

Lactancias, capital y soberanía alimentaria. La falaz escasez de la leche humana

Breastfeeding, Capital, and Alimentary Sovereignty. The Fallacy of the Shortage of Human Milk

Marta Ausona Bieto

Facultad de Educación Social y Trabajo Social
Pere Tarrés (Universidad Ramón Llull)
martaausona@peretarres.org

Serena Brigidi

Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya
serena.brigidi@uvic.cat

Laura Cardús Font

Universitat Oberta de Catalunya (UOC)
lcardus@uoc.edu

ISSN 1989-7022

RESUMEN: ¿Existe realmente una cantidad considerable de mujeres que no producen leche suficiente o de buena calidad? ¿O es una creencia bajo la que se esconden interferencias a la lactancia materna, que la inhiben, e intereses comerciales enmascarados bajo el mito de la escasez y la calidad de la leche humana? ¿Se puede considerar la lactancia materna como un acto de soberanía alimentaria? Este artículo pretende mostrar cómo 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*.

PALABRAS CLAVE: food sovereignty, breastfeeding, feminist economy, patriarchy, capitalism

ABSTRACT: Is there actually a remarkable amount of women who cannot produce enough breastmilk or that of good enough quality? Or, is that a belief that hides interferences to breastfeeding and commercial interests, that are masked under the myth of scarcity and quality of human breast milk? Can we consider breastfeeding as an act of food sovereignty? This article explores how the scarcity of human breast milk is linked to patriarchal and capitalist practices that inhibit it, instead of being due to a biological deficiency of women or to the scarcity of a natural resource.

KEYWORDS: food sovereignty, breastfeeding, feminist economy, patriarchy, capitalism

1. Introducción

Uno de los discursos recurrentes a los que se enfrentan las madres lactantes es la escasez o mala calidad de su leche. Ausona Bieto (2016) recoge variantes de este discurso en su tesis doctoral sobre lactancias maternas de larga duración. Su etnografía, en gran parte basada en la observación participante en diferentes grupos de apoyo a la lactancia, los identifica como una presión recurrente hacia las madres para que dejen de amamantar a demanda, introduciendo la leche artificial como un complemento o una necesidad que conlleva, a menudo, un destete definitivo.

Las variantes de este discurso se pueden emitir tanto desde el entorno familiar o social más inmediato -madres, suegras, amistades y a veces la propia pareja-, como por parte del estamento biomédico -pediatras y enfermeras pediátricas especialmente-, entrando en contradicción con la literatura científica (Brahm y Valdés, 2017). A grandes rasgos, la teoría actual sobre la fisiología de la lactancia materna se basa en que la producción de la leche se debe principalmente a tres hormonas: la oxitocina, la prolactina y el FIL.

El FIL es una proteína que se encuentra en la leche y actúa como inhibidor de la producción, de tal manera que si el bebé lacta mucho se lleva el inhibidor y si lacta poco éste se queda en el cuerpo de la madre produciendo poca leche. La producción láctea y su composición, a su vez, "se ajustan de forma inmediata e independiente para cada pecho a las necesidades del lactante: cuando más lacta más leche se produce y viceversa" (González, 2006, 31-32).

* Las tres autoras son impulsoras y parte activa del MATER - Observatori de les M(P)aternitats Contemporànies [<https://materobservatorimpaternitats.wordpress.com/>].



Received: 14/04/2017
Accepted: 24/06/2017

Ciertas prácticas asociadas a la lactancia materna y recomendadas por el cuerpo médico, especialmente durante los años 60 y 70 del siglo XX, interfirieron en la producción de la leche humana. Como ejemplos de estas interferencias encontramos: retrasar el momento de la primera toma rechazando el calostro y separando a la madre del bebé durante su estancia en el hospital; determinar un tiempo de espera entre cada toma así como establecer un tiempo de duración las mismas, que solían ser de 10 minutos en cada pecho; recomendar la alternancia con la leche artificial y regalar o recomendar muestras gratuitas de algunas marcas comerciales.

