de mejor situación, o sus esposos, elegían no amamantar. La concepción de la mujer con relación a la lactancia era diferente a la que se tiene ahora.

También la noción de la niñez está condicionada tanto histórica como culturalmente y existe una controversia académica en torno a estas cuestiones. Ariès (1960) estudia la representación de los niños en el arte medieval como pequeños adultos, mientras que Sahahar (1990), por el contrario, sostiene que aún en tiempos remotos se pensó a la infancia con etapas definidas.

Como vemos, la maternidad no puede pensarse separada del entorno social y cultural de cada época, el modelo de familia ideal, las creencias, y la posición de las mujeres.

Los derechos reproductivos y la parentalidad, así como las prácticas relacionadas con ella, en nuestro caso la lactancia, se encuentran fuertemente ligadas a las políticas demográficas de cada estado. Un gobierno, al proponer por ejemplo aumentar la natalidad o por el contrario controlar el número ideal de hijos por familia por las razones que fueran, despliega medidas que inciden de manera significativa sobre estas cuestiones (Felitti, 2011). A continuación, se analiza cómo fue la construcción de las representaciones actuales sobre la maternidad y la lactancia en nuestro contexto social local y regional.

Procreación y políticas demográficas

Desde fines del siglo XIX, los países industrializados del occidente comienzan a preocuparse por la cantidad y calidad de sus poblaciones. Aparecen proyectos nacionales en los que la construcción del deber maternal comienza a estar presente, según Felitti, por la necesidad de potenciar la capacidad de consumo de las economías y por la importancia que fue ganando el discurso eugenésico.

En las primeras décadas del siglo XX empieza a verse que no todas las mujeres debían reproducirse y el discurso poblacionista se reemplaza por otros que, en favor del desarrollo, promueven el control de la natalidad, en especial en las poblaciones marginales.

En este contexto empiezan a darse transformaciones sociales y culturales en los roles y relaciones de género. Con los avances de la industria de la anticoncepción las mujeres comienzan a separar la sexualidad de la reproducción.

En 1968, en la conferencia internacional de los derechos humanos, se define la planificación familiar como un derecho humano fundamental de los padres, y en 1975, en la primera conferencia mundial del año internacional de la mujer, se trata de vincular el derecho de planificación familiar con la promoción de la integración de la mujer en los espacios políticos y económicos. A partir de la década de 1980, la noción de planificación familiar fue reemplazándose por salud reproductiva y luego por derechos reproductivos, asumidos de manera individual independiente de un contexto vincular.

Más allá de estas políticas internacionales, fue a partir de la década de 1970, con el movimiento feminista de la segunda ola, que se pone en duda el deber de la mujer de ser madre. Lo que caracterizó este movimiento fue el cuestionamiento de los poderes públicos que habían influido tanto en la división de las esferas, mujeres en el hogar y hombres en el espacio público, como la concepción de la mujer como sujeto pasivo de políticas poblacionales. Estas posturas se diferenciaban de las feministas de la primera ola (fines del siglo XIX y principios del siglo XX) que apelaron al discurso maternalista para reclamar sus derechos civiles y políticos. (Felitti, 2011)

La concepción de la maternidad y los enfoques feministas tomaron distintas formas en cada región.

La mujer y la maternidad en el contexto político de la Argentina del siglo XX

Aquí pretendo explorar el rol de la mujer, los conceptos de niñez y crianza y las prácticas en torno a la lactancia en el contexto social y político de la Argentina del siglo XX, para luego poner en evidencia el rol protagónico que tuvo la medicina en la construcción de estas representaciones durante este mismo período.

Según explica Felitti, el desafío de poblar la nación Argentina hizo que la maternidad se transformara en un deber nacional para las mujeres. La élite política recurre a la inmigración para solucionar el problema de la escasez poblacional; sin embargo, las inmigrantes europeas, al traer consigo las ideas de control de natalidad de sus países de origen, no cumplen del todo con estas expectativas. Así, en 1936 la mayoría de las mujeres

solo tenía uno o dos hijos al finalizar su vida fértil (Nari, 2004). Fue en este contexto que las mujeres fueron llamadas a cumplir con sus “funciones naturales” y respetar el espacio privado que se les asignaba frente al espacio público asignado a los varones.

Se instala una organización social que se repite en la mayoría de las sociedades occidentales de la época, las esferas separadas genéricamente. Hombres y mujeres hacen vidas separadas. Por un lado, los hombres, dueños del espacio público, con su trabajo se convierten en los proveedores de la familia, por el otro, las mujeres, confinadas al espacio privado, cerrado al mundo exterior, se vuelven más dependientes que nunca de sus maridos. (Gimeno, 2018)

Desde los hogares, las mujeres empiezan a conformarse de acuerdo a las expectativas sociales y políticas de la época. Según Gimeno, al depender de sus maridos para sobrevivir se ven obligadas a desarrollar “aquellas supuestas características femeninas que las distinguen y las hacen más o menos valiosas: elegancia, dulzura, suavidad...” (Gimeno, 2018, pág. 82). Lo que caracteriza esta hipermaternidad es el sacrificio. Las mujeres ya no conciben para sí ningún proyecto personal, el plan familiar y su rol dentro de este espacio son sus proyectos. Mientras que los hombres pueden desarrollarse profesionalmente y circular libremente por el espacio público embarcándose en distintos emprendimientos propios, el ideal de mujer solo se concreta como parte de un proyecto compartido con actividades y responsabilidades ya establecidas.

Se apela a la “naturaleza femenina”. Los evolucionistas dictaminan que las mujeres, por razones constitucionales, tienen más interés en criar hijos que los hombres y que además están más preparadas para ello. Surge el llamado “instinto maternal” (Gimeno, 2018).

El desarrollo de todas estas aptitudes hace que, en especial, se las jerarquice como agentes moralizadores y de control. Gimeno señala la existencia de un

“contrapunto necesario del mundo capitalista en el que priman el culto al consumo, el egoísmo, el individualismo y la competencia, donde los hombres no tienen más remedio que batirse. Las madres, así, se convierten en la resistencia moral a todo eso, construyendo un espacio de generosidad sin límites basado en el autosacrificio, en el

altruismo, en el don y en el anticonsumo. Un oasis de humanidad necesario en una sociedad muy dura”. (Gimeno, 2018, pág. 101)

De esta forma, apelando a esa naturaleza femenina, a la abnegación y la virtud, aparecen los “ángeles del hogar” que solo participarían del espacio público a través de actividades filantrópicas, asociaciones religiosas o de inmigrantes (Felitti, 2011). Así, se extiende su rol maternal y la idea de este rol a toda la sociedad.

Al mismo tiempo, el trabajo femenino empieza a tener una valoración moral negativa por ser considerado peligroso al alejar a las mujeres del espacio asignado, interferir con su fecundidad y además predisponerlas a la “caída” moral. Felitti evoca la imagen del soneto de Evaristo Carriego, llevado luego al cine y popularizado, “La costurera que dio aquel mal paso”. Se comienza a asociar el trabajo femenino con la promiscuidad sexual e incluso con la prostitución. Solo una necesidad económica extrema justifica que la mujer trabaje fuera del seno familiar. (Felitti, 2011)

De este modo, se va constituyendo la imagen de mujer-madre y el valor de la maternidad como modo de reivindicación social de las mujeres.

Esta fue la consigna del feminismo de la primera ola. Dado que las mujeres tenían una gran importancia como madres y educadoras no solo de los niños sino de toda la sociedad, debían tener los mismos derechos civiles que los hombres.

En Argentina, como explica Dora Barrancos, las primeras voces feministas también alzaron este estandarte para defender sus reclamos:

“Debe reflexionarse que en buena medida la base argumental reposaba en la particular dignidad de las mujeres debido a su condición de madres, de modo que los primeros cauces feministas adoptaron la forma del maternalismo como una estrategia fundamental para la acción. La perspectiva del maternalismo fue común a la mayoría de los movimientos que reivindicaban la igualdad con los varones.” (Barrancos, 2018, pág. 9)

Se instala entonces esta función moralizadora de las mujeres. Los movimientos de derecha convocan organizaciones como la Liga Patriótica que en la década de 1920 apoya el trabajo de señoras, señoritas y maestras hacia la nacionalización de los hogares y la feminización de las trabajadoras. Por su parte, dentro del anarquismo, la madre se encarga de educar a los hijos sobre los peligros del patriotismo, la religión y el Estado. (Felitti, 2011)

En medio de este marco social que parece confinar a las mujeres a una sola opción, la maternidad, el ejercicio de este tipo de liderazgo proporciona un espacio donde las ideas de control de la natalidad encuentran algún lugar. Por un lado, el anarquismo propone el amor libre y avala la anticoncepción, y por el otro, bajo la influencia de un discurso malthusiano y eugenésico, se propone el control de la natalidad en los sectores más pobres de la población. (Felitti, 2011)

En este momento, el discurso feminista se divide en dos vertientes: el feminismo relacional que pone el acento en los derechos de las mujeres como madres con capacidades de engendrar y criar, y el feminismo individualista, que reivindica valores como la autonomía y rechaza los roles tradicionales definidos socialmente. (Felitti, 2011) Como explica Nari, citada también por Felitti, *“más allá de la utilización común del término, las maternidades serán diferentes: para uno, la garantía del orden; para otros, el motor de la revolución (Nari, 2004)”*. (Felitti, 2011, pág. 28)

Es así como, a pesar de las presiones para instalar la maternidad como mandato, las prácticas anticonceptivas aumentan, como también lo hacen los abortos provocados, los infanticidios y el abandono de bebés. Son los médicos, y en especial los pediatras, los que se levantan en nombre de toda esta sociedad a pretender dar solución a estos problemas.

Para comprender esta intervención hay que tener en cuenta que, concomitantemente con los hechos que venimos contando, en muchas sociedades occidentales comienzan a tener lugar dos procesos. Por un lado, la medicalización de la sociedad: los saberes y las prácticas médicas incorporan y absorben problemas de la vida social que antes estaban reguladas por otras instituciones (Rustoyburu, 2019). Por otro, la configuración de la pediatría y la puericultura como una especialidad dentro de la medicina.

La medicalización de la infancia.

Desarrollaré más adelante el tema de la medicalización de la sociedad, ahora me detendré en la influencia de la pediatría y la puericultura en la configuración de las representaciones de las mujeres-madres, sus roles, así como sus actividades y responsabilidades específicas.

Desde sus inicios, esta especialidad no sólo intenta disminuir la mortalidad infantil, erradicar algunas enfermedades y evitar la transmisión de otras, sino que también trata de influir y controlar el comportamiento de las familias. *“Los pediatras y los puericultores no sólo pretendieron curar a los niños sino también erigirse como los poseedores de los saberes sobre cómo se debía criarlos y educarlos.”* (Rustoyburu, 2019, pág. 23)

En 1911, se crea la Sociedad Argentina de Pediatría por puericultores de importante prestigio nacional e internacional, vinculados al movimiento higienista, que abrazan la convicción fundamental de que el binomio madre-hijo es indisoluble. *“La puericultura era reivindicada como la ciencia que convertiría a las mujeres en buenas madres”* (Rustoyburu, 2019, pág. 43).

Es así como el discurso de los médicos se intensifica para educar a las madres en preservar la familia en nombre del resguardo de la “raza blanca” y la “salud colectiva” (Felitti, 2011)

El movimiento higienista promueve recomendaciones de crianza basadas en la deslegitimación de las costumbres de los sectores populares e impulsa campañas que se convierten en herramientas funcionales a los proyectos de homogeneización racial influenciadas por ideas neolamarckianas. La puericultura creció en torno a estas políticas e hizo hincapié en la moralización de los futuros padres, fundamentalmente a través de la transformación de la madre, educándola en sus hábitos y sentimientos desde los institutos de puericultura.

La medicalización de la crianza y de la maternidad generó una progresiva fusión entre feminidad y maternidad, proceso que se conoce como maternalización de las mujeres. Fue de las ciencias médicas de donde provinieron los fundamentos y argumentos para convertir la maternidad en mandato. Los discursos de los pediatras naturalizaron las relaciones entre madres e hijos y, además, especialmente con el auge de la medicina psicosomática, las

responsabilizaron a ellas de las enfermedades de los niños. Los estudios de género sobre la historia de las mujeres muestran la sujeción de ellas en este adoctrinamiento. (Rustoyburu, 2019)

Como estudiaremos en la próxima sección al tratar la medicalización indefinida y su impacto dentro de la relación entre profesionales y pacientes, la comunidad médica comienza a configurarse como una autoridad moral en el escenario público. Así lo explica Rustoyburu: *“Este rol adoptado por los médicos no era ajeno a la construcción de su legitimación social, política y profesional.”* (Rustoyburu, 2019, pág. 37)

Educación para la lactancia

Analicemos ahora lo que sucedió con la lactancia en este contexto social y político.

La mortalidad infantil hacia fines del siglo XIX era muy alta. En el año 1870 fallecían 30 de cada mil nacidos vivos en un año (Grushka, 2010). Es de esperar que el principal objetivo concerniente a la promoción de lactancia materna exclusiva estuviese relacionado con la disminución de la mortalidad. La pasteurización de la leche no fue confiable hasta 1920, por lo que los pediatras desaconsejaban fuertemente los sucedáneos de la leche materna.

A su vez, también bajo la influencia de ideas higienistas, se comenzó a controlar a las nodrizas. Si bien los conocimientos actuales nos hacen valorar como positivas estas estrategias para el control de la propagación de infecciones transmitidas por la leche materna, varias autoras denuncian una posición ideológica detrás de estas recomendaciones. Nari las vincula con ideas que descalificaban las costumbres de los sectores más pobres y estaban cargadas de prejuicios hacia estas mujeres que eran acusadas de ignorantes, negligentes e irresponsables al dejar a sus propios hijos para cuidar a los de otras. (Nari, 2004) (Rustoyburu, 2019)

Hacia fines de la década de 1920, cambian los motivos de la recomendación. La mortalidad infantil, si bien todavía era alta, había disminuido. Ahora las recomendaciones apuntaban a la construcción del vínculo entre la madre y el hijo. En este contexto se crean instituciones

como maternidades, hospitales, institutos de puericultura y “gotas de leche” que, además de controlar la salud de la madre y los recién nacidos y dar pautas de crianza, trabajan fuertemente para lograr una lactancia exitosa.

En los institutos de puericultura había consultorios con médicos especializados y también existía la posibilidad de internar a los lactantes. La internación era gratuita y la causa más común de ingreso era la falta de producción de leche por las madres. “En el instituto se trataba de auxiliar y “rehabilitar” a las madres en sus funciones de nodriza” (Nari, 2004)

La administración de estas instituciones era semipública, si bien contaba con el sostén material del Estado y algunos benefactores privados, la organización estaba a cargo de un grupo de mujeres de elite. Entre las instituciones más importantes están las que dependían de la Asistencia Pública de la Capital y de la Sociedad de Beneficencia, se destacan el Hospital de Mujeres, que tuvo la primera sala de partos y un hospital de niños y la Casa de Expósitos. (Rustoyburu, 2019) También operaba “El Club de Madres” cuyas acciones de beneficencia se dirigían “a “ilustrar” a las madres en el cuidado y la alimentación de los niños y crear espacios para los niños cuyos padres trabajaran con la finalidad de preservarlos de los “peligros del vicio” en las calles” (Nari, 2004)

Marcela Nari sintetiza de manera contundente el contexto social e ideológico en el que se enmarcaron los esfuerzos de la comunidad médica en maternalizar a las mujeres:

“Éstas ideas y prácticas médicas con respecto a las mujeres y a la maternidad se hallaban encuadradas y atravesadas por las inquietudes acerca de la cantidad y calidad de la población, por el “orden” familiar como reflejo y base del “orden social” y por los impactos “degenerativos” del trabajo asalariado femenino. Todo ello impulsaba a los médicos quienes, a su vez, eran impulsores de tales presupuestos significativos y operantes. La madre se construyó como una realidad, tanto simbólica como material, que subsumía toda expresión posible de femineidad a la procreación, la crianza y el cuidado de los hijos. Esta construcción intentaba, con distintos grados de éxito, modificar comportamientos, actitudes, valores y sentimientos de las mujeres con respecto a sus identidades y a sus vínculos con los hijos.” (Nari, 2004, pág. 129)

La mujer y la lactancia

Creo que hasta aquí hemos podido describir cómo se instala en nuestra sociedad la idea de mujer-madre, así como las características que esa madre ideal debe tener. Muchos de estos condicionamientos siguen operando en la actualidad y aparecen representados en los discursos sobre maternidad tanto de la comunidad médica como de la sociedad en general.

Lo que sigue en la historia de la mujer y la maternidad en la Argentina es el cuestionamiento de estas bases ideológicas por parte del movimiento feminista que puede resurgir en el país gracias a la recuperación de la democracia en la década de 1980.

Como explica Barrancos, el retorno del feminismo se da con un

“cambio notable de posiciones epistémicas y sobre todo de agenda, gracias a la crítica aportada por la Segunda Ola [...] La diferencia jerarquizada de los sexos fue vista por el renaciente feminismo argentino de la posdictadura no solo como una rémora patriarcal, sino como una expresión de las formas autoritarias que debían ser removidas por el Estado de derecho.” (Barrancos, 2018, pág. 10)

Los puntos centrales de esta nueva agenda feminista fueron la lucha contra la violencia doméstica y el reconocimiento político de las mujeres.

No voy a profundizar ahora en esta etapa de la historia, ni en su repercusión en las representaciones sociales sobre la maternidad y la lactancia. Parte de este análisis aparecerá en las críticas del feminismo en las próximas secciones.

Me interesaba reflejar el período en el que las historiadoras ubican el origen de las ideas sobre la maternidad y la lactancia que marcaron y aún marcan la vida de las mujeres, así como el rol preponderante de los médicos y puericultores en estas representaciones.

El resurgimiento de la lactancia desde la década de 1970.

Para reseñar lo que pasó con la mujer y la lactancia a partir de la década de 1970, entrevisté, como informante clave, a la doctora María Luisa Ageitos, la primera presidente

de la Sociedad Argentina de pediatría mujer, cuyo trabajo fue determinante para recuperar el valor de la lactancia en la agenda de los cuidados materno infantiles.

Como vinimos estudiando, cuando se crea la Sociedad Argentina de Pediatría en 1911, los médicos y puericultores higienistas que la fundaron trabajan mucho por la lactancia con el objetivo de disminuir la mortalidad infantil. Sin embargo, a principios de la década de 1970 la situación que describe la Dra. Ageitos es muy diferente. Según su relato, los avances en el procesamiento y envasado de los alimentos que tienen lugar durante la guerra, también introducen mejoras en la industria de los sucedáneos de la leche materna y las campañas publicitarias agresivas terminan por descalificar la lactancia. *“Primero se pensó que era lo mismo y después que era mejor la leche de fórmula”*.

Ella describe su interés por la lactancia materna como un despertar, un *“darse cuenta”*.

Recuerda que siempre fue muy lectora y que al encontrarse con un artículo sobre lactancia materna publicado en la revista *“Clínicas pediátricas de Norteamérica”* reaccionó.

Durante su formación tanto de pregrado como de posgrado no recibe ninguna información relacionada con la lactancia y, naturalmente, la indicación que les hace a sus primeras pacientes tras el alta es *“Una medida en treinta mililitros de agua (aludiendo a la preparación de las fórmulas). Si quiere dele el pecho”* me confiesa con arrepentimiento. *“Es que no sabíamos. Los pediatras también somos personas y, como tales, también estamos expuestos a esos mensajes”*.

Le pregunto cómo fueron los comienzos y cuáles fueron los principales impedimentos que tuvo en su camino para recuperar la lactancia. Me contesta que los pediatras (hombres en su totalidad) fueron los primeros en oponerse. *“Cuando quise presentar el tema en un congreso me respondieron «¿Te parece?», lo veían como algo doméstico”*.

Fue entonces cuando, convencida de que a los médicos se los convence con argumentos biomédicos, redacta unos módulos sobre fisiología de la lactancia para los médicos en formación. Lo que sucede a continuación también pone en evidencia los pensamientos de la época. Cuando los módulos son presentados al profesor de la cátedra de fisiología de la Universidad de Buenos Aires, este le contesta *“Está bien escrito, pero no entiendo por qué*

este módulo tiene cinco mil caracteres (no recuerda el número exacto pero sí las relaciones) y el Housay (el libro en uso) tiene trescientos.” A lo que contesta con humor “¡Por eso!”

Por el relato de la Dra. Ageitos, queda claro que la lucha por la lactancia en la Argentina estuvo relacionada con la reivindicación del derecho a la lactancia de muchas mujeres producto de la influencia de la publicidad de las fórmulas de sucedáneos de la leche materna.

Según Ageitos, esta lucha continúa y debe continuar. Como veremos en el último tramo de esta primera parte, la situación de la mujer que desea amamantar continúa siendo muy complicada. Ageitos comparte la preocupación por las madres que no tienen el sostén de la red social familiar y laboral para continuar con la lactancia una vez iniciada.

Menciona en particular las dificultades que encuentran las médicas, incluso pediatras, cuyos jefes y compañeros no reconocen esta necesidad de contención y apoyo. Fueron muy interesantes sus palabras, en especial, sobre las mujeres médicas: *“Yo creo que las mujeres han tenido, y todavía tienen, que trabajar más y mejor que los hombres para ocupar los mismos lugares que ellos. Encima con un problema que yo no tuve, porque cuando yo tuve a mis hijos ya había pasado tiempo (se refiere al tiempo de la residencia)...pero a las chicas que se embarazaban les costaba mucho porque los jefes decían, «No, mujeres no quiero porque se embarazan y faltan»”.*

Por último, le pregunté cuál era su posición con respecto al rol de las y los profesionales de la salud en la promoción de la lactancia. Su respuesta fue muy clara. *“No se pretende generar culpa, se le debe brindar información para que tome una decisión informada”.*

El encuentro con la Doctora Ageitos fue de un inmenso valor para mí. Creo en mujeres como ella que han luchado por los derechos de las mujeres. Todo mi reconocimiento y respeto.

La lactancia en la actualidad

En la actualidad, si bien existen grises, son dos las aproximaciones que sobresalen en relación con la lactancia y la maternidad. Por un lado se alza el lactivismo, que sitúa el amamantamiento como un lugar de lucha discursiva, un movimiento social y político donde las mujeres se involucran no solo en la producción de conocimiento sino también en un proceso a través del cual entienden o dan sentido a los eventos de sus vidas, a sus relaciones y a ellas mismas, y que se hace manifiesto a través de formas específicas de participación en redes sociales (Mecinska, 2017). Por el otro, se alzan las otras voces del feminismo que denuncian la promoción de la lactancia, y la lactancia en sí, como una forma de dominación de la mujer y subyugación dentro de la cultura patriarcal (Gimeno, 2018) (Badinter E. , 2011) (Sebastiani, 2012).

Desarrollaré estas dos posiciones antagónicas y sus críticas en los próximos dos capítulos.

Lactivismo. Empoderamiento de la mujer a través de la lactancia y la maternidad

Para desarrollar este punto me centraré en el trabajo de Aleksandra Maria Mecinska, doctora en sociología y activista. (Mecinska, 2017) Su tesis examina el rol de las mujeres en la lucha social sobre los significados del amamantamiento. A partir de la observación de las protestas “Flash mob” en Varsovia, Polonia (2011) y en Bristol, Inglaterra (2012) su trabajo ubica a la lactancia como un lugar de lucha discursiva, social y política.

En su análisis explora cómo las mujeres se ven envueltas no solo en la producción de conocimiento sobre la lactancia sino también en procesos a través de los cuales entienden o dan sentido a los eventos de sus vidas, sus relaciones y a ellas mismas, y se manifiestan a través de diversas formas específicas de participación en redes sociales y activismos.

