

Políticas de promoción de lactancia materna en España y Europa: un análisis desde el género

M^a Helena Herrero Martínez

Universidad de Oviedo
elehema@telecable.es

Policies of Breastfeeding Promotion in Spain and Europe: an Analysis from Gender

ISSN 1989-7022

RESUMEN: La lactancia materna se promueve encarecidamente en las estrategias de salud materno-infantil, fundamentalmente por los beneficios para las y los recién nacidos. Este trabajo constituye una recapitulación de las principales estrategias que se ha incorporado en Europa y España para la promoción de la misma.

Se ha tratado de identificar razones que las mujeres dan para no amamantar o dejar de amamantar tempranamente, con el objetivo de evitar la invisibilización que presentan los documentos de las personas expertas, y que dibujan la práctica de la lactancia como un proceso basado en educación y motivación, lleno de ventajas. Por último, se ha tratado de destacar algunas de las medidas que podría aplicarse en nuestro entorno, teniendo como horizonte que las tareas de sostenibilidad de la vida son una responsabilidad de todas y todos, debiendo ocupar un eje fundamental en las políticas de inversión pública.

ABSTRACT: Breastfeeding is eagerly promoted in child-mother health strategies, mainly because of the advantages for the newborns. This article is a recapitulation of different strategies developed during the last years to promote breastfeeding in Europe, generally, and Spain, specifically.

We have tried to identify reasons of women to stop breastfeeding or not to breastfeed at all. The aim is to remark the invisible women problems that do not appear in expert documents, that present breastfeeding as a process based on education and motivation, full of advantages. To end up, we have tried to highlight some measures which could be applied in our environment, from the perspective that tasks involving caring for others and sustaining life are half by half women and men responsibility and should be prioritized in public policies and public budgets.

PALABRAS CLAVE: lactancia materna, promoción de lactancia, prevalencia de lactancia, destete, conciliación, paternidad

KEYWORDS: breastfeeding, breastfeeding promotion, breastfeeding prevalence, weaning, conciliation, fatherhood

1. Introducción: antecedentes y estado actual del tema

La promoción de la lactancia materna se considera una estrategia mundial prioritaria de salud pública, con fuerte desarrollo desde los años 90 e introducida en las principales directrices de salud de los gobiernos y agencias de salud de diferentes ámbitos territoriales, así como en las más importantes asociaciones profesionales sanitarias (UNICEF, 2005; American Academy of Pediatrics, 2012).

Se ha justificado su importancia al calor de la investigación científica en las últimas décadas, en donde parece demostrado que resulta decisiva en la protección de la salud materno-infantil en los primeros meses y años. Siendo dicha promoción una de las intervenciones más costo-efectivas en la salud de madres y bebés, la lactancia materna es considerada *un comportamiento positivo de salud*, más prevalente en países pobres respecto a ricos, aunque en estos es más frecuente en mujeres de mayor renta y nivel educativo (Victoria et al., 2016; Rollins et al., 2016; Pérez-Escamilla et al., 2012).

Dado el interés de la monitorización de esta estrategia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan la recogida de datos periódica, para conocer su evolución, considerando de mayor importancia aquellos que reflejan la lactancia óptima por su mayor impacto en las metas de salud materno-infantil: comienzo temprano (al menos, tras la primera hora después de nacer), lactancia exclusiva los primeros 6 meses (LME) y junto con otros alimentos (LMC), el primer año (Bagci et al., 2016).



La lucha feminista consiguió incorporar la protección de la salud reproductiva de las mujeres al mundo productivo y social, desarrollándose políticas de protección y apoyo para las mujeres y posteriormente para los hombres (ILO, 2014).

También se ha desarrollado una regulación internacional de la promoción y comercialización de sucedáneos de leche materna con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos, que trata de restringir la misma, para evitar la competencia desleal con la práctica de la lactancia natural, al considerarse productos no accesibles para toda la población y no exentos de riesgos de salud. A pesar de dichas restricciones y las políticas de promoción de la lactancia materna, las ventas mundiales de estos productos han aumentado y se prevé que aumenten, especialmente en países del Asia/Pacífico; fundamentalmente por la expansión capitalista de estos mercados, por la incorporación de millones de mujeres al sector productivo (con una deficiente protección y escasos derechos) y por el escaso desarrollo legislativo que encontró el Código en los diferentes países. Solo 135 países tienen algunas medidas desarrolladas y de éstos, solo 39 legislaciones nacionales incorporan la totalidad o mayor parte del mismo (WHO, 2016).

Los estados miembros de la OMS aprobaron en 2002 la “Estrategia Mundial para el Lactante y Alimentación del Niño Pequeño”, que aboga por establecer políticas nacionales integrales de promoción, protección y apoyo para lactantes y niños y niñas de corta edad. También la promoción, protección y apoyo a la lactancia forman parte de la Estrategia Mundial de Salud de Mujeres y Niños y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que posteriormente han dado paso a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (WHO, 2003, 2015, 2010).

En Europa, en 2006, la Comisión Europea publicó un par de directivas para desarrollar el Código de Comercialización (2006/125/CE y 2006/141/CE). En esos años la promoción de la lactancia fue resaltada en varias declaraciones sanitarias o estrategias en relación a la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad.

En 2006, un grupo de trabajo, mandatado por la Comisión Europea, elaboró unas normas para la alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños, que fueron propuestas por asociaciones profesionales, organizaciones y organismos gubernamentales como guía práctica profesional para los países europeos (EUNUTNET, 2006).

En 2008, ese mismo grupo propuso un plan de acción para la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia en Europa, con el objetivo de facilitar la planificación de políticas, el reparto de responsabilidades y la toma de decisiones, conocido por “Blueprint for Action”. Los 6 apartados de acción llevan incluidos objetivos, acciones, responsabilidades y resultados posibles (European Commission, 2008).

A pesar del enorme apoyo político y científico mostrado por los países y sus profesionales, así como de las mujeres, familias y comunidades, las cifras de prevalencia no recogen un aumento significativo en los últimos años, especialmente en países desarrollados y máxime al calor de la crisis económica mundial de los últimos años. La OMS tiene como objetivo para 2025 que el 50% de lactantes menores de 6 meses sean amamantados en exclusiva. Este objetivo parece difícil de alcanzar, según un estudio de la prevalencia de la lactancia en los países europeos miembros de la OMS, publicado en 2015, de 2006 a 2012 solo se amamantó a un 25% de bebés (Bagci et al., 2016).

