

Artículo especial

Desinformación sobre lactancia materna en contra de los derechos de la infancia y de las mujeres



María Dalli Almiñana*

Departamento de Derecho Constitucional, Ciencia Política y de la Administración, Facultad de Derecho, Universidad de Valencia, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de febrero de 2025

Aceptado el 3 de abril de 2025

On-line el 7 de mayo de 2025

Palabras clave:

Lactancia materna
Derechos de los pacientes
Información sanitaria
Derechos reproductivos
Pediatria
Enfermería

RESUMEN

Toda una generación de madres lactantes recibió hace décadas consejos sobre la lactancia materna y la alimentación infantil no basados en evidencia científica: «dale pecho solo cada tres horas», «se te acaba la leche», «dale un biberón con cereales y dormirá mejor», etc. A pesar de que en la actualidad la Organización Mundial de la Salud y diversas sociedades profesionales y científicas cuentan con recomendaciones actualizadas que contraindican estos mitos, muchas madres siguen recibiendo este tipo de consejos por parte de profesionales de la salud que ponen en riesgo la lactancia materna y, con ello, que los niños y las niñas obtengan sus beneficios. En este texto se defiende que estas situaciones constituyen un caso de desinformación que vulnera los derechos de las madres y de los hijos e hijas como pacientes, el interés superior de los niños y las niñas, y los derechos reproductivos de las mujeres. Asimismo, se defiende que los poderes públicos deben promover la formación profesional sobre lactancia como parte de sus obligaciones de protección de los derechos humanos.

© 2025 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Breastfeeding misinformation against children's and women's rights

ABSTRACT

A whole generation of breastfeeding mothers received advice about breastfeeding decades ago that was not based on scientific evidence: "breastfeed only every three hours", "you will run out of milk", "give them a bottle of formula with cereal and they will sleep better". Although the World Health Organization and different scientific and professional societies currently have updated recommendations that contradict these myths, many breastfeeding mothers continue to receive this type of advice from health professionals that puts breastfeeding at risk and thus children continuing to receive the benefits that it entails. This text argues that these situations constitute a case of misinformation that violates the rights of patients, the best interests of the child and the reproductive rights of women. Therefore, it also argues that public authorities must promote professional training on breastfeeding as part of their obligations to protect human rights.

© 2025 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Breastfeeding
Patients' rights
Health information
Reproductive rights
Pediatrics
Nursing

Introducción

En la actualidad, únicamente el 28,5% de los niños y las niñas reciben lactancia materna (LM) exclusiva a los 6 meses de edad¹, aunque la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la mayoría de las sociedades profesionales y científicas recomiendan la LM exclusiva hasta esa edad y la LM junto con otros alimentos hasta los 2 años². Según el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría, la falta de información a la madre y su familia, la escasa formación de los y las profesionales sanitarias sobre LM, las prácticas inadecuadas en la atención sanitaria (como la distribución de muestras de leche artificial), así como el escaso apoyo social y familiar a la madre que amamanta o la escasez de medidas de apoyo en el ámbito laboral,

constituyen algunas de las razones que influyen negativamente en la instauración y el mantenimiento de la LM³.

Estos factores, al obstaculizar la LM, perjudican a los niños y las niñas debido a que no estarían obteniendo los beneficios demostrados de la leche materna^{4,5}. Aunque la LM no debe constituir una obligación para las madres ni para su descendencia, en este trabajo se defiende que, cuando la elección ha sido alimentar con LM, la información errónea y los consejos no basados en la evidencia científica actual y que obstaculizan su mantenimiento constituyen un caso de desinformación que vulnera los derechos de las madres como pacientes, los derechos de los niños y las niñas, y los derechos reproductivos de las mujeres.

Recomendaciones sobre la lactancia: mitos frente a realidad

De acuerdo con diversas fuentes^{6,7}, han proliferado mitos sobre la LM que, si bien se trataba de consejos a seguir por las madres lactantes hace décadas, no se basan en la evidencia científica actual

* Autora para correspondencia.
Correo electrónico: maria.a.dalli@uv.es

e incluso pueden llegar a ser contraproducentes. Un ejemplo es ofrecer el pecho únicamente cada 3 horas, cuando seguir horarios estrictos en la LM es uno de los motivos que pueden hacerla fracasar, al producirse la leche según la demanda de la niña o del niño⁸. Otro ejemplo es el consejo de ofrecer durante 10 minutos un pecho y durante 10 minutos el otro, cuando lo recomendable es vaciar un pecho antes de ofrecer el otro para que el bebé se beneficie de la ingesta calórica de la parte final de la toma, que contiene más grasas.