En oposición a estas prácticas y delante el drástico descenso de los índices de lactancia materna, con el consecuente impacto negativo en la salud neo-natal global, la OMS se promulgó a favor de la vigente ley de la libre demanda, de origen americano, en 1974. Dicha ley se basa en recomendar la *lactancia materna exclusiva y a demanda* hasta los 6 meses, continuando con la misma una vez se introduzca la alimentación complementaria -que nunca debe ser sustitutiva-, hasta al menos los dos años de edad. Pasados los dos años de edad se recomienda seguir con la lactancia materna hasta que la madre y/o el hijo/a deseen.

A pesar de la actual teoría científica sigue existiendo la creencia de que no todas las mujeres tienen la misma cantidad de leche ni de la misma calidad. Esta creencia, que se podría vincular a la percepción de diferentes clases de cuerpos, debilitando así la democratización en las construcciones del cuerpo femenino, tampoco se puede desligar del impacto que ha tenido la industria de los alimentos en la nutrición infantil.

La leche humana, antes de la aparición industrial de la leche de fórmula, ya era objeto de comercialización, a través de la lactancia de las nodrizas, tal y como muestra la monografía de Elena Soler (2011). Con la aparición y comercialización de la leche artificial, ésta sigue en el mercado como mercancía independiente, separada de la productora o mujer lactante. Partiendo de esta puntualización de Soler (2011), podríamos inferir -en términos marxistas- que se produce una alienación entre los medios de producción y la productora. Se podría también considerar que una vez que la lactancia de fórmula entra en el mercado y constituye un Mercado -el de la nutrición infantil- se elabora y construye un discurso cada vez más predominante de la escasez de la leche materna. Discurso que sitúa a las madres lactantes delante de una elección relativa entre medios insuficientes.

Para pediatras como Carlos González, la hipogalactia o escasez de leche, es una “rara enfermedad que afecta a un porcentaje muy bajo de mujeres” (González, 2006, 146.). No obstante, la creencia de “no tener suficiente leche” o de que ésta “no alimente” es una de los principales motivos por los que se recurre a la leche de fórmula como complemento o sustituto de la leche humana. A pesar del uso instrumental que algunas mujeres pueden hacer de este argumento -para evitar ser culpabilizadas si se decantan por la leche artificial-, también se utiliza como presión social sobre mujeres que quieren seguir amamantando para que dejen de hacerlo como lo hacen: a demanda y sin restricciones de tiempo y espacio.

De hecho, uno de los temas recurrentes en las reuniones de un grupo de lactancia de la asociación *ALBA-Lactancia Materna* eran los comentarios sobre la “insuficiencia de la leche” que recibían algunas madres por parte de miembros de su familia y/o por parte de pediatras (Ausona Biето, 2016). Consejos que incidían en la necesidad de alternar la leche materna con la de fórmula. Una de las informantes de Ausona Biето (2016) abandonó la lactancia de su primera hija, inducida, según ella, por su madre y su pediatra. Debido a esta primera experiencia, en su segundo embarazo decidió buscar otras referentes antes del parto, acudiendo a un grupo de apoyo a la lactancia. Su caso no era aislado, ya que diferentes mujeres embarazadas recurren a los grupos por los mismos motivos.

El presente artículo pretende mostrar como la escasez de la leche materna es producto de interferencias externas sobre la lactancia, escasez que se acaba incorporando como propia del cuerpo femenino, en lugar de como resultado de esas mismas interferencias. Injerencias que a la vez conllevan un control social, normativo y disciplinario, sobre los cuerpos femeninos -y sus fluidos- así como sobre los cuerpos de las y los recién nacidos. A su vez, la escasez láctea externamente producida provoca réditos multimillonarios en la industria de la alimentación infantil a costa de expropiar a las mujeres de un recurso natural, fisiológico, que puede ser visto como el primer acto anticapitalista de soberanía alimentaria.