Lo interesante de su trabajo está en la descripción que hace de los contenidos, representaciones y significados que la lactancia adquiere para las distintas personas que se ven involucradas tanto en las reacciones activistas como en las situaciones sociales que las originaron.

En junio de 2011, en Varsovia, una galería de arte cancela a último momento una exposición de fotos alusivas a la lactancia que tendría lugar en una estación de metro de la ciudad. El director de la galería justifica la suspensión diciendo que las fotos son escandalosas, podrían ofender los sentimientos de las personas religiosas, y se refiere a regulaciones legales que mencionan el sacrilegio y la obscenidad. Al día siguiente del anuncio de la cancelación se crea una página de Facebook para defender la muestra. La plataforma se llama “¡El amamantamiento no es obsceno! ¡Sí a la exposición!”, las mujeres comienzan a escribir sus quejas y rápidamente se decide que la mejor manera de demostrar lo normal que es la lactancia sería aparecerse en la estación y alimentar a sus hijos allí. La cita se dio a los cinco días, a las tres de la tarde, y concurren cerca de doscientas personas, en su mayoría mujeres con sus hijas e hijos. La atmósfera se inunda de desafío y celebración. Algunas de las mujeres llevan imágenes sobre la lactancia y otras, reproducciones de pinturas populares como “Maternidad” del pintor polaco Wyspianski, o “María Lactans” donde aparece la Virgen María amamantando, una imagen clásica de la iconografía familiar para muchos en un país predominantemente católico. Otras de las

manifestantes sostienen carteles con mensajes como “El amamantamiento no es obsceno” o “La lactancia es natural” y algunos niños llevan remeras con slogans pro-lactancia en inglés “I <3 Mummy’s Milk” (Mecinska, 2017).

Esta es la primera movilización de este tipo en Polonia e internet es clave para la convocatoria de las participantes y la difusión tanto de la información como de los comentarios posteriores. La prensa y la sociedad en general se dividen entre los que critican la cancelación de la muestra de fotografías y los que cuestionan la protesta así como la necesidad de la exhibición pública de las imágenes sobre el amamantamiento.

Me detengo a describir lo que Mecinska observa en las manifestaciones que se suceden durante estos eventos, no solo porque contribuyen a la comprensión del origen del lactivismo, sino porque encuentro en ellas argumentos que ponen en evidencia la forma en que se construye la moralidad alrededor de la lactancia y la participación que la cultura, la ideología y las identidades tienen en estas construcciones.

Las personas que defienden la cancelación y critican la protesta en general manifiestan el desagrado que les produce tener que ver a una mujer amamantando. Algunos dicen que esas fotografías no son “artísticas” y que no deben exponerse y otros dicen que los “desnudos” no pertenecen al espacio público o no son lo suficientemente agradables desde el punto de estético como para ser mostrados en una galería o en una estación de metro. Textualmente argumentan “No estoy escandalizado, para mí es simplemente asqueroso y eso es todo” (Mecinska, 2017).

En este grupo de manifestantes se encuentran también quienes hicieron oír sus opiniones a través de las redes sociales. Mecinska describe los mensajes online en contra de la protesta como una “efusión de violencia simbólica”. Aparecen comentarios que relacionan el amamantamiento con acciones como “orinar”, “defecar” o “copular” y acusan a la mujer que amamanta de “desplegar su intimidad de manera desagradable”. Algunos de los mensajes expresan su disgusto haciendo alusión a las “ubres hinchadas” de “vacas perezosas” que amamantan en público. Mecinska destaca en especial un comentario clasista y misógino que describió la protesta como una expresión de la “cultura plebeya” ya que “ninguna varsovia se rebajaría a sí misma y se tiraría en la vereda con sus tetas desnudas

e ingurgitadas como esas campesinas incogibles cuyas hormonas habían coalicionado en sus cerebros”² (Mecinska, 2017).

Mecinska relaciona la referencia a la “cultura plebeya” del amamantamiento con las observaciones del especialista en desarrollo Alan Berg, que explica que los valores que han acompañado a la modernización y la urbanización fueron en detrimento de la lactancia, la cual fue vista como una “costumbre anticuada o retrógrada o como una práctica de campesinas vulgares” (Berg, 1973).

Las protestas lactivistas atacan principalmente a los argumentos usados para justificar la cancelación relacionados con la obscenidad y el escándalo de la supuesta desnudez en público, y típicamente señalan el rol de la exhibición en la promoción de la lactancia.

Es muy interesante la opinión de la crítica de arte Iza Kowalczyk. En su blog, escribe que la cancelación de la exhibición forma parte de una concepción más amplia de rechazo a las imágenes de mujeres que no responden a la visión “marketinizada” del cuerpo femenino perfecto. Desde esta perspectiva, solo están permitidas imágenes de desnudez que están conectadas con la sexualidad. Estas fotografías, al ser no sexuadas y “sin estilo” no tienen lugar en la galería o en la estación de metro, de la misma forma que la mujer que amamanta no tiene lugar en el espacio público (Kowalczyk, 2010).

En este sentido, algunas mujeres protestan contra los cargos de indecencia señalando los “verdaderos desnudos indecentes” de los anuncios de prostitutas que se encuentran por todos lados en Varsovia. En respuesta a esta denuncia, y en consonancia con la apreciación de Kowalczyk, los críticos de la exposición argumentan que el amamantamiento es diferente, es una desnudez asquerosa e inaceptable, diferente de las imágenes cercanas a la pornografía que producen placer. Una mujer amamantando no representa un atractivo que alguien desee ver.

Mecinska explica que el rechazo del estatus artístico de la exhibición, las reacciones de protesta y el odio de los comentaristas de internet dirigidos hacia las mujeres que

² La traducción es mía, el texto original en inglés dice “since no Varsovienne would thrash herself on the sidewalk with a naked, slobbered, veined tit like those slimy unfuckable peasants whose hormones crash their brains”.

participaban del evento sugieren que la muestra representa una violación a algunos tabúes establecidos profundamente (Mecinska, 2017). Según explica la antropóloga Vanessa Maher, la división entre las esferas pública productiva y privada reproductiva, tiene como resultado la existencia de personas que asocian sentimientos de vergüenza con actividades que implican intimidad física o emocional. Es por eso que algunos hombres y algunas mujeres sienten incomodidad o desagrado con la idea de una mujer amamantando en el espacio público (Maher, 1992).

La estigmatización del amamantamiento también se ve reflejada en los lugares dispuestos para ello en los espacios públicos, salas de amamantamiento segregadas, cercanas a los baños. Es por eso que se destaca que el objetivo original de la muestra era “normalizar” la lactancia.

En términos lactivistas la idea de “normalizar” tiene que ver con que el amamantamiento sea visto como algo normal, de todos los días, algo común y socialmente aceptado. Esto conduciría a que una mujer que amamante en público no provoque una reacción negativa, por el contrario, sea vista como quién elige una forma normal de alimentar a un bebé.

Mecinska denuncia también el rol negativo de la industria de las fórmulas sucedáneas de la leche materna al crear una cultura que es hostil hacia el amamantamiento. Estudios que analizan los contenidos de los medios de comunicación de Reino Unido señalan que, en relación con el amamantamiento, el biberón se presenta como la forma más frecuente de alimentar a los bebés y la menos problemática. Así, el biberón es visto como lo habitual en las familias comunes, mientras que el pecho se asocia a las celebridades y a las familias de clase media (Henderson, L.; Kitzinger, J., & Green, J., 2000). Según Mecinska, estas representaciones limitadas sobre la lactancia perpetúan su falta de aceptación al mostrarla dificultosa y para gente exclusiva.

Frente a todas estas representaciones se levanta el lactivismo que sostiene un contrapeso ideológico desde el que la mujer que amamanta adquiere un valor y un lugar diferente.

Esto también se refleja en el otro Flashmob que motiva la investigación de Mecinska tiene lugar en Bristol, Inglaterra, en el año 2012. De nuevo se reúnen madres para amamantar públicamente en respuesta a la publicación online de Kelly Schaecher donde relata el

maltrato recibido por el staff del Park Street Cafe mientras amamanta a su hija. En su relato comenta:

“Yo estaba sentada en un café alimentando discretamente a Sasha y me solicitaron que me moviera a un rincón como si estuviese siendo irrespetuosa. Estaba tan conmocionada que estúpidamente me moví, pero mientras estaba sentada allí me empecé a sentir molesta y enojada. Cuando me iba me crucé con una mujer con un recién nacido que entraba y le dije ‘Solo para que sepas, te van a pedir que te sientes en el rincón para alimentarlo’. La pareja entonces se fue del café. Mientras estaba subiendo por Park Street un Audi negro se me tiró encima violentamente y una mujer me gritó desde la ventanilla que ‘Nunca (Never fucking) vuelva a su café de nuevo y saque mis tetas y que no le digas a otras personas que no vengan’” (Mecinska, 2017, pág. 20) (La traducción es mía)

Si bien hay algunas similitudes con la protesta de Varsovia, la situación en Bristol es diferente.

En primer lugar, la agrupación que convoca la protesta recurre al reconocimiento legal del derecho a la lactancia. En Varsovia se recurre a la ley para respaldar la cancelación de la muestra de fotos.

En segundo lugar, si bien el apereamiento del desnudo femenino es un tema de discusión, existe una sutil diferencia en el tratamiento que recibe. En Varsovia, las protestantes sostienen que los desnudos verdaderamente reprochables son los que están vinculados con la sensualidad y/o sexualidad. Por el contrario, Schaecher plantea la injusticia del trato que reciben los distintos desnudos femeninos. “*Vos podés ver chicas apenas vestidas en un pub en cualquier momento, entonces ¿por qué alguien tendría problemas conmigo mientras amamanto a mi hija?*”

Como explica Mecinska, esos matices en las actitudes dependen de las posibilidades particulares de expresar un problema en un contexto social dado. (Mecinska, 2017)

De nuevo se pone en evidencia la participación de la cultura, la ideología y el contexto social en estas construcciones morales.

La idea del cuerpo desnudo de la mujer que solo puede ser exhibido en un contexto que permita su disfrute sexual, así como la división de las esferas pública y privada, con sus respectivas actividades productiva y reproductiva, se ubican en una determinada ideología bien identificada por los distintos feminismos. Pero creo que a partir de la mirada de las feministas de la segunda ola se advierten las concepciones que existen detrás de estas representaciones y se desafían para mover a la mujer hacia un lugar diferente.

Considero que es así como el feminismo colabora y se manifiesta con el lactivismo. Moviendo a la mujer que desea amamantar a un lugar de reivindicación, diría hasta moral, una forma de ser que no necesita ser ocultada ni confinada a un espacio asignado.

La mujer lactivista sostiene con orgullo su amamantamiento como símbolo de rebeldía y reivindicación y se identifica con sus pares para hacer frente a una ideología de sometimiento.

En este sentido coincido con la apreciación de Beatriz Gimeno (Gimeno, 2018), el lactivismo le brinda a la mujer una identidad. Sin embargo, a diferencia de ella, que como veremos a continuación encuentra esta situación negativa, considero que tiene muchos aspectos positivos.

Desde el comienzo de este trabajo venimos sosteniendo no solo la importancia de la autonomía en la decisión de la mujer, sino una perspectiva de la autonomía que incorpora el concepto de identidad constituida por la intersección un complejo de determinantes sociales (Mackenzie, 2000). El lactivismo es uno de esos determinantes sociales.

Además creo que el lactivismo brinda un sentido de pertenencia a una cultura societal, con códigos y modos de ser determinados, que por un lado construyen una identidad particular y por el otro propician un espacio para desplegarla.

La mujer que decide amamantar encuentra en sus pares a esas mujeres que quiere ser, las primeras personas de las que habla Baier (Baier, 1985), y a su vez recibe el refuerzo positivo que legitima el deseo de esa determinada identidad. “Si querés amamantar en público está bien, todas nosotras queremos y hacemos lo mismo, esto es lo bueno y te apoyamos para que lo hagas”.

En este sentido, la comunidad lactivista proporciona un espacio social como lugar de anclaje para la construcción de opciones. Como explica el filósofo liberal Will Kymlicka en su libro “Ciudadanía multicultural”, las culturas societales deben entenderse también como un contexto de elección. Según explica “*La libertad implica elegir entre diversas opciones, y nuestra cultura societal no sólo proporciona estas opciones, sino que también hace que sean importantes para nosotros.*” (Kymlicka, 1996, pág. 120)

Haciendo referencia a Dworkin, destaca el valor que tiene las culturas societales, así menciona que

“...las culturas societales implican un «léxico compartido de tradición y convención» que sirve de base a una completa gama de prácticas e instituciones sociales. [...] La comprensión de estas narrativas culturales es una condición previa para hacer juicios inteligentes sobre como dirigir nuestras vidas. En este sentido, nuestra cultura no solo nos proporciona opciones, sino que también «nos proporciona las pautas mediante las cuales identificamos el valor de las experiencias».” (Dworkin, 1985, pág. 131 y 128) (Kymlicka, 1996, pág. 120)

Aquí nos unimos a los conceptos de oportunidad y opción que explicaba Silvina Álvarez (Álvarez, 2012), y creo que el lactivismo participa en ambas. Con sus acciones propicia que las mujeres tengan tanto la oportunidad de amamantar como el deseo que convierte esta oportunidad en una opción legítima para ellas.

Críticas al lactivismo

Como presentaré en la próxima sección, el trabajo de Beatriz Gimeno plantea la lactancia materna como una cuestión política y denuncia la presión del sistema patriarcal sobre las madres. Aquí quiero detenerme en su posición sobre el lactivismo. Según Gimeno, la lactancia está llena de ambivalencias, es muy difícil de alcanzar y muchas mujeres no se comprometerían con esta práctica si no les ofreciera un beneficio compensatorio. Ese beneficio es una nueva identidad, una identidad femenina fuerte que nunca antes había proporcionado la lactancia. Se refiere a la identidad lactivista como

“al proceso mediante el cual estas madres se auto perciben como un determinado modelo de madres, a todo el trabajo que hacen para poder percibirse así y a la manera en que se inscriben sus experiencias personales en una narrativa que se encuentra ya escrita y que, en este caso, acaba toda ella girando alrededor de la lactancia exclusiva y prolongada.” (Gimeno, 2018, pág. 171)

El problema que plantea Gimeno es que hay pocos trabajos que estudien la experiencia subjetiva de la lactancia o las estrategias que emplean las mujeres para alcanzar los estándares requeridos. De la escasa bibliografía destaca a Faircloth que, en su estudio sobre lactivismo, explica que la moralidad de las madres lactivistas no es individual sino social y que, alrededor de la lactancia, construyen una identidad con rasgos y prácticas individuales que comparten un objetivo social. (Faircloth, 2013)

Comparto con Gimeno que la idea de “buena madre” es una construcción sociocultural y, si bien creo que tiene sus beneficios, entiendo que puede dar lugar a situaciones negativas. La mujer que no se identifica con este modelo, o no lo logra, se siente socialmente culpabilizada o calificada de mala madre. Por otro lado, es un modelo que es practicable para muy pocas. Las mujeres que están solas, que también trabajan fuera del hogar, o que no tienen recursos económicos, se encuentran en serios problemas para alcanzar estos estándares. La pregunta es por qué la mayoría de las mujeres siguen adoptando estos modelos ideales tan difíciles de lograr y que pueden tener, para muchas, una valoración ambivalente. Por un lado, como se explica en este trabajo, una mujer no se inventa a sí misma sino que toma del entorno ideas y representaciones que la sociedad y también la comunidad médica contribuyen a legitimar. Como venimos sosteniendo, la construcción de decisiones autónomas está dada en el marco de una intersección de determinantes fundamentalmente sociales. Creo que hasta aquí podemos identificar situaciones saludables que explican la toma de decisiones o la identificación con una u otra posición. Sin embargo, existe un concepto que es diferente a lo que hemos definido hasta ahora como autonomía relacional. Me referiré a continuación al tribalismo moral.

Tribalismo moral

Eduardo Levy Yeyati, citando a Joshua Greene en “Tribus Morles”, describe un sesgo de pertenencia o un proceso adaptativo que él llama “suerte de darwinismo social”. (Levy Yeyati, 2018) Las personas tienen la necesidad de pertenencia a grupos sociales, sentirse integrantes y valoradas así por los otros miembros de la comunidad. Frente a la posibilidad de disidencia en opiniones o elecciones con otros miembros de estos grupos de pertenencia, los sujetos tienen distintas opciones: callar, decir lo que piensan (a riesgo de ser expulsados), mentir o adaptarse. Esta última opción es la que nos interesa.

Muchas personas se adaptan a las exigencias de homogeneidad tácitamente impuestas por la comunidad. Esto se conoce como tribalismo moral. *“Nosotros nos parecemos, y nos diferenciamos de ellos, que a su vez se parecen.”* Es un proceso de selección que combina adaptación y censura por parte de las tribus.

Levy Yeyati también hace referencia al incremento de este fenómeno en los últimos tiempos como consecuencia de la aparición de las redes sociales y la minería de datos. Nos advierte sobre la capacidad de internet de filtrar mensajes según las preferencias del receptor. Como consecuencia, se reduce la diversidad cultural y además se potencia un sesgo de confirmación. Las redes sociales se vuelven “cámaras de eco” (término de Michaela Del Vicario). Por ejemplo, ante cualquier dato o idea, cuando un lector busca en redes su veracidad, lo que en realidad encuentra son comentarios filtrados de otros lectores alineados ideológicamente con él. De esta forma se genera un *“idealismo subjetivo, las cosas no existen por sí mismas, sino para nosotros, son del color del cristal con el que el grupo las mira”* (Levy Yeyati, 2018, pág. 14)

Considero que uno de los problemas que existen en relación con el lactivismo se encuentra acá, en el tribalismo moral. Una mujer que se encuentra fuertemente involucrada e identificada con estos grupos sociales tendrá muchas dificultades para reconocer y evocar su disconformidad con uno o varios aspectos negativos que pueda sentir sobre la lactancia. Además, si, como profesionales de la salud, reforzamos los mensajes de estos grupos, complicamos aún más las posibilidades de disidencia de esa mujer.

Como síntesis de este apartado, me gustaría destacar el rol positivo del lactivismo no solo para generar opciones, sino también para asegurar la posibilidad real del ejercicio de estas

opciones. Sin embargo, se debe reparar en algunos aspectos negativos y, como veremos en la segunda parte de este trabajo, de qué manera la comunidad médica puede contribuir con ellos.

Cuestionamiento de la lactancia desde el feminismo.

En primer lugar, quiero presentar la posición del bioeticista feminista argentino, Doctor Mario Sebastiani. En su libro “¿Porque tenemos hijos?” lo presenta de manera muy clara.: “La lactancia natural: lo mejor para el bebé, ¿Y para la mamá?” (Sebastiani, 2012) En su trabajo, denuncia que el abordaje de la lactancia se encuentra plagado de autocensura por parte de quienes trabajan por una lactancia exitosa, y que esta falta de reflexión objetiva sobre el tema es consecuencia de una aproximación fundamentalista. Haciendo referencia a los vaivenes que ha tenido la lactancia en los distintos momentos de la historia, ubica los objetivos de volver a tener altos índices de lactancia en una lucha de índole ideológica ligada al rol que la mujer adquiere en la sociedad. Como ejemplo, presenta el origen de la liga internacional de la leche en los EE.UU. por un grupo de siete mujeres católicas del movimiento familiar cristiano. Asimismo, como veremos en la próxima parte de este trabajo, denuncia la forma en que se construye y se comunica la evidencia sobre los beneficios de la lactancia. Menciona que los estudios científicos no son claros al afirmar cuánto tiempo debe amamantar una mujer para que se logren esos beneficios y no ahondan en las dificultades que pueden presentarse. *“Para lograr todos esos indiscutibles beneficios se debe domar la conciencia de las mujeres a los efectos de que el objetivo final de una lactancia exitosa se alcance a pesar de las varias dificultades que, la mayoría de las veces, no suelen mencionarse.”* Por último, en este mismo sentido, sostiene una reflexión muy interesante con relación a las acciones llevadas a cabo en favor de la mujer por parte de los organismos relacionados con la salud. Según Sebastiani,

“es lícito preguntarse por qué todos estos organismos relacionados con la salud, sociedades científicas y agencias internacionales han encarado la lactancia natural como una batalla sanitaria y cultural y, en cambio, no han abrazado con igual fervor la necesidad de planificación familiar o del aborto seguro para todas las mujeres. No cabe duda de que la moralidad tiene un parche en alguno de los dos ojos.” (Sebastiani, 2012, pág. 125)

Coincido con el Doctor Sebastiani en muchas de sus observaciones. Veo las realidades que él observa en nuestra sociedad y en la comunidad médica. Sin embargo, como trataré de exponer más adelante en este trabajo, considero que no hay alevosía por parte de las médicas y los médicos sobre esta situación.

Lo que quiero decir es que las y los profesionales de la salud pertenecemos a una sociedad y, de la misma forma que esta sociedad influye en los ideales de madre que tienen las mujeres, también lo hace en estas mismas representaciones dentro de la comunidad médica. Si bien como profesionales tenemos la responsabilidad de, en las palabras de Foucault, etnologizar la mirada que dirigimos a nuestros conocimientos, no podemos culparnos si nuestra identidad o ideología se filtra de modo inconsciente en el accionar que como médicas y médicos dirigimos a nuestras pacientes. Considero que el desafío está en comprender cómo se construyen nuestros ideales, que pueden no coincidir con los ideales de las madres que asistimos, y generar recomendaciones que respeten a los segundos.

Avanzaré sobre estas cuestiones al trabajar sobre la relación entre profesionales y pacientes y la promoción de la lactancia.

En segundo lugar, quiero mencionar el trabajo de Beatriz Gimeno. (Gimeno, 2018) Como ya comentamos, plantea la lactancia materna como una cuestión política, y denuncia la presión del sistema patriarcal sobre las madres.

Su interés por el tema comienza 30 años antes de escribir su libro, en el momento del nacimiento de su hijo en un hospital público de España. Tras su decisión de no amamantar, se desata lo que ella califica como un infierno. Según su relato, las enfermeras no le proporcionaron los biberones necesarios para su hijo con el objetivo de presionarla o castigarla, así como también se negaron a administrarle las pastillas para que se le retire la leche, por lo que permaneció hinchada y dolorida, teniendo que recurrir al sacaleches varias veces al día. Describe los primeros días de una maternidad primeriza y muy deseada como una pesadilla.

Años después, ya inmersa en el feminismo, recoge las historias de muchas mujeres que sufren auténticas presiones por parte del personal sanitario, junto con las sensaciones de

culpa y dolor psíquico que atraviesan. En su trabajo analiza la lactancia materna como una *“compleja madeja de significantes políticos e ideológicos que van desde la construcción de identidades propias de la posmodernidad hasta políticas de género alentadas por una agenda conservadora, pasando por las políticas neoliberales de recortes en servicios públicos.”* (Gimeno, 2018, pág. 12)

Desde este lugar, intenta señalar cómo se constituye la idea de mujer y su rol, para poner en evidencia el modo en que se naturalizan concepciones erróneas al respecto.

Uno de sus puntos más relevantes se centra en desmitificar el llamado “instinto maternal” y las implicancias de su aceptación.

Ya se ha comentado parte de su análisis cuando se trabajó sobre la lactancia a lo largo de la historia. Como se señaló, Gimeno sitúa el nacimiento de la ideología maternalista en el siglo XIX cuando aparece el hogar burgués. A partir de este momento la mujer queda más que nunca privada del mundo exterior y confinada a la esfera privada. En el contexto de esta domesticidad femenina, aparece en el espacio público una nueva ortodoxia científica, que se sustenta en la teoría de la evolución. Como explica, desde la ciencia se comienza a teorizar sobre una diferencia esencial y natural entre los hombres y las mujeres. Es así como surge la idea de que las mujeres, por razones biológicas, tienen mayor interés y capacidad que los hombres para criar hijos. Se habla, entonces, del “instinto maternal”. La maternidad no es vista como una construcción donde intervienen aspectos sociales y culturales, sino como algo exclusivamente biológico.

