
LACTANCIA MATERNA Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA: En el camino de una soberanía lactante

Breastfeeding and obstetric violence: towards lactation sovereignty

ESTER MASSÓ GUIJARRO
Universidad de Granada, España

ABSTRACT

Numerous studies on obstetric violence have established it as a significant risk factor for human breastfeeding, with global breastfeeding rates failing to reach even 50% in infants under 6 months of age. In response to this, the objective of this article is a philosophical analysis on the intersection between obstetric violence and breastfeeding, presenting, firstly, a narrative review of the literature addressing how obstetric violence critically impedes breastfeeding; and secondly, a propositional essay aimed at critiquing and re-founding epistemic concepts on breastfeeding in general and obstetric violence in particular.

KEYWORDS: *Breastfeeding, Obstetric violence, Perinatal health, Sexual and reproductive rights, Lactation sovereignty.*

RESUMEN

Numerosos estudios sobre violencia obstétrica la prueban como factor de riesgo contrastado para la lactancia materna, cuyas tasas a nivel mundial no alcanzan ni el 50% en bebés menores de 6 meses. Ante ello, el objetivo de este artículo es un análisis filosófico de la intersección entre violencia obstétrica y lactancia materna, presentado, en primer lugar, una revisión narrativa sobre la bibliografía que aborda cómo la violencia obstétrica perjudica crucialmente la lactancia materna; y, en segundo lugar, un ensayo propositivo para la crítica y refundación epistémica de conceptos sobre lactancia materna en general y violencia obstétrica en particular.

PALABRAS CLAVE: *Lactancia materna, Violencia obstétrica, Salud perinatal, Derechos sexuales y reproductivos, Soberanía de la lactancia.*

1. Introducción: la teta amenazada por la violencia obstétrica

Todo cambió el día que yo tomé conciencia de que yo ya había estado en un parto, vivido un parto: el de mi nacimiento. Mi parto. Mi primer parto. Y que lo había hecho con mi madre. Yo estuve en *nuestro* parto con mi madre. Lo hicimos juntas. Todo aquello que ella narraba... yo estaba allí. Su sufrimiento o su gozo fueron también los míos.

Y, entonces, el mundo apareció de otra manera.

Ester, Buenos Aires, 13 de noviembre de 2024.

Hace ya muchos años escuché una frase totalmente revolucionaria en un congreso militante de lactancia: “Descubrimos que, mejorando nuestros partos, podíamos mejorar nuestras lactancias”, dijo alguna mujer.

Tal vez sea una perogrullada.

O tal vez no.

En efecto, hoy sabemos que experimentar un parto traumático impacta negativamente en la lactancia, que incluso pequeñas disrupciones en el mismo perjudican su buen curso y, por ende, su consecuencia fisiológica final y primordial, en términos evolutivos: la lactancia¹. Parto y lactancia forman parte de un continuum, aunque la tecnocracia occidental y el cartesianismo moderno-colonial (Lugones 2008) los hayan entendido separadamente.

Muchos son los embates que padece hoy la lactancia materna humana. *Lactancia a secas*², diremos aquí, siguiendo a Paricio Talayero³ (2020): la lactancia “de fórmula” es otra cosa, de hecho, el concepto “lactancia” debe ser reclamado y vindicado en su justo sentido, más aún por el tremendo ataque que supone la comercialización de sucedáneo. Nuevamente: eso es fórmula o sucedáneo, no “leche” de fórmula; leche es *leche materna*, en este contexto, y lactancia es *lactancia materna*, en este contexto. De hecho, se exige que se hable de “fórmulas comerciales” de manera explícita (Baker et al. 2023), ya que no hay sucedáneo posible de la leche materna humana. (Trataremos más adelante de otras necesarias revisiones epistémico-terminológicas.)

Según los últimos datos, las tasas de lactancia a nivel mundial no alcanzan ni el 50 por ciento en las criaturas menores de seis meses (Baker et al. 2023), lo que significa una hipogalactia social alarmante, con carácter pandémico en realidad. Pandémico por lo extendido, por su alcance; *sindémico* (Tejedor Junco 2021) por su complejo carácter de imbricación sociológica y de otras índoles: la lactancia escasa no es una enfermedad de las mujeres, sino del sistema.

Nunca se dirá lo suficiente: para Pérez-Escamilla (Pérez-Escamilla et al. 2023), uno de los mayores expertos mundiales en lactancia, esta es la *madre* de la seguridad alimentaria. Es más, es la primera forma de soberanía alimentaria (Ausona Bieto et al. 2017) y la mayor herramienta costo-efectiva a nivel mundial para la salud materno-infantil (Tomori 2023); esto es: con alcance universal, porque todo el mundo nace alguna vez.

La lactancia, que es amenazada cada día por el sistema (Pérez-Escamilla et al. 2023), por el capital (Massó Guijarro 2024), por la industria farmacéutica de la fórmula (Editorial The Lancet 2023) (auténtica práctica neocolonial), y por supuesto por la violencia obstétrica, que entorpece e incluso cierra esa primera puerta a la lactancia que es el parto, la aurora de la vida. Los derechos inalienables de lactancia con que nace todo ser

¹ Cf. Kekliklián (2020).

² Sobre las distintas formas de nombrar el amamantamiento o lactancia (lactancia materna, materno-filial, materna humana...), sus matices y preferencias, he tratado con mayor profundidad en trabajos anteriores (véase Massó Guijarro 2021).

³ Creador de e-lactancia (<https://www.e-lactancia.org/>).

humano, derechos recíprocos *entre* madre y criatura (ya que la lactancia implica una simbiosis, una mutualidad radical), se ven amenazados por la precarización de un recurso fisiológico de primer orden (Pérez-Escamilla 2020), la leche materna, y la subalternización de la práctica que la hace posible, la lactancia, que implica una relación psico-fisiológica singularísima.

La leche queda precarizada; la práctica lactante –la lactancia–, subalternizada y minimizada.

La vida, amenazada (Frazier et al. 2021).

1.1. Encuadre, episteme y objetivos

De todos aquellos embates que perjudican la lactancia, nos centraremos aquí en las trabas más directas e inmediatas que la acucian justo en su inicio, radicadas en la violencia obstétrica: aún falta una comprensión holística y ecosistémica sobre cómo esta compromete la lactancia, constituyendo uno de sus impactos negativos más importantes y formando parte de una biopolítica antilactante generalizada (Massó Guijarro 2021).

La violencia obstétrica ha cobrado relevancia y reconocimiento en las últimas décadas en el contexto de los derechos reproductivos y la atención materno-infantil, en un traslado o desplazamiento semántico de las primeras afirmaciones sobre el parto respetado o la humanización del mismo hasta el aterrizaje en esta noción revolucionaria (Massó Guijarro 2023), que surge de la rebelión.