2. Prácticas sociales, control corporal y escasez

Como mencionábamos, las prácticas en la regulación de horarios, prescritas por el cuerpo médico durante gran parte del siglo XX y que en menor medida se siguen llevando a cabo, interfieren en la producción del volumen de la leche. Esta regularización respondía inicialmente “a las necesidades de organización del medio hospitalario así como a una racionalización de las tareas domésticas siguiendo unas pautas similares a la organización científica del trabajo” (Narotzky, 1995, 68). Para la antropóloga, una de las consecuencias materiales de esta racionalización respecto al proceso de procreación, es la reducción de la cantidad de leche y del período de lactancia. En un contexto, continúa Narotzky (1995), de producción de alimentos artificiales infantiles por parte de grandes multinacionales:

“Podemos especular con los beneficios económicos que ambos pueden reportar ya que suponen por un lado el aumento hipotético de la demanda a largo plazo pero sobretodo adelantan la necesidad de introducción de alimentación artificial, teniendo en cuenta que cuanto más se adelanta, más necesidad existe de recurrir a alimentos infantiles de producción industrial (leche en polvo, “potitos”...)” (Narotzky, 1995, 68).

Para la autora, el control generalizado de la lactancia por parte de expertos masculinos es un fenómeno vinculado tanto a la expropiación de saberes y a la capacidad de decisión de las madres -y de las mujeres que las pueden guiar a partir de su experiencia- como al crecimiento de una industria de alimentos infantiles.

En 1944 Karl Polanyi escribía su particular crítica al liberalismo económico con su obra “La gran transformación”. En ella desmantelaba ciertos dogmas de la economía clásica y formal. Entre ellos, el dogma de la elección relativa entre medios insuficientes. Polanyi (1994), propuso una definición alternativa de economía. Economía vista como aquella que designa “simplemente algo que se refiere al proceso de satisfacer las necesidades materiales. En este sentido, estudiar los medios de sustento del hombre es estudiar la economía en el sentido substantivo del término” (Polanyi, 1994, 91).

En esta visión substantivista de la economía, la supuesta elección entre medios insuficientes se convierte en una falacia. Al igual que se vuelve una falacia, menos en los contados casos de hipogalactia, la escasez *per se* del recurso natural de la leche humana. Escasez láctea que, como hemos visto, estaría social e históricamente construida y se debería a prácticas concretas que la interfieren.

Actualmente, las interferencias biomédicas respecto a la lactancia se deben a razones diversas que, a grandes rasgos, pueden agruparse en tres categorías:

- 1) Complicaciones durante el parto y/o dificultades neonatales que retrasan o dificultan la lactancia: cesáreas, bebés prematuros y/o hospitalizaciones del mismo que

provocan una separación corporal entre madre y bebé y un retraso del inicio de la lactancia. Agravándose en el caso de que el bebé quede ingresado en el hospital en incubadoras. Aunque el método canguro es recomendado en estos casos, pocos hospitales siguen protocolos en esa línea.

- 2) Dificultades vinculadas al bajo peso al nacer -o estar por debajo de la norma estandarizada de peso a medida que el bebé va creciendo-, orientando a las madres en una gran parte de los casos a complementar con la leche de fórmula.
- 3) Medicación de la madre y recomendación de dejar de amantar por defecto sin consultar las compatibilidades entre medicamentos y lactancia.
- 4) Recomendaciones pediátricas orientadas a la educación del bebé, concretadas en consejos de puericultura que restringen la lactancia a demanda: pautar tiempo entre tomas, substituir tomas por otros alimentos, negar el pecho con el objetivo de evitar la supuesta dependencia emocional y corporal del bebé hacia la madre. Consejos que van en aumento a medida que crece el bebé y se convierte en niño/a y que lleva a madres a ocultar sus práctica de lactancia al estamento médico o a cambiar de pediatra hasta encontrar a un/a profesional prolactancia.

Los consejos pediátricos que desaconsejan la lactancia a demanda debido a que crea una supuesta dependencia materno-infantil o una falta de disciplina en los niños y niñas (Ausona Bieto, 2016), son más comunes de lo que deberían ser, teniendo en cuenta que van en contra de los protocolos de protección de la lactancia materna propuestos por la OMS (2002) y adoptados por hospitales y centros de atención primaria españoles.

Respecto al control neonatal hemos de tener en cuenta que la leche humana, a diferencia de la leche de fórmula, escapa a controles de calidad externos. Su eficacia se basa en el control del peso del bebé a partir de percentiles normativizados. El control del peso durante el primer año de edad puede interpretarse como una forma de biopoder, tal y como fue definido por Foucault (1992). Es durante estos controles pediátricos donde aparecen las presiones más recurrentes a las que se enfrentan las madres lactantes y tienen que ver con los casos de los bebés que, como decíamos, no están dentro de las curvas de peso en base a unos percentiles estandarizados.

