

# El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias

Gracia Maroto-Navarro / María del Mar García-Calvente / Inmaculada Mateo-Rodríguez

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Red de Investigación de Salud y Género. Granada. España.

*Correspondencia:* Gracia Maroto-Navarro. Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja, s/n. 18080 Granada. España.

Correo electrónico: gracia@easp.es

*Recibido:* 22 de septiembre de 2003.

*Aceptado:* 24 de diciembre de 2003.

(The challenge of maternity in Spain: social and health difficulties)

## Resumen

*Objetivo:* En el presente artículo se revisa la bibliografía reciente sobre los diferentes aspectos relacionados con las dificultades sociales y la atención sanitaria durante el proceso maternal, partiendo de la situación de la fecundidad en España y fuera de ella.

*Método:* Se analiza la información actualizada, fundamentalmente de los últimos 5 años, extraída de diferentes fuentes oficiales, documentos técnicos y bibliografía científica.

*Resultados:* Los cambios culturales, las dificultades de las mujeres para ubicarse en el mercado laboral, la escasa intervención de los poderes públicos en el sostenimiento familiar y las deficiencias del sistema sanitario en relación con la calidad asistencial en el embarazo, el parto y el posparto relegan la maternidad a un segundo plano.

*Conclusiones:* El aumento de las tasas de fecundidad pasa por la transformación de diferentes aspectos sociales relacionados con la reestructuración de los trabajos productivo y reproductivo, el desarrollo de los servicios sociales, la potenciación de las ayudas institucionales y la revisión y mejora de las políticas de atención sanitaria.

**Palabras clave:** Natalidad. Trabajo productivo. Trabajo reproductivo. Protección a la maternidad. Apoyo social. Salud maternal.

## Abstract

*Objective:* The present article reviews the recent literature on various issues related to maternity services and fertility in Spain and elsewhere.

*Method:* Information obtained from several official sources, technical reports, and the scientific literature produced in the last 5 years were used.

*Results:* Maternity is assigned insufficient importance due to cultural changes, women's difficulties in the labor market, inadequate public policies to support families, and deficiencies in the quality of pre- and postdelivery maternity care.

*Conclusions:* Increased fertility rates may transform the organization of productive and reproductive work and the development of health and social services, and may stimulate improvement in institutional support.

**Key words:** Birthrate. Productive work. Reproductive work. Maternity protection. Social support. Maternal health.

## Introducción

**E**n nuestra cultura, aun hoy aparece como una imagen idílica la de una madre con su saludable bebé. Frecuentemente, se lanza publicidad acerca de la imagen de la maternidad como sinónimo de logro sublime pero, hoy por hoy, el placer de ser madre no parece mantenerse como argumento suficiente para que las mujeres y los hombres decidan embarcarse en tal experiencia, dado el descenso acelerado de las tasas de fecundidad y las dificultades habidas para conseguir el remplazo generacional, sobre todo en España<sup>1,2</sup>.

Son muchos y rápidos los cambios que están experimentando las sociedades de países industrializados como España. Tales cambios afectan al funcionamiento económico y social, así como las formas de vida de la población, y repercute directa o indirectamente en la decisión y la capacidad de afrontar el proceso maternal. La competitividad laboral, la lucha por el posicionamiento social y la priorización del bienestar y la calidad de vida son ejes centrales en el funcionamiento de las nuevas sociedades. La incorporación de la mujer al mercado laboral y el surgimiento de nuevas formas de familia implican la recomposición de las actividades

hogareñas<sup>3</sup>, aunque los poderes públicos aún parecen dar por descontado que hay una fuerte obligación moral de los miembros familiares de cubrir las actividades de mantenimiento del hogar y el cuidado de los hijos, con o sin ayudas públicas, elemento que se ha reflejado en leyes, códigos y normas jurídicas<sup>4</sup>.

La multiplicidad de funciones domésticas y profesionales asumida en los últimos decenios por un nuevo tipo de mujeres que participan en el sector remunerado y el no remunerado ha servido de sólido amortiguador de los sistemas de protección social. Estas mujeres contaban, en mayor o menor medida, con redes informales de ayuda, entre las que destacaban las «abuelas», ya que las últimas generaciones de amas de casa duplicaron su papel de madres, primero cuidando a sus propios hijos y después a sus nietos. Ahora bien, las generaciones de madres trabajadoras no parece que puedan seguir reproduciendo siempre la misma hiperactividad de madres «supermujeres». El ciclo, por tanto, parece cerrarse, y lo que antes era «un asunto de mujeres» en el ámbito familiar pasa a ser un problema que concierne al conjunto de la sociedad<sup>5</sup>.

Si bien cada vez son menos los riesgos para la salud de las mujeres asociados con el embarazo, el parto y el puerperio, gracias a la competencia técnica y la capacidad de respuesta de los servicios sanitarios, la calidad asistencial durante el proceso maternal y los aspectos asociados con la educación y la promoción de salud parecen estar llamados al cambio.

De forma resumida, los cambios culturales, los relativos al mercado laboral, las expectativas hacia el sistema sanitario relacionadas con los aspectos de promoción de la salud y la calidad asistencial, así como los factores relacionados con la escasa intervención de los poderes públicos en relación con el sostenimiento de la familia, entre otros, relegan a la maternidad a un segundo plano, tal como reflejan las tasas de fecundidad en la actualidad. Concretamente las mujeres españolas, debido a las dificultades de mantener niveles adecuados de autonomía personal, parecen haber optado por la «calidad» en vez de la «cantidad» de la familia<sup>4</sup>.

En este contexto, el objetivo planteado para el presente trabajo es indagar sobre los factores sociales y sanitarios que pueden estar relacionados con la escasez de niños/as que vienen al mundo, partiendo de una revisión de la situación en la que se encuentra España frente a otros países en cuanto a fecundidad. Se ofrece una panorámica general de la maternidad en nuestro medio, y se apuntan algunos retos que aún quedan por superar.

Para todo ello, se expone una información relevante extraída de diferentes fuentes oficiales (bases de datos, encuestas poblacionales, informes y documentos de instituciones sociales) y bibliografía científica actualizada, fundamentalmente centradas en los últimos 5 años.

## Situación de la fecundidad en España

Mientras la población del mundo se ha doblado en las últimas décadas y alcanza 6.000 millones de personas, las tasas de natalidad en muchos países caen en picado hasta cifras sin precedentes. El resultado es una división demográfica entre países con altas y bajas tasas de crecimiento de la población. En la actualidad, las tasas más altas de natalidad corresponden a las regiones más pobres de África, Asia, América del Sur y Central, donde el promedio alcanza más de 5 hijos por mujer, mientras en la mayoría de los países industrializados con altos ingresos, y algunos pobres como China y Rusia, el número de hijos por mujer es bastante inferior a los 2,1 necesarios para que haya un remplazo generacional<sup>1</sup>.