Según estas teorías, el comportamiento “normal” de las mujeres (madres) podría, o debería, explicarse por lo “natural” o biológico. A su vez, para establecer lo natural se recurre a la observación de los animales y se pretende asemejar los comportamientos de las hembras con los que deberían esperarse de las mujeres. Desde estas miradas, elegir no ser madre es algo que puede considerarse extraño o antinatural. Cómo se explicó, en este contexto histórico y social, el feminismo de la primera ola no cuestiona este rol, sino que por el contrario contribuye a popularizarlo. El reclamo por los derechos civiles de las mujeres se basa en un valor moral cimentado en su capacidad y predisposición para ser madres.

Recién con el feminismo de la segunda ola aparece el cuestionamiento a estos mandatos. No solo se cuestiona la imposición de estos supuestos a la mujer, sino también a la ciencia como determinante de la moralidad. Lo que estas feministas explican es que la sociobiología solo busca lo que quiere ver. Es decir, sólo se fija en los comportamientos de los animales que son similares a los esperados por la sociedad, pero no incorpora los que son diferentes (Hrdy, 1999). Las hembras que se comen a sus crías, o las dejan para que sean cuidadas por los machos, no son tenidas en cuenta dentro de estos análisis. Considero que desde muchas disciplinas se ha dado por tierra la idea de que exista un “instinto maternal” como condición biológica. La doctora en psicología Catherine Mathelin en su libro “La sonrisa de la Gioconda. Clínica psicoanalítica con bebés prematuros” explica que

“El instinto maternal no es natural. Es la construcción de una historia de dulzura y de amor que comienza mucho antes del nacimiento, mucho antes de la concepción, cuando la madre, imitando a su propia madre, se consolaba a sí misma por ser una niña que jugaba a las muñecas.” (Mathelin, 1998)

Desde la ética del cuidado, también se puede recorrer un camino para la identificación del origen de la predisposición a cuidar a otros que tienen algunas mujeres. Gilligan explica en su libro “In a different voice” que estas mujeres, al estar más familiarizadas desde etapas muy tempranas de sus vidas con los espacios de cuidados tienen predilección a incorporar y vivir los valores que se jerarquizan en este ámbito. Es así como se comprende que en sus deliberaciones morales aparezcan argumentos diferentes que tienen que ver con la responsabilidad por los otros, la solidaridad, la compasión y el amor. (Gilligan, 2003) Lo mismo sucede con la capacidad de maternal, no surge de una predisposición biológica, sino de un aprendizaje que se incorpora a nivel consciente e inconsciente en la manera de ser y actuar de algunas mujeres. Creo, entonces, que la elección por el amamantamiento no puede explicarse solo por un instinto natural de orden biológico. Por el contrario, como sostengo en este trabajo, esta elección se construye a partir de la intersección de muchos otros elementos de índole social, cultural e histórica.

Volviendo al trabajo de Gimeno, en la misma línea que intenta desmitificar al instinto maternal, también denuncia los dogmas contemporáneos que se utilizan en el discurso médico para la promoción de la lactancia. Fundamentalmente critica lo que entiende como una excesiva importancia al vínculo madre-hijo. Gimeno, y las feministas citadas por ella, sostiene que, si bien es indudable que los recién nacidos necesitan cuidados físicos, emocionales y estimulación cognitiva, no es evidente que todas esas necesidades tengan que ser satisfechas exclusivamente por la madre y mucho menos amamantando. Según ellas, no hay ninguna razón para creer que esta forma de crianza es mejor que otras.

La creencia en la necesidad de un lazo particular y especial entre madres e hijos está presente en algunas culturas pero no en todas. Según Weisner y Gallimore, en 186 culturas contemporáneas, las madres individuales, como principales cuidadoras sólo representaban el 20% de los casos. En la mayoría de las sociedades la crianza es compartida entre distintas mujeres y niñas (o niños) mayores. (Weisner, T. y Gallimore, R., 1977)

Con respecto al apego, distintas investigadoras lo muestran como un fenómeno plástico, que no se manifiesta tal y como lo conocemos nosotros, o no es fundamental según las distintas culturas (Wolf, 2007) (Hrdy, 1999). Por otra parte, cita a McNamara, quien denuncia la falta de estudios que recojan los problemas que pueden generar las madres sobreprotectoras, con altos niveles de implicación con sus hijos, como inseguridad y ansiedad (McNamara, 2006). Según Gimeno, esta obsesión que se genera sobre el vínculo materno trae como desventaja que la maternidad se convierta en un mandato que culpabiliza a quienes no tienen estos deseos o no lo logran y, en especial, a las que tienen problemas con la lactancia. Además, denuncia que la creencia de que el poder maternal es el factor que más incide en el desarrollo del futuro adulto, le resta importancia a otros agentes socializadores como la familia, la escuela, los medios y la sociedad en general.

“Hacer a las madres responsables de los problemas de los adolescentes sirve para no reconocer la influencia de la falta de políticas públicas y de ayudas para evitar los embarazos adolescentes, para apoyar a los niños y niñas empobrecidos o para avalar

los recortes en guarderías o en ayudas.” (Gimeno, 2018, pág. 108)

Ya mencioné las críticas de Gimeno al lactivismo, lo que sigue en su trabajo es el cuestionamiento que hace sobre la lactancia como imperativo moral. Según su tesis, los beneficios de la lactancia en los niños y niñas que amamantan no son tan importantes y por lo tanto no justifican que la madre deba amamantar. Su posición se sostiene en que los estudios que respaldan estas recomendaciones están sesgados por una ideología previa y no reflejan la realidad. No coincido con su perspectiva en estos puntos. Me parece que es una posición muy problemática por varias cuestiones.

En primer lugar, como analizo en la segunda parte de mi trabajo, estoy convencida de que los beneficios que se le adjudican a la lactancia sobre niñas y niños que amamantan son reales.

En segundo lugar, creo que el enfoque de Gimeno es muy peligroso. Según ella, como los beneficios no son tales, una mujer no está obligada a amamantar. Pero si seguimos su lógica, si los beneficios fueran reales, parecería ser entonces que la mujer estaría obligada a amamantar.

Como analizaré más adelante, el problema no está en conocer si el beneficio existe. Lo que queremos saber es si, por el beneficio que implica la lactancia, una madre tiene la obligación moral de amamantar o, lo que es similar, si tiene que tener una justificación válida para no hacerlo. Esta pregunta será abordada en la tercera parte de esta tesis.

Por último, quiero mencionar el trabajo de la filósofa historiadora francesa Elizabeth Badinter “La mujer y la madre” (Badinter E. , 2011).

En su libro, denuncia un movimiento que en la década de 1990 intenta devolver a las mujeres al hogar, en particular a las menos formadas y a las más débiles económicamente, guiado ideológicamente por tres discursos: la ecología, las ciencias del comportamiento que se apoyan en la etología y un nuevo feminismo esencialista.

Denomina, entonces, “nuevo naturalismo” a esta tendencia de los últimos años que reconecta a la mujer con la naturaleza animal y se materializa en un estilo de crianza donde el contacto materno por el mayor tiempo que sea posible es una de las ideas centrales. Algunas de estas “buenas madres ecológicas” se niegan a la asistencia hospitalaria de sus partos en rechazo a la rigidez de las normas de las instituciones sanitarias y el autoritarismo médico y predicán los nacimientos domiciliarios en compañía de una doula. Otras aceptan la atención institucional de los nacimientos pero tratan de evitar la cesárea y la anestesia durante el parto a toda costa.

Badinter califica a este proceso como un retroceso, luego de las conquistas de libertad, igualdad y derechos alcanzados en la década de 1970, y refuta su sostén ideológico con argumentos similares a los mencionados al hablar del instinto materno.

Por otro lado, condena a este nuevo feminismo esencialista que vuelve a inscribir a las mujeres en un estilo de maternidad muy exigente que no todas pueden alcanzar. Su preocupación son aquellas que, al no conseguir cumplir con esos estándares, se sienten descalificadas en su rol de madres o ni siquiera intentan una empresa destinada al fracaso.

Tamara Tenenbaum, haciendo referencia a la obra de Badinter, señala que existe una diferencia entre alentar a una mujer para que pueda preguntar por la necesidad de la realización de una cesárea, y la condena social de aquella mujer que no pudo tener un parto vaginal o por las razones que fueran no amamanta. Una cosa es que el amamantamiento sea un derecho que se les debe garantizar a todas las mujeres que lo deseen, y otra cosa es convertirlo en una obligación moral. Según Tenenbaum,

“deberíamos sospechar, además, de cualquier obligación moral que implique, primero, que una mujer se quede sola en su casa todo el día y, segundo, que haga que la responsabilidad del cuidado recaigan casi exclusivamente sobre ella (la mamadera, señalaba Badinter, puede darla el padre o cualquier compañero o compañera de crianza; la teta, no)” (Tenenbaum, 2019, pág. 302).

Tenenbaum destaca del trabajo de Badinter la denuncia al modo en que institucionalmente se ensalza a la maternidad. La exaltación del rol maternal no contribuye a que las mujeres

vivan y gocen de esta experiencia, por el contrario, hace que muchas que lo dudan renuncien a alcanzarla. Es decir, para Badinter, el hecho de que la maternidad deba ser al 100% o no ser, genera que muchas desistan.

Frente al arquetipo de madre perfecta, Badinter propone rejerarquizar la tradición de la maternidad francesa. Según su trabajo, Francia conserva la tasa de natalidad más alta de Europa porque su modelo de maternidad está basado en el “arquetipo de la madre mediocre”. En la cultura francesa, ser madre es una cosa más entre otras que hacen las mujeres. La mujer francesa sostiene su vida sexual y su vida social más allá de la maternidad.

Con respecto a la lactancia en particular, Badinter sostiene que expresa una filosofía que condiciona el estatus de la mujer y su rol en la sociedad. Mientras que en la década de 1970 el biberón le proporciona a la mujer la posibilidad de seguir trabajando, hoy se vuelve nuevamente a la lactancia debido, fundamentalmente, al trabajo y la militancia de una asociación de madres cristianas norteamericanas: La liga de la leche.

Los argumentos que sostiene este movimiento son: la naturaleza como autoridad moral, las ventajas de la leche materna en niñas y niños, el estatus de la mujer y su rol como agente moralizador social.

En su trabajo, Badinter describe los distintos estatutos que publica la liga de la leche y la forma en que se imponen como mandatos morales. Además, cuenta cómo, en su estrategia política, sabe aliarse con gran habilidad a otros movimientos que no comparten necesariamente sus manifiestos ideológicos.

Así, en la década de 1970, la liga de la leche se une al movimiento de retorno a la naturaleza del movimiento *hippie* y de rebelión contra el *establishment*, incluido el de la comunidad médica. Más tarde recuperan la alianza con los sectores de salud, adhiriendo a las teorías a favor del vínculo y el apego.

De esta forma, valiéndose de distintas alianzas, logra actualizar su discurso manteniendo sus principios y, en las palabras de Badinter, “ha logrado convencer a los políticos y las instituciones de la superioridad de la lactancia materna”. (Badinter E. , 2011, pág. 105)

Sin embargo, Badinter se pregunta al igual que Sebastiani, “*la lactancia es lo mejor para el bebé ¿Y para la mamá?*” Al hablar de lactancia también se debe hablar del agotamiento, de la falta de leche, del dolor de los pezones agrietados, y lo que sucede con aquellas madres que no encajan en las imágenes idílicas de la literatura prolactancia.

En la próxima sección de este trabajo me enfocaré en explorar esta situación de manera general, así como en un contexto local y regional.

Situación actual de la madre que amamanta y de la que elige dar un biberón

Para hablar de la situación de la mujer que amamanta y de la que decide dar un biberón, en primer lugar me enfocaré en estudios que reportan su percepción, sus sentimientos, en especial los problemáticos, aquellos que ponen en evidencia las dificultades o frustraciones que experimentan. En segundo lugar mencionaré los trabajos que evalúan las condiciones reales que afrontan las mujeres en Argentina, jerarquizando aquellos que reflejan la situación de las mujeres que trabajan también fuera del hogar, quienes presentan mayores barreras o inconvenientes si deciden amamantar.

Existe evidencia para pensar que las madres experimentan alguna presión para amamantar. Varios estudios muestran que los equipos de salud tienden a dar mucha información sobre la lactancia y el amamantamiento pero poca sobre la alimentación con fórmulas sucedáneas de la leche materna.

Una revisión sistemática realizada en Reino Unido sobre la experiencia de madres que administraron biberones a sus bebés, que incluyó seis estudios cualitativos y diecisiete cuantitativos (14 de Reino Unido, 7 de Estados Unidos, 1 de Nueva Zelanda y 1 de Australia), mostró que, independientemente de los distintos diseños de los estudios, contextos, enfoques y calidad, las madres que habían alimentado a sus bebés con fórmula experimentaron emociones negativas como culpa, enojo, preocupación y sensación de fracaso. Además, las madres cuentan que recibieron muy poca información sobre la alimentación complementaria y no se sintieron apoyadas al tomar esta opción. Aparecieron errores en la preparación de los biberones en forma frecuente, y ningún estudio evaluó la forma en que las madres toman la decisión sobre la frecuencia y la cantidad de fórmula administrada. Las conclusiones del trabajo fueron que existe una inadecuada información y apoyo a las madres que deciden alimentar a sus hijas e hijos con fórmula y que esta situación pone en riesgo a las y los lactantes. (Lakshman, 2009)

Otro estudio cualitativo (entrevistas semiestructuradas a madres sobre la alimentación de sus hijas e hijos) mostró que las madres se sintieron presionadas a amamantar por el equipo tratante y que cuando decidieron el uso de leche de fórmula se sintieron descuidadas. (Hoddinott, 2000)

Una revisión extensa sobre la experiencia y las actitudes de las madres que usan fórmula en los primeros meses realizada en la Universidad de Kent, reporta los problemas que aparecen en relación con la presión hacia el amamantamiento. Afirman que puede ser hasta contraproducente para incrementar las tasas de lactancia materna exclusiva, dado que las mujeres que experimentan esta presión comienzan a desconfiar de los profesionales y se vuelven escépticas a sus consejos. (Lee E, 2005)

En nuestro país, en un estudio cualitativo que realizamos en un sanatorio privado de Buenos Aires sobre la valoración de la lactancia por las parejas de las mujeres que amamantan, encontramos que algunos padres sintieron que, a pesar de haber concurrido a las charlas prenatales, no habían recibido información suficiente para poder participar activamente en los cuidados relacionados con la alimentación de los recién nacidos. En particular señalaron que en estas charlas se hizo mucho foco en la lactancia pero no en la preparación de biberones, aunque fueran preparados con leche humana. La información para higienizar correctamente las mamaderas fue recibida de parte de las puericultoras de la institución durante la internación, en el momento del nacimiento, pero no en las charlas prenatales. (Baston, C. Canton, C.)

Hasta aquí podemos decir que las mujeres que deciden optar por una opción diferente a la lactancia tienen dificultades o no se sienten respaldadas en su decisión por el equipo de salud. Ahora analizaremos lo que sucede con las mujeres que tienen deseos de amamantar.

En nuestro país existen leyes que protegen los derechos de la mujer que amamanta y de las y los lactantes. Ya en la Constitución Nacional Argentina (Art. 75, párrafo 23) se establece la necesidad de legislar y promover medidas que garanticen la igualdad real de oportunidades y trato a mujeres y niños durante el embarazo y (aclara específicamente) la lactancia. (Ley24.430, Constitución Nacional Argentina, 1994). En la ley 25.929, promulgada en septiembre de 2004, para la protección del respeto a la mujer durante el embarazo y parto, se especifica el derecho de las madres a ser informadas sobre los beneficios de la lactancia, así como a recibir apoyo durante el amamantamiento. (Ley25.929, 2004).

Con respecto a la reinserción laboral y la lactancia, la ley de contrato de trabajo establece las licencias de maternidad y los descansos para el amamantamiento, pero no reglamenta sobre la necesidad de espacios amigos de la lactancia (lactarios) ni guarderías. (Ley20744, 2004)

En cuanto a la protección frente al uso inadecuado de fórmulas lácteas, en el Código Alimentario Argentino se acepta el Código Internacional de Comercialización de sucedáneos de la Leche Materna de la Organización Mundial de la Salud, de Ginebra de 1981, y se establece que, dado que la elección en favor de la lactancia materna está influenciada por factores socioculturales, se deben revisar las acciones de propaganda comercial y la promoción indebida de alimentos infantiles que puedan utilizarse en lugar de la leche materna. (CódigoAlimentarioArgentino, 1997)

Sin embargo, si bien existen, estos instrumentos de protección no son suficientes para garantizar una práctica adecuada de la lactancia ya que son numerosos los factores que pueden interferir con la misma (EnLAC, 2018)

La prevalencia de madres que amamantan en nuestro país es de 58% a los 4 meses y de 42 % a los 6 meses, con una tendencia al aumento en el período 2014 a 2016 del 5% y del 7%, respectivamente, en parte gracias a las campañas de concientización llevadas a cabo por el Ministerio de Salud de la Nación en acuerdo con UNICEF. (VoicesResearch, 2018) (EnLAC, 2018).

Con respecto a los factores que pueden afectar esta prevalencia, en el año 2018 el Ministerio de Salud de la Nación lleva adelante una Encuesta Nacional sobre Lactancia Materna que evalúa la alimentación con leche materna en niños que se atienden en el sistema público de salud y la relaciona con variables sociodemográficas y de salud seleccionadas. Según este estudio, el porcentaje de lactancia materna exclusiva desciende a medida que los niños crecen, siendo del 58% a los 2 meses y del 42 % a los 6 meses (Tabla 1).

Porcentaje de Lactancia Materna

| Indicador | Antes de los 6 meses (n=15.322) | A los 2 meses (n=2.194) | A los 4 meses (n=2.724) | A los 6 meses (n=2.773) | Entre 12 y 15 meses (n=3.243) |
|-----------------|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| LME | 54 | 58 | 51 | 42 | |
| LM Predominante | | 2 | 5 | 10 | NA |
| LM Parcial | | 33 | 33 | 36 | |
| LM Continuada | NA | | NA | | 76 |
| Destete | | 7 | 11 | 12 | 22 |

Elaboración propia (DiNaMIA).

NA= no aplicable

Tabla 1: Porcentaje de lactancia materna. Total país. ENaLac 2018

Sin embargo, al comparar los datos con los recabados en el 2014 se evidencia una mejoría, aunque pequeña, en la prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 4 y 6 meses, observándose un aumento del 5% y 7% respectivamente (Gráfico 1).

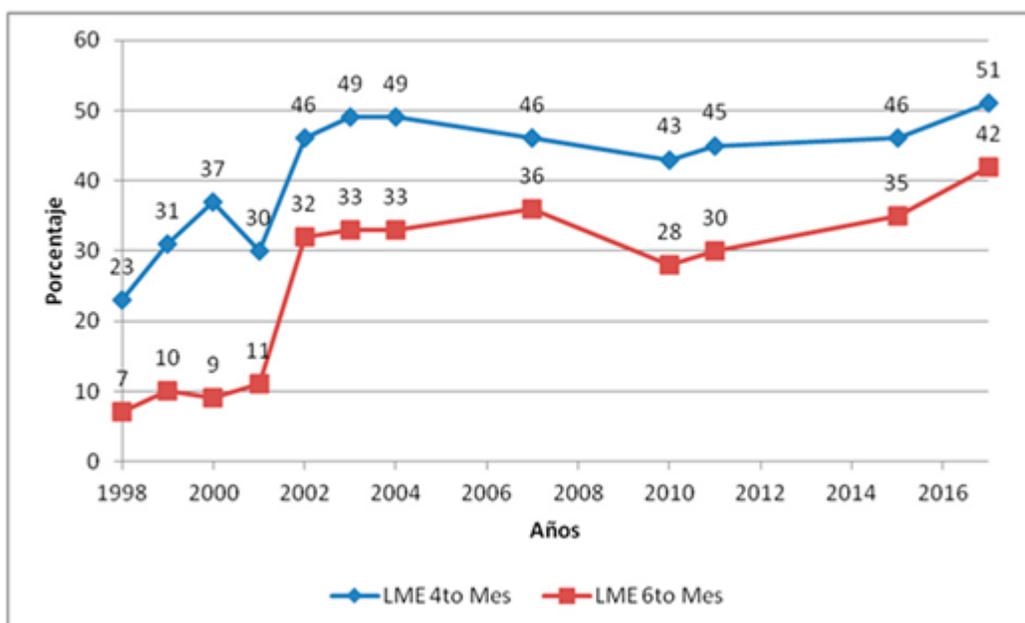


Gráfico 1: Evolución de los porcentajes de lactancia materna exclusiva al 4to y 6to mes de edad ENaLac 1998-2017

En la Tabla 2 se muestra el porcentaje de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses por provincia y año. Según la ENaLac 2015 y 2017: Buenos Aires, Jujuy, La Pampa,

San Luis y Tierra del Fuego aumentaron la prevalencia de LME, mientras que en el resto de las provincias dicho porcentaje disminuyó.

| Jurisdicción | Porcentaje LME año 2017 | Porcentaje LME año 2015 | Test de diferencia de proporciones (pvalor) |
|---------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| Buenos Aires ¹ | 58 | 52 | 0,000 |
| CABA ¹ | 58 | 58 | 0,500 |
| Catamarca | 42 | Sin Dato | - |
| Chaco ¹ | 67 | 73 | 0,031 |
| Chubut | 61 | 54 | 0,023 |
| Córdoba ¹ | 36 | 34 | 0,248 |
| Corrientes | 63 | Sin Dato | - |
| Entre Ríos ¹ | 54 | 53 | 0,735 |
| Formosa | 56 | 52 | 0,216 |
| Jujuy | 56 | 48 | 0,004 |
| La Pampa ^b | 62 | 47 | 0,001 |
| La Rioja | 35 | 46 | 0,010 |
| Mendoza ¹ | 64 | 59 | 0,036 |
| Misiones | 42 | 50 | 0,003 |
| Neuquén | 66 | 71 | 0,143 |
| Río Negro | 72 | 74 | 0,463 |
| Salta ¹ | 67 | 70 | 0,151 |
| San Juan | 49 | 61 | 0,000 |
| San Luis | 62 | 50 | 0,002 |
| Santa Cruz | 40 | Sin Dato | - |
| Santa Fe ¹ | 41 | 48 | 0,000 |
| Santiago del Estero | 35 | Sin Dato | - |
| Tierra del Fuego | 68 | 43 | 0,001 |
| Tucumán ¹ | 45 | 49 | 0,148 |
| TOTAL | 54 | 53 | 0,040 |

¹Jurisdicción con muestra suficiente para la estimación del indicador LME antes de los 6 meses del año 2017.

Tabla 2: Porcentaje de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses por provincia y año. (ENaLac 2015 y 2017)

Variables que pueden asociarse al no inicio, a la interrupción prematura o al abandono del amamantamiento

1- Factores socio epidemiológicos asociados a mayor prevalencia de lactancia materna exclusiva

De acuerdo al tipo de parto, se observa que en el grupo de los niños nacidos por parto vaginal el porcentaje de lactancia es de 90,5% (IC al 95%: 90,0-91,1) mientras que en los niños nacidos por cesárea disminuye a 85,2% (IC al 95%: 84,4-86,0).

La prevalencia de lactancia en menores de 6 meses está afectada por el peso al nacer siendo de 54,7% (IC al 95%: 53,9-55,5) para los niños nacidos con más de 2500 g y 34,7% (IC al 95%: 31,5-37,8) para aquellos con peso inferior a 2500 g.