En España, el gobierno español se adhirió al Código Internacional de Sucedáneos en 1992 (RD1408/92), actualizando su legislación respecto al Código en 1998 (RD72/1998) y en 2008 (RD867/2208). El 18 de septiembre de 2003, se aprobó en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el programa de promoción de lactancia materna, desarrollando tres líneas fundamentalmente, basadas en la información sobre las ventajas, la necesidad de desarrollar habilidades en el personal sanitario y reconociendo la calificación Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) como excelencia hospitalaria.

Es con la elaboración de la Estrategia de Atención al Parto Normal en 2007 y la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en 2010, promovidas por el Observatorio de Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y con la participación de sociedades científicas y profesionales, organizaciones sociales y de mujeres, comunidades autónomas y personas expertas, cuando se recogen, en diferentes documentos, las aportaciones más significativas de promoción y protección de la lactancia natural (MSSSI, 2010).

Actualmente la promoción y apoyo de la misma se inserta en otras estrategias de salud, como la Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) y en la Estrategia de Promoción de Salud y Prevención, en el marco del abordaje de la cronicidad (AECOSAN, 2005; MSSSI, 2013). Y también en propuestas más sociales de ámbito estatal, como la Estrategia de Equidad en Salud en Infancia y Adolescencia y el Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (MSSSI, 2015; MSSSI, 2013).

Las cifras de prevalencia en España plantean tasas de lactancia materna exclusiva a los 6 meses de un 29% en 2011, según la Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística, 2011) y según una Encuesta Nacional sobre Hábitos de Lactancia, del 18% al 20% a los 4/6 meses (Díaz et al., 2016).

2. Fundamentación del trabajo, objetivos y metodología

La hipótesis principal es que las políticas de salud pública, en esta materia y en España y Europa, no son sensibles al género; y, como hipótesis secundaria, que muchas de las mujeres que amamantan a sus criaturas presentan una morbilidad diferencial de la que no se habla, como mujeres cuidadoras con mayores exigencias de tiempo en el cuidado de los y las menores (mayor presencia física, más tiempo en dar el alimento, más interrupciones del sueño) y asociada también a la naturaleza propia de las complicaciones en el proceso de la lactancia (dolor de pezones, mastitis, abscesos, hipogalactia...).

Los roles de género perviven en la asunción de los cuidados, como siguen demostrando las encuestas desagregadas por sexo. En nuestro país, según la Encuesta Nacional de Salud de 2011, las mujeres asumen principalmente el cuidado de menores, de personas con limitaciones o discapacidad y las tareas del hogar:

“El 2,2% de los hombres de 15 y más años que viven en un hogar con menores asume su cuidado en solitario, frente al 33,0% de las mujeres. El 9,7% de los hombres de 15 y más años realiza principalmente él mismo las tareas domésticas, frente a un 44,5% de las mujeres” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística, 2011, 1).

Como señala Marcela Lagarde, reconocida feminista mejicana:

“El cuidado como deber de género es uno de los mayores obstáculos en el camino a la igualdad por su inequidad. De ahí que, si queremos enfrentar el capitalismo salvaje y su patriarcalismo global, debemos romper con la naturalidad del cuidado por género, etnia, clase, nación o posición relativa en la globalización” (Lagarde, 2003, 2).

Otra feminista española, M^a Ángeles Durán, plantea sobre el cuidado de menores en España que no solo es desigual el tiempo que dedican al mismo ambos progenitores, sino que también lo es el de las abuelas y abuelos que participan en él. El tiempo de cuidados en menores es amplísimo, en torno a 17 horas al día. Son las mujeres también las que más abandonan el empleo por el cuidado de personas dependientes, 22 veces más frecuentemente. Además, advierte que el futuro de los cuidados de los niños y niñas en Europa tendrá que tomar en cuenta que existe un número creciente de mujeres que son madres solteras. Un dato que aporta y que ilustra el poco valor del cuidado de las criaturas en el

ámbito familiar, que si la atención educativa se presta fuera del hogar, se considera parte del PIB y se computa como inversión humana, mientras que eso no sucede en los hogares, que son los que más tiempo dedican (Durán, 2012).

Volviendo a Lagarde, el resultado de ese cuidado feminizado es el descuido de la propia salud, de ahí que la morbilidad diferencial de las mujeres cuidadoras esté ampliamente reflejada también en las estadísticas de salud. Y considera que los hombres contemporáneos aún no han hecho un cambio fundamental de asumir el descuido porque en la cultura patriarcal capitalista el cuidar es de categoría inferior.

Existe un conocimiento mayor de la morbilidad diferencial de cuidadoras informales de personas dependientes, pero menor de la que padecen las cuidadoras de menores, especialmente de las mujeres que dentro de sus tareas del cuidado está la de amamantar. Aunque, al menos, la comercialización de la leche humana, a través de las nodrizas, y el procesamiento de la leche humana, para los bancos de leche, han contribuido a dar un valor económico a este trabajo de mujeres (Smith, 2015).

M^a Luz Esteban plantea que: “Es precisamente la dimensión emocional lo que se destaca cuando se piensa en la lactancia, ocultando el trabajo de reproducción que supone. En las tareas que realizan los hombres, ocurre justo al revés: se sobredimensiona el trabajo en sí, ocultando la parte emocional” (Esteban, 2003, 6)

Esta evaluación sensible al género de las políticas de promoción de lactancia en Europa y España tiene como objetivos:

Generales:

- Revisar las principales líneas estratégicas de promoción de lactancia en la Unión Europea y su desarrollo en España.
- Analizar, desde diferentes perspectivas de crítica, estas políticas de promoción en nuestro contexto.
- Visibilizar la realidad biopsicosocial de las mujeres que condiciona la elección y mantenimiento de la lactancia.

Específicos:

- Valorar si dichas estrategias están formuladas desde una perspectiva de género y la pertinencia de la misma.
- Desarrollar propuestas de mejora en la protección y apoyo a la lactancia, desde una perspectiva de género.

En cuanto a la metodología, se realiza una revisión bibliográfica de diferentes fuentes, de las que se seleccionan 66 artículos y 10 libros, cuya lectura y análisis crítico conforman el desarrollo del trabajo.

3. Desarrollo y resultados

3.1 Análisis crítico de salubristas con la actual estrategia de promoción de lactancia materna.

- Se evidencia que desde la planificación se carece de políticas estatales amplias con comités regionales coordinados, en un sistema de salud que cubra a toda la población, junto con la adecuada protección social (Rollins et al., 2016 y EUNUTNET, 2006).
- Se propone ampliar el modelo conceptual con cambios que favorezcan una mayor protección de las mujeres en el sistema de salud, en la comunidad y en el contexto socioeconómico; además, se recomienda restringir la comercialización de sucedáneos (Pérez-Escamilla et al., 2012; WHO, 2016).