España ocupa el último lugar del mundo, con tasas de natalidad que empezaron a bajar de forma continua hace más de 20 años. Mientras que en 1976 nacieron 667.458 bebés, en 1998 vinieron al mundo aproximadamente la mitad (365.193). Aunque desde ese año se observa un pequeño repunte, que llega a 416.518 nacimientos en el año 2002 (gracias, sobre todo, a nacimientos de madres inmigrantes que han contribuido con el 10,4% del total de natalicios)<sup>2</sup>, España sigue siendo el país con tasas más bajas. Por comunidades, Asturias y Galicia tuvieron las tasas más bajas en el año 2002 (6,39 y 7,18 por 1.000 habitantes), mientras Ceuta y Melilla, con distintos condicionantes culturales, contribuyen con la mayor tasa (14,64 y 18,10 por 1.000 habitantes, respectivamente)<sup>2</sup>. La evolución las tasas de natalidad desde 1994 a 2002 por comunidad autónoma se presentan en la tabla 1. En cuanto al número medio de hijos, en el año 2002 España alcanza su nivel más alto desde 1993, con 1,26 hijos. Si establecemos una comparación con otros países europeos, en el año 2000 se contaba 1,24 hijos por mujer en España, seguido de Italia (1,25) y Grecia (1,30); Francia e Irlanda son los países con mayor natalidad (1,89)<sup>2</sup>.

Según las proyecciones de las Naciones Unidas, la población mundial aumentará hasta 9.300 millones hacia el año 2050. El actual aumento anual de 78 millones de personas disminuiría gradualmente hasta 64 millones por año en 2020-2025 y, seguidamente, decrecería de forma pronunciada hasta 33 millones anuales en el lapso 2045-2050<sup>6</sup>. La media de edad de los ciudadanos del mundo desarrollado aumentará considerablemente. Y España, si mantiene la actual tasa de natalidad, será en breve el país con más ancianos del mundo. La porción del total de la población española que más va a crecer es la de octogenarios, en porcentajes superiores al resto de la población. Por ejemplo, el grupo de 85 y más años de edad crecerá un 80% en los próximos 20 años, y el de 20-34 años de edad perderá casi un tercio de sus efectivos<sup>7</sup>.

**Tabla 1. Evolución de las tasas de nacimiento por 1.000 habitantes desde 1994 a 2002 en España y por comunidades autónomas**

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Total	9,45	9,27	9,23	9,38	9,26	9,59	9,96	10,03	10,14
Andalucía	11,54	11,19	10,86	10,96	10,70	10,96	11,13	11,12	11,09
Aragón	8,12	7,88	7,85	7,98	7,80	8,17	8,49	8,89	8,63
Asturias	6,15	6,12	6,09	6,11	5,98	6,20	6,39	6,59	6,39
Baleares	10,65	10,62	10,64	11,05	11,04	11,50	12,03	12,12	12,16
Canarias	11,12	10,91	10,88	10,92	10,77	11,42	11,24	10,62	11,08
Cantabria	7,22	7,08	7,33	7,41	7,29	7,63	8,22	8,00	8,43
Castilla y León	7,31	7,16	7,09	7,25	6,90	7,00	7,24	7,12	7,36
Castilla-La Mancha	10,54	10,26	9,90	9,90	9,60	9,83	9,76	9,39	9,36
Cataluña	9,00	8,93	9,02	9,35	9,31	9,73	10,34	10,44	10,72
Comunidad Valenciana	9,52	9,40	9,34	9,36	9,34	9,73	10,10	10,27	10,44
Extremadura	10,56	10,13	9,86	9,65	9,40	9,40	9,44	9,12	9,19
Galicia	7,21	6,90	6,84	6,89	6,84	6,94	7,16	7,12	7,18
Madrid	9,53	9,41	9,46	9,68	9,67	10,22	10,99	11,48	11,50
Murcia	11,66	11,66	11,66	11,89	11,63	11,79	12,62	13,14	12,80
Navarra	8,85	8,78	9,13	9,37	9,31	9,58	9,79	10,53	10,43
País Vasco	7,32	7,39	7,72	7,90	7,81	8,14	8,39	8,60	8,75
La Rioja	8,31	7,88	8,05	8,34	8,44	8,67	8,86	8,93	9,09
Ceuta y Melilla	15,82	16,12	14,87	15,34	14,92	14,89	14,99	15,80	16,37

Fuente: INE. Movimiento Natural de la Población, 2003.

Paulatinamente, la media de edad de las mujeres en el momento de la maternidad en España se está retrasando de forma ostensible; ésta llegó a 30,73 años en 2000, la más alta de Europa. La evolución de la media de edad en el momento de la maternidad, desde 1994 a 2000, en los diferentes países de la Unión Europea se presenta en la tabla 2. Antes de 1996, las mujeres españolas entre 25 y 29 años eran las que aportaban las tasas más altas de fecundidad, y desde entonces hasta 2000 son las de 30-34 años las que ocupan ese lugar, incrementándose además el porcentaje de mujeres de 35-39 años que dan a luz (un 17% en 2000). El aumento de la media de edad al casarse también implica un incremento de la edad en que las mujeres deciden tener hijos; la media de edad para contraer matrimonio ya en 1996 llegaba a los 29 años y en 2000 alcanza los 30,18 años<sup>8</sup>.

En 2001, España, Italia y Grecia eran los países de la Unión Europea donde se tenía un menor número de hijos sin contraer matrimonio (el 19, el 9 y el 4%, respectivamente), en comparación con Suecia o Dinamarca, donde más de la mitad de las parejas tenían descendencia sin haberse casado (el 55%). Podemos citar, como un factor añadido que puede dificultar el aumento de nacimientos en España, que el número de divorcios y separaciones matrimoniales está aumentando considerablemente, de tal manera que han pasado de 83.990 disoluciones en 1996 a 103.393 en 2001<sup>8</sup>.

Actualmente se antepone la finalización de los estudios, el bienestar, la estabilidad de la pareja, la es-

tabilidad económica, geográfica, etc., como requisitos para tener descendencia. Ahora parece excepcional que una persona haya planificado su porvenir antes de los 30 años de edad, y aunque sus padres y abuelos también tuvieron que resolver su futuro, las edades no eran las mismas.

**Tabla 2. Evolución de la edad media a la maternidad desde 1994 a 2000, en los diferentes países de la Unión Europea**

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Unión Europea	28,75	28,90	28,98	-	-	-	-
Bélgica	28,34	28,47	-	-	-	-	-
Dinamarca	29,08	29,21	29,28	29,42	29,52	29,62	29,70
Alemania	28,19	28,31	28,37	28,52	28,58	28,66	
Grecia	28,01	28,19	28,37	28,58	28,74	28,88	
España	29,74	29,98	30,21	30,39	30,56	30,67	30,73
Francia	28,83	28,99	29,12	29,21	29,32	29,35	29,40
Irlanda	30,12	30,24	30,28	30,38	30,44	30,48	30,57
Italia	29,48	29,72	30,00	-	-	-	-
Luxemburgo	28,73	28,93	29,16	29,18	29,25	29,36	29,28
Países Bajos	29,90	30,04	30,15	30,18	30,25	30,27	30,29
Austria	27,51	27,67	27,81	27,94	28,00	28,12	28,18
Portugal	27,90	28,11	28,23	28,35	28,50	28,60	28,65
Finlandia	29,13	29,30	29,35	29,45	29,55	29,58	29,59
Suecia	29,15	29,24	29,38	29,48	29,73	29,81	29,87
Reino Unido	28,11	28,16	28,17	28,26	28,32	28,38	28,50

Fuentes: EUROSTAT, Base de Datos Newcronos; INE, Área de Análisis y Previsiones Demográficas (indicador coyuntural de fecundidad y de la edad media a la maternidad); INE, Movimiento Natural de la Población, 2003.