Las curvas de peso y talla recogen el aumento proporcional en estos dos ítems que ha de ir ganando el bebé, periódicamente, en base a una media establecida; una media que podría verse como el establecimiento de una norma foucaultiana establecida a partir de un examen médico. La interpretación de estas curvas recibe críticas por parte de pediatras como González (2006) y de comadronas de grupos prolactancia. Una de estas críticas es que los bebés que están por debajo -o por encima- de la media son tan normales como los que están en ella. Otra crítica, por parte de las comadronas de algunos grupos de lactancia, es que el peso ni lo es todo, ni lo dice todo, existiendo otros factores importantes como el desarrollo motriz. Para una de las comadronas del grupo Alba:

“Es más importante el desarrollo psico-motriz, más que engordar, y cada niño tiene su ritmo. Los bebés muy gordos suelen engordar muy poco. En el embarazo no controlan lo que comen y la madre es la nutridora intrauterina, cuando salen su metabolismo es diferente al de la madre e irán rebajando hasta llegar a su percentil. Hay muchas variables a tener en cuenta antes que decir que no gana peso” (Ausona Bieto, 2016, 274).

La medicalización que ha sufrido la lactancia en nuestro contexto histórico se podría analizar como diferentes aspectos de un control social sobre el cuerpo. Una forma de disci-

plinar los cuerpos de las madres y los bebés regulando su contacto en base a pautas “racionales” y organizativas que Narotzky (1995), como ya aludíamos, veía en la implementación de la organización científica aplicada a la procreación y a la maternidad. Racionalización producto del proceso de industrialización capitalista. Pautar la lactancia en tiempos y espacios concretos -como aún se les demanda a algunas madres desde diferentes instancias médicas y sociales- es una forma de disciplinar en la espera a los cuerpos implicados. A su vez, y como ya hemos visto, un efecto colateral de esta disciplina de la espera es la disminución progresiva de la producción láctea. Complementar la lactancia con fórmula comercial es, a su vez, una expropiación capitalista de un recurso corporal. Expropiación que se erige sobre una necesidad inducida externamente, sustentada en la falsa creencia de la escasez que conllevaría a una elección relativa entre medios insuficientes.

3. Escasez incorporada, pecho autónomo y feminismos

Nancy Scheper-Hughes, en *La muerte sin llanto* (1992), habla de la escasez somatizada de las mujeres de *El Alto* -barrio chabolista de una gran ciudad brasileña- en relación a sus lactancias. No sólo explícita como la introducción de la leche de fórmula aumentó significativamente la mortalidad infantil, sino como ésta se acabó insiriendo tanto en las prácticas culturales como en las concepciones y construcciones del cuerpo y el valor personal. Su monografía recoge que las mujeres de *El Alto* desconfían de sus cuerpos y de su capacidad de amamantar. Piensan que son demasiado débiles, demasiado pobres o están demasiado “consumidas”, somatizando así la escasez en la que viven. Para la antropóloga norteamericana, el proceso de mercantilización de la nutrición infantil ha supuesto que se perdiera toda una cultura -saber y aprendizaje- de la lactancia materna, devaluando la capacidad de las mujeres de nutrir, autónomamente, a sus bebés. Por tanto, “la falta de leche es una poderosa metáfora que habla de la escasez y la privación en la vida de estas mujeres” (Scheper-Hughes, 1992, 314). Metáfora que muestra, a su vez, la falta de autoestima y autosuficiencia que estas mujeres acaban incorporado por no sentirse capaces de “poder” dar el pecho a sus hijos e hijas. Ella misma, en diferentes estancias en el territorio, es testigo de cómo las mujeres de *El Alto* pasaron de amamantar a sus bebés a creerse incapaces de hacerlo.