- Se propone la introducción de la Iniciativa Mundial sobre Tendencias en Lactancia Materna, con diez indicadores de políticas y programas y cinco indicadores de práctica (IBFAN, 2013).
- Se propone mejorar la investigación económica de los costes directos e indirectos del trabajo de amamantar, tradicional y contemporáneamente *invisibilizado*, y reinvertirlo en políticas de apoyo directo y social (Grawey et al., 2014 y JBI, 2010). Como dice Elieen Rown et al. (2014): “Cuando una vaca produce leche el PIB sube, si la produce la mujer, el PIB baja”. La Iniciativa Mundial de Costos Mundiales en Lactancia Materna valora el costo de esta inversión en 17,5 billones de dólares americanos, siendo la partida de las políticas laborales de maternidad, la mayor (WABA, 2012).
- Se proponen diferentes medidas de mayor eficacia en el apoyo directo a las mujeres que quieren amamantar y tienen dificultades, que únicamente la educación e información (utilizadas habitualmente en las políticas de promoción); entre ellas: consultas accesibles de consultoras de lactancia, mayor capacitación de los y las profesionales que las atienden, la extensión y apoyo estatal a las instituciones de atención maternal con la acreditación IHAN, y facilitar extractores de leche, especialmente en las unidades de niños y niñas enfermos (Smith, 2004; Rouw, 2014; IBFAN, 2013; Grawey et al., 2013; JBI, 2010; Redondo et al., 2016).
- Se propone una mayor protección a los derechos laborales de las mujeres en torno a sus permisos y licencias de maternidad, sin repercusión en su vida laboral y social, que incluiría: ampliación del permiso maternal financiado, al menos a 18/24 semanas, y mayor en circunstancias de vulnerabilidad laboral o/y social (familias monomarentales, mujeres inmigrantes, trabajadoras del sector agrícola, autónomas o de la economía sumergida); descansos reconocidos y remunerados en el trabajo, para amamantar o extraer leche, en salas adecuadas para tal fin (higiénicas, privadas y confortables) y mejora de permisos y flexibilidad de organización de las jornadas laborales, que hagan posible la atención de los y las menores, junto con progenitores y la red social, incluyendo criterios de elegibilidad (Pérez-Escamilla et al., 2012; ILO, 2014; Rouw, 2014; Redondo et al., 2016; EIGE, 2015a y 2015b; PAHO, 2015; Save The Children, 2013a y 2013b, 2015; Ibáñez et al., 2015).
- Se propone mejorar el contexto social de las mujeres con políticas que favorezcan y normalicen el cuidado por parte de los hombres, favoreciendo la ampliación de permisos laborales masculinos, el acceso a trabajo flexible y con campañas que promuevan la corresponsabilidad y la parentalidad positiva; así como acciones que contribuyan a normalizar la lactancia materna en público (ILO, 2014; EIGE, 2015a y 2015b; Abril y Romero, 2005; Morris et al., 2016).

3.2 Análisis de las razones que exponen las mujeres para el abandono temprano de la lactancia

En los estudios recogidos, tanto cuantitativos como cualitativos, las mujeres señalan las siguientes razones para abandonar tempranamente la lactancia:

- En las primeras semanas son mayoritarios los problemas en relación al desarrollo de la lactancia y el impacto en la salud de madre y bebé, tales como: dolor en los pezones, mastitis y escasez de leche -hipogalactia- y la baja ganancia ponderal del bebé. Hay poca variación en la casuística de destete temprano, si comparamos un buen estudio de 2005 de una gran cohorte de mujeres americanas y algunos de los estudios publicados en los últimos años en España (Ahluwalia et al., 2005; Díaz et al., 2017; Oribe et al., 2015; Giménez et al., 2015; Aguado, 2005).

- Como señala la pediatra Hernández Aguilar (en Sahuquillo, 2013): “Muchas lactancias se inician con problemas. Y si a eso le añades que muchos profesionales no saben diagnosticarlos ni resolverlos, ya tienes el campo abonado para el abandono. El 25% de las mujeres, de hecho, lo deja por esas razones a las seis semanas”. Por otro lado, Sosa Troya (2013) plantea que la mastitis, una infección en la glándula mamaria, afecta al 10% de las madres que dan el pecho y es la principal causa médica de destete precoz (Amir, 2014; Fernández Leónides Rodríguez, 2013).
- Otras razones que influyen en esas primeras semanas representan más la intención previa, a veces en relación con experiencias negativas en anterior lactancia o en el entorno más conocido de la mujer. Son también importantes la zona de residencia, el número de hijos e hijas previos y la clase social y, desde luego, si tienen o no colaboración de las redes sociales (familia, especialmente pareja y abuelas). Estas redes facilitan el reparto de tareas y cuidados y el apoyo psicológico necesario para la toma de decisiones y resolución de problemas (JBI, 2010; Redondo et al., 2016; Oribe et al., 2015; Mestre-Miquel et al., 2013; Negin et al., 2016; Del Olmo, 2013).
- En una fase más tardía, entre el 4^o-6^o mes, influye más el tiempo de baja por maternidad. Todas las cifras publicadas a nivel mundial, europeo (en diferentes contextos) y las de nuestro entorno más inmediato reflejan una caída casi a la mitad de la prevalencia de LME al acercarse la fecha de incorporación al trabajo. En determinados sectores de economía informal o contextos de desarrollo económico con menos derechos laborales hacia las mujeres en su maternidad, ya es notoria una mayor no intencionalidad de amamantar (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística, 2011; Díaz et al., 2017; Ahluwalia et al., 2005; Oribe et al., 2015; Giménez et al., 2015).

3.3 Análisis de guías de información y promoción de lactancia dirigidas a las mujeres

En las guías desarrolladas que se han revisado y que se entregan a las mujeres durante el embarazo y puerperio, a partir de la Estrategia de Atención al Parto Normal en 2007, no se da información rigurosa sobre las condiciones para preparar y administrar los sucedáneos de leche materna, uso de biberones, chupetes, etc.; dejando a la industria “el campo abierto” para su política comercial. De esta manera, se ignoran a aquellas mujeres que deciden no amamantar o que abandonarán la lactancia materna y precisarán igualmente de su uso. Por lo tanto, son las mujeres las que asumen sentimientos de culpa, las consecuencias de un empleo inadecuado de las fórmulas artificiales y los productos relacionados con su uso, además de su abusivo coste. De esta manera se aumenta la inequidad social en mujeres con mayor riesgo de vulnerabilidad a este nivel.