## Anticoncepción, aborto e infertilidad

Según señalaba el Centro de Investigaciones Sociológicas en la Encuesta de Fecundidad y Familia de 1995, uno de los motivos más importantes que explicaba el descenso de las tasas de fecundidad en España era el abundante uso de métodos anticonceptivos, empleados por el 60,8% de las entrevistadas casadas. Además, si se añade la esterilización quirúrgica, el porcentaje aumentaba hasta el 81%<sup>9</sup>. El aborto tiene una importancia relativamente menor pero creciente, ya que las tasas de interrupciones voluntarias de embarazo aumentaron de 5,10 por 1.000 mujeres de 15-44 años en 1992 a 7,66 en 2001; en el 97,16% de las ocasiones se atribuía la causa a la salud de la madre, en el 2,57% al riesgo fetal y en el 0,05% a una violación<sup>10</sup>.

Aunque los datos de prevalencia de infertilidad no son muy precisos, se estima que entre un 8 y un 15% de las parejas sufren problemas de infertilidad durante la edad reproductiva, según los distintos países y las características de los estudios realizados<sup>11,12</sup>. En España, por encima de la media, la prevalencia de esterilidad se estima ya en más del 19% de las parejas en edad fértil, y se calcula que existe cerca de 1 millón de parejas demandantes de los servicios de reproducción<sup>13</sup>, de las que aproximadamente un 40% realizarán un tratamiento de reproducción asistida<sup>11-14</sup>. Estas cifras se incrementan año tras año, y se constata el hecho de que cada vez son más las mujeres que optan por retrasar la maternidad, hecho que hace más frecuentes los problemas de esterilidad<sup>15</sup>. Aproximadamente un 30% de las causas de esterilidad en las parejas corresponden a problemas en el eje hormonal hipotálamo-hipofisario femenino, y un 40% de los casos se debe a causas masculinas<sup>16</sup>. El resto puede atribuirse a causas mixtas, incluida la infertilidad de origen desconocido<sup>13</sup>. Este condicionante, entre otros, contribuye al aumento progresivo del porcentaje de parejas sin nuevos hijos, que desde 1990 a 1997 se incrementó en un 9,4%<sup>17</sup>.

## Incorporación de la mujer al trabajo

Un factor que con frecuencia se analiza como causa del descenso de nacimientos en nuestro país es la incorporación de las mujeres al empleo. Junto a la dificultad de acceso al mercado de trabajo, la precariedad laboral y el miedo a perder el empleo por maternidad son un condicionante añadido a la hora de decidirse a tener hijos. Según Dy-Hammar, Jefa del Servicio de Condiciones de Trabajo y Prestaciones Sociales de la Organización Internacional del Trabajo, «las mujeres embarazadas están expuestas a perder su puesto de tra-

bajo e ingresos, y corren mayor riesgo sanitario debido a la falta de garantías suficientes en el empleo»<sup>18</sup>.

Aunque la mujer en España tiene una mayor presencia en la Universidad (en el curso 2000-2001 terminaron estudios universitarios 122.816 mujeres frente a 85.522 hombres) y sus calificaciones suelen ser más elevadas que las de sus compañeros de sexo masculino<sup>19,20</sup>, esto no se refleja a la hora de acceder a un puesto de trabajo. A pesar de que la tasa de actividad de las mujeres va en aumento gradual y constante y ésta es vital para la economía del país, aún hoy parece que se apuesta por los hombres como mejores candidatos a un puesto de trabajo. Así lo demuestran los datos recientes de la Encuesta de Población Activa correspondientes al segundo trimestre de 2003, en el que aparecen aproximadamente 6 millones de mujeres empleadas frente a algo más de 10 millones de hombres<sup>21</sup>. Ya en el año 2001, la tasa de actividad femenina en España (43%) era sólo algo más de la mitad de la masculina, a una distancia de 30 puntos porcentuales (72,40%), diferencia bastante superior, casi el doble, que la que registran de media el conjunto de los países de la Unión Europea (el 55% de las mujeres con empleo frente al 73,10% de los hombres)<sup>22</sup>.

Si bien a las mujeres que no logran acceder al mercado laboral se les pueden presentar obstáculos económicos (entre otros, para afrontar la maternidad), a las que consiguen su lugar en el mercado de trabajo les supone una dura apuesta vital el hecho de compatibilizar el tiempo y el esfuerzo del empleo remunerado con las responsabilidades domésticas y familiares, que tradicionalmente asumen en solitario<sup>23</sup>. Tener hijos no otorga derecho a elegir turnos de trabajo. En todo caso, hoy por hoy se puede recurrir al trabajo temporal o a tiempo parcial con el consecuente deterioro de las condiciones de empleo. En el último trimestre de 2001, el 17% de las mujeres trabajaban a tiempo parcial frente al 2,5% de los hombres<sup>24</sup>. Esta situación, aunque puede proporcionar tiempo a las mujeres para dedicarse a las tareas «propias de su género», supone una limitación a la hora de competir profesionalmente en términos de igualdad con los hombres, y también que se valoren sus ingresos como complementarios, con una consecuente mayor probabilidad de renuncia al empleo por cuidado de los hijos<sup>25</sup>. Según informó la UGT este mismo año<sup>22</sup>, «no sólo el empleo en las mujeres es más bajo, sino que además no se ajusta a parámetros de calidad, pues existen claras diferencias discriminatorias en la retribución de hombres y mujeres, no aplicándose la regla de "igual remuneración para trabajos de igual valor". De hecho, que la ganancia horaria bruta media de las mujeres sea el 86% de la de los hombres es un indicador estructural que ofrece Eurostat y que revela no sólo la desigualdad salarial sino también la desigualdad laboral que sufren las mujeres. Asimismo, cabe destacar que dicha desigualdad la reflejaba también la

última Encuesta de Salarios española referente al año 2000, donde el salario de las mujeres sólo suponía el 75% del de los hombres».

### La protección social a la maternidad

A pesar de las dificultades, las mujeres se van integrando progresivamente al trabajo remunerado aunque los hombres todavía van accediendo lentamente a la esfera reproductiva. La necesidad creciente de hombres y mujeres de acceder a la ocupación a veces puede hacer olvidar la dedicación a la vida familiar y, por tanto, la contribución al mantenimiento de una sociedad equilibrada. Ya hace unos años, algunos autores sugerían que la existencia de legislación específica de protección de la maternidad es un paso importante, pero no suficiente, para garantizar la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en el mercado laboral, y cobra especial relevancia la conciliación del trabajo remunerado y de las responsabilidades familiares<sup>26</sup>. La compatibilidad de ambas tareas pasa o debería pasar por el acceso a ayudas monetarias que permitan a los beneficiarios hacer frente a los gastos que comporta tener una familia, así como por medidas de conciliación de vida laboral y familiar que permitan disponer de tiempo para procurar las atenciones y cuidados familiares sin la pérdida de oportunidades de las mujeres en la vida laboral o el menoscabo de su vida profesional<sup>25</sup>.