A las madres se les dice en ocasiones que su leche está aguada, que no es suficiente para alimentar a su hijo o hija, y que es necesario suplementar. Si bien la suplementación puede estar indicada cuando el recién nacido no gana el peso recomendado en el primer mes de vida (según la Organización Mundial de la Salud, 20 gramos al día⁹), es conveniente revisar la técnica de la LM y, tras el primer mes, promover la continuación de la LM si el menor tiene una ganancia adecuada de peso. Aunque los percentiles sirven para conocer el patrón normal de crecimiento, por sí solos no indican el estado de salud y es más relevante vigilar la curva de crecimiento para evaluar que existe una ganancia progresiva de peso.

En relación con la suplementación, a veces se aconseja dar un biberón con cereales antes de dormir, lo cual interfiere de forma artificial y no equilibrada en la alimentación infantil si el niño o la niña ingiere suficientes nutrientes durante el resto del día. Además, el sueño infantil es madurativo, por lo que la alimentación con biberón no asegura que vayan a dormir mejor y, para la madre, las hormonas que aseguran la LM favorecen un sueño más profundo durante la noche. Además, la práctica común de añadir cereales azucarados al biberón se ha relacionado con la aparición de caries infantil, siendo importante evitar el consumo de azúcares, así como incluir la higiene oral en la rutina diaria, también en niños y niñas amamantados¹⁰.

Se suele decir a la madre «te usa como chupete», aunque es el chupete el que se creó imitando al pecho, y no al revés. Se ha observado que la no utilización del chupete es un factor relevante tanto para el éxito de la LM durante las primeras semanas como para su duración¹¹. No obstante, otros estudios no han hallado diferencias en los resultados de la LM por el uso del chupete y aconsejan su utilización en prematuros¹². Una vez que la LM está establecida, su empleo puede ser importante para prevenir el riesgo de muerte súbita del lactante. A partir del año de edad, el chupete está desaconsejado con el fin de evitar efectos adversos, como problemas dentales o de otitis media¹³.

Otros ejemplos de información errónea que se suele dar durante la LM son, por ejemplo, que el bebé tiene que beber agua, que se ha de comenzar con la alimentación complementaria a los 4 meses, que mama por vicio, que es normal que el pecho duela, que el tamaño del pecho es demasiado pequeño, que si se amamanta no se puede tomar ningún medicamento, o que ante un nuevo embarazo hay que suspender la lactancia.

La desinformación en el ámbito sanitario y los derechos de los pacientes

Desde una concepción amplia, la desinformación hace referencia a la información errónea, imprecisa o engañosa, tanto la que tiene un propósito malicioso como la que se da sin ánimo de hacer daño. En el ámbito de la salud, la desinformación como información errónea puede llevar a las personas a tomar decisiones con consecuencias para su salud. Un conocido caso de desinformación relativa a la salud llevó a que, durante la pandemia de COVID-19, muchas personas rechazaran el uso de mascarillas, las vacunas o las medidas de distanciamiento.

En este caso, la falta de información adecuada y veraz sobre la LM puede llevar a las madres a adoptar prácticas perjudiciales para su mantenimiento y, en última instancia, a abandonarla, lo

cual debe tratarse como un caso de desinformación. Esto sucede, por ejemplo, en relación con el uso de medicamentos, cuando se recomienda dejar la LM durante algunos tratamientos que, en cambio, se consideran seguros según la evidencia científica¹⁴. En la actualidad existen numerosos recursos con información contrastada para comprobar la compatibilidad de los fármacos con la LM. Así, se ha demostrado que el apoyo prenatal y posnatal para la LM¹⁵, las prácticas hospitalarias adecuadas¹⁶ y la asistencia por parte de profesionales de atención primaria capacitados^{17,18} mejoran la instauración y el mantenimiento de la LM¹⁹.