Se refiere a la atención inadecuada, despectiva o abusiva que experimentan las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, y sus efectos se extienden a la experiencia de la lactancia (OMS 2014). Este tipo de violencia suele manifestarse de diversas maneras, incluyendo la falta de información, el uso de procedimientos sin consentimiento y la descalificación de las experiencias y sentimientos de la madre, asumiendo a menudo la forma de una injusticia epistémica (Massó Guijarro 2023). También considerada ya violencia estructural de género e injusticia reproductiva (Oliveira Brandão et al. 2022), supone un craso abuso institucional sobre el que ya se ha legislado (IPOV RESPECTFUL-CARE 2024).

Por otro lado, la lactancia es un acto fisiológico con beneficios crucialmente significativos tanto para la madre como para el bebé (la díada), promoviendo mucho más que un vínculo afectivo y una nutrición adecuada: significa un proceso básico para la salud de la especie humana, considerado determinante mayor de la misma (Hamidou Togo et al. 2019). Ello, hasta el punto de que, más que afirmar que tiene ventajas ontogenéticas y filogenéticas (físicas, emocionales, psicológicas, ecológicas), habría que advertir de que su merma presenta *riesgos* probados, y en tanto que la lactancia constituye la normalidad fisiológica en las corporalidades humanas⁴ tras un parto.

Vamos a explorar aquí cómo la violencia obstétrica perjudica directamente la experiencia de la lactancia, en un momento además capital como es su inicio, esa primera ventana de oportunidad incomparable que existe inmediatamente tras el parto; y afectando, por tanto, la decisión de amamantar, así como el éxito y la duración mismos de este proceso, constituyendo uno de los principales embates para la lactancia hoy.

De hecho, numerosísimos estudios sobre violencia obstétrica muestran la correlación entre ella y el entorpecimiento de la lactancia tanto de forma inmediata como a plazo medio y largo, habiéndose descrito como factor de riesgo manifiesto para la misma (Leite et al. 2023; Martínez-Galiano et al. 2021). Sin embargo, los datos del impacto de esta violencia sobre la lactancia los hallamos casi siempre dentro de investigaciones más genéricas, algo así como datos secundarios, complementarios; se menciona la lactancia de manera tangencial sin que ella sea, casi nunca, el interés primero del estudio; o bien

⁴ Incidiendo en su sentido fenomenológico: corporalidades implica (formas de) relaciones entre cuerpos (cf. Massó Guijarro 2013).

hallamos estudios centrados solo en la lactancia, en recomendaciones para un buen inicio a la misma, etc., pero que no tocan la violencia obstétrica de manera explícita (aunque mencionen prácticas que se puedan inscribir en ella).

Es decir, la investigación hasta la fecha casi siempre se centra en una (lactancia) o en otra (violencia obstétrica).

Aquí queremos invocar y quedarnos en su pura intersección⁵.

Así, y siendo el objetivo principal del presente artículo la intersección entre la lactancia y la violencia obstétrica, se presenta en primer lugar un itinerario de revisión narrativa sobre la bibliografía que aborda cómo la violencia obstétrica perjudica especialmente la lactancia; en segundo lugar, y derivado de lo anterior, se desarrolla un ensayo propositivo acerca de las consecuencias, derivaciones y advertencias que de ello debieran subseguir. En dicha reflexión plantearé algunos elementos fundamentales de crítica y refundación epistemológica profunda de conceptos sobre lactancia en general y violencia obstétrica en particular.

2. Estado de la cuestión: la amenaza específica de la violencia obstétrica sobre la lactancia

2.1. Revisión narrativa: violencia obstétrica y lactancia, en la intersección

Como se ha dicho antes, ha sido ya registrado en la literatura especializada cómo la violencia obstétrica supone un factor de riesgo para la lactancia (Leite et al. 2023): es decir, afecta negativamente en la capacidad y la decisión de las madres para iniciarla y mantenerla, así como en la capacidad de lactar del bebé (Batram-Zantvoort et al. 2023). Las experiencias traumáticas durante el parto, como la falta de apoyo emocional o físico, el uso de procedimientos invasivos sin consentimiento o la descalificación del propio dolor y emociones, implican un impacto negativo claro, además, en el bienestar psicológico de la madre (Beck 2015), afectando la salud mental perinatal.

Ello dificulta también el inicio de la lactancia porque el estrés y el trauma interfieren con la producción y la eyección de leche, y con la capacidad misma de la madre para establecer vínculo con su bebé. Las afectaciones a la salud y el bienestar de un parto traumático se revelan a menudo en síntomas de estrés, depresión posparto, trastorno de ansiedad y, muy especialmente, dificultades en el apego y vinculación con la propia criatura, que supone alteraciones clave (Batram-Zantvoort et al. 2023).

Se ha hablado incluso del “efecto dominó”, o “de ondas en expansión” (Beck 2015) de la violencia obstétrica directa a *lo que pasa después* del parto y el puerperio, por supuesto perjudicando de manera central a un inicio a la lactancia deseable, fluido, positivo, en definitiva. Es lo que he llamado un efecto *extendido* de la violencia obstétrica (Massó Guijarro 2023).

Hallamos en la revisión, así, constantes alusiones a que ciertas prácticas constituyentes de violencia obstétrica (incluso cuando no aparece dicho término como tal) perjudican *también, entre otras cosas*, la lactancia (Leite et al. 2023; Martínez-Galiano et al. 2021). Pero, como dije, esto se encuentra casi siempre en abordajes más amplios, que tocan la lactancia de manera subsidiaria, sin que esta sea, casi nunca, el interés primero de la investigación. Esto es muy importante, porque revela un hueco todavía elemental en los análisis sobre violencia obstétrica, y la necesidad de un tratamiento centrado de manera específica en cómo obstaculiza la lactancia en todos sus aspectos y términos.

Así, la bibliografía específica (hallada y revisada) que vincule violencia obstétrica con lactancia, de manera central, es todavía comparativamente escasa, aunque destacan notables excepciones como la de Mena-Tudela (2022). Un ejemplo significativo es de hecho el de Mena-Tudela et al. (2020, 2021), que realizaron uno de los análisis más

⁵ Con una perspectiva, de hecho, de feminismo interseccional (Massó Guijarro 2019), que nos ayuda a comprender fenómenos que se iluminan, precisamente, si son aprehendidos en la encrucijada.

incisivos y exhaustivos sobre la violencia obstétrica durante la pandemia en España desde la propia percepción de las madres, con énfasis clave en la lactancia.

Uno de los mayores hincapiés hallados en el de respetar el contacto piel con piel inmediato tras el nacimiento, al menos durante la primera hora; es decir, *no separar* a madre y criatura tras el parto: cualquier separación innecesaria (y casi todas lo son) desde el momento del expulsivo menoscaba esencialmente la lactancia. Los datos hablan (Leite et al. 2023). Ya Leboyer (2010) u Odent (2007) detallaron ese delicadísimo equilibrio hormonal, comportamental, de toda índole, ese equilibrio biocultural alucinante que sucede en un proceso de embarazo-parto-puerperio a través de la lactancia, que debe ser respetado ya que, si bien es muy potente, puede resultar también sumamente frágil y vulnerable a injerencias externas (Massó Guijarro 2017).