España, frente al resto de los países europeos, no dispone de adecuadas prestaciones de protección social para la maternidad. Actualmente, las cifras del gasto de protección social sobre el producto interior bruto están por debajo de las que otorgan otros países de la Unión Europea. Se observa a partir de algunos datos referidos a 1998 que España destinó a este fin un 21,6%, mientras la media europea fue de un 27,7%, supera-

da por Alemania, Austria, Países Bajos o Suecia, entre otros países<sup>27</sup>. De todos los gastos, los que presentan mayores diferencias con respecto al nivel de protección medio de la Unión Europea son precisamente los relativos a la familia y los hijos, junto al desempleo o la invalidez<sup>27</sup>. En España, desde 1991 a 2000, también los gastos de protección social destinados a la familia e hijos ocupan un lugar desfavorable tan sólo superado por los gastos para exclusión social y vivienda. En la tabla 3 se presenta la evolución de las prestaciones de protección social en España, desde 1991 a 2000.

En la actualidad, 62 países otorgan licencias de maternidad para madres trabajadoras de 14 semanas o de duración superior, según recomienda la Organización Internacional del Trabajo. Mientras en España se conceden 16 semanas, en otros países se dan licencias más prolongadas: por ejemplo, en la República Checa y Eslovaquia (28 semanas), Croacia (6 meses y 4 semanas), Hungría (24 semanas) o Italia (5 meses). En Dinamarca, Noruega o Suecia, se prevén largas licencias pagadas que pueden tomar el padre o la madre, si bien una parte de la licencia está reservada a la madre. Así, por ejemplo, en Suecia, las licencias parten de 14 semanas prorrogables hasta 450 días, percibiéndose el 75% del salario en los primeros 360 días y un subsidio fijo durante los 90 días restantes<sup>18</sup>.

Es necesario aclarar que a muchas mujeres con trabajos asociados con la economía sumergida ni siquiera se aplica el derecho a una baja maternal, ya que en muchos lugares de trabajo se puede entender como una suerte de vacaciones que redundan en problemas de reinserción y promoción.

Cabe mencionar, por otro lado, que la prolongación de las licencias por maternidad también podría tener un efecto perverso en los empresarios resistentes a contratar o promocionar a mujeres en edad fértil, salvo que se adopten otras medidas, como la flexibilización horaria, la participación o las licencias paternales. Los men-

**Tabla 3. Evolución de los gastos de protección social en España desde 1991 a 2000, en valor absoluto (millones de euros) y porcentaje**

	1991		1993		1995		1997		1999		2000	
	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%
Atención sanitaria	20.340	28,30	24.874	27,59	26.824	27,83	28.877	27,75	31.934	28,34	33.983	28,15
Invalidez	5.363	7,46	6.259	6,94	6.850	7,11	7.737	7,43	8.577	7,61	9.220	7,64
Vejez	25.889	36,02	31.770	35,24	37.059	38,45	42.194	40,54	45.923	40,76	49.818	41,27
Supervivencia	3.054	4,25	3.506	3,89	4.059	4,21	4.377	4,21	4.683	4,16	5.001	4,14
Familia-hijos	1.068	1,49	1.440	1,60	1.620	1,68	2.048	1,97	2.298	2,04	2.594	2,15
Desempleo	13.528	18,82	19.081	21,16	15.408	15,98	14.173	13,62	14.096	12,51	14.886	12,33
Vivienda	354	0,49	398	0,44	1.007	1,04	1.231	1,18	1.306	1,16	1.307	1,08
Exclusión social	270	0,38	441	0,49	523	0,54	809	0,78	746	0,66	759	0,63

Fuentes: INE. Nivel, calidad y condiciones de vida. Protección social, 2003.

Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

sajes a que están sometidas las mujeres son contradictorios. Por un lado, las culpabilizan por trabajar fuera de casa y las hacen responsables de todos los problemas futuros de sus hijos. Pero en los lugares de trabajo se impone el discurso de la disponibilidad total a las exigencias laborales para ser reconocidas y promovidas como trabajadoras. Las políticas públicas pueden ser también contradictorias entregando y quitando incentivos al trabajo de las mujeres. Por un lado, se estimula el empleo porque significa un aporte fundamental para el combate de la pobreza y para la equidad y el desarrollo del país y, por otro, se entiende que las mujeres estarán siempre disponibles para cualquier trabajo de cuidado de la familia y del hogar<sup>28</sup>.

En el mejor de los casos, después del período de baja tras el parto es cuando suelen surgir mayores dificultades para compaginar las obligaciones laborales y el cuidado de la familia. La necesidad de restringir de nuevo las jornadas a unos horarios estrictos hace que el cuidado de los hijos se tenga que derivar a otras personas o entidades durante el tiempo en el que el padre y la madre trabajan. Es difícil contar con las abuelas, cada día menos disponibles, y la necesidad de contratar a una persona o pagar un centro para la atención infantil supone a las familias un gasto extra a veces difícil de afrontar<sup>29</sup>. A este inconveniente hay que añadir la escasez de centros especializados en el cuidado de menores que hay en España actualmente, ya que la tasa neta de escolaridad de los niños de 0 a 3 años es tan sólo del 8,6%<sup>29</sup>. Los recursos comunitarios para la atención infantil varían entre los diferentes países europeos, lo que depende, entre otras razones, de las creencias de la sociedad de que en los primeros años de vida sea la madre la encargada de atender a los hijos<sup>25</sup>. Desde 1990 a 1994, los países con mayor cobertura en la educación de niños de hasta 3 años de edad fueron Alemania oriental (50%), Dinamarca (48%) y Suecia (33%); en España era del 2%<sup>30</sup>. Además de que las subvenciones por guarderías representan una cantidad claramente insuficiente, destinada únicamente a las familias que demuestran escasez de medios<sup>29</sup>, los horarios de los centros hacen que muchas veces las madres y los padres empleados tengan que entrar más tarde o abandonar antes su puesto de trabajo para poder llevar y recoger a los niños.

La población española, que conoce bien las dificultades de la maternidad, no considera un hecho positivo el abandono de esta faceta vital para la sociedad y demanda ayudas para mejorar esta situación. Según el estudio de opinión sobre «Hijos y parejas», realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas en 1998 sobre 2.500 españoles de ambos sexos<sup>31</sup>, el 68% de la muestra considera que el descenso de natalidad es un hecho «negativo o muy negativo» para la sociedad española. Entre los principales argumentos de las parejas que no quieren tener más hijos des-

tañan las razones económicas (80%), y en torno al 25% alude a la carga que implican los hijos y la incorporación de la mujer al trabajo. El 42% considera como ayuda primordial para incrementar la tasa de natalidad proporcionar ayudas especiales a las familias con hijos, el 24% entiende que debe haber mayores deducciones por los hijos en los impuestos, el 14% cree necesario promover el trabajo a tiempo parcial de las mujeres con hijos y el resto aumentar el número de guarderías en los centros de trabajo y los permisos de maternidad.