La práctica de la lactancia puede también verse afectada por el tiempo de separación entre madre e hijo/a. En los niños que pasan 4 horas o más separados de sus madres el porcentaje de lactancia es de 82,2% (IC al 95%: 81,0-83,5), mientras que en aquellos que el tiempo de separación es menor, el porcentaje aumenta a 89,9% (IC al 95%: 89,4-90,4). La mayor prevalencia de lactancia en las niñas y los niños que no pasan más de 4 horas separados de sus madres se mantiene en todos los grupos etarios.

Teniendo en cuenta las características sociodemográficas de la población, los indicadores de lactancia materna exclusiva fueron menos favorables en el grupo con menor nivel de instrucción materna, siendo las diferencias estadísticamente significativas.

2- Dificultades que experimenta la mujer que amamanta.

Según la Encuesta de la Liga de la Leche Argentina de 2018 (VoicesResearch, 2018) la combinación de trabajo y lactancia es valorada como *imposible a muy difícil* en el 77% por las mujeres que amamantan (21% la califica como *imposible*, y el 55% como *muy difícil*). Las mujeres que trabajan en fábricas son las que mayores dificultades manifiestan, así como las que vuelven a trabajar exclusivamente por razones económicas.

Combinar lactancia y trabajo requiere de una red de sostén y apoyo tanto dentro como fuera del ámbito laboral. Cuando se pregunta a las mujeres que logran una lactancia exitosa en qué medida algunas personas o grupos de personas son importantes para el éxito del amamantamiento, las respuestas son *mucho o bastante* en un 98% para su pareja, 93% para

la empresa u organismo que las emplea, 89% para su jefe directo, 85% para su pediatra, 77% para sus compañeros o colegas, 75% para su madre, 63% para grupo de amigas y 44% para otros familiares.

Se puede concluir, entonces, que el apoyo en el ámbito laboral, así como de la pareja, son fundamentales para la mujer que amamanta. Sin embargo, prima la percepción de que la institución empleadora no apoya la lactancia. En la misma encuesta, el 38% de las mujeres califica como *poco* el apoyo de los empleadores a la lactancia, y un 19% siente que no es acompañada en ninguna medida. Las mujeres en posiciones altas o de liderazgo en el trabajo son las que más dificultades declaran tener para sacarse leche durante la jornada laboral.

Minorías significativas de la población entrevistada consideran que las oportunidades de desarrollo profesional se limitan con la lactancia o por extraerse leche en el trabajo y una de cada cinco mujeres piensa que la lactancia pone en riesgo su trabajo.

La lactancia es un tema incómodo. No hay políticas de promoción y apoyo en el ámbito empresarial. Las mujeres deben extraerse leche a escondidas, en lugares incómodos y sin disponer del tiempo que necesitan. Ocho de cada diez mujeres declaran no contar con un lugar asignado en su trabajo para extraerse leche y tres de cada diez mujeres no acceden a la jornada laboral reducida para amamantar establecida por la ley.

Las barreras son especialmente relevantes entre las mujeres que se desempeñan en el ámbito privado. El Informe de UNICEF sobre el “Sector privado y los derechos de niñas, niños y adolescentes en la Argentina” (Unicef, 2018) que evalúa las prácticas y políticas en las empresas, reporta que sólo el 14% incorpora los derechos del niño en sus políticas corporativas y el 8% no cumple con la licencia de 90 días por maternidad establecida por la ley. Resulta importante destacar que el 92% de las empresas relevadas no cuenta con espacios adecuados para la extracción y la conservación de la leche materna y el 95% no facilita el acceso a lugares de cuidado infantil (jardines, centros de primera infancia y guarderías). Más aún, en un 32 % de los casos no se cumple el otorgamiento de la hora reglamentaria de lactancia a las mujeres que amamantan.

Además de los antecedentes perinatales y los factores sociales que se han mencionado, existen problemas que aparecen durante el proceso de lactancia que pueden condicionar su continuidad.

En primer lugar, como causa principal de interrupción de la lactancia materna (30 a 60%), se encuentra la hipogalactia, definida como una situación en la que lactantes no reciben suficiente cantidad de leche, sea porque la madre no produce suficiente o porque no pueden extraerla de modo eficaz. (Paricio Talayero, 2015)

De la misma forma que la continuidad de la lactancia obedece a múltiples factores, la hipogalactia también obedece a múltiples causas cuyas prevalencias exactas son difíciles de estimar. (Landa Rivera, 2004) (Paricio Talayero, 2015) Coincido con el Doctor Talayero, en que

“asumir sin más la hipogalactia como la principal causa de cese de la lactancia es: confundir la causa con el efecto, no llegar al quid de la cuestión, hacerle el juego a los fabricantes de sucedáneos, minar la confianza de las mujeres, despreciando su capacidad como madres y culpabilizándolas al atribuir a su "insuficiencia" la causa del problema” (Paricio Talayero, 2015).

Creo que en el abanico de posibilidades, que van desde las puramente orgánicas hasta las puramente sociales, pasando por la interacción entre estos grupos, existen infinidad de situaciones que exceden las posibilidades de control por parte de esas madres y, sin embargo, hay una asunción tácita que las responsabiliza.

Con otro nivel de frecuencia aparecen problemas como la mastitis y las grietas del pezón. La mastitis tiene una incidencia que está alrededor del 10% (de 3% a 33%, según series). Suele ocurrir en los tres primeros meses, especialmente entre la segunda y la tercera semana posparto y recurre entre el 4% y el 8%. No representa una contraindicación para la lactancia, sin embargo es causa de abandono y experiencias negativas por el dolor y el malestar general. (Espínola Docio, 2016) Las grietas del pezón y la ingurgitación mamaria dolorosa también son problemas frecuentes en la consulta neonatal que se asocian a una experiencia relatada como fuertemente negativa por muchas madres.

Me detengo en comentar estas situaciones porque, como vimos en el apartado sobre lactivismo, en las representaciones que culturalmente se construyen en torno a la lactancia estos problemas no están presentes. Cuando se piensa en amamantamiento las imágenes que se evocan son de satisfacción, plenitud, virtud y placer, entre otras experiencias positivas. Esto es lo que hemos incorporado, normalizado y normatizado, una lactancia plena, espontánea, que se debe dejar fluir porque es “natural” y tiene que salir bien. No puede ser de otra forma.

Me pregunto qué sucede con la gran parte de las mujeres que, a pesar de sus deseos y voluntad de amamantar, no transitan esta etapa de sus vidas de esa manera idílica y satisfactoria.

Me preocupa también, como analizaré en la siguiente parte, el mensaje que transmitimos como comunidad médica. Creo que con la intención de promocionar la lactancia se muestran solo sus beneficios y se ocultan las dificultades que también son parte del proceso. Me pregunto si esa propaganda no contribuye en la construcción de las primeras representaciones, y las legitima, invisibilizando las experiencias negativas y los problemas.

¿Cómo se hacen visibles las experiencias negativas si desde los sectores de salud reforzamos una ideación que claramente no coincide con lo que ellas están experimentando? ¿Cómo se hace para dar salud psíquica y física a estas mujeres si sus dificultades y sensaciones contradictorias no pueden ser mencionadas como posibles? Considero que estos mensajes cumplen con su objetivo al ejercer la influencia pretendida en la elección en favor del amamantamiento, pero también operan de manera inconsciente en la dimensión performativa de la maternidad y esto puede ser problemático. Levantamos el estandarte del modelo de madre que se “debe ser” y no dejamos espacio para las madres que reales que “pueden ser”.

Cuando comencé con este trabajo muchas mujeres se acercaron espontáneamente a contarme sus vivencias. Fue muy enriquecedor para mí, no solo por lo que me contaban, sino también por el hecho de que lo hicieran. Los mensajes llegaron de todos lados: amigas, conocidas, colegas, profesoras e incluso desconocidas lo hicieron a través de las redes sociales. Lo que percibí fue una necesidad de contar una historia que para ellas era original,

diferente a la oficial: “*la pasé re mal*”, “*mi cuñada enloqueció con la lactancia*”, “*eso no te lo dicen*”, “*me faltó ayuda*”.

Fuera de la rigurosidad metodológica de un estudio de investigación cualitativa, que está fuera de los objetivos de este trabajo, me gustaría transmitir esa información valiosísima que me han aportado tantas mujeres, así como la que puedo recolectar en los doce años que llevo trabajando como neonatóloga.

- En general, **en el momento del nacimiento la gran mayoría de las madres desea amamantar**. Cuando asisto la recepción de un recién nacido, pasados los primeros minutos y luego de la estabilización inicial, les pregunto a las madres si desean amamantar para dar las pautas de contacto temprano en la primera media hora de vida, si así lo quieren. En todos los años que ejercí la profesión, solo recuerdo dos casos donde la respuesta fue negativa. En el primer caso los motivos estaban relacionados con una cirugía mamaria y en el otro con una experiencia de lactancia previa muy negativa con una hija anterior. En todas las demás ocasiones las madres contestaron afirmativamente y algunas hasta se sorprendieron por la pregunta y me contestaron con un gesto de perplejidad “*Sí... claro, ¡por supuesto!*”
- **Para muchas madres, poder alcanzar una lactancia satisfactoria es muy importante y valioso**. Durante la estancia en una unidad de cuidados intensivos neonatales las familias pasan por distintos momentos, muchos de ellos muy dolorosos, relacionados con los problemas de salud que pueden aparecer en sus hijas e hijos. Los equipos de salud hacen muchos esfuerzos para cuidar a estos bebés y a sus familias. Ese esfuerzo y ese acompañamiento no solo es reconocido y agradecido sino que también hace que se genere un vínculo afectivo muy importante entre profesionales y familias que continúa más allá del alta. En más de una oportunidad ha pasado que madres, que habían sido acompañadas durante todo su tránsito por la unidad de cuidados intensivos neonatales, han destacado y agradecido, por sobre todos los demás cuidados recibidos, el apoyo que les brindó para poder amamantar.
- **Las madres que no alcanzan los objetivos de lactancia deseados lo cuentan con frustración**. Una mamá del colegio de mi hija me contaba “*Yo quería pero no*

funcionó. Me habría gustado recibir más ayuda, algo falló” (39 años, primer hijo). Una amiga, 41 años, primera hija “Con A. (su hija) hicimos lo que pudimos, dejamos un agujero en el sillón, estábamos todo el día, pero no engordaba, estuvimos 3 meses tratando... es lo que se pudo.”

- Es de destacar que **en el relato de las madres que optan por dar una leche de fórmula aparecen justificaciones y pedidos de disculpas. La sensación de sentirse “malas madres” o “juzgadas” está implícita y muchas veces se hace explícita.** Como respuesta a una publicación en Twitter donde se mencionaba el tema de mi tesis, recibí un mensaje que decía *“Me pasó: Mi hija nunca se prendió bien + reflujo + pezones lastimados hicieron que la lactancia exclusiva no dure ni una semana, y fue y es durísimo como se nos juzga. Desde que está con fórmula ambas somos más felices. ¡Es lo que pudimos! (emotición de corazón)”*.

En los bebés prematuros, la alimentación comienza con una sonda orogástrica por la que se instila preferentemente leche humana. Para que esto suceda, las madres deben extraerla con unas bombas (sacaleches) y recolectarla. Una madre de gemelas nacidas de 34 semanas que se encontraban internadas para recuperación nutricional en una de las instituciones donde trabajo, a los diez días de vida de las niñas me comunicó a través de las enfermeras que *“lo había decidido y no quería sacarse más leche”*. Inmediatamente me reuní con ella para escucharla y ver que le había pasado, dado que anteriormente había manifestado sus deseos de amamantar. La encontré muy angustiada y en su relato acelerado me decía *“¡Perdón! ¡Yo sé que está mal, pero no tiene sentido! Me estoy sacando leche cada tres horas y junto cinco mililitros para las dos... ¡Nada! No tiene sentido el costo que estoy pagando para tan poco. [...] Yo sé que todo el mundo le está poniendo toda la onda para ayudarme, pero yo lo estoy viviendo re mal... Yo trabajo en una fiscalía, capaz lo veo así por eso, pero el otro día la puericultora se quedó a esperarme y a acompañarme hasta re tarde... Todo bien, es divina, pero yo sentí esa marca personal como cuando llevan a los presos, no... horrible... Perdón, seré la madre que seré, pero no puedo más.”*

- **Muchísimas madres relataron las dificultades para continuar con la lactancia durante la inserción laboral. La ausencia de lugares adecuados para la**

extracción y conservación de la leche humana es la norma, así como la incomodidad para destinar tiempo a esa tarea. Una amiga, médica intensivista me decía *“había un solo baño para todo el piso, yo me encerraba y a las apuradas me sacaba... mis compañeros se re calentaban porque querían usar el baño, un garrón”*. Una compañera de trabajo, neonatóloga *“Yo entiendo el discurso de la lactancia y todo bien... pero yo con M. (su hijo) me la tuve que inhibir (inhibir la producción de leche mediante medicación)... Me estaba sacando leche y me llamaban para un parto, o estaba todo el día en la terapia con pacientes graves, esos que no podés dejar... ¿Sabés lo que es que te empiecen a chorrear las lolas? No... no se puede”*

- **También apareció la incomodidad por los comentarios intrusivos de las personas del entorno.** Algunas se sintieron juzgadas por dar un biberón, otras por no darlo. En las últimas aparecía el mensaje recurrente de abuelas, abuelos y otros familiares *“para mí tiene hambre”*. También reciben críticas las que prolongan la lactancia, *“¿Te parece? ¡Tiene dientes!”*
- **Con respecto a la red de contención, la experiencia es positiva cuando en el entorno hay mujeres que han amamantado.** Las personas que no pasan por la experiencia de la lactancia parecen ser menos conscientes de las necesidades particulares relacionadas con el amamantamiento.

Para resumir este apartado evaluemos las dos opciones que puede tener una madre.

La que desea dar un biberón, como dice la evidencia, puede presentar sentimientos de culpa, fracaso y falta de apoyo por parte del sector de salud sumado a la prescripción implícita y explícita en favor de la lactancia. En este contexto es muy difícil que, usando los términos de Álvarez que mencionábamos anteriormente, esta “oportunidad” de recurrir a una fórmula láctea se transforme en un “opción”, es decir una propuesta viable y legítima para sí.

Ahora bien, analicemos lo que sucede con la madre que decide dar el pecho, influenciada o no por los sectores de salud. Como vimos existen numerosos obstáculos que interfieren con sus deseos y que ella no puede controlar.

Por un lado las situaciones relacionadas con los problemas de salud como bajo peso al nacer y nacimiento por cesárea. Luego aparecen los temas vinculados al entorno social como tiempo de separación del binomio madre-hijo y nivel de instrucción materna. Se suman en este segundo punto las dificultades que surgen en el momento de reinserción laboral de la mujer. No son menores los siguientes datos: el 92% de los lugares de trabajo no cuenta con espacios adecuados para la extracción de leche, el 95% de las empresas no tiene guardería o jardín de infantes, el 32% no cumple con la hora reglamentaria de descanso por lactancia. En lo que se refiere al espacio personal, el 98% de las mujeres que tuvo éxito en la lactancia afirmó que la contención de la pareja fue bastante a muy importante.

Creo que hay muchas cuestiones que pueden ser leídas a partir de esta información.

- En primer lugar, **la lactancia no depende exclusivamente de la mujer que amamanta**. Las dificultades con las que se encuentra una mujer que desea amamantar, tanto en su entorno personal como público, dejan en claro que se necesita una red de contención social que colabore en este sentido.
- **La lactancia puede fallar por una infinidad de razones que exceden a la mujer y esto genera malestar.**
- **Por los problemas que pueden surgir, el amamantamiento en sí puede vivirse como una experiencia negativa.**
- **No hay registro por parte de la sociedad de la situación y de los problemas que enfrenta la mujer que amamanta.** No hay una jerarquización adecuada de sus necesidades, que además son también las necesidades del lactante. Si bien existe una valoración social positiva hacia el amamantamiento y un conocimiento de los beneficios de la lactancia tanto para la mujer que amamanta como para lactantes, no hay un compromiso real que se materialice en acciones concretas para que esta pueda llevarse a cabo.
- **El conocimiento o la visibilización de estas necesidades por parte de los sectores de salud es reciente.** Si ponemos atención a las fechas de los estudios que realizan la Liga de la Leche en Argentina y Unicef notamos que son del 2018. Como veremos en la segunda parte al analizar la promoción de la lactancia desde

los sectores de salud, las estrategias para mejorar las tasas de la lactancia tradicionalmente hicieron foco en el decisor, la mujer-madre. Sin embargo, el lema de la Semana Mundial de la Lactancia Materna de 2019 fue además de afortunado novedoso: “Empoderándonos para hacer posible la lactancia”. Durante la jornada que organizó la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación en alusión a esta semana, representantes de OPS/OMS y de UNICEF en Argentina hicieron referencia a los estudios que mencioné y además hubo charlas sobre “Lactancia Paterna”, la participación del entorno familiar en la lactancia, así como entregas de reconocimientos a “Instituciones Amigas de la Lactancia”, empresas que habían inaugurado lactarios (espacios para que las mujeres que amamantan puedan extraer y conservar leche de forma adecuada) durante el año anterior.

Si bien, como se analizará más adelante, este cambio de paradigma puede explicarse por la incorporación de miradas que hacen foco en los determinantes sociales de la salud, considero que la principal influencia estuvo dada por el auge que tuvieron las perspectivas de género en los últimos años. El uso de la palabra “empoderar”, proveniente de una jerga típicamente feminista, da cuenta de esta observación.

- **Las mujeres sienten culpa si la lactancia fracasa. Existe una necesidad de redefinir las responsabilidades en torno a la lactancia.**

Es un hecho conocido y probado que las madres que no amamantan sienten culpa, sin embargo, creo que no es fácil conocer el origen de la culpa.

La profesora y filósofa Fiona Woollard, experta en el análisis de temas relacionados con el embarazo, la maternidad y la lactancia, dice que la culpa se genera por la presión que se ejerce sobre las mujeres y que esta presión se origina en parte por dos errores conceptuales, una confusión sobre el alcance de los deberes maternos de beneficiar y la fusión entre lo que son las razones morales y los deberes. Desde este análisis propone cuál es o debería ser el convenio social sobre la aproximación al amamantamiento. (Woollard, F.; Poter, L., 2017)

Volveré al análisis de Woollard en la última parte de este trabajo, por el momento me gustaría detenerme en este pensamiento. Coincido con su visión sobre la presión que se ejerce sobre las mujeres, así como en la necesidad de una redefinición de las

responsabilidades de cuidado que deben tener las madres para con sus hijos. Pero además, me parece importante incorporar otras perspectivas, que no aparecen en este trabajo pero sí en otros (Woollard, 2019), relacionadas con los determinantes sociales y culturales en donde se anclan las decisiones sobre la lactancia, que las concepciones relacionales de la autonomía también reconocen.

Como venimos trabajando en esta primera parte, desde la mirada de la autonomía relacional, la aproximación moral a la lactancia está definida por lo que cada mujer piense de sí y para sí, diría más, con lo que cada mujer siente. Hay un mandato, una representación de la madre que se desea ser que es está profundamente arraigada y ligada a la identidad. Esa identidad, si bien tiene su origen en lo que aportan los distintos grupos sociales de los que somos parte durante nuestra historia, una vez que se asume como tal se vive como personal y propia.

Creo que la presión y la culpa se originan en este lugar interior, personal e íntimo, de cada mujer.

El foco de Woollard en el primer trabajo está puesto en la concepción social de los deberes maternos. Su análisis es valioso para poder despegarnos de concepciones o representaciones sociales del rol materno que pueden ser (o son) perjudiciales. Sin embargo, no hay que perder de vista que estas representaciones ya están internalizadas y operando desde un lugar mucho más profundo, y es algo que debe ser registrado.

Con respecto a la responsabilidad, por todo lo que mencionamos, queda claro que **la gran mayoría de las causas de fracaso de la lactancia se relacionan con situaciones que exceden las posibilidades de control por parte de las madres. La falta de contención de la red social es una cuestión recurrente.** No obstante, la sensación de ser ellas las responsables del éxito de este proceso está profundamente arraigada en ellas y en la sociedad.

Da cuenta de ello, y creo que contribuye en gran manera, la forma en que tradicionalmente los sectores de salud hemos hecho foco en la decisora a la hora de promocionar la lactancia. Como desarrollaremos en profundidad en la siguiente parte, los mensajes que enviamos apuntan a hacerles saber a las mujeres sus innumerables beneficios y, de esta forma, convencerlas para que amamanten. Pero,

como vemos en la evidencia presentada, la gran mayoría de las madres quieren pero no pueden.

Segunda parte. Profesionales de la salud y promoción de la lactancia materna

Beneficios de la lactancia materna. Análisis de la evidencia que respalda estas recomendaciones

En esta segunda parte me propongo analizar la promoción de la lactancia por parte de las y los profesionales de la salud, pero no puedo avanzar sobre estas cuestiones sin antes abordar un tema que es central. ¿Es realmente tan beneficiosa la lactancia? ¿Es beneficiosa incluso cuando se tienen en cuenta los costos que implican para la mujer? ¿Beneficiosa para quién?

Según la Secretaría de Salud dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, la lactancia humana tiene beneficios demostrados. Tanto es así, que este organismo habla de “riesgos por no amamantar” en lugar de beneficios por hacerlo (Msal, 2019).

La recomienda como la alimentación ideal del niño pequeño tanto por el aspecto nutricional como por otros aspectos que contribuyen al crecimiento, desarrollo, protección contra enfermedades y reducción de la mortalidad.

Junto con otros organismos nacionales e internacionales, indica sostener la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y continuar hasta los dos años, añadiendo la alimentación complementaria.

Destacan que los resultados tienen una relación dosis respuesta (a mayor exclusividad y mayor duración existirá un mayor beneficio) y enfatizan que, por la reducción del riesgo de enfermedades como gastroenteritis, infecciones respiratorias y otras con alto impacto en la mortalidad, se la considera una estrategia fundamental para la promoción y protección de la salud materna e infantil. (Msal, 2019)

Junto con las recomendaciones se presentan los efectos beneficiosos para la salud de las niñas, los niños y las madres con la correspondiente bibliografía que la respalda. Así es que se afirma que

“en niños amamantados el riesgo de diarrea es la mitad, el riesgo de infecciones respiratorias se reduce en un tercio, y el riesgo de hospitalización por ambas patologías se ve drásticamente disminuido (72% y 57% respectivamente). A largo plazo también se

observa su impacto manifestándose en una reducción del 26% del sobrepeso y del 35% de la incidencia de la diabetes tipo 2. Otros efectos de la lactancia se han observado en la reducción de la maloclusión, de la leucemia y mejoras en los puntajes de inteligencia. La asociación entre menor riesgo de cáncer de mama y duración de la lactancia es un beneficio directo para las mujeres como también lo es el menor riesgo de cáncer de ovarios. No solo la práctica de la lactancia materna exclusiva o continuada tienen un impacto sobre la salud de los niños pequeños, existe evidencia suficiente que asocia el momento de inicio de la lactancia con la reducción de la mortalidad neonatal incluso en una relación riesgo-tiempo de ocurrencia ya que a mayor demora en el inicio, mayor riesgo de mortalidad se ha observado.” (Msal, 2019)

Si bien existen muchísimas publicaciones que respaldan los beneficios de la lactancia, a los propósitos de este trabajo, solo analizo y me refiero a la selección hecha por las autoridades en salud locales.

Sin dudas son investigaciones serias, correctas desde el punto de vista metodológico, y publicadas en revistas con revisión de pares, lo que nos garantiza un alto grado de veracidad en sus contenidos. Entonces, se podría afirmar casi con total seguridad que los beneficios para las y los lactantes son reales. ¿Se puede decir lo mismo respecto de los beneficios para las mujeres que amamantan?