Cuando la desinformación proviene de profesionales de la salud, los derechos de las pacientes pueden quedar afectados. El artículo 4 de la Ley 41/2002 (Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica) reconoce el derecho de las pacientes a la información asistencial, lo cual se traduce en que las familias deben recibir información accesible y comprensible acerca de cuestiones que influyan en el ámbito de la salud. Como regla general, la información se proporciona verbalmente, dejando constancia en la historia clínica, y comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

La desinformación debe combatirse por parte de los poderes públicos. Así, recibir información veraz es esencial para la garantía de una opinión de calidad y para la formación de la libre voluntad, lo cual, en definitiva, impacta en el normal funcionamiento democrático²⁰. Ante la desinformación en el ámbito de la salud, como pacientes podemos contrastar la información consultando fuentes fiables, no compartir la información errónea, conversar con el círculo de apoyo, así como promover estrategias que combatan la desinformación. Además, pedir una segunda opinión médica es un derecho reconocido en el artículo 4.a) de la Ley 16/2003 (Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud), si se desea contrastar la información recibida para poder tomar una decisión con toda la información posible²¹. En relación con ello, el artículo 13 de la Ley 41/2002 reconoce el derecho a la información previa para la elección de médico y de centro.

El apoyo informado en la lactancia como una cuestión de derechos

La Convención sobre los Derechos del Niño reconoce, en su artículo 24, el derecho de los niños y las niñas a gozar del más alto nivel posible de salud, y que las familias deben estar informadas sobre la nutrición y las ventajas de la LM. Asimismo, compete a los gobiernos asegurar la provisión de alimentos nutritivos adecuados. Además, el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales garantiza el derecho a la salud (artículo 12), que incluye el sano desarrollo de niños y niñas, y el derecho a un nivel de vida adecuado (artículo 11), lo cual incluye la alimentación. En este sentido, la falta de información actualizada sobre la LM y las prácticas que promueven la leche artificial constituyen una violación de las obligaciones reconocidas en los Pactos relacionadas con la salud y la alimentación infantil. Todo ello se sitúa en contra del interés superior del menor, como principio que persigue asegurar que los derechos y el bienestar de los niños y las niñas sean protegidos ante cualquier decisión que les afecte.

En relación con los derechos de las madres, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer establece, en su artículo 12, la obligación de los Estados de garantizar que las mujeres dispongan de los servicios apropiados con relación al embarazo, el parto y el periodo posterior al parto. El artículo 10.h) reconoce el derecho a acceder a material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluyendo la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia. Además, según las Naciones Unidas, el Grupo

de trabajo sobre no discriminación contra la mujer y el Comité de los derechos del niño, la disponibilidad de recursos relativos a la protección, la promoción y el apoyo a la LM es una obligación de los Estados, pues afecta directamente a los derechos de las madres y de los niños y las niñas²².

Si bien la literatura científica no suele tratar la LM como parte de los derechos de salud sexual y reproductiva²³, sí se ha abordado, por ejemplo, la falta de apoyo a la LM en los servicios de emergencia como una cuestión de derechos²⁴. Se ha defendido también que, aunque no existe un derecho humano sobre LM, sí existe un derecho a recibir el apoyo necesario para elegir llevarla a cabo, y los Estados no pueden influir negativamente en esta elección²⁵. En este sentido, entre la normativa autonómica cabe destacar el artículo 59 bis c) y h) de la Ley 10/2024 (Ley de Salud de la Comunitat Valenciana), que reconoce como un derecho de las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva el recibir apoyo a la LM y ser informadas y formadas en materia de LM, con el fin de fomentar el desarrollo de la propia salud y su utilización en la alimentación infantil.

De forma más general, la normativa estatal, en el artículo 7 bis, c) y d) de la Ley Orgánica 1/2023 (Ley por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo), establece que, como parte de las políticas de salud reproductiva, los poderes públicos garantizarán la provisión de servicios de calidad durante el embarazo y el puerperio, así como la información accesible sobre los derechos reproductivos y sobre los servicios vinculados a la maternidad y al cuidado de los hijos y las hijas, entre otros. Asimismo, esta ley califica como violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo todo acto que, basado en la discriminación por motivos de género, atente contra la libre elección de las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, su libre decisión sobre la maternidad, su espaciamiento y su oportunidad.

Conclusión: la importancia de la formación de los profesionales sanitarios

La información adecuada sobre la LM es una cuestión de derechos humanos. Tratándose de un tema tan esencial como la alimentación infantil en la primera etapa de la vida, es inaceptable que, existiendo en la actualidad recomendaciones oficiales, haya familias que sigan sin recibir información adecuada en relación con las prácticas beneficiosas para la LM, así como que no se promuevan en mayor medida las ventajas que esta conlleva. Las familias tienen derecho a recibir información de calidad y basada en la evidencia científica para la toma de decisiones informada respecto a la alimentación de los menores, pues esto impacta de forma directa en su salud.