Complementariamente, ofrecer al recién nacido alimentación por sucedáneo de fórmula, tetinas, biberones e incluso chupetes, ya se considera práctica inadecuada e incluso formas extendidas de violencia obstétrica, por cuanto obstaculizan de modo radical algo tan fundamental como el buen fluir de la lactancia en su inicio mismo.

Pero hay todavía más: sabemos desde hace mucho que nada menos que el 41 por ciento de los bebés que mueren entre los días 2 a 28 tras el parto podrían haber sido salvados de haberse permitido el inicio de la lactancia en la primera hora de vida (Edmond et al. 2006): esta no es una “opción” entre otras, sino que tiene que ver con la vida y la supervivencia de una forma palmaria. Las criaturas lactantes no amamantadas constituyen de facto un grupo de riesgo (e-lactancia 2024), y como tal debiera ser catalogado y aprehendido a todos los efectos.

Los estudios muestran también como factores predictores negativos de la lactancia la práctica de la cesárea y la epidural, y al revés, el inicio de la lactancia inmediata al nacimiento, a través del contacto piel con piel, como predictor positivo de lactancia bien establecida y duradera. Estudios ya antiguos registraron incluso cómo la relación entre madre y bebé es notablemente más fluida y corporalmente intensa, desde el nacimiento hasta varios meses después (más miradas, más sonrisas compartidas, más lactancia, se tocan más, etc.), si se ha respetado ese inicio inmediato de la lactancia, a través de la no separación y el contacto piel con piel inmediato al parto (De Chateau et al. 1977).

Veamos más ejemplos. Brandão et al. (2022) exploran las experiencias de violencia obstétrica comparativamente entre Ecuador, Brasil y España y, entre sus diversos modos registrados, las madres señalan la de no recibir apoyo conveniente para el inicio de la lactancia.

Curiosamente, el estudio de Beck (2008) mostró cómo, en ocasiones, se ha observado que el haber padecido el trauma de la violencia obstétrica supone para algunas mujeres el intento aún mayor de *perseverar* en la lactancia. Sin embargo, en todo caso (también en estos casos de “heroicidad lactante”⁶), el haber sufrido violencia obstétrica siempre supone impedimentos angustiantes que limitan el intento y el deseo de amamantar.

Otro estudio desarrollado en Canadá (Chooniedass et al. 2022) analizó los factores asociados con la continuación de la lactancia en madres jóvenes, hallándose relación significativa entre el abandono temprano de la lactancia (antes de dos meses) y la experimentación de situaciones estresantes, como la violencia obstétrica.

En el estudio de Loreto et al. (2022), que aborda la controversia en torno al uso del término “violencia obstétrica” en Brasil, entre las diferentes prácticas consignadas con ese nombre se menciona también “no permitir la lactancia en la primera hora”, reconocida

⁶ Yo misma he conocido y registrado casos así en mi trabajo de campo etnográfico a lo largo de muchos años. Son sin duda experiencias encomiables, dignas de estudio, interés y alabanza; pero no se deben tomar como muestra estadística, ni mucho menos como camino deseable en términos generales: moralmente no es esperable ni exigible para todo el mundo, ya que no se trata de que las madres sean heroínas, o de permitir una situación inadecuada porque a algunas personas les sirva para crecerse (como sucedió en el caso de tantas mujeres a las que el hecho de padecer cesáreas innecesarias les sirvió como acicate para fundar o militar en El Parto es Nuestro).

como forma específica de violencia obstétrica por el 82 por ciento de residentes frente al 58 por ciento de especialistas de plantilla. Muestran entre otras cosas que la mayoría de profesionales entrevistados no está de acuerdo con el uso del término “violencia obstétrica” para definir el maltrato y el trato irrespetuoso a la madre. Curiosamente, la mayoría de residentes (profesionales en formación) sí reconoce numerosas prácticas definidas con el término en disputa, en mayor medida que los especialistas de plantilla⁷. (Ver el reclamo de su mantenimiento a todos los efectos en Quattrocchi et al. 2024)

Que la violencia, en cualquier versión, daña el buen fluir de la lactancia puede parecer cosa baladí, una trivialidad. La violencia daña todo, todas las cosas buenas, más aún si son cosas que deban *fluir*, como la sexualidad, el erotismo, la sensualidad... y por supuesto la lactancia, que tiene mucho de todo eso, además de otros tantos elementos, con un complejo entramado hormonal, en delicado equilibrio, poderosamente opuesto a las dinámicas que suscitan la violencia y sus contextos relacionales, hormonales en todos sus sentidos, incluso.

Parece obvio, sí, y sin embargo es preciso mostrar estudios para avalar esta intuición evidente.

Así pues, en cuanto a otras formas de violencia de género, ha sido también estudiado el tremendo impacto negativo sobre la lactancia de la violencia de pareja durante el embarazo, así como los síntomas depresivos posnatales tempranos (nuevamente, ligados a la violencia obstétrica). Concretamente, el estudio de Lau et al. (2007) vindica estos dos correlatos como poco estudiados: centrada en Hong Kong, la investigación mostró sin ambages que las mujeres que no habían padecido experiencia de violencia de pareja/íntima durante el embarazo presentaban una probabilidad significativamente mayor de iniciar la lactancia.

Por su parte, otra investigación posterior desarrolló un amplio estudio de cohorte para evaluar si la experiencia de violencia psicológica de pareja afecta negativamente las tasas de lactancia en el caso de España (Martin-de-las-Heras et al. 2019). Los resultados son abrumadores: esta situación duplicó literalmente las probabilidades de *evitar* la lactancia por parte de la víctima, más aún con la presencia de complicaciones obstétricas; en otras palabras: comparativamente, el doble de las madres que padece violencia psicológica de pareja durante el embarazo *evita* amamantar, lo que supone por tanto que esta, entre otras cosas, constituye un riesgo también para el lactante, por la deficiencia tan grave que va a suponer para la díada madre-bebé. Por desgracia, puede casi ser considerada una primera consecuencia deletérea de lo que se llamará después violencia vicaria.

Aunque estos últimos ejemplos traten de violencias que desbordan su versión obstétrica, conviene tenerlas en cuenta para comprender desde una perspectiva amplia cómo afecta al bienestar perinatal y, por ende, a la práctica lactante, toda forma de violencia, que a fin de cuentas forma parte del mismo esquema sociológico.

2.2. Síntesis y recomendaciones: apoyo lactante multinivel desde una mirada perinatal

A tenor de la bibliografía analizada y la anterior revisión, podemos resumir los principales hallazgos y sintetizar la discusión como sigue:

1. Marco general: prácticas de violencia obstétrica diversas (como el no respetar al contacto inmediato piel con piel) inciden negativamente de forma directa en el inicio adecuado de la lactancia.