En la mayor parte de estas guías se tratan poco las dificultades en lactancia, tanto biológicas como sociales, cómo abordarlas y los recursos donde acudir. Probablemente se deba a la falta de investigación sobre las barreras que existen para el inicio y el mantenimiento de la lactancia y las intervenciones eficaces para superarlas; también por ignorar la opinión de las mujeres sobre su experiencia, dificultades y propuesta de mejora y, en última instancia, por falta de recursos que ofrecer. Se deja, por tanto, en manos de las mujeres, la búsqueda y coste de dichas soluciones (consultas de lactancia, extractores, accesorios para afrontar dificultades, etc.).

Otra observación en algunas de estas guías de lactancia, comparándolas con otra de otro entorno (Department of Health Public UK, 2009), son las pocas imágenes que tienen de corresponsabilidad social en los cuidados.

4. Discusión

4.1 Los planteamientos sobre la maternidad y la lactancia en las distintas corrientes feministas

La maternidad es un hecho controvertido en el movimiento feminista contemporáneo. Desde los años 70, la incorporación creciente de las mujeres al mercado de trabajo y a la participación social ha creado nuevas circunstancias y nuevas visiones, provocando solidaridad en el movimiento feminista en torno a las mujeres que son madres, pero, a su vez, desde diferentes posiciones ideológicas.

Las corrientes feministas que englobamos en el feminismo de la igualdad promueven cambios en las mentalidades de mujeres y hombres, en las relaciones entre los géneros, el reparto de tareas domésticas y de cuidados; defendiendo los derechos sexuales y reproductivos y la capacidad de las mujeres de decidir sobre el propio cuerpo y, por ende, sobre la maternidad como una opción. Una de las filósofas feministas más reconocidas a nivel internacional, Elisabeth Badinter, plantea que los procesos fisiológicos ya no dirigen la vida de las mujeres y que el destino femenino, gracias a la anticoncepción, ya no se circunscribe a la maternidad, lo que dio lugar a que algunas mujeres hayan elegido excluirla de su existencia. Además, el tiempo dedicado a la maternidad es menor, dada la incorporación al mundo laboral y público, y la calidad del tiempo de cuidados cuenta más que la cantidad (Badinter, 1980, 1987, 2011).

La visión de la lactancia materna como una restricción está relativamente extendida en gran parte de la escritura feminista de la igualdad. La apelación a las diferencias biológicas de la mujer sigue sustentando la permanencia de los roles tradicionales de género y se considera que la promoción de la lactancia materna puede favorecer la desigualdad de género, señalando la *moralización* de esta alimentación, que lleva a algunas mujeres a sentirse presionadas para amamantar y a tener sentimientos de culpa cuando no cumplen con sus objetivos.

Para Lorena Saletti, el feminismo de la diferencia “entiende la maternidad como fuente de placer, conocimiento y poder de las mujeres que además tiene el potencial de ser una experiencia compartida y por lo tanto de unión entre nosotras... y también como un ímpetu para su empoderamiento y participación política” (Saletti, 2014, 5).

El ecofeminismo es una corriente que se desarrolla en los años setenta y supone una evolución del feminismo de la diferencia. Para M^a Jesús Blázquez, bióloga y fundadora del grupo pionero de apoyo en España “Vía Láctea” de Zaragoza: “El ecofeminismo contribuye a una evolución en el pensamiento feminista hacia una perspectiva mucho más holística, no violenta, sin género, que respeta la biodiversidad y abarca a todos los seres humanos. Amamantar es un asunto de mujeres, un derecho y un acto de bienestar y salud” (Blázquez, 2007, 1).

La salubrista americana y directora del Centro de Atención Integral a la Mujer en Greensboro (EEUU), Paige Hall Smith, aboga por que, en lugar de centrarse en la lactancia materna como una limitación, se deben cambiar las políticas y las normas sociales que crean obstáculos, limitando las opciones de las mujeres con sus cuerpos, y facilitar los soportes que la mujer necesita para participar plenamente en el mundo social. Entre estas estrategias feministas está la de incorporar los requisitos reproductivos de la mujer dentro de un marco legal de la igualdad y reclama: “Un conjunto de soluciones políticas y prácticas que permitan que los costes de la crianza de los hijos e hijas, incluyendo la lactancia materna, sean compartidas por los padres, comunidades, empresas y gobiernos” (Smith, 2013, 8).

Quienes defienden la lactancia materna históricamente han visto los cuerpos de las mujeres de manera muy diferente. La Liga de la Leche, surgida en los años 60, conceptualiza la maternidad como el papel ideal para las mujeres y que contribuye a mejorar la sociedad. Ellas no vieron este hecho como limitante, sino más bien como liberador y fortalecedor. Como ejemplo en España sirva un artículo de Massó Guijarro (2013) en el que defiende la lactancia materna como un espacio privilegiado para el empoderamiento femenino y la transformación social. Asimismo, aborda el amamantamiento en la dimensión de activismo social (lactivismo) y como política de intervención transformadora.

Soledad Yáñez (2010), por su parte, analiza los discursos dominantes sobre lactancia materna, desde la medicalización de la práctica del amamantamiento y el *casual* resurgimiento de la lactancia como asunto de salud pública en la era neoliberal.

Por otro lado, para muchas feministas la promoción de la lactancia forma parte de la triste historia de las mujeres: *el papel de los expertos* haciendo recomendaciones y mandatos a sus cuerpos y a sus vidas, como denunciaron Ehrenreich y English (1990), y que favorecieron nuevas fuentes de autoridad patriarcal, además de los intereses del sistema económico.

4.2 La lactancia enmarcada en las tareas de cuidados

Para Smith e Ingham (2005) el trabajo de cuidados, desde la perspectiva de género, debe de ser un elemento del análisis presupuestario. Por ello, cuando se recortan los servicios sociales y de salud de provisión pública, desde el análisis de género se pondrá de relieve el aumento resultante de la carga de trabajo de cuidados no remunerado de las mujeres en las familias y las comunidades. Así: “La lactancia materna (la conducta) y la lactancia (la función fisiológica de la elaboración de leche) constituyen un tipo de trabajo de cuidados que es exclusivo de las mujeres. Una división del trabajo con equidad de género debería reconocer y adaptarse a la naturaleza única del trabajo de cuidados que realizan las mujeres lactantes” (UNBAT, 2008, 1)

Para Durán (2012, 476): “El cuidado puede transformarse pero no suprimirse, y cada sociedad tiene que encontrar el mejor modo posible de conciliar derechos y obligaciones de quienes necesitan los cuidados y de quienes de un modo u otro han de proporcionárselos”. Ella, junto con otras estudiosas feministas españolas, ha tratado el valor del trabajo informal o no remunerado en nuestras economías, visibilizando el trabajo asignado tradicionalmente a las mujeres. Su estudio describe el trabajo no remunerado como *el gigante escondido* de la economía, equivalente al 53% del PIB.