Este proceso fue paralelo a la introducción de la leche de fórmula y los consecuentes intereses capitalistas que se esconden detrás de este mercado. Mientras que en un inicio la leche en polvo era rechazada por las mujeres -y por militantes de extrema izquierda de la zona-, por ser vista un veneno introducido por el enemigo capitalista norteamericano, una vez comienza a imbricarse en las prácticas culturales y simbólicas de dicho lugar, acaba siendo usada como una metáfora de la propia privación. Privación derivada de la pérdida de autonomía y la consiguiente creación de dependencias económicas con la paulatina introducción del neocapitalismo en el territorio.

Para Scheper-Hugues (1997), la somatización de la escasez o en otras palabras, el haber arrebatado a estas mujeres la creencia en su capacidad de dar, conlleva el cierre de la dependencia económica: “y así se cierra el círculo de la dependencia económica. Del *rozado* autónomo al supermercado y del pecho autónomo al *Nestrogeno* enlatado: la estafa es total. Y sus consecuencias son mortales, ni más ni menos” (Scheper-Hughes, 1992, 315). La metáfora de la escasez de la leche, del no ser capaz de producirla, contrasta con la metáfora encontrada por Ausona Bieto (2016) del pecho lactante como *el cuerno de la abundancia*, usada por alguna de sus informantes, madres lactantes de larga duración. Metáforas que ponen en juego una visión de la economía formal -la escasez naturalizada- con una visión de la economía substantivista -la abundancia-.

A su vez, la visión del pecho autónomo y autosuficiente al que se refiere Scheper-Hughes (1992), que libera a las mujeres de las dependencias económicas del mercado de la nutrición infantil, contrasta fuertemente con algunas percepciones de movimientos feministas antirreproductivos que ven en la lactancia una esclavitud y en la leche de fórmula una liberación. Acallando con esta visión las dependencias económicas que la leche de fórmula trae consigo. Paradójicamente, algunas de estas académicas feministas -como Montes (2007) o Esteban Galarza (2000)- citan la obra de Scheper-Hughes (1992), en lo que se refiere a su crítica del instinto y a la existencia del amor materno como amor alterno, para cimentar sus propias críticas a la lactancia materna, pero obviando al mismo tiempo el capítulo que la antropóloga norteamericana dedica íntegramente a la lactancia materna en *El Alto*, y a la expropiación de la capacidad de dar de sus mujeres.

Las reflexiones críticas que Scheper-Hughes realizaba en el 1992 sobre el pecho autónomo pueden vincularse a las que realiza Penny Van Esterik en 1994 donde relaciona la lactancia materna con el empoderamiento y la solidaridad femenina; el anticonsumismo; el control sobre el propio cuerpo; el cambio de visión del pecho erótico y la necesidad de reconceptualizar el trabajo de las mujeres de reproductivo a productivo.

Según Van Esterik (1994), para romper con la dicotomía jerarquizante entre trabajo reproductivo/productivo, se requiere de una nueva concepción del trabajo de las mujeres que sea más realista con sus actividades productivas propias. Para esta antropóloga producir leche permite, justamente, que el trabajo de amamantar pueda ser considerado un trabajo productivo y no una "tarea" de las mujeres, permitiendo de este modo reconceptualizar e integrar todas las demás actividades que las mujeres llevan a cabo y que han sido, a su vez, naturalizadas. El cambio de concepción del trabajo permitiría mejorar las condiciones de su realización y producción.

La antropóloga enmarca la lactancia materna dentro del campo político y económico resaltando su potencial transformador en estos ámbitos para conseguir una mayor equidad entre mujeres y hombres. Por otra parte, en su libro *Beyond the breast-bottle controversy* (1989), se muestra contraria a ver la disminución de la lactancia -o las decisiones en alimentación infantil- como resultado de decisiones individuales dentro del ámbito privado. Para ella, son decisiones que derivan y se entienden debido a elementos estructurales producto de diversas causas: entorno de pobreza; empoderamiento o desempoderamiento de las mujeres así como de la comercialización y la medicalización de la alimentación infantil.

4. Breves apuntes sobre medicalización e intereses comerciales

Volviendo a esta medicalización de la lactancia, relacionándola ahora con la comercialización de la nutrición infantil, una madre y pediatra, informante de Ausona Bieta (2016) resaltaba la propaganda subliminal existente en los centros de atención primaria a través de carteles informativos en las paredes, tallímetros o tazas en los despachos, que llevan la marca de alguna de las grandes empresas de leche de fórmula y nutrición infantil. La informante, en algunas de sus charlas en congresos, ha denunciado que colegas suyos siguen ofreciendo muestras gratuitas de leche a las madres.