⁷ El distrés moral que supone para muchos profesionales sanitarios el estar imbuidos en un sistema donde la violencia obstétrica es estructural, sea aprehendida o no como tal, es notable y sin duda un elemento fundamental en la investigación en curso (aunque no es el objetivo del presente artículo, ver por ejemplo Flannigan -2016- o Newnham et al. -2023-; sin ánimo de exhaustividad, ya que la bibliografía al respecto es ingente).

2. Efectos psicológicos: madres (y bebés) que sufren violencia obstétrica pueden padecer traumas emocionales y secuelas psicológicas que impactan su bienestar a todos los efectos. El estrés, la ansiedad y la depresión resultantes pueden dificultar la capacidad de la madre para iniciar y mantener la lactancia. La conexión emocional entre la díada, crucial para el inicio exitoso de la lactancia, se ve así comprometida. La lactancia requiere un estado emocional positivo y una conexión íntima entre la madre y el bebé; si esta conexión se ve afectada por experiencias negativas durante el parto, las madres pueden sentirse desmotivadas o incapaces de amamantar.

3. Desconfianza en el sistema de salud: las experiencias negativas durante el parto pueden llevar a las madres a desarrollar una más que justificada desconfianza hacia los profesionales y equipos sanitarios. Esto puede traducirse en una menor búsqueda de apoyo en el puerperio, lo cual es fundamental para establecer y mantener la lactancia (especialmente en la forma de grupos de apoyo paralelos, madre a madre). El miedo a ser maltratadas nuevamente puede hacer que las madres eviten las consultas de seguimiento o la asesoría en lactancia, entre otras victimizaciones secundarias.

4. Educación y apoyo inadecuado: la falta de información y educación adecuadas (a menudo exacerbada por un entorno hostil), que no sucedan a través de una socialización lactante normalizada, puede llevar a las madres a sentirse inseguras o incapaces de amamantar. La violencia obstétrica supone a menudo, de forma extendida, que las mujeres se sientan desvalorizadas y poco apoyadas en su rol como madres.

En tanto que ya hay evidencia incontestable sobre cómo la violencia obstétrica constituye un factor de riesgo contrastado para la lactancia, se ha de trabajar en la procura de entornos de corresponsabilidad lactante⁸ de apoyo integral y multinivel, que respeten las decisiones y necesidades de las madres y los derechos de la díada, lo que aumentaría la probabilidad de iniciar y mantener la lactancia. Esto incluye las siguientes recomendaciones:

1. Apoyo psicológico: ofrecer apoyo emocional a las madres, especialmente aquellas que han experimentado violencia obstétrica (y aunque su evitación sea el primer objetivo), es clave para ayudarles a establecer una conexión con sus bebés.

2. Educación continua: capacitar a los profesionales de la salud en prácticas de atención respetuosa y en la promoción de la lactancia, en el marco de una atención libre de violencia obstétrica.

3. Iniciativas de concienciación: crear campañas que visibilicen tanto la violencia obstétrica como la importancia de la lactancia puede ayudar a generar un cambio cultural en la atención al parto desde una mirada perinatal integral respetuosa.

3. Hacia la normalización (de un mundo) lactante: la hipogalactia antrópica como sindemia y alguna revisión epistémico-conceptual

Como ya se mencionó en la introducción, llamo “hipogalactia social” (Massó Guijarro 2021) o *antrópica*⁹ a la escasez de leche/lactancia por razones no fisiológicas o mórbidas, y tampoco ligadas a la voluntad de las madres. Porque, como ya es archisabido, las principales causas de esta hipogalactia social, auténtica pandemia con consecuencias mucho peores que otras pandemias (Dylan et al. 2019, Guareschi et al. 2021), no radica en

⁸ Cf. Martínez Casares et al. (2025).

⁹ Se refiere a lo producido o modificado por la actividad humana.

una falta de deseo genuino de las madres por amamantar, sino en un sistema-mundo¹⁰ absolutamente hostil para con la lactancia.

Más que pandemia, la hipogalactia social o antrópica adquiere el carácter de una *sindemia*¹¹, donde las razones y los determinantes sociales, ecológicos y de otras índoles se mixturán con los propiamente sanitarios o fisiológicos, y ya que “la escasez de la leche humana se debe a prácticas patriarcales y capitalistas que la inhiben, y no a una deficiencia biológica de las mujeres o a la escasez de un recurso natural per se” (Ausona Bieto et al. 2017: 1).

Insistimos: la lactancia escasa no es una enfermedad de las mujeres, sino del sistema.

Desde esta perspectiva, hemos de seguir aquilatando conceptos en cuya crítica y transformación es preciso evolucionar, tanto en lo epistémico (cómo lo aprehendemos) como en lo terminológico (cómo lo nombramos). ¿Por qué? La lactancia fue declarada derecho humano por la OMS, en *sentido fuerte*, en 2016. Pero ya sabemos lo que pasa tantas veces con los derechos humanos *en sentido fuerte*: la necesidad que hay de hablar de ellos se relaciona directamente con su ausencia de normalización. Con su violación sistemática.

Es imperioso que hablemos de los *derechos inalienables de lactancia* (ya citados también al inicio): esto significa que la lactancia debiera ser la norma, la socialización básica que se da por hecho, que está en el ambiente, en la atmósfera de manera implícita, y no al revés. La lactancia, como parte esencial de la vida humana, debería suceder en un marco de socialización primaria (además de secundaria y terciaria), algo que viéramos cada día de modo habitual, algo que formara parte del ambiente social, y no una técnica que se aprende cuando parimos/nacemos en un hospital, algo que nos transmite un profesional sanitario. A ello llamo “socialización lactante”, frente a aquella hipogalactia antrópica.

Mejorar las tasas de lactancia probablemente pase más por la recuperación de esta verdadera socialización lactante que por una promoción de lactancia tan técnica, ortopédica, que comienza en un hospital a pie de cama por parte de un profesional (que tal vez es incluso el que hace un rato te violentaba). Aprender la lactancia por imitación de nuestras abuelas, nuestras madres, vecinas, hermanas; mujeres que salgan en las películas y series dando teta de manera normal (no caricaturizando si dan varios años o hablando de su culpa porque no han podido dar). Aprender de modo implícito esa confianza corporal en el poder lactante del cuerpo.

Ahora estamos en un lugar diametralmente opuesto: esas tasas de lactancia que mencionamos se deben a que no vivimos en un planeta realmente hospitalario a la misma, sistémicamente hablando. En gran parte, porque la lactancia está reñida con dos mantras en el mundo contemporáneo¹² (intrínsecos a muchas prácticas de violencia obstétrica): la velocidad y el individualismo.

La lactancia se da de bruces con ambos.