Carolina del Olmo (2013) plantea también que las actuales condiciones sociales, materiales y políticas de nuestro entorno nos impiden también cuidarnos a nosotras mismas y a quienes nos rodean. “Re-socializar la maternidad en condiciones más favorables es lograr que los cuidados ocupen el centro de la vida económica y política” (Del Olmo, 2013, 219).

Son las mujeres madres, que optan por la lactancia materna, las que pueden dar su leche a hijos e hijas, pero para ello necesitan compartir equitativamente el cuidado que supone con sus parejas, entorno y sociedad, para que éste no suponga una inequidad de género, una sobrecarga de tareas y, por tanto, un riesgo para su salud.

La antropóloga Elixabete Imaz recoge testimonios de madres en gestación, donde algunas mujeres plantean como se minusvaloran los sacrificios y el trabajo adicional que supone la maternidad, de cara a la perspectiva de la incorporación al trabajo. Y con respecto a la experiencia de lactancia, a algunas se les hace irreconciliable la maternidad con la vida pública (Imaz, 2010).

Para Amaia Pérez Orozco existe una “ética reaccionaria del cuidado”, impuesta a la mujer por su rol y a resolver en ámbitos invisibilizados de la economía, que no generen conflicto

político. Y habla “del ataque del capital a la vida”, abogando también por poner “la sostenibilidad de la vida en el centro de la economía” (Pérez, 2014, 105, 116, 171).

4.3 La importancia de la situación socioeconómica y las políticas sociales

Como se ha observado en los resultados, tanto las personas expertas que analizan las políticas de lactancia, como las mujeres que han tenido problemas para optar por ella o para continuar hasta el tiempo recomendado, reclaman políticas institucionales en el ámbito social y laboral, así como las que fomenten la corresponsabilidad.

Las diferencias en las condiciones de vida de la población entre los países del norte de Europa, donde se han desarrollado políticas propias de los estados de bienestar, y los del sur, denominados *familiaristas*, son patentes y bien documentadas (Esping-Andersen, 2007; Moreno, 2002).

A esta desigualdad ya tradicional ha venido a sumarse la crisis económica que, aunque haya tenido un impacto global, ha sido especialmente dura en aquellos países que, como España, no contaban con una cobertura garantizada de recursos sociales, ni con un desarrollo asentado de políticas de equidad. A partir de 2012 empeoraron las ya precarias prestaciones sociales, concretándose en la modificación y retroceso de la conocida como Ley de la Dependencia, la paralización de medidas que contemplaba la Ley de Igualdad (como el retraso en la ampliación del permiso por paternidad), la reducción de servicios sociales, de escuelas de 0 a 3 años, de becas de estudios y de comedor y, desde luego, la pérdida de la universalidad del sistema sanitario público y los recortes en sus prestaciones (Castaño, 2010; CCOO, 2014; Save the Children, 2014).

Las sociedades científicas, los sindicatos, profesionales y distintos organismos han estudiado y denunciado el impacto que ha tenido la crisis, especialmente en las condiciones de vida y salud de las mujeres (Castaño, 2010; SESPAS, 2011; Secretaría de la Mujer de CCOO, 2012; CCOO, 2014; CEDAW, 2014). García Calvente y López Fernández (2013) señalan que, partiendo de peores niveles de salud y con el impacto de los recortes que hacen recaer en ellas la responsabilidad de los cuidados, la salud de las mujeres empeoraría. Y ha sido el descenso de la fecundidad, que venía creciendo en los años anteriores a la crisis, una de las cuestiones que mejor ha visibilizado cómo la situación económica y social incide en la vida de las mujeres. Con este descenso, la distancia en los niveles de fecundidad con respecto al norte de Europa se ha ampliado, situándose entre las más bajas del mundo, como señalan investigadores del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Castro-Martín et al., 2015).

En este contexto, es necesario remarcar la influencia de las políticas encaminadas a la equidad en la disminución de desigualdades de género y, por tanto, de las desigualdades en salud y calidad de vida entre mujeres y hombres, mereciendo citar investigaciones recientes que la constatan, como es el proyecto Sophie (Borrell et al., 2015).

En un estudio llevado a cabo por el equipo coordinador de dicho proyecto, se observó que las desigualdades de género en la salud percibida eran mayores en los países del sur de Europa con políticas familiares menos orientadas a la igualdad de género. Así, mientras en los países nórdicos, por cada hombre que manifestaba mala salud percibida, había 1,05 mujeres que también lo manifestaban; en los países del sur, esta ratio ascendía a 1,27 (Palència et al., 2014).

Con la idea de argumentar que las decisiones de las mujeres respecto a la maternidad y la lactancia están en buena medida condicionadas por su entorno, he elaborado una tabla donde he querido utilizar esta tipología presentando algunos de estos países junto una serie de indicadores tomados de la Oficina Europea de Estadística (Eurostat), como son la

tasa de empleo de mujeres entre 20 y 64 años y el índice sintético de fecundidad (ISF), o número medio de hijos/hijas por mujer, así como los meses de baja maternal y estimaciones del porcentaje de lactancia a los 6 meses (tanto exclusiva como parcial), tomados de una conferencia impartida por Klaus Abraham del Comité Nacional de Lactancia de Alemania (Abraham, 2015).

Podemos observar en la tabla que aparece a continuación, que son los países denominados de “Doble ingreso” los que presentan, en conjunto, mayores tasas de empleo femenino y más largo periodo de baja maternal y tienen mayor ISF. España e Italia, denominados “Tradicional del Sur” presentan, por el contrario, las tasas más bajas de empleo y también los más bajos ISF, junto con Croacia, perteneciente a los países del Este de Europa o “Contradictorios”.

Sin embargo, los porcentajes de lactancia a los 6 meses, tanto exclusiva como combinada, presentan importantes diferencias, sin existir un claro patrón, llamando la atención el bajo porcentaje de Noruega en ambas modalidades, lo que señalaría que, en última instancia, es la decisión de la mujer sobre lactar o no, la que prima. La lactancia materna, combinada o parcial con otros alimentos, sigue teniendo un papel importante en la alimentación de las criaturas en Suecia, Alemania, Holanda y Suiza.

Los periodos de baja maternal en España e Italia están entre los más cortos, junto con los de Holanda y Suiza, que pertenecen a dos tipologías distintas, con distintas modalidades de apoyo a las familias, y que presentan altos niveles de empleo femenino y altos ISF. Alemania, en la misma tipología que Suiza, presenta también alta tasa de empleo y un ISF intermedio, teniendo la baja maternal más alta junto con los países.