En el vecino país de Italia, se produjo un escándalo en el 2014. Doce pediatras toscanos fueron detenidos al demostrarse que, a cambio de regalos que les ofrecían grandes empresas de nutrición infantil, recomendaban a las madres abandonar la lactancia materna, prescribiéndoles la leche de fórmula de las empresas de las ellos recibían esos regalos.

Otra de las connivencias entre algunos profesionales médicos y susodichas multinacionales se produjo también en España en el 2013, donde el 60% de los miembros del Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría (AEP) dimitían debido a la publicación de una propaganda de leche de fórmula -destinada a bebés nacidos por cesárea- en la contraportada de la revista de la AEP. Propaganda, que en contra de la normativa sobre comercialización de sucedáneos de la leche materna, ponía en cuestión que ésta fuera la mejor manera de alimentar a estos recién nacidos.

Delante de las presiones sociales y comerciales, la lactancia humana se reivindica como un acto de soberanía alimentaria desde movimientos pro lactancia y desde feminismos vinculados a la ecología. Un acto antipatriarcal y anticapitalista que a su vez se vincula con otra manera de interpretar la economía. Una economía vista tanto como aquella que pone en su centro el cuidado como el mantenimiento de la vida. Economía substantivista que es, a su vez, percibida como vínculo y como don.

5. Conclusiones

La escasez de la leche humana, como hemos tratado de demostrar, se debe a prácticas respecto a ella que la interfieren y no a una deficiencia biológica o una escasez "natural". La escasez de la leche humana que situaría a las madres entre una elección relativa entre medios insuficientes se vuelven, por tanto, una falacia economicista sujeta a intereses comerciales concretos y a prácticas de control social sobre los cuerpos maternos.

A su vez, que las madres incorporen este discurso y desteten en contra de sus deseos, puede considerarse una violencia simbólica que altera la percepción de sus cuerpos como cuerpos deficientes o deficitarios. La concepción del cuerpo deficitario, que no produce suficiente leche o suficientemente buena, crea la necesidad de productos externos y vínculos de dependencia económica, consumista, hacia ellos.

En lugar de considerarlos cuerpos capaces, con pechos lácteos autónomos, que no necesitan ser complementados por sucedáneos comerciales. A su vez, esta concepción del cuerpo suficiente y autónomo permite no sólo una soberanía alimentaria, sino una soberanía sobre el propio cuerpo, los fluidos biológicos que éste produce y el estilo escogido de las madres para criar.

Bibliografía

- Ausona Bioto, Marta (2016): *Alletaments de llarga durada social i altres usos de la corporalitat en la criança*. Tesis doctoral, Barcelona, Universitat de Barcelona [<http://tdx.cat/handle/10803/386322>]
- Brahm, Paulina y Valdés, Verónica (2017): "Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar" *Revista Chilena de Pediatría*, vol 88, nº1, pp. 7-14. [doi: 10.4067/S0370-41062017000100001]
- Esteban Galarza, M^a Luz (2000): "La maternidad como cultura. Algunas cuestiones sobre lactancia materna", en Perdigüero, Enrique y Comelles, Josep Maria (coord.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, Bellaterra, pp. 207-226.
- Foucault, Michel (1992): "Del poder de soberanía al poder sobre la vida", en Foucault, Michel, *Genealogía del racismo*, Madrid, La Piqueta, pp.247-273
- González Rodríguez, Carlos (2006): *Un regalo para toda la vida. Guía de lactancia materna*, Madrid, Temas de Hoy, S.A.
- Montes, M^a Jesús (2007): *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*, Tesis doctoral, Barcelona, Universidad Rovira y Virgili [<http://www.tdx.cat/handle/10803/8421>]
- Narotzky, Susana (1995): *Mujer, mujeres, género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