---

### Redes de apoyo deficitarias

Las mujeres siempre han trabajado dentro y fuera de casa, sobre todo las de hogares más pobres y de menores recursos. A menudo han estado sometidas al cansancio y la sobrecarga sin el apoyo de los servicios, inmersas además en una cultura que delegaba en ellas todas las responsabilidades domésticas y familiares. Sin embargo, antes más que ahora, podían contar con redes femeninas de ayuda, con la colaboración de las generaciones mayores y con un entorno social y urbano más estable, seguro, predecible y manejable<sup>32</sup>.

El apoyo que se recibe de la familia, los amigos y otras personas allegadas tiene un impacto directo y amortiguador en la salud, especialmente durante el período maternal, que constituye una etapa de grandes cambios y adaptaciones. Hay una evidencia creciente de que la falta de apoyo social se relaciona con un mayor riesgo de enfermar y con una mayor dificultad para recuperarse de trastornos de todo tipo, tiene un efecto directo en el bienestar y la calidad de vida<sup>32,33</sup>, y puede modular la percepción que tienen las madres de su salud y la de su bebé, así como modificar la frecuencia de petición de ayuda a los servicios sanitarios. Algunos estudios realizados en nuestro medio muestran la relación entre el apoyo social a cuidadoras de niños, ancianos y enfermos con una menor utilización de algunos servicios sanitarios<sup>34</sup>. Por otro lado, se ha asociado la ausencia de apoyo social con un aumento de los ingresos hospitalarios y un mayor uso de los servicios de urgencias por madres y bebés de clase social baja<sup>35</sup>. Además, la falta de apoyo que experimentan las madres cada vez con más frecuencia, sobre todo en los países desarrollados, parece ser un factor que contribuye a la depresión posparto<sup>36</sup>.

Podría entenderse que mientras las mujeres emplean el tiempo que resta al utilizado para el trabajo remunerado fundamentalmente en realizar tareas domésticas y de cuidado familiar, los hombres lo invierten a favor de su desarrollo personal (p. ej., capacitaciones o vida social). Algunos datos sobre el uso del tiempo de los hombres y las mujeres apoyan esta afirmación. Así, por

ejemplo, en el año 2001 el tiempo medio diario dedicado por los hombres al trabajo doméstico y el cuidado familiar fue de 3 h y 10 min, mientras las mujeres emplearon 7 h y 22 min<sup>37</sup>. Por otro lado, los hombres dedicaron 10 h de su tiempo libre a actividades de ocio y deporte y las mujeres 9 h y 17 min; el tiempo dedicado a educación y cursos fue de 44 min en los hombres y algo menos de 30 min en las mujeres; y en cuanto al trabajo remunerado, los hombres dedicaron 3,5 h frente a 1 h y 52 min las mujeres<sup>37</sup>. Hay que considerar que para esta última cifra se incluye a las personas con y sin trabajo remunerado, así como las personas con o sin hijos y responsabilidades familiares. La tabla 4 muestra el inferior porcentaje de hombres adultos dedicados al cuidado diario de niños y el menor tiempo de dedicación, comparados con los de las mujeres de los hogares de la Unión Europea.

Hoy día, la falta de tiempo suficiente de las madres para sí mismas, la percepción de que los cuidados a realizar sobrepasan la propia capacidad en cuanto a la cantidad de tareas que deben asumir, así como la incompatibilidad del cuidado de los hijos con otras responsabilidades dentro y fuera de casa o con la vida social, son variables que, sumadas al deficitario apoyo social por parte del sistema formal e informal, añaden un cierto malestar y afectan a la salud y la calidad de vida de las mujeres<sup>25</sup>.

### Atención a la salud: embarazo, parto y puerperio

La mortalidad materna ha dejado de ser un problema de salud de primer orden en los países desarrollados, entre los que se encuentra España, donde se registró en el año 2000 un 0,01% de muertes femeninas por complicaciones del embarazo, parto y puerperio<sup>38</sup>, mientras que continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública en los países en vías de desarrollo. Un reciente estudio conjunto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) indica que el ín-

dice de mortalidad materna en los países en vías de desarrollo oscila entre 200 cada 100.000 nacidos vivos en América Latina y el Caribe, hasta 870 cada 100.000 nacidos vivos en África<sup>39</sup>.

Ahora bien, el período maternal es un tiempo vulnerable para la salud de las mujeres, y tanto el entorno como las prácticas sanitarias ejercen una influencia significativa en su vida. El frecuente contacto con el sistema sanitario supone un elemento de apoyo en una etapa de gran incertidumbre. Sin embargo, puede entenderse a veces como una situación aversiva, ya que pueden verse sometidas a múltiples pruebas médicas, incluso desde el momento mismo en que deciden tener un hijo. Con frecuencia, los problemas de concepción van ligados a muchas vicisitudes y a largos procesos de intervención acompañados de ansiedad, en los que se puede llegar a aplicar técnicas variadas y a menudo agresivas, como la estimulación ovárica y la cirugía tubárica, la inseminación artificial con donante o la fecundación *in vitro*<sup>40</sup>.

Con respecto al embarazo, las normas técnicas de la cartera de servicios de atención primaria definidas por el Ministerio de Sanidad y Consumo para el año 2001<sup>41</sup> contemplan, para toda mujer embarazada incluida en el servicio, al menos 2 visitas antes de la semana 20 de embarazo, 2 visitas entre las semanas 20 y 28, y 2 visitas a partir de la semana 28. En estas visitas se plantean, entre otras evaluaciones relativas al feto, la medición del peso de la mujer, la presión arterial y el fondo uterino y los estudios analíticos básicos de hemograma, glucemia, orina y antígeno de la hepatitis B. En el posparto se contempla también la palpación del fondo uterino y el examen de loquios, el periné y las mamas, entre otros aspectos informativos de alimentación e higiene.

En cuanto a la atención al parto, hay que considerar su ubicación dentro del modelo sanitario de enfermedad. Los servicios sanitarios, fundamentalmente centrados hasta hace muy poco tiempo en la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna y perinatal, históricamente no han tenido demasiado en cuenta el bienestar psicológico de las madres<sup>42</sup>. En el entorno hospitalario éstas ven limitada su autonomía y percepción de control, y en buena medida son privadas de una considerable cantidad de satisfacción que el proceso podría proporcionarles<sup>43</sup>. Las prácticas obstétricas se han ido transformado, y ha ido aumentando la disponibilidad de recursos tecnológicos que posibilitan un mayor control sanitario sobre el desarrollo de proceso del parto y la vigilancia del feto. En la otra cara de la moneda se encuentran la excesiva estandarización de los cuidados y servicios y la realización de intervenciones que podrían evitarse en muchos partos totalmente normales, como episiotomías, cesáreas o inducción de las contracciones mediante fármacos, entre otras. Un estudio reciente realizado fuera de España indica que se ha in-