Tasas de empleo de mujeres (20-64 años), Índice Sintético de Fecundidad, Baja maternal en meses y Lactancia Materna Exclusiva y Combinada en distintos países de Europa agrupados según tipología de Korpi					
	TE 2013	ISF 2014	Baja maternal	LME 6 m.	LMC a 6 m.
<i>Doble ingreso</i>					
Dinamarca	72,4	1,69	52	14%	
Noruega	77,1	1,75	49	16%	18%
Suecia	77,2	1,88	68	14%	60%
<i>Tradicional Central</i>					
Alemania	72,5	1,47	52	18%	57%
Holanda	70,6	1,71	16	38%	50%
<i>Tradicional Sur</i>					
España	53,8	1,32	16	27%	45%
Italia	49,9	1,37	20		37%
<i>Mercado</i>					
Irlanda	60,3	1,94	26		35% *
Suiza	76,6	1,54	14	27%	65%
<i>Contradictorio</i>					
Croacia	52,8	1,46	24	18%	
Fuentes: TE e ISF: Eurostat; Baja maternal, LME y LMC: Abraham, Karl					
*a los 3 meses					
Tipología de modelos de políticas de familia de Korpi (modificada en estudio Sophie)					

[Tabla: elaboración propia].

3. Conclusiones y recomendaciones

Las principales conclusiones del presente estudio revelan que se abandona la lactancia natural precozmente en un primer momento, por problemas maternos o/y del bebé y, más adelante, por la incorporación al trabajo. Las dificultades que tienen las mujeres en la lactancia, en gran medida, no se han visibilizado ni contextualizado adecuadamente.

Las políticas de promoción en lactancia plantean el éxito en la *responsabilidad y educación de la mujer*, cuando debería enfocarse en su entorno familiar y con compromisos de responsabilidad social. Existen intervenciones decisivas en el terreno social, de protección y apoyo, que no se han desarrollado.

No existe una reinversión del trabajo de cuidados de las mujeres y sus círculos de apoyo que mejore la situación de las mismas en un futuro. En España no solo tenemos política *familiarista* en el terreno de los cuidados a menores; en los últimos años, amparándose en la crisis, las débiles políticas sociolaborales han sido recortadas.

La práctica de la lactancia materna no se considera desde una perspectiva biopsicosocial, ni de género, al obviar las decisiones de las propias mujeres, sus necesidades, su situación vital o el impacto en su salud. Por otro lado, no se visibiliza y valora como una aportación exclusiva y voluntaria de las mujeres a la crianza, sino más bien como parte del cumplimiento del rol de cuidadoras. Siguen siendo *las personas expertas*, quienes dictan cómo han de comportarse las mujeres en esta faceta de su vida.

Por ello, los programas de salud y, en este caso, los de promoción de la lactancia materna, deben incorporar la perspectiva de género y la biopsicosocial, para avanzar en la equidad e igualdad necesarias, pudiendo recomendar los siguientes objetivos fundamentales:

- La exigencia pública de una política global de apoyo a las mujeres para que la maternidad y la lactancia no les suponga una penalización social.
- Que exista una *reinversión social*, de los cuidados que realizan las familias a sus hijos e hijas, hacia programas de protección a las mujeres en el ejercicio de su maternidad, especialmente a los colectivos más desprotegidos socialmente.
- Que las asociaciones de mujeres de distintas sensibilidades feministas participen del diseño y estrategias de la salud reproductiva, junto a personas expertas.
- Que las actuaciones/programas de información, educación y comunicación que se hagan, dirigidas a las mujeres en esta etapa reproductiva, reconozcan las dificultades de cada opción de alimentación infantil y se les facilite información sobre las opciones y recursos sobre los que apoyarse.
- Que dichas actuaciones/programas trabajen también la responsabilidad social en los cuidados a menores, desde la corresponsabilidad de las parejas a los compromisos del mundo laboral y social.
- Que se facilite la convivencia social de las familias con menores a todos los niveles (reducción de los horarios laborales y extensas jornadas en las escuelas infantiles, acceso a los lugares y espectáculos públicos, alimentación a demanda de bebés y niños y niñas pequeñas, incluido el amamantamiento público, etc.).

Bibliografía

- Abraham, Klaus (2015): "Breastfeeding in Europe: today National.12ª European Nutrition Conference", Federation of European Nutrition Societies, Berlín [<http://www.fensberlin2015.org/index.php>].
- Abril, Paco y Romero Alfonso (2005): "Masculinidad y trabajo. Las empresas con políticas de género y sus consecuencias sobre la masculinidad", *Sociología del Trabajo*, vol. 55, pp. 3-26.