Así, el lenguaje sobre la lactancia (y el entorno que implica) que debe ser revisado tiene que ver radicalmente con la velocidad y el individualismo. Uno de los más flagrantes es el de “lactancia prolongada”¹³: así se ha llamado a la lactancia más allá de los seis meses, cuando hace mucho que sabemos que este plazo es el *mínimo* solamente siendo la leche humana único alimento, y que debiera continuar como alimento principal al menos hasta los dos años. Dicho de otro modo, amamantar menos de este tiempo fisiológicamente presenta riesgos claros y no debiera ser “lo normal”. Por tanto, una lactancia *normal* podría ser una lactancia de dos, de tres, de cinco años o más (no es *normal* hoy estadísticamente hablando, desde luego).

¹⁰ Cf. Grummer-Strawn et al. (2024).

¹¹ Véase, Tejedor Junco (2021), sobre el concepto “sindemia”.

¹² Ello es aplicable a la crianza en general, pero aquí nos referimos de modo particular a la lactancia.

¹³ A veces se usa “de larga duración” (Ausona Bieto 2013), lo que podría ser más asumible desde un punto de vista puramente cronológico, y desde luego en tanto describe algo estadísticamente infrecuente.

Convendría, pues, hablar de lactancia *normal* también en casos de lactancias de dos o más años (Gómez Fernández-Vegue 2015). Y al revés: las lactancias de menos tiempo deberían ser consideradas (y sí, nombradas) como lactancias breves o abreviadas, o anticipadas, o sub-óptimas, o incluso interrumpidas. Y ello, por supuesto, no tiene nada que ver con la culpabilización de nadie (Olza et al. 2017). La madre *debe* poder elegir. El problema es que ahora no puede, o no puede en condiciones de verdadero reconocimiento sociopolítico, sin que sea a costa de un mínimo de viabilidad en la práctica. Esto, para una lactancia, significa un permiso de cuidado financiado mucho más largo, radicado en una verdadera mirada perinatal feminista (Massó Guijarro 2023) sobre los derechos y las políticas públicas.

La madre debe poder elegir, sí, pero habiendo sido no solo debida y significativamente *informada* (lo que aún no sucede) sino, también, debida y significativamente *apoyada* a todos los efectos por su país, su código civil, su entorno, su planeta, etc.

Y esto, definitivamente, no sucede.

Así, entender una lactancia de más de seis meses como “prolongada” (en lugar de entenderla como normal, y llamar “breve” a la que sea más corta, o incluso “destete precoz”) tiene que ver con la *prisa* del mundo contemporáneo, con la velocidad, con el querer apresurar (¿apresurar para qué? Para producir); y también en gran medida con el individualismo: si algo es prolongado, es que es demasiado largo frente a su duración más conveniente. Y eso sucede así con la lactancia porque supone un vínculo mantenido entre madre y criatura, uno que necesita sostén. Supone la ruptura absoluta del individualismo. Y eso no conviene al capital, a la supremacía y la urgencia de la hiperproductividad.

Así, *prisa*¹⁴ e *individuo*.

Otro ejemplo paradigmático de prisa e individualismo que ha de ser revisado, también en su reflejo lingüístico-conceptual, es el de “pinzamiento tardío del cordón”¹⁵, referido a dejar que el cordón umbilical deje de latir antes de cortarlo y terminar de separar al bebé de la placenta, y por ende del cuerpo materno. Hace mucho que la evidencia científica al respecto está consensuada a nivel global (McAdams 2023): esta práctica favorece la transfusión placentaria al bebé, reduciendo la mortalidad en casos de prematuridad y la necesidad de transfusiones sanguíneas, ya que aumenta de modo fisiológico sus reservas de hierro. La OMS lo recomienda de modo generalizado, y pese a ello todavía no se aplica en muchos casos, siendo de hecho prevalente la deficiencia de hierro de modo preocupante.

Así las cosas, ¿por qué aún seguimos diciendo “pinzamiento *tardío* del cordón”, dando a entender una normalidad en su alternativa? Bien al contrario, se debiera realizar una inversión del término valorativo: “pinzamiento *precoz* del cordón”, para designar cuando se hace *antes* de que deje de latir. Más aún, cuando este pinzamiento que ya sabemos es excesivamente temprano ha sido incluso catalogado como práctica de violencia obstétrica, ya que perjudica claramente a la díada.

Ligado a ello, el no respetar el contacto piel con piel inmediato al nacimiento (es decir, separar a madre y bebé en el inmediato posparto, lo que está catalogado como práctica de violencia obstétrica) es uno de los ejemplos más radicalmente significativos de los mandatos de la prisa y el individualismo; uno de los más graves, a la sazón, porque impacta muy negativamente en la lactancia. La coarta desde su mismo principio. Cuando el bebé sale del cuerpo materno (su hábitat), debe mantenerse lo más posible unido y cerca de él, literalmente *en él*; por ambos, en realidad: ambos, madre y bebé, mantienen su estabilidad fisiológica, su homeostasis, su autorregulación, su bienestar neurológico, inmunológico... su salud, en suma, en incomparablemente mayor medida si siguen juntos; y al revés, no respetar eso, conlleva claros riesgos.

¹⁴ Sobre la prisa y la velocidad en el mundo contemporáneos, y cómo atraviesan desde la crianza hasta la sexualidad, la cocina o la música, recomiendo la excelente reflexión de Carl Honoré (2008) en su obra *Elogio de la lentitud*.

¹⁵ Delayed Cord Clamping (DCC), por sus siglas en inglés.

Especialmente, ese contacto inmediato debe suceder en la forma del bebé sobre la barriga o el pecho de la madre, cerca de su corazón, donde incluso sabe reptar al pezón si se le permite (*sin prisa*), si se respeta ese contacto sin intervención. Los estudios han mostrado que ese contacto inmediato debe durar al menos una hora, que a menudo es llamada la “hora de oro” o la “hora sagrada” (Phillips 2013, Soto Conti 2018), y puede ser respetado incluso en casos de cesáreas en la mayoría de ocasiones. Hacerlo tiene consecuencias tan positivas en la salud materno-infantil a largo plazo que incluso impacta en la epigenética (Hamidou Togo et al. 2019). No hacerlo, una vez más, conlleva riesgos contrastados.

Pues bien: respetar esa hora sagrada (sin necesidad de apresurar intervenciones posteriores, que ya se ha probado no corren mayor prisa) debiera ser lo normal, hasta el punto de que no hiciera falta que tuviera un nombre “técnico” por así decir. Sí, si el nombre fuera para ensalzarlo. No, si tiene que servir para defender algo que no se respeta, como sucede hoy.