**Tabla 4. Distribución de las horas dedicadas al cuidado de niños según el sexo de la población (Unión Europea, 1999)**

	Hombres	Mujeres
Número de personas (miles)	15.664,4	16.982,8
Personas al cuidado diario de niños (%)	9,7	25,5
Personas al cuidado diario de niños (miles)	1.526,0	4.328,3
Porcentaje que dedica menos de 20 h a la semana	37,7	8,5
Porcentaje que dedica entre 20 y 39 h a la semana	43,5	23,5
Porcentaje que dedica entre 40 y 59 h a la semana	13,3	32,6
Porcentaje que dedica 60 h o más a la semana	4,4	34,3

Fuente: INE. Panel de Hogares de la Unión Europea, 1999.

crementado el número de inducciones de partos, del 9,5 al 19,4% entre 1990 y 1998. Las razones del cambio mencionadas son la disponibilidad de agentes para borrar el cuello, la presión de las gestantes, la conveniencia médica y los riesgos de pleitos legales<sup>44</sup>. Mención especial merece la tasa de cesáreas practicadas, que no deja de crecer: en España pasó del 10,5% en 1985 al 18,6% en 1995<sup>45</sup>, llegando a un 22-23% en la actualidad<sup>46</sup>, cuando la OMS establece una tasa del 10-15% como cifra límite<sup>47</sup>.

Como medida paliativa a la concepción mecanicista del parto, el acompañamiento de algún allegado durante el proceso pretende amortiguar el impacto que conlleva la situación. No obstante, aún hoy apenas se contempla en la planificación de servicios y actividades de promoción de salud, durante todo el proceso maternal, la participación de los padres y otros implicados/as. Después del parto, muchas madres, sobre todo las primerizas, comienzan las prácticas de cuidado cuando regresan a su hogar sin tener suficiente información y habilidad para desenvolverse con el bebé. Aunque las propias madres valoran positivamente la educación maternal, coinciden con la opinión de expertos y profesionales en la necesidad de hacer énfasis no sólo en los aspectos de preparación al parto, sino en la adquisición de conocimientos y el desarrollo de actitudes y conductas que repercutan positivamente en la salud posparto de madres e hijos<sup>48</sup>. A menudo, la atención y la información sanitaria a las madres se ve interrumpida justo después del parto. Precisamente, la transición a la maternidad requiere la supervisión, el seguimiento y el apoyo a las madres después del parto con objeto de amortiguar las dificultades en la crianza, así como para prevenir problemas de salud física y emocional<sup>49,50</sup>. Como sugieren algunos estudios<sup>51</sup>, los grupos de ayuda y los manuales de autoayuda no son la medida más apropiada si el objetivo es mejorar los resultados de salud maternal e infantil.

En cuanto a los problemas de salud que afrontan las mujeres durante el proceso maternal cabe destacar que durante el embarazo no son infrecuentes ciertas complicaciones, como la diabetes gestacional y la preeclampsia o hipertensión. Y recientemente se están vinculando las complicaciones cardiovasculares y metabólicas con problemas posteriores que pueden repercutir sobre la salud de la madre a medio y largo plazo, como el aumento del riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares<sup>52</sup>. Múltiples trastornos, considerados normalmente de orden secundario, como la anemia, los calambres y las contracciones, los mareos, las náuseas, las infecciones leves, etc., incrementan la vigilancia, la necesidad de cuidado y dificultan en buena medida el bienestar de la madre. Otros más infrecuentes, aunque de mayor riesgo, requieren un seguimiento más cercano, como la amenaza de aborto, la placenta previa o el desprendimiento prematuro de la placenta, entre otros.

Después del parto, el reajuste fisiológico, las molestias físicas, la pérdida de sangre y algunos cambios hormonales son factores que causan una elevada fatiga. Y aunque desde que el recién nacido llega al mundo la madre queda relegada a un segundo plano, también se expone a posibles complicaciones: sepsis (infecciones de las vías urinarias y/o genitales), hemorragias y hemorroides, dehiscencia de los puntos de sutura de la episiotomía, infecciones de la mama y otros trastornos asociados con la lactancia<sup>53</sup>.

Tras el parto, las madres se enfrentan a la difícil tarea de vigilar el desarrollo físico y psicológico de sus hijos. Todo ello resulta frecuentemente difícil de compatibilizar con la vida laboral y otros múltiples papeles (atención informal a los cuidados de otros miembros familiares, gestiones domésticas y económicas, etc.); por tanto, termina pasando factura a la salud de las mujeres a corto, medio o largo plazo<sup>54</sup>.

Las actividades de cuidado del recién nacido requieren en la madre un estado de alerta continua casi sin descanso. Esta situación de gran esfuerzo se agrava si aparecen problemas con la alimentación, de salud o de sueño y un llanto incesante. Sobre todo en los primeros meses posteriores al parto, la madre queda recluida mucho tiempo en casa con actividades de cuidado y domésticas que desbordan su tiempo, por lo que ve reducidas sus relaciones interpersonales, circunscritas principalmente a la pareja y el hijo o hija. El cambio, en el modo de vida cotidiano implica la desaparición de muchas actividades placenteras, elemento que incide en la falta de cohesión con la pareja, con la que, por otro lado, debe aprender a tomar decisiones o hacer frente a las nuevas situaciones que genera tener un hijo o hija, motivo habitual de discrepancias y discusiones<sup>55</sup>.

En este contexto, es frecuente la aparición de problemas físicos y emocionales en las madres, que tienden a incrementarse con el paso del tiempo<sup>55</sup>. Los dolores de espalda, de cabeza, el cansancio extremo, así como la ansiedad y la depresión, interfieren notablemente en el día a día de las mujeres y a menudo hacen que se sientan culpables por no responder adecuadamente a la imagen de madre competente, feliz y saludable<sup>56</sup>.

En España, el análisis del estado depresivo de las madres como un fenómeno con identidad propia ha tenido un auge reciente ligado a la creciente importancia que ha ido adquiriendo como área de estudio la psicología de la mujer. La «tristeza puerperal», de corta duración, caracterizada por algunos síntomas de depresión, como el llanto o la inseguridad, y relacionada con el inicio de depresiones más graves<sup>57,58</sup>, es el trastorno más frecuente, aunque las incidencias informadas son muy dispares y pueden oscilar entre un 50 y un 80%<sup>59</sup>. Entre otros factores se ha relacionado la depresión de la madre en el posparto con la vivencia de



experiencias negativas o la acumulación de niveles altos de estrés y sobrecarga de trabajo<sup>60</sup>.

Las madres son una importante fuente de estímulo al desarrollo de los hijos, y son muchos los estudios que evidencian los efectos negativos que para ellos tiene la depresión materna, como el mayor riesgo de trastornos afectivos, los problemas de conducta, de atención y somáticos, las dificultades en el aprendizaje y la comunicación<sup>61,62</sup>.

La provisión de fuentes de apoyo, la información, la educación y la adquisición de habilidades maternas, así como la programación de consultas de salud mental, se apuntan como posibles estrategias de prevención y afrontamiento de los problemas emocionales en el posparto<sup>63</sup>.