- AECOSAN (Agencia Española de Consumo, Seguridad alimentaria y Nutrición) (2005): "Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad", Madrid [<http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos.pdf>].
- Aguayo, Josefa (2005): "La lactancia materna en Andalucía. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía" [http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/lactancia_andalucia.pdf].
- Ahluwalia, Indu et al. (2005): "Why Do Women Stop Breastfeeding? Findings from the pregnancy risk. Assessment and monitoring system", *Pediatrics*, vol. 116, n.º 6, pp.1408-12.
- American Academy of Pediatrics (AAP) (2012): "Breastfeeding and the use of human milk", *Pediatrics*, vol. 129, n.º 3, pp. e827–e841.
- Amir, Lisa H. (2014): "Protocolo clínico de la Academy of Breastfeeding n.º4: Mastitis", *Breastfeeding Medicine*, vol. 9, pp. 239-243 [http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/2014_Updated_Mastitis6.30.14.pdf].
- Badinter Elisabeth (1987): *El uno es el otro*, Barcelona, Editorial Planeta.
- Badinter, Elisabeth (1980): *¿Existe el amor maternal?*, Barcelona, Editorial Paidós.
- Badinter, Elisabeth (2011): *La mujer y la madre*, Madrid, La Esfera de los libros.
- Bagci, Bosi et al. (2016): "Breastfeeding practices and policies in WHO European Region Member States", *Public Health Nutrition*, vol. 19, n.º 4, pp. 753–764.
- Blázquez, M^a Jesús (2007): "Ecofeminismo y lactancia", Jornadas de Maternidad de Jaca (España) [http://www.holistika.net/parto_natural/lactancia_materna/ecofeminismo_y_lactancia.asp].
- Borrell, Carme et al. (2015): "Conclusiones y recomendaciones políticas del proyecto Sophie", Barcelona [<http://www.sophie-project.eu/pdf/conclusiones.pdf>].
- Castaño, Cecilia (2010): *Las mujeres en la Gran Recesión*, Madrid, Ediciones Cátedra.
- Castro-Martín, Teresa et al. (2015): "Tras las huellas de la crisis económica en la demografía española", *Panorama Social*, vol. 22, pp. 43-60.
- CCOO (Comisiones Obreras - Fundación 1º de mayo) (2014): "El deterioro laboral de las mujeres como efecto de la crisis", Colección Informes, n.º 85 [<http://www.1mayo.ccoo.es/nova/files/1018/Informe85.pdf>].
- CEDAW (Plataforma Cedaw Sombra España) (2014): "Informe sombra 2008-2013, sobre la aplicación en España de la convención para la eliminación de toda forma discriminación contra las mujeres (CEDAW)", Madrid, [http://www.rednosotrasenelmundo.org/IMG/pdf/InformeSombra_Actualizado_23Sep__2014.pdf].
- Del Olmo, Carolina (2013): *¿Dónde está mi tribu? Maternidad y crianza de una sociedad individualista*, Madrid, Clave Intelectual.
- Department of Health Public, Health Agency UK (2009): "Birth to five", Crown [<http://www.publichealth.hscni.net/publications/birth-five>].
- Díaz, Marta et al. (2016): "Motivations and Perceived barriers to Initiate or Sustain Breastfeeding among Spanish women", *Revista Española de Salud Pública*, vol. 90, pp. e1-e18.
- Durán, María Ángeles (2012): *El trabajo no remunerado en la economía global*, Bilbao: Fundación BBVA.
- Ehrenreich, Bárbara y English, Deirdre (1990): *Por su propio bien*, Madrid, Editorial Taurus, Alfaguara.
- European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment (2008): "Protection, Promotion and Support of Breastfeeding in Europe: A Blueprint for Action (Revised)", Luxemburgo [<https://www.ihan.es/cd/documentos.html>].
- EIGE (European Institute for Gender Equality) (2015a): "Reconciliation of work, family and private life in the European Union Policy review, Vilnius [<http://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/mh0114778enn.pdf>].
- EIGE (European Institute for Gender Equality) (2015b): "Supporting reconciliation of work, family and private life Good Practices", Vilnius, [http://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/mh0214941enc_web.pdf].
- Esping-Andersen, Gosta (2007): "Modelos de sociedad, demografía, economía y políticas públicas. Un nuevo contrato de género", IEF, Instituto de Estudios Fiscales, Barcelona, [http://www.ief.es/documentos/investigacion/genero/LG_Esping_Andersen.pdf].
- Esteban, M^a Luz (2003): "Género y cuidados: algunas ideas para la visibilización, el reconocimiento y la redistribución", Jornadas SARE (Emakunde) [https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Boletin_ECOS/10/Genero_y_cuidados.pdf].
- EUNUTNET (European Network for Public Health Nutrition Networking Monitoring Intervention and Training) (2006): "Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union", European Commission, Directorate for Public Health and Risk Assessment., Luxemburgo [<https://www.ihan.es/cd/documentos.html>].

- European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment (2008): "Protection, Promotion and Support of Breastfeeding in Europe: A Blueprint for Action (Revised)", Luxemburgo [<https://www.ihan.es/cd/documentos.html>].
- Fernández, Leónides y Rodríguez, Juan Miguel (2013): *Mastitis, el lado oscuro de la lactancia*, Madrid, ProbiSearch.
- García Calvente, María del Mar y López Fernández, Luis Andrés (2013): "El diferente impacto de la crisis en la salud de hombres y mujeres", "El País" (23/09/2013) [https://elpais.com/autor/maria_del_mar_garcia_calvente/a].
- Giménez, Virginia et al. (2015): "Prevalencia de la lactancia materna en un centro de salud de Zaragoza (España) Factores sociosanitarios que la condicionan", *Revista Pediatría de Atención Primaria*, vol. 17, pp. 17-26.
- Grawey, Amy E. et al. (2014): "Protocolo clínico de la ABM nº14: Consultorio médico a favor de la lactancia: Optimización de la atención de bebés y niños", *Breastfeeding Medicine*, vol. 4, nº 9, pp. 237-242, [<http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Optimizing%20Care%20for%20Infants%20and%20Children%20Spanish.pdf>].
- Ibáñez, Ziyab et al. (2015): "Empleo y Maternidad: Obstáculos y Desafíos a la Conciliación de la vida Laboral y la Familiar", IGOP, Instituto de Gobierno y Políticas Públicas, Bellaterra [<http://igop.uab.cat/wp-content/uploads/2016/01/Informe-FUNCAS-IGOP.pdf>].
- IBFAN (International Baby Food Action Network) (2013): "La necesidad de invertir en las madres y sus bebés", Pitampura-Delhi [http://www.ibfan-alc.org/WBCi/Resumen_WBCi.pdf].
- ILO (International Labour Organization) (2014): "Maternity and paternity at work: Law and practice across the world", Ginebra [<http://www.ilo.org/global/topics/equality-and-discrimination/maternity-protection/lang--en/index.htm>].
- Imaz, Elixabete (2010): *Convertirse en madre, Etnografía del tiempo de gestación*, Madrid, Ediciones Cátedra.
- JBI (Joanna Briggs Institute) (2010): "Women's perceptions and experiences of breastfeeding support", *Best Practice*, vol. 14, nº 7, pp. 1-4 [http://www.evidenciaencuidados.es/BPIS/PDF/2010_14_7_BestPrac.pdf].
- Lagarde, Marcela (2003): "Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción", Jornadas SARE (Emakunde) [http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/sen_revista/es_emakunde/ad-juntos/revista.emakunde.53.pdf].
- Lasarte, Juan José (2009): "Papel del padre durante la lactancia", *Famiped*, vol. 2, nº 4. [https://www.ihan.es/cd/documentos/Padre_y_lactancia.pdf].
- Massó Guijarro, Ester (2013): "Lactancia materna y revolución, o la teta como insumisión biocultural: calostro, cuerpo y cuidado", *Dilemata*, vol. 5, nº 11, pp.169-206.
- Mestre-Miquel, Joana Maria et al. (2012): "Abuelas cuidadoras en el siglo XXI: Recurso de conciliación de la vida social y familiar", *Portularia*, vol. XII, pp. 231-238. [http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5973/Abuelas_cuidadoras_en_el_siglo_XXI.pdf?sequence=2].
- MSSSI (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística) (2010): "Documentos de acompañamiento para el desarrollo de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva", Madrid [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm].
- MSSSI (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística) (2011): "Encuesta Nacional de Salud", Madrid [<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/encuestaResDetall2011.htm>].
- MSSSI (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística) (2015): "Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España", Madrid, [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf].
- MSSSI (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística) (2013a): "Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS, en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS", Madrid [<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludPrevencionSNS.pdf>].
- MSSSI (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística) (2013b): "II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016". [http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/infancia/DchosInfancia/docs/IIPlanEstrategico2013_2016.pdf].
- Moreno, Luis (2002): "Bienestar mediterráneo y "supermujeres"", *Revista Española de Sociología*, vol., nº 2, pp. 41-57 [<http://digital.csic.es/handle/10261/1571>].
- Morris, Cecile et al. (2016): "UK views towards breastfeeding in public: an analysis of the public's response to the Claridge's incident", *Journal of Human Lactation*, vol. 32, pp. 472-480.