El Doctor Mario Sebastiani, obstetra bioeticista feminista argentino, en su libro “¿Por qué tenemos hijos?” (Sebastiani, 2012), nos interpela con la pregunta: “La lactancia natural: lo mejor para el bebé, ¿Y para la mamá?”. En su obra denuncia la autocensura en los actores que participan de los temas relacionados con la lactancia, sosteniendo que no encuentra reflexiones objetivas sobre el tema porque existe una lucha ideológica para aumentar los índices de lactancia. Explica que tanto el uso de biberones como el resurgimiento del amamantamiento estuvieron relacionados con la industria de leches de fórmula y con el rol de la mujer en la sociedad, más que con las bondades que la lactancia propicia. Como ejemplo, menciona la creación de la Liga de la Leche Internacional por un grupo de mujeres católicas del Movimiento Familiar Cristiano y su influencia para reinstalar la

lactancia como tema central de los cuidados de los recién nacidos a mediados de la década de 1950.

Sobre los estudios científicos, afirma que si bien los beneficios son muy atractivos para las y los lactantes, cuando se presentan los beneficios para las madres solo se mencionan aquellos que pueden funcionar mejor como valores agregados: el descenso de peso después del embarazo y la reducción del riesgo de cáncer de mama y de ovario. Temas relacionados con lo que implica la lactancia para las madres, por ejemplo, cuánto tiempo debe amamantar una madre para lograr estos beneficios, no están presentes. (Sebastiani, 2012)

Creo que el Doctor Sebastiani tiene un gran punto. Cuando se analiza la evidencia presentada por las autoridades sanitarias, vemos que su denuncia es real.

En el año 2016 *The Lancet* lanza la primera serie de la revista dedicada por completo a la lactancia materna. Uno de los artículos más citados, que además se encuentra entre las referencias del ministerio, fue el de Victora, “La lactancia materna en el Siglo XXI: epidemiología, mecanismos y efectos a lo largo de la vida”, una revisión sistemática que pretende recopilar los datos de distintos estudios de rigurosa calidad metodológica sobre los efectos de la lactancia materna en las y los lactantes y sus madres (Victora, 2016). Cuando mencionan las estrategias de búsqueda y los criterios de selección aparece lo siguiente:

“Se obtuvo información sobre la relación entre la lactancia materna y los resultados en niños o madres de 28 revisiones sistemáticas y metaanálisis, de los cuales 22 fueron comisionados para esta revisión. [...] Se revisaron los siguientes indicadores de salud de niños pequeños: mortalidad infantil; la incidencia e ingresos hospitalarios por diarrea; la incidencia, prevalencia e ingresos hospitalarios por infecciones del tracto respiratorio bajo, la otitis media aguda; el eczema; las alergias a los alimentos; la rinitis alérgica; el asma o las sibilancias; el crecimiento del niño pequeño (talla, peso, índice de masa corporal); la caries dental; y la maloclusión. Para los niños mayores, adolescentes y adultos, hicimos revisiones sistemáticas de la presión arterial sistólica y diastólica; el sobrepeso y la obesidad; el colesterol total; la diabetes tipo 2; y la inteligencia. **Para las madres, hicimos una revisión sistemática de la amenorrea de la lactancia; cáncer de mama y de ovario; diabetes tipo 2; cambio de peso posparto; y osteoporosis.**”
(Victora, 2016, pág. 1)

Evidentemente, para los investigadores, las variables que importan cuando se tiene en cuenta a las madres son la amenorrea, el cáncer, el cambio de peso, la diabetes y la osteoporosis. Las dificultades que pueden aparecer relacionadas, por ejemplo, con su entorno social, compatibilización de la lactancia y el trabajo, sobrecarga en el espacio de cuidados dentro del hogar, dolor, imposibilidad de alcanzar los objetivos deseados, así como el impacto emocional a corto y a largo plazo de los problemas que giran alrededor de estas cuestiones, no aparecen. Es llamativo.

Como vimos cuando analizamos la situación actual de la mujer y el amamantamiento, estas dificultades son frecuentes y aparecen en estudios más recientes que apuntan específicamente a detectarlas. Sin embargo, no están presentes en estos estudios que prometen hablar sobre la epidemiología y los efectos a lo largo de vida.

Otras publicaciones hacen alusión a los costos, a los beneficios económicos del amamantamiento y concluyen en su costo efectividad (Pediatrics, 2012). La pregunta es ¿cómo se mide el costo que tiene para la mujer el amamantamiento a la hora de hacer un análisis de costo efectividad?

Comparto entonces la observación del Doctor Sebastiani, existe una ideología previa a la investigación que hace que esta dirija sus objetivos a “confirmar” que la lactancia es beneficiosa.

Creo que la investigación en medicina tiene una fuerte inspiración positivista. Esto es, que parte de un supuesto, la existencia de un “dato” objetivo y neutral que el equipo investigador debe recoger. Pensamos que los datos hablan por sí solos y que al recopilarlos y al analizarlos lo hacemos de forma aséptica, libres de toda influencia personal que los pueda contaminar. El problema de esta posición es que “asume sin cuestionar -¡y sin siquiera examinar!- los supuestos ontológicos, epistemológicos y axiológicos [...] de los cuales emana una serie de consecuencias teóricas y metodológicas que habrán de condicionar decisivamente el proceso de investigación y sus resultados” (Boron, 2005, pág. 16)

La investigación en Ciencias Sociales reconoce desde siempre esta situación. Creo que cuando trabajamos con investigaciones más “duras” también debemos tener conciencia de ello: en todo estudio, no solo en los cualitativos, hay una ideología previa.

Por más objetiva que pretenda ser una investigación, los investigadores siempre portan un modelo mental, una forma de ver las cosas que responde a quiénes son. Y no solo el tipo de enfoque metodológico y la influencia de esta visión positivista condicionan de manera significativa el tipo de investigación que se genera. También es muy importante tener en cuenta el contexto social e histórico en el que se llevan a cabo estas investigaciones.

Por alguna razón Victora y su equipo de investigadores, a la hora de incluir estudios que muestren variables indicadoras de salud en las madres, solo incorporan investigaciones que incluyen variables como la amenorrea, el cáncer, el cambio de peso, la diabetes y la osteoporosis. Las dificultades tan frecuentes y con tanto impacto en la salud psíquica de las mujeres quedaron sin ser registradas. Por alguna razón fueron invisibles.

Como explica Foucault

“Hay que intentar -sin que pueda evidentemente lograrlo por completo- etnologizar la mirada que nosotros dirigimos sobre nuestros propios conocimientos: captar no sólo de la forma mediante la cual se utiliza este saber científico, sino también el modo en que son delimitados los ámbitos que este saber científico domina, así como el proceso de formación de sus objetos de conocimiento y el ritmo de creación de sus conceptos”.

(Foucault, 1996, pág. 22)

De la misma forma, se debe tener en cuenta que esta tesis, así como los trabajos que cuestionan la lactancia como mandato de una organización social patriarcal, surge en el contexto del auge de las miradas feministas que han comenzado a impregnar el pensamiento no solo de profesionales de la salud, sino de toda la sociedad. Seguramente en el futuro habrá nuevas investigaciones que contemplen y sopesen las dificultades que venimos mencionando, para una mejor conexión con las madres y sus necesidades.

Mientras eso sucede, considero importante que se tengan en cuenta las limitaciones de la evidencia actual sobre los beneficios de la lactancia que sostienen las recomendaciones de los sectores de salud.

Podemos afirmar casi con total seguridad que las y los lactantes se van a ver muy beneficiados, pero todavía faltan estudios que nos ayuden a estimar de una mejor manera el impacto del amamantamiento en las mujeres, así como sopesar el beneficio de unos frente al efecto (no del todo conocido) en otras.

Medicalización indefinida

En el capítulo anterior mencionamos la evidencia que existe sobre los beneficios de lactancia y expusimos las críticas que se le hacen a estos estudios.

Lo siguiente es intentar analizar cómo se construye la relación entre profesionales de salud y pacientes. Sin embargo, antes debemos tocar un tema clave, la medicalización.

Se define la medicalización de la sociedad como un fenómeno que implicó que los saberes y las prácticas médicas incorporaran y absorbieran problemas de la vida social que antes estaban regulados por otras instituciones. (Foucault, 1996)

Foucault, en su libro “La vida de los hombres infames”, analiza esta “circulación del poder” (Ferrer, 1996) y creo que su explicación, además de mostrarnos el rol que toma la medicina en estas cuestiones, nos ayuda a comprender el origen de muchas de las representaciones actuales sobre la salud y la enfermedad, lo normal y lo patológico, y me animaría a decir, lo bueno y lo malo.

Explica que la pretensión de distinguir lo anormal, o definir los límites de lo normal, se ha instalado recientemente. El mundo occidental conoció durante milenios una medicina en la que lo normal y lo patológico no eran categorías fundamentales en el concepto de enfermedad (Foucault, 1996). Fue en el siglo XIX cuando se creyó que se podían establecer las normas que catalogaran lo desviado, lo que pudiese considerarse una enfermedad en todo momento y tiempo. Sin embargo, como expone de manera muy clara:

“La medicina de hoy ha llegado a ser consciente de la relatividad de lo normal y de las considerables variaciones en las que se ve sometido el umbral de lo patológico: variaciones que radican en el propio saber médico, en sus técnicas de investigación y de intervención, en el grado de medicalización alcanzado por un país, pero también en las normas de vida de la población, en su sistema de valores y en su grado de sensibilidad, en su relación con la muerte, con las formas de trabajo impuestas, en fin con la organización económica y social. **En último término la enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado.**” (Foucault, 1996, pág. 21)

Para explicar el proceso por medio del cual la comunidad médica se erige como aquella capaz de establecer los límites entre lo normal y lo patológico, recurre a la manera en que fue concebida la locura en la historia. Explica cómo desde el siglo XVI hasta el siglo XIX, se redefine el territorio de la “sin razón” y personajes como brujos o poseídos, que estaban integrados a la sociedad, se convierten en excluidos a partir de la intervención médica que les asigna un rótulo diferente, el de enfermos mentales.

Según su análisis, el origen de esta transformación no está en el progreso de la ilustración sino en el juego de poderes políticos de esa sociedad, específicamente en el conflicto entre la Iglesia y el Parlamento. Ante la reticencia del parlamento a sostener la severidad que la Iglesia exigía desde los comienzos de la inquisición para estas personas, las autoridades eclesiásticas piden a las facultades médicas consultas e informes periciales que respalden los signos de posesión. “La acusación de locura permitía encerrar sin juicio a los culpables en casa de internamiento”. Así el nacimiento del positivismo médico cobra sentido en el interior de conflictos políticos y religiosos. (Foucault, 1996)

De esta forma, crece en torno a la figura del médico una función de “producción de verdad” sobre la enfermedad y las personas que encuentra sus garantías y justificaciones en la posesión del conocimiento.

Es así que a finales del siglo XIX aparece la gran familia de “los anormales”. Foucault analiza este proceso no simplemente como un episodio desafortunado en la historia de la psicopatología, sino como un fenómeno vinculado a mecanismos de instauración del orden por medio de instituciones de vigilancia y control. Aparece, entre otras, la figura del incorregible, y “...los nuevos procedimientos de adiestramiento del cuerpo, del comportamiento, de las actitudes, suscitan el problema de aquellos que escapan a esta normatividad que ya no se corresponde con la soberanía de la ley.” (Foucault, 1996, pág. 62)

En lo que se refiere al control de la crianza de los niños, denuncia la

“...reinversión del sistema de las obligaciones familiares (que iban antes de los hijos a los padres y que ahora tienden a convertir al niño en el objeto primero e incesante de los deberes de los padres, deberes que vienen impuestos por prescripciones morales y

médicas y que atañen a toda su descendencia), aparición del principio de salud en tanto ley fundamental de los lazos familiares...” (Foucault, 1996, pág. 64)

La crisis de la medicina o la antimedicina. Medicalización indefinida

De esta manera, a lo largo de su trabajo Foucault reseña la forma en que la medicina gana paulatinamente espacios de poder y termina por arrogarse la función normalizadora de la sociedad que la caracteriza actualmente. Sin embargo, si bien describe este proceso como una sumatoria de eventos, establece una situación puntual a partir de la cual la medicalización se intensifica y se vuelve indefinida.

Sitúa, entonces, el inicio del problema de funcionamiento actual de las instituciones del saber y el poder médico en 1942 con el surgimiento del plan Beveridge cuando, en plena guerra mundial, con la muerte de 40 millones de personas, se consolida el derecho a la salud.

Hasta ese momento, garantizar la salud significaba para el Estado asegurar la capacidad de trabajo y producción, así como de defensa de las poblaciones. A partir del plan Beveridge la salud se transforma en una preocupación, no para ellos mismos, sino para los individuos. Se invierte el concepto de “individuo en buena salud para el Estado” por el de “el Estado para el individuo en buena salud”.

Aparece lo que él denomina una moral del cuerpo, respaldada por numerosa literatura sobre la obligación del individuo a garantizar su bienestar. El concepto de higiene y limpieza ocupa un lugar central en todas las exhortaciones morales.

De forma concomitante, la salud entra en el campo de la economía. Se pretende garantizar a todas las personas las mismas posibilidades de recibir tratamientos independientemente de la desigualdad en sus ingresos. La salud, la enfermedad y el cuerpo se convierten en instrumentos y objetos de intervención del Estado.

A partir del siglo XX, entonces, la medicina comienza a funcionar por fuera de su campo de acción tradicional definido por la demanda del enfermo, sus sufrimientos y su malestar,

proceso que se conoce como medicalización indefinida. La autoridad del médico se impone con más frecuencia al individuo, enfermo o no.

Sus objetos de intervención se fijan no solo en la enfermedad sino en situaciones diferentes a ella. Por ejemplo, al referirse a la sexualidad “la intervención sistemática de una terapéutica de tipo médico en los homosexuales de los países de Europa Oriental es característica de la medicalización de un objeto que, ni para el sujeto ni para el médico, constituye una enfermedad.” (Foucault, 1996, pág. 76)

Dan cuenta también de este proceso de todas aquellas acciones que, con la pretensión de garantizar la salud, inciden en el desarrollo social: saneamiento de agua, condiciones de vivienda o régimen urbanístico.

En síntesis, hoy el campo de intervención médica ya no está vinculado sólo con las enfermedades. Sino que

“...Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y la demanda del enfermo. [...] Los médicos están inventando una sociedad, ya no de la ley, sino de la norma. Los que gobiernan en la sociedad ya no son los códigos si no la perpetua distinción entre lo normal y lo anormal, la perpetua empresa de restituir el sistema de la normalidad.” (Foucault, 1996, pág. 76)

Hoy podemos ver como la medicalización opera en muchos espacios. La manera en que se normatizan distintos aspectos de la infancia, la vejez, el embarazo y el parto son ejemplos de estas cuestiones.

Mucho se ha escrito sobre la medicalización de la mujer, el embarazo y el parto. Una de las obras más citadas es la de Barbara Ehrenreich y Deirdre English, “Brujas, Parteras y Enfermeras”, que describe cómo, durante siglos, las mujeres se ocuparon del cuidado de la salud, transfiriendo los conocimientos de unas a otras a lo largo de generaciones, y cómo paulatinamente se las fue reemplazando hasta llegar a la situación actual. (Ehrenreich, B.

English, D., 1973) A partir de estas miradas se desarrolla todo un movimiento que registra la violencia obstétrica y pretende recuperar el respeto a la mujer durante estos momentos.

No voy a profundizar en este momento sobre lo que significa el parto respetado porque me estaría desviando de mi objetivo.

Me interesó traer el tema de medicalización a este trabajo, porque considero que entender este proceso, junto con los mecanismos que la generan, nos permite pensar varias cosas.

En primer lugar, **comprender cuáles son nuestras representaciones acerca de lo que es “normal”, “sano” o “bueno”**, así como entender el origen de estas construcciones y la participación de la comunidad médica en estas delimitaciones. ¿Cuál es la “madre buena” que se pretende ser? ¿Quién dictamina cuál es la “crianza normal y adecuada”? ¿Cuál es el modelo de familia o de madre esperado? ¿En función de qué criterios? ¿Quién establece esos criterios?

Además, **cuestionar e interpelar a la comunidad médica en esta arrogación de poder de definición sobre lo bueno y lo malo.**

Se podría decir que la prevención de enfermedades y sufrimientos, así como la disminución de la mortalidad de los movimientos higienistas puede dar el aval necesario para sostener esta autoridad. Es decir que en nombre de estos beneficios, y el conocimiento de las estrategias para alcanzarlos, la comunidad médica puede y debe erigirse como guía hacia “lo bueno”.

No obstante, hay que observar que en esta búsqueda de la “normalidad” muchas veces se incluyeron conductas que, lejos de producir los efectos positivos buscados, se convirtieron en adiestramientos arbitrarios que condicionaron una vivencia negativa en los individuos. Recordemos el tratamiento que en otros momentos de la historia se le dio a la homosexualidad, apelando a “saberes” biológicos y médicos.

¿Qué tratamiento le estamos dando a la concepción de la idea de maternidad y lactancia?

Lo que planteo acá no es una crítica hacia la comunidad médica para descalificarla en sus recomendaciones. Por el contrario, mi interés está en mostrar la autoridad que hay detrás de ellas para tomar conciencia del bien que se puede hacer, pero también del mal.

Entender que detrás del accionar de la medicina existe poder y que este poder se hace presente no solo en la manera en la que se recomienda y comunica, sino también en la forma en que la sociedad recibe estas recomendaciones.

Considero que estos mensajes son performativos, es decir que no solo evocan significados, también los generan.

En lo que respecta a la representación de la maternidad y a la participación de la comunidad médica en la construcción de esta ideación, vuelvo a Rustoyburu y su análisis sobre la medicalización de la infancia.

Su obra se refiere en particular a la medicalización de la infancia que, como analizábamos en la primera parte, fue un proceso complejo que ocurrió durante el siglo XX cuando la ciencia médica comienza a trascender los consultorios y los pediatras, además de curar enfermedades en los niños, también se constituyen como los poseedores de los conocimientos sobre la forma correcta de criarlos y educarlos. (Rustoyburu, 2019)

De esta forma,

“Las experiencias de las madres en la crianza de sus hijos pudieron ser valoradas o ignoradas de acuerdo con las perspectivas en las que se inscribieran los consejeros. Los dispositivos y los tratamientos médicos se materializaron de diversas formas con relación con las trayectorias de vida de cada paciente. Las madres se apropiaron de los mecanismos institucionales y de los consejos de los especialistas para pensar sus propias vivencias, para negociar espacios de poder al interior del hogar y para validar sus propias decisiones.” (Rustoyburu, 2019, pág. 18)

Relación entre profesionales de la salud y pacientes

En este capítulo pretendo explorar el tema de la relación entre profesionales de la salud y las mujeres, haciendo foco en el respeto de la autonomía.

¿Cómo se construye una decisión autónoma? ¿Cuál es el rol de las y los profesionales en esta construcción?

Me gustaría mostrar el tratamiento que se le ha dado a este tema en bioética, desde los enfoques más tradicionales hasta otros más recientes que sostienen la concepción de la autonomía en su entorno vincular. Presento también enfoques que incorporan otros elementos, como la empatía y el afecto, así como la noción de “transferencia” que aporta la psicología médica. Pienso que pueden enriquecer nuestra visión y ayudarnos a alcanzar una comprensión más acabada del tema.

Quisiera, de esta forma, poner en evidencia la gran influencia que tienen las médicas y los médicos en las decisiones sobre el amamantamiento para poder, en el próximo capítulo, comprender el impacto que tienen las recomendaciones y las propagandas sobre la lactancia en la mujer, así como en su salud física y psíquica.

Tipos de relación profesional-paciente.

En 1979 Beauchamp y Childress publican la primera edición del libro “Principios de ética biomédica”. A partir de su teoría, el respeto a la autonomía empieza a ganar protagonismo en los debates sobre las relaciones que se dan entre profesionales y pacientes. Se comienza a tener una **visión crítica del modelo paternalista**, que es dejado de lado para dar lugar al valor de la autodeterminación de las y los pacientes.

Esta nueva concepción hace que se considere moralmente incorrecto actuar en función del "mejor interés del paciente" cuando no se ha obtenido el consentimiento informado, y es así como este último, junto con la veracidad, se re jerarquizan como dos componentes esenciales de la relación. (Beauchamp, T. Childress, J., 1979)

Beauchamp y Childress definen el **paternalismo** como: “1) la limitación intencionada de la autonomía de una persona por parte de otra, 2) cuando la persona que limita la autonomía

apela exclusivamente a motivos de beneficencia hacia la persona cuya autonomía se está limitando.” (Beauchamp, T. Childress, J., 1979) El paternalismo puede ser ejercido tanto por el personal de la salud como por familiares del paciente.

El paternalismo debe diferenciarse de otro modelo que está aún más alejado del respeto a la autonomía, aunque tal vez más sutil en su presentación, que es el **perfeccionismo**.

En este modelo de relación se coarta la autonomía de una persona para ajustar su vida y sus decisiones a un determinado ideal de excelencia. (Farrell)

El problema del perfeccionismo es que tal ideal responde a conceptos predeterminados o arquetipos cimentados en los valores de la o el profesional y no en los valores de la persona que tiene que tomar la decisión.

Para aclarar este concepto e ilustrar la forma en que puede afectar las decisiones de una madre sobre la lactancia voy a presentar un ejemplo traído de la práctica diaria:

Se trata de una familia homoparental compuesta por dos madres de trillizos prematuros internados en una unidad de cuidados intensivos. La madre que no había llevado el embarazo manifiesta al equipo de salud su deseo de iniciar un tratamiento de relactación con la intención de amamantar ella también a sus hijos.

Desde el equipo de salud se le recomienda que no lo haga, y se le explica que es conveniente que cada una tenga un “rol”.

Es claro que esta idea de “roles” se desprende de una perspectiva heteronormativa, una posición que no representa los ideales de la familia que el equipo estaba tratando. Aparece un “ideal de existencia” diferente en donde, según estos profesionales, esta y todas las familias deberían encajar.

Considero que el modelo de relación perfeccionista es más peligroso que el paternalista porque su presentación es más solapada y puede pasar inadvertida. Muchas veces, los paradigmas con los se evalúan las distintas situaciones que se presentan en la práctica asistencial pasan desapercibidos y como resultado se incurre en determinaciones que pueden menoscabar la autonomía de las y los pacientes.

De cualquier forma, por el valor que tiene la autonomía, es necesario encontrar un modelo diferente en el que este valor esté representado. Frente a esta necesidad se alzan las propuestas de distintas relaciones contractuales.

R. Veatch identifica cuatro modelos, el **modelo ingeniería**, el **modelo sacerdotal**, el de **colegas** y finalmente el **contractual**. (Veatch, 1995) Por su parte, E. Emanuel y L. Emanuel, también hacen su clasificación en modelo **paternalista o sacerdotal**, **modelo informativo**, **modelo interpretativo** y **modelo deliberativo**. (Emanuel, E.; Emanuel, L.)

Ya se ha mencionado el **modelo paternalista o sacerdotal** y sus inconvenientes.

El **modelo de ingeniero, y su análogo informativo o científico técnico**, es aquel donde el médico o la médica se limitan a brindar la información relevante en relación con la enfermedad del paciente y al posible tratamiento, y la o el paciente selecciona la intervención que mejor se ajusta a sus valores. Este modelo es el más alejado del modelo paternalista. E. Emanuel y L. Emanuel lo explican en relación con dos fenómenos: la adopción de una terminología de corte financiero, donde profesionales proveen y pacientes consumen; y la protección de los derechos de las o los pacientes en la investigación, el surgimiento del consentimiento informado. Ambos artículos critican este modelo. Sostienen que los profesionales de la salud deben ayudar a los pacientes a comprender la situación médica, los posibles cursos de acción y a encontrar los valores propios que les permitan decidir.

Para esclarecer este punto, presento el análisis que hace MV. Costa sobre las dificultades que surgen al tratar de operacionalizar el concepto autonomía tanto para justificar las prácticas del consentimiento informado, como para tratar el problema del paternalismo médico. (Costa, 1996) Si el médico se limita a informar un diagnóstico dado y ofrecer dos o tres opciones de tratamiento razonables para que el paciente elija, el principio de autonomía se transforma en un mandato de “no interferencia”.