## Conclusiones

Entre otros condicionantes sociales, se hace inevitable la transformación de la división sexual del trabajo productivo y reproductivo, empezando por una mayor concienciación sobre la riqueza que suponen la maternidad y la paternidad y sobre la importancia de tratar el planteamiento de tener hijos no sólo como un bien personal, sino como un bien social que concierne a todos. Hoy por hoy, el estrés de las mujeres no sólo puede revelar problemas de adaptación y salud per-

sonal, sino que pone de manifiesto la necesidad de cambiar las formas de distribuir el trabajo, planificar y gestionar los servicios y asumir la responsabilidad de la maternidad y la vida doméstica. Por tanto, no se trata de que las mujeres renuncien a parte de sus aspiraciones en función de su papel de madres y del bienestar del hogar familiar, sino de transformar la organización de la sociedad para que los hombres y las mujeres puedan tener las mismas oportunidades de desarrollo personal y social sin tener que renunciar a la maternidad y «empobrecer» el mundo de niños y futuro.

Existe también en la actualidad una necesidad de profundizar en la instrumentación y la aplicación de políticas, como el desarrollo de los servicios sociales y la potenciación de las ayudas institucionales. La atención al embarazo, el parto y el puerperio y la necesaria atención también durante todo el desarrollo infantil por parte del sistema sanitario se enfrentan a retos tales como el desarrollo de medidas que acentúen la promoción, la información, la educación, la supervisión y el apoyo profesional para el afrontamiento de la maternidad y la mejora de la calidad percibida por sus usuarias.

El enfoque de género, aunque se está incorporando progresivamente a la epidemiología social y a los estudios en torno a la maternidad, requiere aún un impulso importante que haga traslucir las desigualdades sociales y en el ámbito de la salud por razones reproductivas y, por tanto, oriente los cambios necesarios.

## Bibliografía

- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El estado de la población mundial 1999. Crónicas de prensa: la población mundial llega a 6.000 millones [consultado 08/2003]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/swp/1999/spanish/cronica1.htm>
- INE. Movimiento Natural de la Población [consultado 08/2003]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np285.pdf>
- Orloff A. Gender in the welfare state. *Ann Rev Sociology* 1996; 22:51-78.
- Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Unidad de Políticas Comparadas. Supermujeres y bienestar en las sociedades mediterráneas. Documento de Trabajo 03-09 [consultado 08/2003]. Disponible en: <http://www.iesam.csic.es/doc-trab2/mujeres.pdf>
- Tobío C. Solidaridad y cambio entre generaciones de mujeres. En: Ortega M, Sánchez C, Valiente C, editores. Género y ciudadanía. Revisiones desde el ámbito privado. Madrid: Instituto Universitario de Estudios de la Mujer, Universidad Autónoma de Madrid; 1999. p. 469-83.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El estado de la población mundial 2002. Macroeconomía, pobreza, población y desarrollo [consultado 08/2003]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/swp/2002/espanol/ch3/index.htm>
- Abellán-García A. Indicadores demográficos. Las personas mayores en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2002 [consultado 08/2003]. Disponible en: <http://imserso-mayores.csic.es/estadisticas/documentos/informe2002/cap1/txto-cap1.doc>
- INE. Indicadores Sociales [consultado 08/2003]. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/sociales/sociales.htm>
- Delgado M, Castro T, editores. Encuesta de Fecundidad y Familia 1995 (FFS). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 1998.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Salud Pública: encuestas, estadísticas e información sanitaria. Interrupciones voluntarias de embarazo [consultado 08/2003]. Disponible en: <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/home.htm>
- Oliva G, Arnau J. Reproducción humana y asistida: situación nacional y europea. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2001. Informe N.º 04 [consultado 08/2003]. Disponible en: <http://www.aatrm.net/cas/informes/notes04.html>
- Review of assisted reproductive technology. Canberra: Australian Health Technology Advisory Committee, 1998.
- Sociedad Española de fertilidad. Información epidemiológica básica [consultado 08/2003]. Disponible en: <http://www.sefertilidad.com/infobasica/infogeneral/breve.php>
- Casado M, Egozcue J. Documento sobre donación de ovocitos. Barcelona: Grupo de Opinión del Observatori de Bioètica i Dret-Parc Científic de Barcelona; 2001.
- Minaretzis D, Harris D, Alper MM, Mortola JF, Berger MJ, Power D. Multivariate analysis of factors predictive of successful live births in vitro fertilization (IVF): suggests strategies to improve IVF outcome. *J Assist Reprod Genet* 1998;15:365-71.
- Larizgoitia I, Estrada MD, García-Altés A. FSH-recombinant com a adjuvant en la reproducció assistida. Algunes dades sobre eficiència de l'FSH recombinant en relació amb l'FSH d'origen urinari. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecno-