4. Reflexiones finales: por un mundo lactante soberano

El concepto de soberanía tiene que ver con los pueblos, con el poder liberado de las personas en su dimensión social. José María Paricio Talayero (2021) considera, en una fabulosa afirmación de aquella socialización lactante que mencioné, que “la lactancia debe volver al mundo del que nunca debió salir: la sociedad de las mujeres, la sociedad por extensión; un mundo del que la arrancó la ciencia (médica, sobre todo) y su cortejo tecnológico hace poco más de cien años, desvirtuándola, pervirtiéndola y destruyéndola”¹⁶. Es a eso, justamente, a lo que me refiero con la reclamación de un mundo lactante soberano.

Como se ha visto, la relación entre la violencia obstétrica y la lactancia es compleja, bidireccional y multidimensional. Todavía queda mucho por andar en la comprensión de esta complejidad, y este artículo pretende arrojar, aun sin pretensiones de exhaustividad, alguna luz más en este largo camino. La violencia obstétrica no solo afecta la experiencia del parto, sino que sabemos que tiene consecuencias duraderas en la salud de la madre y el bebé (por ende, a escala social generalizada: el nacimiento es un asunto global, universal), obstaculizando de una manera determinante el inicio mismo de la lactancia. Promover un entorno de atención respetuosa y libre de violencia es primordial para facilitar la lactancia y garantizar que todas las díadas puedan experimentar este proceso de manera positiva y enriquecedora; pero, sobre todo, es primordial para el respeto a los derechos humanos: a los derechos inalienables de lactancia.

No en vano se ha dicho ya que la violencia obstétrica supone una infracción a los principios básicos de la bioética¹⁷, y que la atención y el cuidado maternos en general desde el ámbito sanitario demandan una redefinición ética integral desde una perspectiva filosófica profunda (Newnham et al. 2023). Abordar esta problemática requiere un enfoque integral y multinivel, a escala internacional, que incluya la sensibilización sobre la violencia obstétrica y la promoción de prácticas de atención que prioricen la salud holística de la díada. Solo así se podrá garantizar no solo el derecho a un parto respetado, sino también a una lactancia normalizada, dentro de la socialización lactante sistémica.

Curiosamente, a nivel popular todavía es mucho lo que se desconoce (o se ha olvidado) de la lactancia: como señala Pérez-Escamilla (2024), y aunque parezca increíble, se ha invertido más en investigar cuáles son los compuestos bioactivos del café que de la leche humana.

Todavía se ignora en gran medida, socialmente hablando, que se trata de un sistema bioactivo y dinámico basado en la evolución, y ya que la maduración de nuestro período posnatal es muy larga. O cómo las compañías de “fórmula” han hecho patológicos muchos

¹⁶ Sin paginación en línea.

¹⁷ Cf. Martín-Badiá et al. (2021).

comportamientos fisiológicos de los bebés humanos, como estrategia de márketing. O que la lactancia depende de la interacción entre madre, bebé y entorno, implicando una co-regulación fisiológica hasta el punto de que, cuando se amamanta, los sistemas inmunes del binomio madre-bebé se vuelven uno (una vez más, el concepto cartesiano de individuo salta por los aires), y que por ello se trata de un derecho humano de reciprocidad, que implica a la diáda, no a uno o a otra de manera separada.

Así, el amamantamiento es un proceso basado en el establecimiento de un vínculo socio-emocional de la diáda, nunca un (mero) producto. La lactancia es, de hecho, generadora de relaciones sociales y un modo de estar psico-emocional, y la procura de modelos socio-ecológicos que creen entornos propicios para la práctica lactante ayudaría a recuperar una socialización lactante orgánica, espontánea (Massó Guijarro 2015). Normalizada, en el mejor de sus sentidos.

No basta decir que la leche humana, o la lactancia materna, *es muy buena y hay que darla, mamás*. Eso es una burla. Dale a esa mamá tiempo para darla y dinero para poder vivir ella y el bebé mientras la da. Como mínimo. Porque con ello incluso contribuye al PIB (Alive & Thrive 2022) (Walters et al. 2019). Porque no poder hacerlo en condiciones adecuadas supone un tremendo coste a todos los niveles, como ya sabemos, y aunque continuemos viviendo en esa disonancia cognitiva abrumadora que es entender que una madre lactante no está generando riqueza de todo tipo, esa falta de reconocimiento que supone una auténtica escisión del valor, siguiendo a Roswitha Scholz (2020).

La promoción de la lactancia no puede centrarse más solo en la madre amamantadora como público diana (Martínez Casares et al. 2025), sino que debe constituir una intervención multisectorial continuada y global. Y, dentro de esa intervención, el fin definitivo de la lacra de la violencia obstétrica, también en lo que supone para la lactancia, debiera ser crucial. Del concepto, ya casi viejo, “hospital amigo de los niños” (PAHO 2016), se está evolucionando a un “planeta amigo de la lactancia” a través de la noción mucho más integradora de “Breastfeeding friendly” (The Breastfeeding Network 2024), porque la necesidad de políticas y prácticas que fomenten la posibilidad de la lactancia, y la corresponsabilidad pública sobre ella, debe operar a escala multinivel e internacional (Hansen et al. 2012).

Para disminuir la brecha lactante y construir resiliencia radical para con la lactancia (Doherty et al. 2024), una clave capital es entender el embarazo-parto/puerperio-lactancia como *proceso*, desde una mirada perinatal (Kekliklián 2020), y de ese modo asumiremos todo como un continuum: no es una cosa el parto y luego la lactancia, del mismo modo que no es una cosa el embarazo y luego el parto, como dos eventos desvinculados. Solo la mentalidad analítica cartesiana, occidental, biologicista ciega, lo entendería así, y aunque paradójicamente sean la propia biología y la fisiología humana las que nos muestran que cualquier disrupción en el parto influye negativamente en la lactancia. La lastima.

Por tanto la violencia obstétrica es, también, un atentado contra la lactancia, y por ende contra las madres, las criaturas..., contra cualquier ser humano, ya que todo ser humano nace de madre, y debiera hacerlo en un mundo hospitalario a la lactancia.

Un mundo con soberanía lactante.

Un mundo lactante.

5. Agradecimientos

Agradezco a José Ángel, como siempre, cada diálogo cotidiano que inspira en el camino de la soberanía lactante. Y gracias por la rebelión, que es toda.

Agradezco a todas las compañeras y comadres por este camino conjunto; especialmente, a las personas y entidades que durante mi estancia en Buenos Aires han contribuido de tantas maneras a estas reflexiones.

Agradezco al Blog de APILAM (e-lactancia.org) haber publicado una versión preliminar y divulgativa de este artículo el 25 de noviembre de 2024, con motivo del Día Internacional contra la Violencia de Género (<https://apilam.org/lactancia/lactancia-materna-y-violencia-obstetrica-la-soberania-lactante-amenazada-por-esther-masso>), lo que sirvió para su primera socialización.