Por otra parte, siguiendo los estudios de Ackerman, muestra cómo la relación médico paciente de este tipo supone intereses entre ambos básicamente conflictivos, donde el médico podría abusar de su poder por su mayor conocimiento. (Costa, 1996) Considero que

habitualmente la relación entre profesionales y familias no se caracteriza por ser conflictiva.

Veatch presenta luego el modelo de **colegas**, que supone igual contribución de profesional y paciente en la búsqueda de un fin común, pero lo desestima por la dificultad de suponer por parte de ambos objetivos comunes y lealtades mutuas. De esta forma, propone la **relación contractual** que presenta como aquella donde hay un compartir real en la toma de decisiones. (Veatch, 1995)

E. Emanuel y L. Emanuel muestran con mayor precisión su versión de la relación contractual en los **modelos interpretativo y deliberativo**.

En el primero, el médico además de proporcionar información sobre la enfermedad y los procesos de curación, colabora con el paciente en la búsqueda de los propios valores para que éste pueda elegir. Es decir que lo que hace es actuar como una suerte de “traductor” de los valores e intereses del paciente. Por este motivo, el problema está en que el médico podría no estar interpretando verdaderamente los valores e intereses del paciente sino imponiendo los suyos propios y persuadiéndolo para que los adopte. Este impedimento es inconveniente porque en tal persuasión se sostiene la medicina preventiva, concretamente la educación para la salud y la puericultura.

Por último, en el **modelo deliberativo**, además de las funciones que se mencionan en los modelos anteriores, el médico ayuda al paciente a determinar y a elegir entre todos los valores aquellos que son los adecuados. “La autonomía del paciente se concibe como un desarrollo moral” (Emanuel, E.; Emanuel, L.)

Tipos de relación entre profesionales y pacientes según el enfoque que se tenga de la autonomía

Hasta aquí hemos hablado de los distintos tipos de relación entre profesionales y pacientes desde una concepción de la autonomía tradicional.

Sin embargo, creo que es oportuno comenzar a reconocer que la conceptualización que tengamos al definir la autonomía va a condicionar también nuestra manera de entender y vivir estas relaciones.

Jennifer Walter y Lainie Friedman Rosse escriben un artículo que es muy claro para diferenciar estas perspectivas (Walter, J. Friedman Ross, L., 2014).

Como explican en su trabajo, aunque médicos y médicas tengan claro el valor de la autonomía en el proceso de toma de decisiones, la forma de proceder no siempre es clara en la práctica clínica. La confusión se genera, en parte, en la concepción de autonomía que se tenga para guiar las decisiones éticas.

Ellas diferencian dos modelos.

El primer modelo abraza una **concepción individualista donde el agente toma el control**. En este modelo, se prioriza la autosuficiencia y la capacidad de decidir racionalmente más allá de la experiencia emocional. Los esfuerzos están puestos en evitar la persuasión que pueden ejercer otras personas sobre el individuo que decide, así como los estados emocionales que, según esta concepción, pueden obstaculizar una elección racional. Además, el o la profesional a cargo también se esfuerza por evitar influir en el o la paciente en la búsqueda de una decisión auténtica que esté libre de toda intromisión.

El modelo alternativo que proponen se basa en la concepción de la autonomía que venimos trabajando, la **autonomía relacional**. Aquí, el enfoque está puesto en el contexto social en el que todo individuo existe, y por el que es profundamente afectado, y en las emociones que no son tomadas como interferencia sino como camino al reconocimiento de los deseos propios de quien decide.

En la perspectiva de la autonomía relacional el reconocimiento central que otros tienen en el proceso de decisión **incluye también a los profesionales que tienen la responsabilidad de participar en la decodificación de las experiencias emocionales de pacientes y ofrecer una guía para una decisión acorde a la identidad arraigada en la historia de vida**.

A continuación me referiré al trabajo del Dr. Francisco Maglio, médico argentino, referente de la medicina social y antropológica, que incorpora, a mi entender, muchos de los elementos que la perspectiva de la autonomía relacional le aporta a las relaciones entre profesionales de la salud y pacientes.

En su artículo “Relación Médico-Paciente en el Tercer Milenio”, el Dr. F. Maglio plantea esta relación con tres características fundamentales (Maglio, 2014):

Empatía, “Comprender al paciente desde el paciente”, sostiene que para lograr esta empatía es necesario el afecto, pero advierte sobre la conveniencia de encontrar el equilibrio. Desobjetivizar al paciente genera la despersonalización del médico, pero sobresubjetivarlo conduce a una desestructuralización y a la pérdida de la objetividad.

“Se trata de estar con el paciente sin ser el paciente”

Aceptación, de lo que el paciente hace y es. Se debe señalar lo beneficioso pero no imponerlo, desaconsejar lo dañino pero no condenarlo.

Veracidad, no hay justificación moral para la mentira. Pero debe dosificarse la verdad en función del deseo del paciente, “...ya que es tan perjudicial una conspiración del silencio como un encarnizamiento informativo” (Maglio, 2014, pág. 3)

También menciona las virtudes que debe tener el médico o la médica para sostener este tipo de relación. **Integridad**, el paciente confía en nosotros, tenemos el deber moral de actuar en consecuencia a esa confianza “... ser fieles a esa confianza que se entrega a una conciencia”. **Ecuanimidad**, todos los pacientes son iguales. **Respeto**, el paciente tiene dignidad (en sentido kantiano) por lo que se debe privilegiar la privacidad, la confidencialidad y la autonomía.

Señala “**la escucha**” como manifestación del respeto.

El profesional de la salud está acostumbrado al “interrogatorio” según Maglio y coincido con que es una palabra que connota autoritarismo.

La actitud de escucha es diferente. La escucha pone el foco en el paciente que se expresa, de la misma manera que la práctica del cuidado pone el foco en el otro particular que necesita ser cuidado.

Por último, Maglio propone reivindicar el valor de la medicina basada en la narrativa. No poner el acento en la visión médica, sino en la visión que tiene el paciente sobre su enfermedad. Lo que el paciente, en nuestro caso la familia, siente que es la enfermedad.

Pienso que es de suma importancia en la actividad asistencial reivindicar esta mirada. En especial en nuestra convivencia con las familias en las unidades de cuidados intensivos neonatales. La experiencia de lo vivido como familia atravesando una internación, la enfermedad de una hija o un hijo, es importante y debemos no solo conocerla sino contribuir a que pueda ser evocada.

Sostiene, y comparto completamente **que a través de la narrativa se puede “desentrañar el verdadero proyecto de vida [...] motor para vivir tanto la salud como la enfermedad”**. (Maglio, 2014, pág. 8)

La noción de transferencia

Hasta aquí hemos analizado cómo se disponen los y las profesionales de la salud cuando se relacionan con las y los pacientes. Sin embargo, creo que existen elementos que en estos abordajes no se contemplan y que se relacionan con aquello que las y los pacientes sienten o vivencian cuando se vinculan con las y los profesionales.

¿Qué representa para las familias el o la profesional que les asiste? ¿Desde qué lugar lo hace? ¿Quién habla cuando habla el médico?

Para responder estas cuestiones es útil recurrir al concepto de *transfert* desarrollado por las teorías psicoanalíticas. El manual de psicología médica de Jeammet, Reunaud y Consoli define esta situación como **la repetición, en el adulto, de modalidades de relación vividas durante la infancia**.

“La repetición del mismo tipo de relaciones es un fenómeno universal y cada paciente va a proyectar en sus interlocutores una serie de imágenes preestablecidas y esperar de ellos las respuestas que él esperaba de estas imágenes.[...] Son más bien figuras compuestas, muy sobredeterminadas, hechas de una amalgama de personajes diversos que impondrán ciertos estilos de relaciones con el médico del tipo: **imagen materna protectora, paterna autoritaria** [...] Pero detrás de estos grandes estereotipos sociales el enfermo lo que buscará será frecuentemente una imagen ideal de él mismo. Investirá con tanta más intensidad a su médico cuanto éste será portador de su narcisismo...” (Jeammet, Ph., Reynaud, M., Consoli, S., 1982, pág. 298)

Para graficar este fenómeno me gustaría traer un ejemplo de la literatura, la novela “Días sin hambre” de Delphine de Vigan que, además de tratar de forma profunda y sensible la historia de su recuperación tras padecer una forma severa de anorexia nerviosa, pone en evidencia cómo la relación de transferencia que establece con el médico que la asistió durante el proceso de su enfermedad se vuelve determinante para su curación (de Vigan, 2013).

Como muchos sabemos, la anorexia nerviosa es un trastorno de la salud mental donde el aislamiento social puede ser uno de los condicionantes para su desarrollo. En su biografía novelada, “Nada se opone a la noche”, Delphine nos presenta la historia de una familia disfuncional, en gran medida producto de la enfermedad psiquiátrica de su madre, en la que transcurre una infancia con momentos de abandono y carencias afectivas (de Vigan, 2012). En “Días sin hambre, relata la forma en que, a sus diecinueve años, luego de una fugaz historia amorosa frustrada, se desencadena su enfermedad que finaliza cuando, con un peso de treinta y seis kilos y un metro setenta y cinco de estatura, es internada en el hospital y tratada por el médico que, en sus palabras, salvó su vida. “*Él le salvó la vida. Al escribirlas, estas palabras parecen ampulosas, pero fue así. Aún ahora, pese a los años transcurridos y al placer de vivir que recobró, lo dice cuando se refiere a ello: él me salvó la vida.*” (de Vigan, Días sin hambre, 2013, pág. 15)

Lo que el médico permitió es que, a través de la relación entre ambos, Laure (el nombre que Delphine le pone a su personaje) recupere los deseos de vincularse nuevamente con otras personas, con ella misma y con la vida.

“Ella lo espera. Espía el tono de su voz cuando pasa por el pasillo o se demora en la habitación contigua. Ha capitulado. Concentrada por entero en esa espera, paladea el extraño vínculo que el médico ha sabido tejer, entre ella y él, como única señal tangible de su ansia de vivir. [...] Laure ha depositado su endeble cuerpo en sus manos, le ha entregado el resto de su conciencia, también ese ápice de confianza que aún podía concederle, envasado en una huevera. No pueden permitirse error.” (de Vigan, *Días sin hambre*, 2013, págs. 54-55)

Es importante que como profesionales de la salud tomemos conciencia de lo que nuestras y nuestros pacientes transfieren en nosotros y lo que representamos dentro de estas relaciones, así como de las conexiones afectivas que pueden desencadenarse.

Por otra parte, quienes somos testigos de lo que les sucede a las familias en una unidad de cuidados intensivos neonatales podemos dar fe de procesos vinculares igual o más complejos. Creo que existen representaciones propias de las relaciones entre profesionales de una unidad de cuidados neonatales y las familias que asisten.

Ya mencioné a la Dra. en psicoanálisis Catherine Mathelin. En su trabajo “La sonrisa de la Gioconda. Clínica psicoanalítica con bebés prematuros” revisa los vínculos de las familias con sus hijas e hijos prematuros y su experiencia con los equipos de salud.

Según su experiencia, el nacimiento de un hijo prematuro genera en las madres mayor sentimiento de ambivalencia, ya que este bebé las hirió narcisísticamente y les hizo experimentar el fracaso. Ellas no lograron llevar el embarazo a término. A su vez, estas madres también pueden tener sentimientos adversos con el equipo de salud que le está brindando a su hijo aquello que ellas mismas no le pudieron dar.

¿Cómo responder a estas transferencias y representaciones?

Según Mathelin, el equipo de salud debe investir al niño para recuperar a esa madre.

“Cada semana el equipo renuncia a ocupar la posición de «buena madre, omnipotente», la que hace vivir al niño. Interroga a la madre, la verdadera, sobre lo que ella siente: «Usted que lo conoce mejor que nadie, ¿cómo lo ve esta mañana? Ayúdenos a

entenderlo, a saber qué le hace bien». Esta invitación, o tal vez, esta autorización a proyectarse sobre su hijo, a «anticipar», permite a la madre «fabricar» a su bebé al mismo tiempo que permite al bebé fabricar a su madre.” (Mathelin, 1998, págs. 28-29)

Considero que es de gran valor incorporar esta lectura de las situaciones que se dan con las familias en la unidad de cuidados neonatales y recordar que las recomendaciones y las decisiones sobre la lactancia acontecen enmarcadas por estos contextos. No podemos desestimar la importancia de estas simbolizaciones a la hora de pensar a las familias y pensarnos a nosotros mismos como profesionales y personas responsables de su cuidado.

A propósito de un caso

Antes de concluir considero enriquecedor el aporte de una última situación clínica:

Una madre joven, primeriza, acude al consultorio para un primer control de su hijo de tres días de vida. Se sienta del otro lado del escritorio y una de las primeras cosas que menciona es su deseo de no amamantar a su hijo. A su lado, el padre del bebé y pareja de la señora, asiente.

Se produjo un silencio.

“¿Me querés contar?” preguntó la médica.

Relata que la semana anterior había muerto su padre y que siente que disfrutar del momento de la lactancia con su hijo es incompatible con su duelo. Lloro.

La médica se mantiene en un silencio respetuoso. La señora retoma su discurso exteriorizando que, aunque sonara irracional, tiene deseos de amamantar.

La médica avanza en la conversación al ritmo que le marca su interlocutora. Aclara conceptos cuando son solicitados, o pone en evidencia lo errado de ellos con una pregunta abierta.

Finalmente la mujer decide darle el pecho a su hijo.

De esta manera, la médica, **lejos de proponer una relación contractual y “no interferir” con la “decisión autónoma” inicial de la paciente de no amamantar (y aún más distante de soltar la moralina paternalista tradicional de los beneficios de la lactancia), abrió una puerta diferente. Una puerta de cuidado.**

Considerar todas estas cuestiones nos ayuda a entender que las familias con las que nos vinculamos a diario en nuestra práctica asistencial no son estáticas e inalterables; por el contrario, son personas que atraviesan por múltiples procesos de aprendizaje inherentes a su nueva condición de madres y padres, y tal vez a la situación inesperada de un hijo enfermo.

Como profesionales de la salud no podemos ni debemos mantenernos al margen como espectadores “que no interfieren”. Nuestra función es acompañar y facilitar estos procesos.

No se trata de volver al paternalismo o al perfeccionismo que descartamos de plano inicialmente; se trata de proponer una relación donde se propicie el crecimiento y la maduración a través de los cuales se llega gradualmente a decisiones autónomas, sensatas y genuinas.

La relación entre profesionales de la salud y las familias es compleja, así como lo es el alcance de los verdaderos deseos. ¿Cuáles son esos verdaderos deseos? ¿Cómo se construyen? Por otro lado, ¿es capaz el médico de “no interferir” con estos deseos por más que se lo proponga? ¿Cómo influyen las representaciones que las pacientes tienen de las y los profesionales? ¿Quién habla cuando habla la figura del médico?

Como veremos a continuación este impacto no aparece solamente en el contacto directo con las familias, también se hace presente en las recomendaciones y en el modo en que la promoción de la lactancia está dada.

Promoción de la lactancia. Análisis de su propaganda

Habiendo observado la relación entre profesionales y pacientes de una forma más general, quiero ahora analizar más específicamente la promoción de la lactancia y su impacto. Para ello me valdré de un video que, creo, reúne algunos de los mensajes que, a mi entender, pueden llegar a ser problemáticos.

El primero de agosto de 2018, con motivo de la celebración de la semana mundial de la lactancia materna, la Sociedad Argentina de Pediatría publica un video alegórico en YouTube³ y lo difunde a través de distintas redes sociales.

Comparto a continuación el contenido textual del video.

“La lactancia materna, la mejor opción.

¿Sabías que la lactancia materna **podría salvar 820.000 vidas al año en el mundo?**

Ochenta y siete por ciento de estas vidas son recién nacidos y menores de seis meses.

La leche materna tiene muchos beneficios: protege el intestino del bebé, favorece la absorción de nutrientes, disminuye un 36% el riesgo de la muerte súbita, un 58% las infecciones del tracto digestivo, previene la aparición de enfermedades como alergias, neumonía y diarrea.

La Sociedad Argentina de Pediatría, en línea con las directrices de la Organización Mundial de la Salud, recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y luego hasta los dos años mientras se incorporan progresivamente otros alimentos.

Sin embargo, en Argentina menos de 4 de cada 10 niños, es decir el 35 %, reciben la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.

¿Por qué la leche materna es la mejor opción para el bebé?

Está disponible siempre.

Es un alimento natural y renovable. Es accesible y gratuita.

³ Disponible en <https://youtu.be/ZY49jClfQR8>

Proporciona nutrientes de alta calidad. Mejora la salud y el bienestar del bebé. Y, además, no contamina.

La lactancia materna promueve un mejor futuro para tu bebé porque, además de fortalecer el vínculo madre-hijo, la lactancia materna **aumenta el coeficiente intelectual del niño promoviendo a largo plazo un mejor desempeño académico, mayor productividad y superiores ingresos laborales.**

Leche materna, calidad perfecta disponible las 24 horas.

Es un mensaje de la Sociedad Argentina de Pediatría.” (SAP, 2018)

He resaltado las frases que considero que deben ser revisadas.

En primer lugar, *“La lactancia materna, la mejor opción”*. Como venimos estudiando en todo este apartado, en la evolución de nuestra aproximación a la relación entre profesionales de la salud y pacientes, el valor del respeto a las decisiones autónomas de las y los pacientes es de gran importancia. Cabe preguntarse qué lugar les queda a las mujeres para decidir si desde el primer momento, como profesionales de la salud, sentenciamos cuál “es” la mejor opción (aparentemente en todas las circunstancias).

En la primera parte de este trabajo, se vio cómo la mayoría de las mujeres quieren amamantar pero no pueden por razones que en su gran mayoría las exceden. Como veremos en la siguiente parte, algunas mujeres pueden encontrar que la alimentación con biberón puede ser más conveniente que la lactancia porque puede adaptarse mejor a su estilo de vida y de maternidad. Sin embargo, me pregunto si la leche de fórmula puede ser considerada una opción legítima si, desde la autoridad de la comunidad médica, se les dice “la lactancia materna, la mejor opción”.

Cuando veo estos mensajes creo que, como profesionales de la salud, no registramos la influencia que estas palabras pueden tener para las mujeres y las familias.

Jeammet, en su manual de psicología médica, habla del impacto de las palabras que emplea el médico, principalmente en situaciones de vulnerabilidad. *“El médico debe saber que participa, lo desea o no, en la creación del mundo de los valores del paciente, que espera*

del mismo que de sentido a su malestar, a su inquietud, a su sufrimiento.” (Jeammet, Ph., Reynaud, M., Consoli, S., 1982, pág. 229)

*“¿Sabías que la lactancia materna **podría salvar 820.000 vidas al año en el mundo?***

Ochenta y siete por ciento de estas vidas son recién nacidos y menores de seis meses”

Vamos por partes. Hay algo de verdad en la frase. Según muchos estudios, el aumento de las tasas de lactancia disminuye las tasas de mortalidad infantil. Sin embargo, dado que la posibilidad de dar el pecho muchas veces está fuera del alcance de las madres, por los múltiples problemas que ya mencionamos, creo que una información de este tipo y transmitida de esta manera puede llegar a ser complicada. Hay muchas otras circunstancias que disminuyen la mortalidad infantil y no reciben el mismo tratamiento.

Como sabemos, la salud no solo está condicionada por la atención médica. Por el contrario, desde hace tiempo, la comunidad médica reconoce que está mucho más determinada por otras cuestiones diferentes. Las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representan lo que se conoce como determinantes sociales de la salud y la lactancia materna se encuentra inmersa dentro de este grupo de determinantes.

Hay un artículo, ya clásico, publicado en el 2005 en la revista *The Lancet*, que establece la disminución de la esperanza de vida en forma directamente proporcional al nivel de pobreza (Marmot, 2005). En especial para la probabilidad de morir entre el nacimiento y los cinco años, expresada por mil nacidos vivos, mientras que en Sierra Leona es de 316/1000, en Finlandia es de 4/1000. Lo mismo para la probabilidad de morir entre los 15 y los 16 años, es de 8,3% en Suecia y de 90,2% en Lesoto. Aclara que también hay desigualdad relacionada con el estilo de vida y el nivel de ingresos dentro de un mismo país. Por ejemplo, hay una diferencia de 20 años en la disminución en la expectativa de vida entre los aborígenes de las islas del Estrecho de Torres y el resto de Australia.

Ahora bien, a nadie se le ocurre decirle a las personas que si aumentan su nivel de ingresos o dejan de ser pobres salvarán vidas infantiles, especialmente en menores de cinco años, o aumentarán la esperanza de vida de la población. Esto es porque las personas no eligen ser

pobres. (Dejo fuera de este análisis, arbitrariamente, cualquier perspectiva meritocrática con la que no comulgo).

Como se mostró en la primera parte, los principales problemas que impiden continuar con la lactancia tienen que ver con la falta de sostén del entorno social, en mayor medida, laboral. Es decir que la mayoría de las madres quieren amamantar pero no pueden porque su entorno social no se lo permite.

Considero que en estas situaciones decir “Señora, si usted amamanta salva vidas” (o en su versión negativa, decir “si no amamanta produce muertes”) podría ser equivalente a decir “Señora, usted tiene la obligación moral de ser más rica o mudarse a una zona con mayores posibilidades de desarrollo económico porque de esa forma aumenta la esperanza de vida de su descendencia” (que es lo mismo que decir “si usted es pobre sus hijos tienen más probabilidades de morir antes”). Parecería descabellado. Propongo una escena imaginaria, más descabellada aún, donde la señora contesta: “pero yo no puedo ser rica, está fuera de mi alcance”, entonces la comunidad médica le contesta: “Bueno, sepa usted que no está contribuyendo a salvar vidas o a prolongarlas por su incapacidad de alcanzar una mejor posición socioeconómica”. No tiene ningún sentido.

El aumento de las tasas de lactancia humana disminuye las tasas de mortalidad, y es bueno que se sepa, pero quienes tienen que escuchar ese mensaje son los dueños del 92 % de las empresas, que no cuentan con los espacios adecuados para la extracción y la conservación de la leche, el 92% de las empresas, que no facilitan el acceso a lugares de cuidado infantil, y el 32%, que no cumple con el otorgamiento de la hora reglamentaria de lactancia a las mujeres que amamantan.

Si el mensaje desde los sectores de salud se vuelve reiteradamente hacia las decisoras, lo que en realidad se logra es reforzar la idea falsa de que son ellas las que garantizan o deben garantizar el éxito de la lactancia. Me pregunto cómo se ve la situación si se las responsabiliza de salvar vidas o impedir muertes.

“La lactancia materna [...] aumenta el coeficiente intelectual del niño promoviendo a largo plazo un mejor desempeño académico, mayor productividad y superiores ingresos laborales.”

Por un lado, creo que hay muchos factores que pueden influir en el coeficiente intelectual de niñas, niños y adolescentes y repercutir indirectamente en el desempeño académico. Por otro lado, la productividad y los ingresos laborales de las generaciones futuras son menos predecibles aún y, además, su valor no es objetivo sino relativo a las prioridades de cada persona.

Por último: ***“Está disponible siempre. Es un alimento natural y renovable. Es accesible y gratuita. [...] Leche materna, calidad perfecta disponible las 24 horas”***

Hay frases o lemas que son verdaderamente preocupantes por los mensajes implícitos que cosifican a la mujer y la invisibilizan como individuo. Por ejemplo, “El cuerpo de la madre es la mejor máquina jamás inventada: aporta nutrición, temperatura, glucosa, desarrollo cerebral, optimismo y salud con el mínimo coste”, Nils Bergman.

A esta altura, debe quedar claro que la lactancia tiene costos para las mujeres.