- OMS (2002): *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*, Organización Mundial de la Salud. 55ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, Organización Mundial de la Salud [http://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_spa.pdf]
- OMS UNICEF (1981): *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud [<http://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/lactarios-institucionales/pdf/codigo-Intl-Comercializacion-Sucedaneos-Leche-Materna.pdf>]
- Polanyi, Karl (1994): *El sustento del hombre*, Barcelona, Mondadori.
- R.D. 72/1998 de 4 de febrero 1998, *Reglamentación técnico-sanitaria específica de los preparados para lactantes y preparados de continuación*. BOE 30/2417:3772-3780
- Scheper-Hughes, Nancy (1992): *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*, Barcelona, Ariel.
- Soler, Elena (2011): *Lactancia y parentesco. Una mirada antropológica*, Barcelona, Anthropos.
- Van Esterik, Penny (1994): "Breastfeeding and feminism", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, n.º 47 (Suppl.), pp. 41-54.
- Van Esterik, Penny (1989): *Beyond the breast-bottle controversy*, New Brunswick, N.J., Rutgers University Press.
- Yalom, Marilyn (1997): *Historia del pecho*, Barcelona, Tusquets.

Notas

1. Dos grupos pertenecientes a dos asociaciones de apoyo a la lactancia materna situados en Barcelona; dos grupos de apoyo dentro de dos centros de atención primaria de Barcelona ciudad; un grupo de crianza compartida; un curso de educación consciente y una escuela pública barcelonesa, de pedagogía viva y activa, cuya existencia descubrió a través de un grupo de apoyo a la lactancia al ser recomendada ésta por una madre lactante a las demás asistentes. González Rodríguez, Carlos (2006): *Un regalo para toda la vida. Guía de lactancia materna*, Madrid, Temas de Hoy, S.A.
2. Feedback Inhibitor of Lactation.
3. Antes de la actual ley de la libre demanda, de origen americano y ratificada por la OMS, coexistían otras dos tendencias o leyes: la ley Czerny, alemana y la ley Marfan, francesa. La ley Czerny recomendaba dar el pecho cada cuatro horas y la ley Marfan cada tres horas.
4. Concepto emic del campo biomédico que se refiere a dar el pecho cada vez que el lactante lo demanda sin calcular el tiempo de duración de cada toma, siendo la leche materna el único alimento que ingiere el bebé durante sus 6 primeros meses de vida, excluyendo así mismo el agua.
5. Marilyn Yalom (1997) menciona que hasta el siglo XVIII el pecho lactante, el "pecho usado", se asociaba a las mujeres campesinas y el pecho erótico -el "no usado"- con las mujeres de la clase alta (aristocracia y burguesía). En esta línea, Soler (2011) cita también que, en el siglo XIX, el cuerpo campesino de la nodriza se asociaba a la naturaleza a diferencia del cuerpo de la mujer burguesa, que contrariamente se veía distanciado de ella. Soler (2011), sigue su argumentación señalando que al abandonar la lactancia a través de nodrizas, se va procediendo a una democratización en la percepción del cuerpo de la mujer. A pesar de que actualmente no exista una asociación directa de cuerpos femeninos diferentes en base a la clase social, sí que parece ser que no todos los cuerpos de mujer se perciban fisiológicamente iguales, siendo individualizados en este caso en base a capacidades de producción y calidad láctea diferentes. Esta afirmación se basa en el trabajo doctoral de Ausona Biето (2016) que recoge los discursos ya mencionados sobre "no tener leche" o que ésta "no alimenta" o no "alimenta lo suficiente".
6. Tal y como parece sugerir M^a Jesús Montes (2007) en su tesis doctoral *Las culturas del nacimiento*.
7. <http://albalactanciamaterna.org/>
8. Las parcelas de tierra de autoconsumo agrícola de las que fueron expropiados obligándoles a asentarse en barrios chabolistas en las periferias de las grandes ciudades.
9. Leche en polvo comercializada en la zona
10. Primera edición norteamericana de *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*.
11. <http://www.abc.es/sociedad/20141124/abci-detenido-pediatras-leche-artificial-201411241304.html>
12. <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/07/26/noticias/1374854756.html>
13. R.D. 72/1998 de 4 de febrero 1998, *Reglamentación técnico-sanitaria específica de los preparados para lactantes y preparados de continuación*. BOE 30/2417:3772-3780 y OMS - UNICEF (1981), *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.