- logia i Recerca Mèdiques, Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2000. Informe N.º BR02/2000.
17. D'Entremont A. Diez temas de demografía, Madrid: Eiuinsa; 2001.
  18. Organización Internacional del Trabajo. Protección de la maternidad en el trabajo. Trabajo [edición electrónica] 1998 [consultado 08/2003]; 24. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/magazine/24/matern.htm>
  19. Instituto de la Mujer. Mujeres en cifras. Estadísticas sobre educación: alumnado que terminó los estudios universitarios en el año anterior, según sexo y área de conocimiento [consultado 08/2003]. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/mcifras/W35-36.XLS>
  20. INE. Estadísticas de la Enseñanza Superior en España [consultado 08/2003]. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft13%2Fp405&O=inebase&N=&L=>
  21. INE. Encuesta de Población Activa [consultado 08/2003]. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0203.pdf>
  22. Unión General de Trabajadores. Mujer trabajadora. La situación sociolaboral de la mujer en España [consultado 08/2003]. Disponible en: <http://www.ugt.es/Mujer/situacionmujer.htm>
  23. Ramos MD, Romo C. La doble jornada. Tiempo de trabajo extradoméstico y tiempo de trabajo doméstico. En: Ramos MD, Romo C, editores. La medida del mundo. Género y usos del tiempo en Andalucía. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer; 1998. p. 157-64.
  24. INE. Encuesta de Población Activa. Anuario de Estadísticas Laborales [consultado 11/2003]. Disponible en: <http://www.mtas.es/estadisticas/ANUARIO2001/HTML/EPA/epa25.html>
  25. Artazcoz L, García MM, Esnaola S, Borrell C, Sánchez JJ, Ramos JL, et al. Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar. En: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C, editores. Informe SESPAS 2002. Invertir para la salud: Prioridades en Salud Pública. Generalitat Valenciana: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2002. p. 73-90.
  26. Hernández J, Mas R, Colomer C, Escrivá V. Legislación sobre protección de la maternidad: un instrumento para la promoción de la salud materno-infantil. Aten Primaria 1996;17:439-44.
  27. Durán F. El acuerdo para la mejora y desarrollo del sistema de protección social. Foro de Seguridad Social [edición electrónica] 2002 [consultado 08/2003]; 6-7. Disponible en: <http://www.foross.org/revista06y07/a06.htm>
  28. Centro de Estudios de la Mujer. Argumentos para el cambio [consultado 11/2003]. Disponible en <http://www.argumentos.cem.cl/>
  29. Salido O. La participación laboral de las mujeres en España: cifras para un debate. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Unidad de políticas comparadas; 2002. Documento de trabajo 02-15 [consultado 08/2003]. Disponible en: <http://216.239.39.104/search?q=cache:gZM0BVgTmP8J:www.iesam.csic.es/doctrab2/dt-0215.pdf+estad%C3%ADstica+sobre+guarder%C3%ADas+en+Espa%C3%B1a&hl=es&ie=UTF-8>
  30. Yeandle S, Gore T, Herrington A. Employment, family and community activities. A new balance for women and men. Luxembourg: Office for Official Publication of the European Communities; 1999.
  31. Barómetro de opinión sobre hijos y parejas. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 1998. Estudio 2283 [consultado 08/2003]. Disponible en: <http://www.cis.es/estudio.asp?nest=2283>
  32. García MM, Mateo I, Gutiérrez P. Ayuda para cuidar y apoyo social. En: García MM, Mateo I, Gutiérrez P, editores. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1999. p. 123-9.
  33. Alcalá R, Cuevas E, Del Pino D. El usuario como agente de salud, la autoayuda. Los grupos de apoyo social. El cuidado de los cuidadores informales. En: Sancho I, editor. Trabajo social en salud pública. Granada: Sindicato Provincial de trabajadores de la salud de Granada; 1998. p. 299-310.
  34. Barron A. Apoyo social: definición. JANO 1990;38:1087-97.
  35. Hodnett ED, Roberts I. Home-based social support for socially disadvantaged mothers. En: Neilson JP, Crowther CA, Hodnett ED, Hofmeyr GJ, editores. Pregnancy and childbirth module of the cochrane database of systematic reviews (actualizado 02/12/1997). Oxford: The Cochrane Collaboration; 2000.
  36. Ray KL, Donet ED. Caregiver support for postpartum depression. En: Neilson JP, Crowther CA, Donet ED, Hofmeyr GJ, editores. Pregnancy and childbirth module of the Cochrane Database of systematic reviews (actualizado 02/12/1997). Oxford: The Cochrane Collaboration; 2001.
  37. Instituto de la Mujer. Mujeres en Cifras. Estadísticas sobre familia: diferencias en el uso del tiempo, según sexo [consultado 08/2003]. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/mcifras/W202.XLS>
  38. Instituto de la Mujer. Mujeres en Cifras. Estadísticas sobre Salud: mortalidad por causas y sexo [consultado 08/2003]. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/mcifras/W73.XLS>
  39. Guía del mundo. Mujeres. Madres que mueren [consultado 08/2003]. Disponible en: [http://www.eurosur.org/guiadelmundo/temas/mujeres/re cuadro\\_1.htm](http://www.eurosur.org/guiadelmundo/temas/mujeres/re cuadro_1.htm)
  40. Ruiz-Salguero MT. Aspectos demográficos de la infertilidad, la infertilidad y la esterilidad en España. En: Primera reunión de la Sociedad Española de Fertilidad. Atención centrada en el paciente: consejo y apoyo emocional en la reproducción humana. Madrid: Centre d'Estudis Demogràfics; 2001 [consultado 08/2003]. Disponible en: <http://www.ced.uab.es/PDFs/PapersPDF/Text197.pdf>
  41. Aguilera M. Cartera de servicios de atención primaria. Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de la Salud, Subdirección general de Atención Primaria, Subdirección general de Coordinación Administrativa; 2001 [consultado 11/2003]. Disponible en: [http://www.msc.es/insalud/docpub/internet/cartera/cartera\\_2001.pdf](http://www.msc.es/insalud/docpub/internet/cartera/cartera_2001.pdf)
  42. Pelechano V, Matud MP. Concomitantes psicológicos del puerperio inmediato: la hospitalización posparto. Análisis y modificación de conducta 1991;17:163-80.
  43. Eyer D. Vinculación madre-hijo. Una ficción científica. Barcelona: Herder; 1995.
  44. Rayburn WF, Zhang J. Rising rates of labor induction: present concerns and future strategies. Obstet Gynecol 2002; 100:164-7.
  45. Lácer A. Mejorar la salud de las mujeres. En: Álvarez C, Peiró S, editores. Informe SESPAS 2000. La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2000. p. 133-49.
  46. Un estudio de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia averiguará la tasa de cesáreas para reducirla. Diario Médico 2002; [consultado 08/2003]. Disponible en: <http://diariomedicovd.recoletos.es/edicion/noticia/0,2458,142413,00.html>
  47. La familia crece. Las cesáreas: una tendencia que aumenta. El Mundo. Mundosalud. [consultado 08/2003]. Disponible en: [http://www.el-mundo.es/elmundosalud/especiales/2003/03/partos/cesarea\\_tendencia.html](http://www.el-mundo.es/elmundosalud/especiales/2003/03/partos/cesarea_tendencia.html)
  48. Carmona G, Cruz MT, Fernández I, García MM, Gutiérrez P, Hernán M, et al. Maternidad y nacimiento. Impacto sobre la salud durante la maternidad. En: García MM, editora. Evaluación de programas. Salud materno-infantil. Andalucía 1984-

1994. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996. p. 87-103.
49. Nelson AM. Transition to motherhood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003;32:465-77.
  50. Tarkka MT, Paunonen M, Laippala P. Social support provided by public health nurses and the coping of first-time mothers with child care. *Public Health Nursing* 1999;16:114-9.
  51. Reid M, Glazener C, Murray GD, Taylor GS. A two-centred pragmatic randomized controlled trial of two interventions of postnatal support. *BJOG* 2002;109:1164-70.
  52. Sattar N, Greer IA. Pregnancy complications and maternal cardiovascular risk: opportunities for intervention and screening? *BMJ* 2002;325:157-60.
  53. Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión [editorial]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1995.
  54. Killien MG, Habermann B, Jarrett M. Influence of employment characteristics on postpartum mothers health. *Women Health* 2001;33:63-81.
  55. Llavona LM, Muruaga S, Nogueiras B. Enfoque conductual de la depresión posparto. *Revista Española de Terapia del Comportamiento* 1986;4:193-220.
  56. Saurel-Cubizolles MJ, Romito P, Lelong N, Ancel PY. Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy. *BJOG* 2000;07:202-9.
  57. Sutter AL, Leroy V, Dallay D, Verdoux H, Bourgeois M. Postpartum blues and mild depressive symptomatology all days three and five after delivery. *J Affect Dis* 1997;44:1-4.
  58. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 2001;50:275-85.
  59. Gjerdingen DK, Chaloner KM. The relationship of women's postpartum mental health to employment, childbirth and social support. *J Fam Pract* 1994;38:465-72.
  60. Terry D, Mayocchi L, Hynes G. Depressive symptomatology in new mothers: a stress and coping perspective. *J Abnorm Psychol* 1996;105:220-31.
  61. Buist A. Treating mental illness in lactating women. *Medscape Womens Health* 2001;6:3.
  62. McLeman JD, Offord DR. Should postpartum depression be targeted to improve child mental health? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:28-35.
  63. McMahon C, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C, Don N. Postnatal depression, anxiety and unsettled infant behaviour. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35:581-8.
-