Según la encuesta de la liga de la leche, algunas mujeres consideran que las oportunidades de desarrollo profesional se limitan con la lactancia o por extraerse leche en el espacio laboral y una de cada cinco mujeres piensa que la lactancia pone en riesgo su trabajo. (VoicesResearch, 2018) Y esto solo se refiere a los costos económicos.

Creo que, desde los sectores de la salud debemos dar un mensaje honesto sobre la lactancia. Si bien los beneficios son reales para niñas y niños, y la lactancia tiene aspectos muy positivos, las dificultades también existen.

La lactancia materna no es gratis, las mujeres invierten muchísimo esfuerzo para sostenerla, no pueden afrontar solas el costo.

Afortunadamente, como señalé cuando mencioné la semana de la lactancia 2019 en Argentina, el curso que han tomado los esfuerzos de las comunidades científicas en los últimos años para promocionar la lactancia estuvo relacionado con estrategias que inciden sobre el tejido social. Coincido en que para aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva debemos primero allanar el terreno de aquellas madres que así lo desean. Autonomía es agencia.

Tercera parte. ¿Puede una madre elegir amamantar o no hacerlo?

Esta última pregunta que se plantea puede ser entendida en tres sentidos. Los dos primeros ya fueron desarrollados.

Analicé en primer lugar la autonomía. Se discutió si la madre tiene la posibilidad de elegir, entendiendo esta elección como la capacidad o posibilidad de tomar una decisión libre, no influenciada, sin coerción. El enfoque relacional nos ayuda a comprender la influencia del entorno de una manera más amplia, como parte constitutiva, integrándose a la identidad de la persona que decide. La valoración de la mujer que amamanta a lo largo de la historia, el análisis del lactivismo y las críticas de otras partes del feminismo hacia lo que entienden como mandato de lactancia, nos ayudaron en esta comprensión. Por otro lado, autonomía también puede entenderse como agencia, esto es la capacidad de acción del individuo. Comprender cuál es la realidad que atraviesa la mujer que amamanta colabora para valorar este aspecto.

En segundo lugar se trabajó en la participación que los sectores de salud tienen favoreciendo u obstaculizando este poder de decisión.

Por último, en este apartado se plantea una pregunta no menor que ha estado apareciendo tácitamente a lo largo de todo el recorrido. Nos preguntamos si a una madre se le está permitido elegir amamantar o no. Es decir que si, por el beneficio que implica la lactancia, una madre tiene la obligación moral de amamantar o, lo que es similar, si tiene que tener una justificación válida para no hacerlo.

¿Existe una obligación moral de amamantar?

Este trabajo comenzó poniendo su foco en el análisis de la construcción de la decisión autónoma en favor o no del amamantamiento y partió de un supuesto, que el valor de la autonomía es incuestionable. La mujer amamanta si quiere y si no quiere, no. Contamos con esta idea previa, la lactancia es un derecho no una obligación, y luego cuestionamos si desde los sectores de salud ofrecemos una recomendación que respete esa autonomía.

La pregunta que no se había formulado hasta este momento es: si, por el beneficio que implica la lactancia, una madre tiene la obligación moral de amamantar.

La lactancia proporciona un beneficio para las y los lactantes, creo que hay evidencia para decir esto es así. Cuando analizo los estudios que presenta el ministerio de salud para respaldar con evidencia la lactancia, cuestiono de ellos que no se valoran los intereses o los costos y perjuicios para las mujeres, pero eso no quita que sí prueben beneficios para lactantes. Los beneficios están probados.

Como hay evidencia para decir que la lactancia humana proporciona un beneficio para las y los lactantes, creo que acá no estaría la discusión. La discusión está en el costo de ese beneficio.

Razones objetivas

La profesora y filósofa Fiona Woollard, experta en el análisis de temas relacionados con el embarazo, la maternidad y la lactancia, sostiene que la presión que se ejerce sobre las mujeres para amamantar se origina, en parte, por dos errores conceptuales, una confusión sobre el alcance de los deberes maternos de beneficiar y la fusión entre lo que son las razones morales y los deberes (Woollard, F.; Potter, L., 2017).

Según su análisis, se debe diferenciar entre las razones para amamantar y el deber de amamantar. De esta forma, se pueden discutir los beneficios de la lactancia para apoyar a las madres que desean amamantar sin culpabilizar a las madres que eligen alimentar con biberón.

Una obligación ineludible⁴ es aquella acción que alguien debe realizar y si no la realiza necesita de una justificación suficientemente válida como para no recibir una censura o un juicio moral adverso.

Las discusiones sobre los deberes maternos asumen, implícita o explícitamente, que las madres tienen la obligación ineludible de beneficiar a su descendencia y que deben realizar cualquier acción que garantice ese beneficio.

La asunción de que las madres tienen la obligación de realizar cualquier acción que beneficie a sus hijas e hijos juega un rol importante en los discursos sobre la lactancia que sostienen que las y los bebés deben ser amamantados a menos que la madre tenga una buena razón para no hacerlo. Menciona, por ejemplo, que, cuando una mujer en Inglaterra a manifiesta al personal de salud que no quiere amamantar, automáticamente se le pregunta por qué.

Hill (1992), sostiene que el deber de beneficiar no implica la obligación ineludible de amamantar. Según el autor, el argumento que dice que las madres tienen la obligación ineludible de beneficiar a su descendencia responde a lo que él llama un “principio general”. Como este principio general puede ser llenado por muchas acciones y no se pueden realizar todas ellas, se les permite, a los agentes morales, decidir cuál o cuáles de ellas harán. Puesto de otra forma, los principios generales pueden dar “razones morales” para realizar ciertas acciones sin generar el “deber moral” de llevarlas a cabo. Es decir que los principios generales ofrecen una idea de lo que es moralmente bueno con respecto a un determinado acto, pero no obligan a hacerlo.

En el caso particular del amamantamiento, Woollard expresa que la lactancia es un acto que beneficia a niñas y niños junto con muchos otros. Por lo tanto, el hecho de que las madres tengan el deber general de beneficiar a sus hijos e hijas no implica que deban amamantar.

Por otra parte, Woollard analiza el alcance del deber de beneficiar. Según su análisis, pensar que las madres deben hacer todo lo que puedan para beneficiar a su descendencia es

⁴ En el documento original dice “Defeasible duty”. La traducción literal de “defeasible” es “anulable”, pero considero que “ineludible” es una palabra más apropiada dado el contexto en el que se emplea.

un error por la incertidumbre que existe en la definición del alcance del beneficio cuando se expresa de esa forma.

El Doctor Gonzalo Mariani, neonatólogo y bioeticista argentino, en comunicación personal, me hizo una observación que puede ayudar en el análisis de este problema: *“La clave podría estar en la potencialidad de beneficiar. Alimentar, escolarizar, son beneficios indiscutibles. Vacunar también. ¿Amamantar?”*

No hay dudas en afirmar que las familias están moralmente obligadas a escolarizar a sus hijos e hijas, así como a aplicarles vacunas para brindar una protección probada contra las enfermedades. Tampoco se generan dudas cuando se sostiene que las familias están obligadas a alimentar a sus bebés; ahora bien, la pregunta es si esa obligación debe incluir como opciones válidas la lactancia tanto como la leche de fórmula.

Creo que este análisis por analogía puede resolverse mejor si en la comparación se agrega la idea de gradualidad.

Hagamos un escenario imaginario donde una familia tiene que enviar a una niña a la escuela y hay dos opciones posibles. (Asumamos que se puede valorar de este modo a los establecimientos educativos).

Escuela A: Claramente superior, las mejores docentes, las mejores instalaciones y el mejor material didáctico. Muchas alumnas del colegio luego fueron a la universidad y se transformaron en profesionales exitosas. Sin embargo, está situada a 50 km de distancia de la casa, y solucionar el tema del transporte les genera muchos inconvenientes.

Escuela B: Nivel intermedio. Las docentes son buenas, pero el alumnado es muy grande por curso y no pueden dedicarle el tiempo suficiente a cada alumna. Además, las instalaciones son más precarias, algunas alumnas repitieron el curso y luego tuvieron dificultades en sus estudios universitarios. De todos modos, queda más cerca de la casa por lo que sería, desde ese aspecto, una opción mejor.

La pregunta es si la familia está obligada a elegir la escuela A.

Pensemos en la vacunación. Sin duda las vacunas salvan vidas y es una obligación de las familias aplicarlas a menores de edad. ¿Pero también es una obligación aplicar vacunas que están fuera del calendario y que cuestan (esquema completo para dos menores) un valor cercano al salario mínimo vital y móvil?

En la visión de las teorías particularistas el contexto es muy importante. Susan Sherwin explica que los detalles contextuales que importan son las relaciones políticas o de poder entre las personas implicadas. Para la deliberación moral no basta con seguir utilidades o una serie de principios morales, sino también preguntarnos: ¿la felicidad de quién está aumentando? ¿Cómo los principios en cuestión afectan a los oprimidos bajo las circunstancias actuales? Las prácticas que protegen los derechos del grupo dominante a expensas de un grupo oprimido no pueden considerarse aceptables en términos morales. Los valores morales positivos se encuentran en aquellas acciones que ayudan a mitigar la opresión. (Sherwin, 2014)

Teniendo en cuenta este enfoque, ¿es lícito decir que hay que amamantar en cualquier circunstancia porque la lactancia es beneficiosa para lactantes?

Veamos el caso de una madre que se incorpora al trabajo con un hijo de dos meses. Tiene una jornada laboral de ocho horas y no puede reducir su jornada una hora porque la empresa donde trabaja no cumple con la ley que garantiza esa reducción horaria (como en el 32% de las empresas del país según el informe de Unicef sobre el sector privado y los derechos de niñas, niños y adolescentes) (Unicef, 2018). Por otro lado, no puede sacarse leche en su lugar de trabajo porque no hay ningún sitio para hacerlo (como en el 92% de las empresas del país según el mismo reporte), en más de una oportunidad se sintió incómoda por tener que apurarse mientras se sacaba leche en el baño, y en otras no pudo hacerlo. Sumado a esto, cuando sale del trabajo debe buscar a su otra hija de tres años del jardín de infantes, por lo que permanece otra hora más sin poder alimentar al primero y sin sacarse leche.

En estas circunstancias, una leche de fórmula, ¿no sería una elección razonable? ¿No podría pensarse en esta opción como se piensa en la escuela B o en proporcionar solo las vacunas del calendario?

En esta línea, la Doctora y Profesora en filosofía Arleen Salles, en su trabajo “Libertad reproductiva y sus límites. Conflictos materno-fetales: Introducción” (Salles, 1998), sostiene que las mujeres embarazadas tienen obligaciones hacia su feto, obviamente, pero que, por estar sujetas también a otras obligaciones hacia otros (otros hijos, trabajo, etc.), no pueden estar exigidas a cumplir con todas ellas. El grado de sacrificio, la magnitud y probabilidad del daño son factores a considerar a la hora de que la mujer decida realizar algo durante su embarazo que pueda afectar al feto.

Para explicar las obligaciones de las embarazadas para con sus fetos, establece una analogía con las obligaciones de los padres en general.

“Los hijos dependen de sus padres de manera fundamental y éstos tienen el deber de protegerlos de daño en la medida de lo posible. Pero aquellas personas que han asumido voluntariamente el rol de padres no están moralmente (ni legalmente) obligadas a actuar siempre de manera tal de proteger a sus niños de todo daño. De hecho, se puede decir que la obligación de proteger a nuestros hijos ya nacidos se ve acotada por dos factores: A) la probabilidad y certeza de daños sustanciales y B) la importancia del propósito por el cual se los hace correr riesgos.” (Salles, 1998, pág. 359)

En términos de la mujer puérpera, aunque haya datos acerca del beneficio de lactancia, no se le puede exigir como una obligación moral que amamante siempre en todas las circunstancias. Existen razones objetivas para que no lo haga.

Razones subjetivas

Hasta aquí hemos dicho que, dadas las circunstancias objetivas en las que una mujer se encuentra a la hora de decidir la forma en que alimentará a sus hijas o hijos, es razonable que pueda optar por el uso de un biberón y la leche de fórmula. Sin embargo, creo que cualquier circunstancia que vive una madre que sea considerada por ella válida para decidir dar una fórmula láctea es una justificación suficiente.

Considero que las razones no son las situaciones objetivas sino la valoración que cada mujer hace de ellas, es decir la dimensión subjetiva que tienen. No puede o no quiere, da igual.

Es más, me animo a decir, una mujer no debería dar razones.

En este sentido, quiero traer otro trabajo de la Doctora Woollard que, si bien trata sobre la defensa al amamantamiento en lugares públicos, explica de modo muy claro el lugar donde nace la decisión en favor o no de amamantar y las razones por las que debe respetarse. (Woollard, 2017)

Woollard incorpora al análisis el concepto de presuposiciones pragmáticas propuesto, en primer lugar, por Robert Stalnaker y luego desarrollado por David Lewis.

Las presuposiciones pragmáticas son proposiciones o sentencias que son tomadas como válidas durante una conversación y que, si no se someten a escrutinio, pasan inadvertidamente a ser ciertas. En general son supuestos conocidos por todos, de “sentido común” que, si nadie pone en duda, se aceptan sin más objeciones.

Su artículo parte de dos ejemplos de debates televisivos sobre situaciones relacionadas con la lactancia. En el primero de ellos, se discutía si estaba bien que una madre amamante a su hija hasta los seis años de edad, y en el segundo, si estaba bien amamantar en público en un bar. Los argumentos del primer debate mencionaban, por un lado, los beneficios de la lactancia y, en contrapartida, la cuestionaban como modo de dar contención emocional a niñas y niños. En el segundo debate, los argumentos se centraban en la discreción que debe guardar la mujer para no incomodar a terceros que pueden no sentirse bien al ver partes íntimas del cuerpo femenino.

Lo que Woollard observa es que, en ambas situaciones, se aceptaron sin más los supuestos que sostienen que la lactancia requiere la justificación dada por sus beneficios, y que es solo aceptable si se guardan ciertos estándares de discreción.

Creo que Woollard tiene un gran punto cuando piensa las discusiones morales alrededor de la lactancia incorporando la idea de las presuposiciones pragmáticas.

Si nos embarcamos en listar las innumerables virtudes de la lactancia que “justifican” a una mujer para que amamante, o si, en sentido contrario, nos empeñamos en demostrar que la mujer que elige un biberón tiene motivos que también la “justifican”, estamos aceptando el supuesto pragmático que dice que la mujer, desee o no amamantar, debe ser sometida a una valoración, a un “juicio”.

La mujer que elige o no amamantar no tiene que ser sometida a un juicio de valor porque tiene que ser respetada en su derecho a decidir quién quiere ser.

A lo largo de este trabajo he tratado de demostrar el lugar profundo en donde se ancla el deseo de amamantar para una mujer y para una familia. Woollard cita a MacIntyre para explicar la “historia de vida” donde se enmarca toda decisión. Si bien Woollard no se refiere a la autonomía relacional, creo que esta perspectiva responde a la idea que ella nos presenta sobre la decisión en favor de la lactancia. Al igual que la mayoría de los feminismos, la ética del cuidado y el comunitarismo, creo que la autonomía tiene que ser vista de este modo.

Michael Sandel, filósofo comunitarista, lo expresa muy bien.

“Vivir una vida es proseguir con una andanza narrable que aspira a una cierta unidad o coherencia. Cuando me encuentro con caminos divergentes intento saber cuál dará sentido a mi vida como un todo y aquello por lo que me preocupo. La deliberación moral consiste más en interpretar la historia de mi vida que en ejercer mi voluntad. [...] supone una reflexión que tiene lugar dentro de esas historias más vastas de las que mi vida forma parte, historias que son además el objeto de esa misma reflexión. Como escribe MacIntyre, «nunca podré buscar el bien o ejercer las virtudes qua individuo». Puedo dar sentido a la narración de mi vida sólo si llego a saldar las cuentas con las historias en que me encuentro inmerso. Para MacIntyre como para Aristóteles, el aspecto negativo o teleológico, de la reflexión moral está ligado a la adscripción y al ser parte de algo.” (Sandel, 2011, pág. 252)

“Todos nos acercamos a nuestras propias circunstancias siendo portadores de una identidad social particular. Soy el hijo o la hija de alguien, el primo o el tío; soy un ciudadano de esta ciudad o de tal otra, estoy adscrito a tal o cual gremio o profesión; pertenezco este clan, a esta tribu, a esta nación. Por tanto, bueno para mí tendrá que ser

lo que sea para quien desempeñe esos papeles. Como tal, heredo del pasado de mi familia, de mi ciudad, de mi tribu, de mi nación, una variedad de deudas, herencias, expectativas justificadas y obligaciones. Constituyen lo que le ha sido dado a mi vida, mi punto de partida moral. Esto es lo que, en parte, le da a mi propia vida su particularidad moral.” (Sandel, 2011, pág. 252)

Para ejemplificar esta idea, traigo otro fragmento de otra novela de Delphine de Vigan, a quién mencioné anteriormente. “Las lealtades”

“Las lealtades. Son lazos invisibles que nos vinculan a los demás-lo mismo a los muertos que a los vivos-, son promesas que hemos murmurado y cuya repercusión ignoramos, fidelidad de silenciosas, son contratos pactados las más de las veces con nosotros mismos, consignas aceptadas sin haberlas oído, deudas que ver damos en los entresijos de nuestras memorias. Son leyes de la infancia que dormitan en el interior de nuestros cuerpos, los valores en cuyo nombre actuamos con rectitud, los fundamentos que nos permiten resistir, los principios ilegibles que nos corroen y nos aprisionan. Nuestras alas y nuestros yugos. Son los trampolines sobre los que se despliegan nuestras fuerzas y las zanjas en las que enterramos nuestros sueños.” (de Vigan, 2019, pág. 7)

La sociedad y la lactancia

Creo que la posición actual de la sociedad es, en gran medida, contradictoria e incoherente.

A diferencia de lo que sucedía en la década de 1970, hoy muchas personas reconocen los beneficios de la lactancia y tienen una opinión positiva hacia las mujeres que la eligen. Sin embargo, por los datos que ya fueron expuestos, debemos reconocer que esa valoración no se materializa en acciones que garanticen a las mujeres la posibilidad de amamantar.

Por otra parte, a pesar de que la red de contención social que se necesita para sostener la lactancia es completamente insuficiente, la mujer que elige una leche de fórmula siente una reprobación social.

Creo que esta situación no se resuelve con los argumentos clásicos que recurren a los beneficios de la leche humana.

Me ocuparé primero de tratar de entender cómo se construye la opinión o el pensamiento de la sociedad en general y luego expresaré la forma en la que considero que debe entenderse la relación entre la mujer que elige -o no- el amamantamiento y el sostén social que permite esta elección.

Como se vio en la primera parte, a lo largo de la historia, se han naturalizado muchas ideas sobre la mujer y la lactancia que nos permiten ver la forma en que se da la construcción del deber moral en esta situación. Se piensa que una madre debe amamantar porque la lactancia es buena, porque es muy beneficiosa para los hijos, porque es gratis, no cuesta nada, y porque tiene que ser bueno para la mujer. Además, ¿qué otra cosa tiene que hacer si no es amamantar a su hijo, que es lo más hermoso, lo más noble que alguien puede hacer por otra persona!

Cuando vimos las críticas del feminismo a la lactancia y la situación de la madre que amamanta, vimos que la realidad no responde a esa representación idílica del amamantamiento. A partir de estas miradas se puede visibilizar la complejidad del trabajo en los espacios de cuidado y la situación de la mujer en estos contextos particulares.

De esta forma, comienzan a aparecer otros discursos. Lo que antes era visto como bueno y normal hoy nos genera ciertos reparos.

Esto no sucede únicamente con la lactancia. La historia de la humanidad nos permite ver que lo que socialmente es aceptable en una época luego en otra no lo es. John Lantos en su artículo “What We talk about When We talk about ethics” dice

“Hay cosas que alguna vez pensamos que estaban mal de forma inalterable que ahora aceptamos. Se puede ver un trabajo de reevaluación moral en temas como poligamia, esclavitud, aborto, matrimonio homosexual o eutanasia. Solía estar bien fumar en una habitación de hotel, pero tenías que ir a algún callejón oscuro a buscar pornografía. Ahora, tenés que ir a fumar al callejón pero podés elegir el fetiche que te gusta en

televisión o internet. Las apuestas antes eran ilegales y condenadas moralmente y ahora son un sponsor del estado.”⁵ (Lantos, 2014, pág. S43)

Me gustaría poner dos ejemplos de la literatura que tienen relación con esto que se está diciendo.

El primero es “El lector” (en alemán *Der Vorleser*, literalmente «el que lee en voz alta»), una novela escrita por el profesor de leyes y juez alemán Bernhard Schlink de que cuenta la historia del juicio a una carcelera del ejército nazi. Lo que me interesa traer de esta historia es la forma en que interpretan un mismo tiempo histórico dos generaciones diferentes. La manera en que una sociedad entera legitimó acciones que luego nuevas generaciones, y el mundo entero, encontrarán aberrantes. En este fragmento habla un joven en repudio a la forma de pensar de la generación de sus padres.

“La culpabilidad colectiva, se la acepte o no desde el punto de vista moral y jurídico, fue de hecho una realidad para mi generación de estudiantes. No sólo se alimentaba de la historia del tercer Reich. Había otras cosas que también nos llenaban de vergüenza, por más que pudiéramos señalar con el dedo a los culpables: las pintadas de esvásticas en cementerios judíos; la multitud de antiguas nazis apoltronada en los puestos más altos de la judicatura, la Administración y las universidades; la negativa de la República Federal Alemana a reconocer el Estado de Israel; la evidencia de que, durante el nazismo, el exilio y la resistencia habían sido puramente testimoniales, en comparación con el conformismo al que se había entregado la nación entera. Señalar a otros con el dedo no nos eximía de nuestra vergüenza. Pero sí la hacía más soportable, ya que permitía transformar el sufrimiento pasivo en descargas de energía, acción y agresividad. Y el enfrentamiento con la generación de los culpables está preñado de energía.” (Schlink, 1997, pág. 159)

⁵ La traducción es mía, la frase original en inglés es “There are things that we once thought to be inalterably wrong but have now come to accept. One might look at issues like polygamy, slavery, abortion, gay marriage, or euthanasia to see moral reevaluation at work. It used to be okay to smoke in hotel rooms, but you had to go out to a dark alley to find pornography. Now, you have to go to the alley to smoke, but you can choose your fetish on television or on the internet. Gambling was once illegal and morally condemned. Now it is state sponsored.”

El segundo ejemplo es “Huckleberry Finn”, la hermosísima novela que Samuel Clemens escribe con el seudónimo de Mark Twain, que describe la huida de Huck, un niño terrible pero entrañable con su amigo Jim, un esclavo negro, en una balsa por el río Misisipi. Siempre me llamó la atención el momento en el que Huck plantea el dilema moral entre ayudar a escapar a su amigo o denunciarlo, obedeciendo la ley.

No quiero comparar el holocausto y la esclavitud con ninguna forma de maternidad. Aunque filósofas como Badinter lo han hecho (Badinter E. , 2011), yo no lo veo de ese modo. Lo que quiero mostrar es la idea de cómo socialmente se pueden naturalizar hechos o situaciones que están mal. Lo que hoy nos parece normal puede no estar bien.

El texto clásico de Vincent Marqués “Uno. Casi todo podría ser de otra manera” del libro “No es natural - para una sociología de la vida cotidiana” ilustra lo que quiero decir. Relata con mucha naturalidad la forma en que un hombre, el señor Timoneda, se despierta y realiza sus actividades cotidianas, asumiendo distintos roles, en dos contextos sociales completamente diferentes, ambos, naturalmente, normales. El objetivo de su relato es mostrar que aquello que se considera “natural” no es más que una construcción. (Marques, 1982)

Ahora bien, para salir de los prejuicios y la subjetividad de las evaluaciones morales que toman el contexto como parámetro, parecería razonable recurrir, por ejemplo, a nociones de justicia que derivan de teorías generales y abstractas, y me parece correcto. Sin embargo, creo que las teorías particularistas también pueden aportar mucho.