- Negin, Joel et al. (201): "The influence of grandmothers on breastfeeding rates: a systematic review", *Bio-Med Central Pregnancy and Childbirth*, vol. 16, n.º 91.
- Oribe, Madalen et al. (2015): "Prevalencia y factores asociados con la duración de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa", *Gaceta Sanitaria*, vol. 29, n.º 1, pp. 4-9.
- PAHO (Pan American Health Organization) (2015): "World Breastfeeding Week Breastfeeding and work: let's make it work!", Washington DC [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11107&Itemid=41531&lang=en].
- Palència, Laia et al. (2014): "The influence of gender equality policies on gender inequalities in health in Europe", *Social Science & Medicine*, vol. 117, pp. 25-33.
- Pérez Orozco, Amaia (2014): *Subversión feminista de la economía, Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*, Madrid, Traficantes de Sueños.
- Pérez-Escamilla, Rafael et al. (2012): "Scaling Up of Breastfeeding Promotion Programs in Low- and Middle-Income Countries: the "Breastfeeding Gear" Model", *Advances in Nutrition*, vol. 3, pp. 790-800.
- Redondo, David et al. (2016): "Abordaje de las dificultades más frecuentes en lactancia materna", FAME, Federación de Asociaciones de Matronas de España, Barcelona, [<http://www.federacionmatronas.org/documentos/profesionales/i/19958/124/abordaje-de-las-dificultades-mas-frecuentes-en-lactancia-materna>].
- Rollins, Nigel C. et al. (2016): "Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices in less than a generation", *The Lancet*, vol. 387, pp. 491-504.
- Rouw, Elien et al. (2014): "The high cost of half-hearted breastfeeding promotion in Germany", *International Breastfeeding Journal*, in press, pp. 9-22.
- Sahuquillo, María R. (2013): "Amamantar no es fácil, aunque la madre quiera", "El País" (03/07/2013) [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/07/02/vidayartes/1372795336_978129.html].
- Saletti, Lorena (2014): "Múltiples feminismos y discurso sobre las maternidades, Hablemos otra vez de Maternidad", Seminario de Autoformación Red-Caps [http://www.caps.cat/images/stories/Lorena_Saletti.pdf].
- Save The Children (2013a): "Superfood for babies. How overcoming barriers to breastfeeding will save children's lives", Londres [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/lactancia_materna.pdf].
- Save The Children (2013b): "La conciliación de la vida laboral y familiar en España: Una oportunidad para promover y proteger los derechos de la infancia", Madrid, [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/la_conciliacion_de_la_vida_laboral_y_familiaresp_vok.pdf].
- Save The Children (2014): "La infancia y la familia en los presupuestos generales del estado", Madrid, [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/infancia_y_familia_en_pge_2015_save_the_children_-_21.10.14_1.pdf].
- Save The Children (2015): "Más solas que nunca. La pobreza infantil en las familias monomarentales", Madrid [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/mas_solas_que_nunca.pdf].
- Secretaría de la Mujer de CCOO (2012): "Aumentan por la crisis los problemas sanitarios, especialmente en las mujeres", "El Diario" (05/06/2012) [http://www.eldiario.es/canariasahora/sociedad/Aumentan-problemas-sanitarios-especialmente-mujeres_0_12249038.html].
- SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) (2011): "El impacto en la salud de la población de la crisis económica y las políticas para abordarla. Resumen del Comunicado" [http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/V09_Crisis_economica_y_salud_SESPAS%20_3_X.pdf].
- Smith Julie P. y Ingham Lindy, H. (2005): "Mothers' milk and measures of economic output", *Feminist Economics*, vol. 11, n.º 1, pp. 41-62.
- Smith, Julie P. (2004): "Mothers' milk and markets", *Australian Feminist Studies*, vol. 19, n.º 45, pp. 369-379.
- Smith, Julie P. (2015): "La necesidad de invertir en los bebés y el coste económico del destete precoz", Conferencia i-Lactation, [<http://es.ilactation.com/about-us/past-conferences/hablemos-de-lactancia-materna#JulieSmith>].
- Smith, Paige Hall (2013): "Breastfeeding and Gender Inequality", *Journal Women Polit Policy*, vol. 34, n.º 4, pp. 371-383.
- Sosa Troya, María (2013): "El dolor que reta a la lactancia", "El País" (12/11/2013) [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/11/11/actualidad/1384200504_942405.html].
- UNBAT (UN Breastfeeding Advocacy Team) (2008): "Financing for gender equality and the empowerment of women: where does breastfeeding fit in?", Submission to UN Commission on the Status of Women WA-BA, New York [<http://www.waba.org.my/news/csw.pdf>].
- UNICEF (2005): "Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding" [<https://www.unicef-irc.org/publications/437/>].

- Victora, Cesar et al. (2016): "Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect", *The Lancet*, vol. 387, pp. 475-490.
- WABA (World Alliance for Breastfeeding Action) (2012): "Qué es la Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna-WBTI", Penang [<http://worldbreastfeedingweek.org/2012/pdf/wbw2012-af-i-spa.pdf>].
- WHO (World Health Organization) (2003): "Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño", Ginebra [<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/es/>].
- WHO (World Health Organization) (2010): "20 maneras en que la Organización Mundial de la Salud ayuda a los países a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, WHO/DGO/2010.3", Ginebra [http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/who_dgo_2010_3/es/].
- WHO (World Health Organization) (2015): "Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030): Sobrevivir, prosperar, transformar", Ginebra [http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1].
- WHO (World Health Organization) (2016): "Comercialización de sucedáneos de la leche materna: Aplicación del Código Internacional. WHO/NMH/NHD/16.1", Ginebra [http://who.int/nutrition/publications/infantfeeding/code_report2016/es/].
- Yáñez, Sabrina Soledad (2010): "El seno de la paradoja: un recorrido por los inconstantes discursos de las políticas del amamantamiento", *Revista Temas de Mujeres*, vol. 6, nº 6, pp. 116-127 [http://file.unt.edu.ar/wpcontent/uploads/2015/11/TEMAS_MUJERES_06_8_YAÑEZ.pdf].