[Financiación]

El presente texto nace en el marco del proyecto European Union's Horizon-Marie Skłodowska Curie Action-2022-Staff Exchange, bajo el Grant Agreement no. 101130141 IPOV-RESPECTFULCARE Project: <https://respectfulcare.eu/>

Otros marcos y apoyos: Proyecto POyÉTICAS (PID2023-148517NB-I00); Red Temática de Investigación “ESPACyOS. Ética de la Salud Pública” (RED2022-134551-T); ATLAS Bioethic Center; Grupo de Investigación “Bioética y éticas aplicadas” de la Universidad de Oviedo (GR-2023-00010).

*Ester Massó Guijarro no presenta ningún potencial conflicto de interés económico ni profesional con ninguna empresa que viole el Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna de la Organización Mundial de la Salud.

Referencias

- Alive & Thrive. (2022). COST OF NOT BREASTFEEDING TOOL. URL: <https://www.aliveandthrive.org/en/the-cost-of-not-breastfeeding-tool>.
- Ausona Bieto, M. (2013). Lactancia materna de larga duración o sobre cómo la tradición innova. En *Maternidades, procreación y crianza en transformación* / Carmen López Matheu (ed. lit.), Diana Marre (ed. lit.), Joan Bestard Camps (ed. lit.): 57-78.
- Ausona Bieto, M., Brigidi, S., & Cardús Font, L. (2017). Lactancias, capital y soberanía alimentaria. La falaz escasez de la leche humana. *Dilemata*, 25, 135–142. URL: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000138>.
- Baker, Phillip et al. (2023). The political economy of infant and young child feeding: confronting corporate power, overcoming structural barriers, and accelerating progress. *The Lancet*, 401(10375), 503 – 524. doi:10.1016/S0140-6736(22)01933-X.
- Batram-Zantvoort, S., Wandschneider, L., Razum, O. et al. (2023). A critical review: developing a birth integrity framework for epidemiological studies through meta-ethnography. *BMC Women's Health*, 23, 530. doi:10.1186/s12905-023-02670-z.
- Beck, CT. (2015). Middle range theory of traumatic childbirth: the ever-widening Ripple effect. *Glob Qual Nurs Res*, 18(2). doi:10.1177/2333393615575313.
- Chooniedass, R., Tarrant, M., Turner, S., et al. (2022). Factors associated with breast-feeding initiation and continuation in Canadian-born and non-Canadian-born women: a multi-centre study. *Public Health Nutrition*, 25(10), 2822-2833. doi:10.1017/S1368980021004699.
- De Chateau, P., Wiberg, B. (1977). Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. II. A follow-up at three months. *Acta Paediatr Scand*, 66(2), 145-51. doi:10.1111/j.1651-2227.1977.tb07825.x.

- Doherty, T. et al. (2024). Stemming commercial milk formula marketing: now is the time for radical transformation to build resilience for breastfeeding. *The Lancet*, 401(10375), 415-418. doi:10.1016/S0140-6736(23)00095-8.
- Editorial The Lancet. (2023). Unveiling the predatory tactics of the formula milk industry. *The Lancet*, 401(10375), 409. doi:doi.org/10.1016/.
- Edmond, K. M., Zandoh, C., Quigley, M., Amenga-Etego, S., et al. (2006). Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*, 117, 380-386. doi:doi.org/10.1542/peds.2005-1496.
- e-lactancia. (2024). Inundación. Tsunami. URL: <https://www.e-lactancia.org/breastfeeding/flood-inundation-deluge/synonym/>.
- Flanigan, J. (2016). Obstetric autonomy and informed consent. *Ethical Theory and Moral Practice*, 19(1), 225-44. doi:10.1007/s10677-015-9610-8.
- Frazier, C.M., Dharod, J., Labban, J., Raynor, A.N., Villasenor, M. et al. (2021). Breastfeeding: How is it related to food insecurity and other factors among low-income mothers? *Health Care Women Int.*, 44(3), 234-245. doi:10.1080/07399332.2021.1929992.
- Gómez Fernández-Vegue, M. (2015). Lactancia materna en niños mayores o "prolongada". Comité de Lactancia Materna de la AEP, Asociación Española de Pediatría. URL: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/lactancia-materna-en-ninos-mayores-o>.
- Grummer-Strawn, L.M., Lutter, C.K., Siegfried, N., Rogers, L.M., Alsumaie, M., et. Al. (2024). World Health Organization (WHO) guideline on the complementary feeding of infants and young children aged 6-23 months 2023: A multisociety response. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.*, 79(5), 1084-1086. doi:10.1002/jpn3.12363.
- Guareschi, A.P., França, D., Sassaki, R.L., et al. (2021). Correlación de la economía del país con el destete precoz: revisión integradora. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 9(3), 651-662. doi:10.18554/refacs.v9i3.4873.
- Hamidou Togo, A., et al. (2019). Culture of methanogenic archaea from human colostrum and milk. *Nature Research*, 9:18653. doi:10.1038/s41598-019-54759-x.
- Hansen, M.N., Bærug, A., Nylander, G., et al. Challenges and Successes: The Baby-Friendly Initiative in Norway. (2021). *Journal of Human Lactation*, 28(3), 285-288. doi:10.1177/0890334412444162
- Honoré, C. (2008). *Elogio de la lentitud*. Barcelona, RBA.
- IPOV RESPECTFUL-CARE (2024). Laws: A hidden form of gender-based and institutional abuse. URL: <https://respectfulcare.eu/laws/>.
- Kekliklián, R. I. (2020). Nuevos paradigmas para asistir embarazo, parto y recién nacido en el siglo XXI. *Clínicas Perinatológicas Argentinas*, ASAPER.
- Lau, Y., et al. 2007. Influence of intimate partner violence during pregnancy and early postpartum depressive symptoms on breastfeeding among Chinese women in Hong Kong. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(2), e15-e20. doi:10.1016/j.jmwh.2006.09.001.
- Leboyer, F. (2010). *Por un nacimiento sin violencia*. Madrid, Mandala Ediciones S.A.
- Leite, T.H., Marques, E.S., Mesenburg, M.A., Freitas da Silveira, M., Leal, M.D.C. (2023). The effect of obstetric violence during childbirth on breastfeeding: findings from a perinatal cohort "Birth in Brazil". *Lancet Reg Health Am.*, 16(19),100438. doi:10.1016/j.lana.2023.100438.
- Loreto, T.M., Kuhn Dos Santos, J.F., Nomura, R.M.Y. (2022). Understanding the opinion of doctors on obstetric violence in Brazil to improve women's care. *Midwifery*, 109(25), 103294. doi:10.1016/j.midw.2022.103294.
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, 9, 73-10. URL: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39600906>.
- Martín-Badia, J., Obregón-Gutiérrez, N., Goberna-Tricas, J. (2021). Obstetric violence as an infringement on basic bioethical principles. Reflections inspired by focus groups