La ética del cuidado propone el reconocimiento de los otros particulares y sus necesidades en la deliberación moral. Creo que es un buen camino. La historia de Huckleberry Finn nos muestra algo también en este sentido. Huck, para resolver su dilema moral, miró a su amigo con compasión y tomó la decisión correcta.

Creo que puede ser un buen comienzo. Si no miramos lo que le está pasando a la mujer que amamanta, su contexto singular, sus necesidades únicas con empatía y compasión, difícilmente podamos hacer un análisis adecuado.

Queda entonces claro que no debe juzgarse a la mujer que amamanta -o no-, ni a su deseo, y que debemos desprendernos de nuestros prejuicios a la hora de emitir valoraciones personales sobre ella. Esto es válido tanto para la comunidad médica como para la sociedad en su totalidad. Ahora bien, venimos diciendo que para que el amamantamiento pueda lograrse se necesita una red de contención social. Si entendemos que esta red social de contención implica costos, recursos, y colaboración, entonces tal vez sí cabe lugar un juicio para destinar o no estos recursos. Podemos discutir si los beneficios de la lactancia justifican los costos de la creación de lactarios, guarderías, evicción laboral para las mujeres que amamantan, pero no podemos discutir si la mujer debe hacerlo o no. Debe quedar claro que el juicio se tiene que dar principalmente sobre la distribución de recursos de la sociedad y no sobre lo que deba hacer o no la mujer.

Si una mujer desea amamantar, la comunidad debe brindarle todo el sostén que ella necesita para hacerlo. Esto por dos razones.

En primer lugar, ya hablamos que los beneficios de la lactancia para niñas y niños no se encuentran en discusión. Es una realidad que las repercusiones positivas en la salud de esta población justifican la colaboración de toda la sociedad y el empleo de recursos comunes para tal fin e, incluso, la vuelven una intervención, desde este punto de vista, costoefectiva. Creo además que, como comunidad médica, debemos unirnos a las mujeres en el reclamo de este beneficio. Si nuestro mensaje apela a “las vidas salvadas por la lactancia” y “los riesgos de no amamantar”, el rigor de estas sentencias debe caer sobre los responsables de garantizar el derecho a gozar de buena salud tanto de mujeres como de niñas y niños. Me refiero a empresas que no propician los lugares adecuados para la extracción y conservación de la leche, que no cumplen en otorgar la hora de lactancia establecida por ley o que no facilitan el acceso a lugares de cuidado de menores, guarderías, jardines maternos, etc.

En segundo lugar, como venimos trabajando, la decisión sobre la lactancia y la posibilidad de llevarla a cabo se vincula con la forma en que una mujer desea vivir su maternidad. Respetar estos deseos guarda relación con el respeto a su identidad y a su libertad de ser y

hacer. Considero que se debe apoyar esta decisión con acciones que garanticen estas libertades.

Para respaldar esta posición nos ayudan también los eticistas liberales como Will Kymlicka. En su libro “Ciudadanía Multicultural”, defiende la cultura de las minorías étnicas fundamentando su posición en la relación entre las libertades y la identidad (Kymlicka, 1996). Siguiendo el trabajo de Dworkin, sostiene que las culturas son valiosas, no solo en sí y por sí mismas, sino porque únicamente mediante el acceso a una cultura societal las personas pueden tener acceso a opciones significativas para sí mismas (Dworkin, 1985).

Siguiendo esta misma línea argumental, la defensa de la elección por la lactancia de las mujeres que así lo desean es la defensa de una forma de maternar que responde a una identidad. Por lo tanto, es la defensa de la libertad de ser y hacer para muchas mujeres.

Por último, comparto una frase que, en comunicación personal, me dijo la Doctora Natalia Gherardi, abogada feminista y docente argentina, Directora Ejecutiva del Equipo Latinoamericano de Justicia y Género, y gran referente en la defensa de los derechos de la mujer: ***“La lactancia es un derecho, no una obligación”***.

Conclusiones

El recorrido que hemos hecho a lo largo de este trabajo nos permite arribar a varias conclusiones.

En primer lugar, la valoración de la autonomía, y en especial de la mujer en estas circunstancias, debe ser comprendida de un modo más amplio al que ofreció su comprensión tradicional. **La decisión sobre el amamantamiento responde a una intersección de determinantes sociales que constituyen quién es y qué desea cada persona.** Puede verse cómo a lo largo de la historia los distintos entornos vinculares suscriben a la mujer en distintos roles conforme a las expectativas sociales y políticas de cada época y la forma en que la comunidad médica, en especial pediatras y puericultores, desde principios del siglo XX, participa activamente en estos procesos. Es así como desde las representaciones que se construyen en estos espacios una mujer puede considerar oportunidades como opciones, o no.

Hoy las madres se encuentran en una situación problemática tanto si desean amamantar como si no lo desean. La ausencia de una red de contención social, en especial en el ámbito laboral fuera del hogar, hace que aquellas que desean hacerlo no puedan. Por otro lado, si una mujer elige no amamantar siente culpa y frustración.

En este contexto entiendo las dos posiciones, en apariencia antagónicas, que toma el feminismo con relación a la lactancia como movimientos pendulares que se originan en las situaciones problemáticas que las mujeres vivencian. Por un lado, el **lactivismo, se levanta como un reclamo coherente al impedimento del derecho de amamantar**, y su trabajo no solo legitima los deseos de muchas, sino que también propicia el espacio para que estos puedan realizarse. Por el otro lado, **las críticas de otras partes del feminismo se alzan por la insensibilidad social a las vivencias negativas que pueden surgir durante el amamantamiento así como los sacrificios que, para la mujer, la práctica implica.**

Considero que ambas posturas deben ser escuchadas. La lactancia debe ser entendida como un **derecho que se debe garantizar y no como una obligación cuyas dificultades se deben ocultar.**

Cuando evaluamos la evidencia que respalda las recomendaciones sobre la lactancia, afirmamos casi con total seguridad que las y los lactantes se van a ver muy beneficiados, pero todavía faltan estudios que nos ayuden a estimar de una mejor manera el impacto del amamantamiento en las mujeres, así como sopesar el beneficio de unos frente al efecto (no del todo conocido) en otras. Considero que deben realizarse más estudios que evalúen el costo que tiene para las mujeres el amamantamiento en distintas dimensiones económica, emocional, física y psíquica.

La mujer no está obligada a amamantar. Claro está que una madre debe beneficiar a sus hijas e hijos, pero no está obligada a realizar cada acto que les beneficie.

La mujer no debe ser juzgada en sus elecciones. La decisión en favor –o no- de la lactancia guarda relación con la historia de vida de cada madre y el ideal de maternidad que desea alcanzar. Se debe garantizar que la mujer pueda vivir la libertad de ser y hacer.

Dado que la lactancia puede representar un beneficio para menores, **la responsabilidad de beneficiar a niñas y niños con el amamantamiento no debe caer solo en las mujeres.**

De la misma forma, la promoción de la lactancia por parte de la comunidad médica no debe estar enfocada solo en ellas. Si se vuelve reiteradamente hacia las madres para convencerlas de algo que ya desean pero no pueden conseguir, lo que en realidad se logra es reforzar en ellas la idea falsa de que son quienes garantizan o deben garantizar el éxito de este proceso. Es imprescindible cambiar el foco, la gran responsabilidad de la lactancia está en el tejido social que la sostiene tanto en el espacio personal como en el público.

Creo que empieza a abrirse un camino en este sentido, tanto en profesionales de la salud como en la sociedad toda. Debemos empezar a recorrerlo.

En la misma línea del punto anterior, como profesionales de la salud **debemos dar recomendaciones coherentes con las posibilidades reales de las mujeres.**

Cuando tratamos el tema de la medicalización tomamos conciencia del poder que ejercemos los profesionales de la salud en la sociedad y nuestro papel en la construcción de las representaciones de lo normal y lo patológico. Somos quienes decidimos quién está dentro de la norma y quién se queda fuera de ella, y desde este lugar diferenciamos lo correcto de lo incorrecto. Lo que indicamos lo hacemos con esa autoridad que se nos ha conferido. No podemos indicar y recomendar cosas imposibles.

Celebro el curso que han tomado los esfuerzos de las comunidades científicas en los últimos años al **proponer estrategias que operen sobre la contención del entorno**. Para aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva debemos primero allanar el terreno de aquellas madres que así lo desean. La lactancia materna no es gratis, las mujeres invierten muchísimo esfuerzo para sostenerla, no pueden afrontar solas el costo. Autonomía es agencia.

Debemos dar un mensaje honesto sobre la lactancia. Si bien los beneficios son reales y la lactancia tiene aspectos muy positivos, las dificultades también existen. Si decimos que la lactancia es maravillosa, natural, fácil y gratis, las vivencias negativas, ambiguas y costosas, junto con las mujeres que las atraviesan, quedan sin ser registradas.

Es necesario que, como sociedad en general y como profesionales de la salud en particular, nos vinculemos con las mujeres reales, con sus deseos y sus posibilidades concretas, de manera sensible y atenta para que puedan atravesar esta etapa de sus vidas gozando de buena salud tanto física como psíquica.

Considero que esta tesis aporta nuevas miradas que enriquecen el debate académico sobre la maternidad, la lactancia y su promoción. La incorporación de estas perspectivas permite repensarnos como profesionales, pensar en las mujeres y en las familias que asistimos de una manera diferente y hacer partícipe de este cambio también a la sociedad en su totalidad para mejorar la atención de la salud materna e infantil de modo integral.

Bibliografía

(s.f.).

Álvarez, S. (2012). La autonomía personal de las mujeres. Una aproximación a la autonomía relacional y la construcción de las opciones. *Seminario de la Facultad de Derecho de la Universidad de Palermo*, 1-25.

Ariés, P. (1960). *L' enfant et la vie familiale sous l' Ancien régime*. París: Plon.

Badinter, E. (1980). *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal*. Barcelona : Paidós.

Badinter, E. (2011). *La Mujer y la Madre*. Madrid: La esfera de los libros.

Baier, A. (1985). *Postures of the Mind: Essays on Mind and Morals*. London: Methuen young books.

Barrancos, D. (2018). Los caminos del feminismo en la argentina: Historia y Derivas. www.vocesenelfenix.com, 1-8.

Baston, C. Canton, C. (s.f.). *La perspectiva y la valoración de la lactancia en las parejas de las personas que amamantan. Focus group*. Material no publicado.

Beauchamp, T. C. (1994). *Principios de Ética Biomédica*. Buenos Aires: MASSON SA.

Beauchamp, T. Childress, J. (1979). *Principios de Ética Biomédica*. Buenos Aires: Masson.

Berg, A. (1973). The economics of breastfeeding. *Saturday review of scienses*.

Boron, A. (2005). Prólogo. En R. Sautu, *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. (págs. 13-20). Buenos Aires: CLACSO.

Code, L. (1991). Second Person . En *What can she Know? Feminist Theory and the construction of Knowledge* (págs. Code, Lorraine). Ithaca, N.Y.: Cornell University Press.

CódigoAlimentarioArgentino. (1997). Caítulo XVII, Resolución N°54/97 MSyAS.

Costa, M. (1196). El concepto de Autonomía en la Ética Médica: Problemas de fundamentación y Aplicación. 8. *Costa, M., El concepto de Autonomía en Perspectivas Bioéticas en las Américas. Año 1. Número 2.* .

Costa, M. (1996). El concepto de Autonomía en la Ética Médica: Problemas de fundamentación y Aplicación. 8. *Costa, M., El concepto de Autonomía en Perspectivas Bioéticas en las Américas. Año 1. Número 2.*

- Crenshaw, K. (1995). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color. En K. Crenshaw, *Critical Race Theory. The Key Writing That Formed the Movement*. New York: NY Press.
- de Vigan, D. (2012). *Nada se opone a la noche*. Barcelona: Anagrama.
- de Vigan, D. (2013). *Días sin hambre*. Barcelona: Anagrama.
- de Vigan, D. (2019). *Las lealtades*. Barcelona: Anagrama.
- Dworkin, R. (1985). *A matter of Principle*. Londres: Harvard University Press.
- Emanuel, E.; Emanuel, L. (s.f.). Cuatro modelos de la relación médico paciente. Disponible en enero de 2020 en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2332355>.
- EnLAC, E. N. (2018). Ministerio de la Nación Argentina.
- Espínola Docio, B. (2016). Mastitis. Puesta al día. *Actualización. AEPED*, Disponible en https://www.aeped.es/sites/default/files/mastitis_puesta_al_dia.pdf.
- Faircloth, C. (2013). *Militant Lactivism? Attachment Parenting and Intensive Motherhood in the UK and France*. Nueva York: Berghan Books.
- Farrell. (s.f.). Apresurando la propia muerte . Disponible online en enero de 2020 en https://www.fbioyf.unr.edu.ar/evirtual/pluginfile.php/108513/mod_folder/content/0/Biblio%20introduccion%20farrell.pdf?forcedownload=1.
- Felitti, K. (2011). Entre el deber y el derecho: maternidad y política en la Argentina del siglo XX. En K. Felitti, *Madre no hay una sola: Experiencias de maternidad en la Argentina* (págs. 23-46). Buenos Aires: Ediciones CICCUS.
- Ferrer, C. (1996). Prólogo. En M. Foucault, *La vida de los hombres infames* (págs. 7-11). La Plata: Altamira.
- Foucault, M. (1996). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. En M. Foucault, *La historia de los hombres infames* (págs. 67-84). La Plata: Altamira.
- Foucault, M. (1996). Las desviaciones religiosas y el saber médico. En M. Foucault, *La vida de los hombres infames* (págs. 13-19). La Plata: Altamira.
- Foucault, M. (1996). Los anormales. En M. Foucault, *La vida de los hombres infames* (págs. 61-65). La Plata: Altamira.
- Foucault, M. (1996). Médicos, jueces y brujos en el siglo XVII. En M. Foucault, *La vida de los hombres infames* (pág. 22). La Plata: Caronte Ensayos.

- Foucault, M. (1996). Médicos, jueces y brujos en el siglo XVII. En M. Foucault, *La vida de los hombres infames* (págs. 21-35). La Plata: Altamira.
- Gimeno, B. (2018). Construcción subjetiva de la identidad lactivista. En B. Gimeno, *La Lactancia Materna. Política e Identidad*. (págs. 169-208). Madrid: Cátedra. Universitat de Valencia.
- Gimeno, B. (2018). Hacia una reconstrucción de la maternidad. En B. Gimeno, *La Lactancia Materna. Política e Identidad*. (págs. 95-139). Madrid: Ediciones Cátedra.
- Gimeno, B. (2018). La lactancia desde una perspectiva histórica. En B. Gimeno, *La Lactancia Materna. Política e Identidad* (págs. 81-86). Valencia: Ediciones Cátedra. Universitat de Valencia.
- Gimeno, B. (2018). *La Lactancia Materna. Política e identidad*. Barcelona: Ediciones Cátedra.
- Grushka, C. (2010). ¿Cuánto vivimos? ¿Cuánto viviremos? En A. Lattes, *Dinámica de una Ciudad. Buenos Aires*. Buenos Aires.: Dirección General de Estadísticas y Censos.
- Guilligan, C. (2003). *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's development*. Cambridge, Massachusetts, and London, England: Harvard University Press.
- Held, V. (2006). *Ethics of Care: Personal, Political and Global*. . Oxford: Oxford University Press.
- Henderson, L.; Kitzinger, J., & Green, J. (2000). Representing infant feeding: content analysis of British media portrays of bottle feeding and breast feeding. *British Medical Journal* , 321 (7270): 1196-1198.
- Hill, T. (1992). *Dignity and practical reason in Kant's Moral Theory*. Ithaca: Cornell U. P.
- Hoddinott, P. P. (2000). A qualitative study of women's views about how health professionals communicate. *Health Expectations*, 224-233.
- Hrdy, S. (1999). *Mother Nature*. Nueva York: Ballantine Books.
- Jeammet, Ph., Reynaud, M., Consoli, S. (1982). *Manual de Psicología Médica*. Barcelona: Masson.
- Klapisch-Zuber, C. (1985). Blood Parents and Milk Parents:Wet-nursing in Florence 1300-1530. En C. Klapisch-Zuber, *Women, Family and Ritual in Renaissance Italy*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Kowalczy, I. (2010). *Brygajace piersi (Squiriting breast) (blog post)*. *Straszna sztuka*. Disponible en <http://strasznasztuka.blox.pl/2010/06/Piersi-ocenzurowane.html>.
- Kymlicka, W. (1996). *Ciudadanía Multicultural*. Barcelona: Paidós.
- Lakshman, R. O. (2009). Mothers' experiences of bottle-feeding: a systematic. *Arch Dis Child*, 596-601.

- Landa Rivera, L. (2004). Hipogalactia . En A. E. AEPED, *Lactancia Materna. Guía para profesionales* (págs. 258-261). Madrid: Ergon.
- Lantos, J. (2014). What we talk when we talk about ethics. *Hastings Center Report*, 40-44.
- Lee E, F. F. (2005). *Mothers' experience of, and attitudes to, using infant formula in the early months*. Kent: School of Social Policy, Sociology and Social Research, University.
- Levy Yeyati, E. (2018). Posverdad: Modo de uso. Prólogos. En G. Nogués, *Pensar con otros. Una guía de supervivencia en tiempos de posverdad* (págs. 10-16). Buenos Aires: El gato y la caja.
- Ley20744. (2004). Régimen de Contrato de Trabajo.
- Ley24.430. (1994). Constitución Nacional Argentina.
- Ley24.430. (1994). Constitución Nacional Argentina. En *Artículo 75, Inciso 23*.
- Ley25.929. (2004). Ley de la Nación Argentina.
- Mackenzie, C. S. (2000). Introduction: Autonomy Refigured. En C. S. Mackenzie, *Relational Autonomy* (págs. 3-35). New York: Oxford University Press.
- Maglio, F. (2014). Relación médico-paciente en el tercer milenio. *Actual. Osteol*, 115-118.
- Maher, V. (1992). *The Anthropology of Breastfeeding: Natural Law or Social Construct*. Oxford: V. Maher.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365: 1099–104.
- Marques, V. (1982). Casi todo podría ser de otra manera. En V. Marques, *No es natural. Para una sociología de la vida cotidiana*. (págs. 13-18). Disponible el 23 de junio de 2020 en <https://sociologia1unpsjb.files.wordpress.com/2018/02/marques-no-es-natural.pdf>.
- Mathelin, C. (1998). *La Sonrisa de la Gioconda. Clínica Psicoanalítica con bebés prematuros*. . Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión .
- McNamara, D. (2006). Parental Control, Overprotection Associated with Anxiety in Children. *Clinical Psychiatry News*, 34, 1. , pag 44.
- Mecinska, A. (2017). *Social Struggles over Breastfeeding: Hoy Lactivism Reshapes Knowledge Meanings, and Practices of Breastfeeding*. Lancaster: Lancaster University.
- Moore, L. (2019). *¿Quién se hará cargo del hospital de ranas?* Buenos Aires: Eterna Cadencia Editora.
- Msal. (2019). Lactancia Materna. Una política de Estado., (págs. Disponible en enero de 2020 en <http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion->

mortalidad/boletin/lactancia/noti0.php?utm_source=email_marketing&utm_admin=14052&utm_medium=email&utm_campaign=La_importancia_de_la_Lactancia_Materna_SMLM). Buenos Aires.

Nari, M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires: Biblos.

Nussbaum, M. (1992). Introducción: Forma y contenido, filosofía y literatura. En M. Nussbaum, *El conocimiento del amor. Ensayos sobre filosofía y literatura*. (págs. 25-79). Madrid: Machado Grupo de Distribución.

Nussbaum, M. (2012). *Crear capacidades. Propuestas para el desarrollo humano*. Madrid: Paidós.

Paricio Talayero, J. (2015). Hipogalactia. *8vo Congreso Argentino de Lactancia Materna*, (pág. disponible en https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2015/Lactancia/Paricio_Talayero_Valoracion_LM_en_crecimiento_del_ni%C3%B1o.pdf).

Pediatrics, A. A. (2012). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 827-841.

Rustoyburu, C. (2019). *La medicalización de la infancia. Florencio Escardó y la nueva pediatría en Buenos Aires*. Buenos Aires: Biblos.

Salles. (1998). Libertad reproductiva y sus límites. Conflictos materno-fetales: Introducción. En F. y Luna, *Bioética. Investigación muerte, procreación y otros temas de ética aplicada* (págs. 345-374.). Buenos Aires: Sudamericana.

Salles, A. (1998.). Toma de decisiones terapéuticas. Introducción. . En A. T. 2. Salles, m. p. Investigación, & A. Salles, *Bioética; Investigación, muerte, procreación y otras cuestiones* (págs. 107-132). Buenos Aires.: 2. Salles, A., Toma de decisiones terapéuticas. Introducción. en *Bioética; Investigación, mue* Editorial Sudamericana.

Sandel, M. (2011). Los dilemas de la lealtad. En M. Sandel, *Justicia ¿Hacemos lo que debemos?* (págs. 236-276). Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial.

SAP. (2018). *Video*. Disponible el 27 de marzo de 2020 en <https://youtu.be/ZY49jCfQR8>.

Schlink, B. (1997). *El lector*. Barcelona: Anagrama.

Sebastiani, M. (2012). El no deseo de tener hijos. En M. Sebastiani, *¿Por qué tenemos hijos?* (págs. 111-128). Buenos Aires: Paidós.

Shahar, J. (1990). *La représentation du monde chez l' enfant*. Londres: Routledge.

Sherwin, S. (2014). Feminismo y Bioética. *Debate feminista. Vol 49*, 45-69.

Tenenbaum, T. (2019). La última pregunta. En T. Tenenbaum, *El fin del amor. Querer y coger*. (págs. 287-311). Ciudad de Buenos Aires: Paidós.

- Unicef. (2018). Estudio sobre el sector privado y los derechos de niñas, niños y adolescentes.
- Veatch, R. (1995). Modelos para una medicina ética en una época revolucionaria. En F. S. Luna, *Decisiones de vida y muerte* (págs. 56-62). Buenos Aires: Sudamericana.
- Victoria, C. B. (2016). La lactancia materna en el Siglo XXI: epidemiología, mecanismos y efectos a lo largo de la vida. *Lancet*, 475-490.
- VoicesResearch, p. I. (2018). *Encuesta Nacional de Lactancia y Trabajo*. Buenos Aires: disponible en <http://www.ligadelaleche.org.ar/home/encuesta-sobre-lactancia-materna>. Busqueda el 6 de octubre de 2019.
- Walter, J. Friedman Ross, L. (2014). Relational Autonomy: Moving Beyond the limits of Isolated Individualism. *Pediatrics*, 133;s16.
- Weisner, T. y Gallimore, R. (1977). My Brother's Keeper: Child and Sibling Caretaker. *Current Anthropology*, 18,2, 169.
- Winer, R. L. (2013). The Mother and the Dida (Nanny): Female Employers and Wet Nurses in Fourteenth-Century Barcelona. En J. (. Sperling, *Medieval And Renaissance Lactations*. Ashgate.
- Wolf, J. (2007). Is Breast Really Best? Risk and Total Motherhood in the National Breastfeeding Awareness Campaign. *Journal of Health Politics, policy and Law*, vol 32. num.4.
- Woollard, F. (2017). Requirements to justify breastfeeding in public: a philosophical analysis. *International Breastfeeding Journal* , 1-8.
- Woollard, F. (2019). Requirement to justify breastfeeding in public: a philosophical analysis. *International Breastfeeding Journal*, 14:26.
- Woollard, F.; Poter, L. (2017). Breastfeeding and defeasible duties to benefit. *J Med Ethics*, 1-4.