- with midwives. *Int J Environ Res Public Health*, 18(23):12553. doi:10.3390/ijerph182312553.
- Martin-de-las-Heras, S., Velasco, C., Luna-del-Castillo, J.D., Khan, K.S. (2019). Breastfeeding avoidance following psychological intimate partner violence during pregnancy: a cohort study and multivariate analysis. *BJOG*, 126, 778–783. doi:10.1111/1471-0528.15592.
- Martínez Casares, J.A., Massó Guijarro, E., Cid Expósito, G. (2025). Análisis cualitativo de la publicidad institucional en la promoción de la lactancia materna: sesgos de género y entornos lactantes corresponsables. *[En vías de publicación]*.
- Martínez-Galiano, J.M., et al. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 24(5), e526-e536. doi:10.1016/j.wombi.2020.10.002.
- Massó Guijarro, E. (2013). Lactancia materna y revolución, o la teta como insumisión biocultural: calostro, cuerpo y cuidado. *Dilemata*, 11, 169-206. URL: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4195869.pdf>.
- Massó Guijarro, E. (2015). Lactivismo contemporáneo en España: ¿una nueva marea sociopolítica?. *Journal of Spanish Cultural Studies*, 16(2), 193-213. doi:10.1080/14636204.2015.1069074.
- Massó Guijarro, E. (2017). Mamar: Mythos y lógos sobre lactancia humana. Edición de Número Especial, *Revista Dilemata*, 25. URL: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/issue/view/26>.
- Massó Guijarro, E. (2019). Leche, lactancia, lactivismo: del fluido al movimiento. *Pikara Magazine* 05/06/2019. URL: <https://www.pikaramagazine.com/2019/06/leche-lactancia-lactivismo-del-fluido-al-movimiento/>.
- Massó Guijarro, E. (2021). Lactancia humana en el Antropoceno: una urgencia pospandémica. *MEDICA REVIEW. International Medical Humanities Review*, 9(2), 63–77. doi:10.37467/gkarevmedica.v9.3125.
- Massó Guijarro, E. (2023). La violencia obstétrica como injusticia epistémica: el parto en disputa. *Salud Colectiva*, 19, e4464. doi:10.18294/sc.2023.4464.
- Massó Guijarro, E. (2024). El lactario del mascarón de proa: la teta y el capital. *El Salto*, 15/10/2024. URL: <https://osalto.gal/lactancia/lactario-del-mascaron-proa-teta-capital>.
- Mena-Tudela, D. (2022). Violencia obstétrica y lactancia materna #25N2022. Blog APILAM, “Firma experta”, 25/11/2022. URL: <https://apilam.org/la-firma-experta/violencia-obstetrica-y-lactancia-materna-25n2022>.
- Mena-Tudela, D. et al. (2020). Obstetric violence in Spain (Part I): Women’s perception and interterritorial differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7726. doi:10.3390/ijerph17217726.
- Mena-Tudela, D. et al. (2021). Obstetric violence in Spain (part II): interventionism and medicalization during birth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 199. doi:10.3390/ijerph18010199.
- Newnham, E., Buchanan, K. (2023). Being the change: how midwifery philosophy can redefine ethical practice to transform maternity care. *Women and Birth*, 36(1), S36. doi:10.1016/j.wombi.2023.07.094.
- Odent, M. (2007). *El bebé es un mamífero*. Madrid, Obstore.
- Oliveira Brandão, T. y Martínez-Pérez, A. M. (2022). Violencia gineco-obstétrica y justicia reproductiva. Una reflexión psicoantropológica. *RELIGACIÓN-Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 7(34). doi:10.46652/rgn.v7i34.990.
- Olza, I., Ruiz-Berdún, D., & Villarme, S. (2017). La culpa de las madres. Promover la lactancia materna sin presionar a las mujeres. *Dilemata*, 25, 217–225. URL: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000143>.

- OMS (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud". Informe Mundial, 14/09/2014. URL: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>.
- PAHO (2016). La Iniciativa Hospital Amigo del niño en América Latina y el Caribe: estado actual, retos y oportunidades. Washington. URL: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18829>.
- Paricio Talayero, J. M. (2020). La lactancia, saludable para la humanidad y el planeta. APILAM 01/08/2020, "La firma experta". URL: <https://apilam.org/la-firma-experta/la-lactancia-saludable-para-la-humanidad-y-el-planeta>.
- Paricio Talayero, J. M. (2021). «La cultura de la lactancia es de una riqueza extraordinaria», José María Paricio Talayero. Entrevista en APILAM 23/03/2021. URL: <https://apilam.org/entrevista/la-cultura-de-la-lactancia-es-de-una-riqueza-extraordinaria-jose-maria-paricio-talayero#:~:text=La%20lactancia%20debe%20volver%20al,%2C%20desvirtu%C3%A1ndola%2C%20pervirti%C3%A9ndola%20y%20destruy%C3%A9ndola>.
- Pérez-Escamilla, R. (2020). Breastfeeding in the 21st century: How we can make it work. *Social Science & Medicine*, 244, 112331. doi:10.1016/j.socscimed.2019.05.036.
- Pérez-Escamilla, R. (2024). Los retos de la lactancia materna en un mundo regido por el mercado. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, 31/07/2024. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=YD6VY3ZeKfs>.
- Pérez-Escamilla, R., Tomori, C., Hernández-Cordero, S., Baker, P., et al. (2023). Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *The Lancet*, 401(10375), 472-485. doi:10.1016/S0140-6736(22)01932-8.
- Phillips, R. (2013). The Sacred Hour: Uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(2), 67-72. doi:10.1053/j.nainr.2013.04.001.
- Quattrocchi, P. et al. (2024). Obstetric violence: abuse during childbirth is widespread, but the first step to fighting it is naming it. *The Conversation*, 02/10/2024. URL: <https://theconversation.com/obstetric-violence-abuse-during-childbirth-is-widespread-but-the-first-step-to-fighting-it-is-naming-it-235161>.
- Scholz, R. (2020). *Capital y patriarcado. La escisión del valor*. Madrid, Mímesis Internacional.
- Soto Conti, C. (2018). Primera hora de vida: una ventana de oro. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, 3(3), 2.
- Tejedor Junco, M. T. (2021). Pandemia, sindemia... ¿importa el nombre que le demos? *The Conversation*, 14/01/2021. URL: <https://theconversation.com/sindemia-pandemia-importa-el-nombre-que-le-demos-152366>.
- THE BREASTFEEDING NETWORK (2024). The Breastfeeding Friendly Scheme. URL: <https://www.breastfeedingnetwork.org.uk/get-involved/bfn-breastfeeding-friendly-scheme/>
- Tomori, C. (2023). Global lessons for strengthening breastfeeding as a key pillar of food security. *Front. Public Health*, 11, 1256390. doi:10.3389/fpubh.2023.1256390.
- Walters, D. D., Linh, T. H., Phan, Mathisen, R., et al. (2019). The cost of not breastfeeding: global results from a new tool. *Health Policy and Planning*, 34(6), 407-417. doi:10.1093/heapol/czz050.