Por ello, los poderes públicos deben promover la formación sobre LM entre las personas que llevan a cabo el seguimiento de la salud infantil y materna. Ello implica, principalmente, los ámbitos de la ginecología y la pediatría, tanto a titulados en medicina o enfermería como al personal auxiliar con formación sanitaria reglada. La presencia de especialistas en enfermería obstétrico-ginecológica (matronas) durante el puerperio es esencial, siendo en la actualidad el personal que recibe una mayor formación sobre LM. No obstante, la formación sobre LM debe ser incluida en los estudios oficiales de todas las profesiones mencionadas, ya que una información de calidad es relevante no solo durante el embarazo y el posparto inmediato, sino también durante todo el primer año, cuando con el inicio de la alimentación complementaria proliferan muchos de los mitos y la desinformación. Además de incluirse en los estudios oficiales, deben implementarse cursos de actualización, así como protocolos claros de actuación que promuevan la instauración y el mantenimiento de la LM. De esta forma, con la formación y la implementación de prácticas adecuadas, podrá asegurarse que

la información que se ofrece a las familias no sea contradictoria, errónea ni reminiscente de creencias pasadas, sino que se adecúe a las recomendaciones oficiales actuales.

Editor responsable del artículo

Alberto Lana.

Contribuciones de autoría

M. Dalli Almiñana es la única autora del artículo.

Financiación

Esta publicación es parte de la ayuda posdoctoral Ramón y Cajal RYC2021-033695-I, financiada por el Ministerio de Ciencia e Innovación y la Agencia Estatal de Investigación (MCIN/AEI/10.13039/501100011033) y por la Unión Europea en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia «NextGenerationEU»/PRTR».

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Tipo de lactancia según sexo y país de nacimiento. (Consultado el 20/2/2025.) Disponible en: <https://www.inec.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2011/p06/10/&file=06154.px>.
2. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño. 71.ª Asamblea Mundial de la Salud; WHA71.9; 2018. (Consultado el 20/2/2025.) Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/279518/A71.R9-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
3. Hernández Aguilar MT, Maldonado A. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. An Pediatr (Barc). 2005;63:340-56.
4. Acta Paediatrica. Número especial. Impact of breastfeeding on maternal and child health. Acta Paediatrica. 2015;104(S467):1-134.
5. Horta BL, Bahl R, Martines JC, et al. Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organization; 2007 (Consultado el 20/2/2025.) Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43623/9789241595230_eng.pdf
6. Asociación Española de Pediatría. En familia. Lactancia materna: mitos y realidades. (Consultado el 20/2/2025.) Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/vida-sana/lactancia-materna-mitos-realidades>.
7. UNICEF. 14 mitos sobre la lactancia materna. (Consultado el 20/2/2025.) Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/crianza/alimento-nutricion/14-mitos-sobre-lactancia-materna-bebe>.
8. Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre lactancia materna. AEP, Comité de Lactancia Materna; 2012. (Consultado el 20/2/2025.) Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/201202-recomendaciones-lactancia-materna.pdf>.
9. Asociación Española de Pediatría. En familia. ¿Está mi bebé aumentando bien de peso? (Consultado el 20/2/2025.) Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/esta-mi-bebe-aumentando-bien-peso>.
10. Posición conjunta de la Asociación Española de Pediatría (AEP) y la Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP) sobre la lactancia materna. (Consultado el 18/3/2025.) Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/seop.aep.posicion.conjointa.pdf>.
11. Martín-Ramos S, Domínguez-Aurrecoechea B, García Vera C, et al. Lactancia materna en España y factores relacionados con su instauración y mantenimiento: estudio LayDI (PAPenRed). Aten Primaria. 2024;56:102772.
12. Tolppola O, Renko M, Sankilampi U, et al. Pacifier use and breastfeeding in term and preterm newborns – a systematic review and meta-analysis. Eur J Pediatr. 2022;181:3421-8.
13. Lozano de la Torre MJ, Pallás Alonso CR, Hernández Aguilar J, et al. Uso del chupete y lactancia materna. An Pediatr (Barc). 2011;74:271e1-5.
14. Barnes S, Bennett S, Datta S. Breastfeeding: debunking preconceptions and removing barriers. Obstet Gynaecol Reprod Med. 2022;32:188-92.
15. Kornides M, Kitsantas P. Evaluation of breastfeeding promotion, support, and knowledge of benefits on breastfeeding outcomes. J Child Health Care. 2013;17:264-73.
16. Romero ME, Algaba S, Albar MJ, et al. Influencia de las prácticas hospitalarias en el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna. Enferm Clin. 2004;14:194-202.
17. Labarere J, Gelber-Baudino N, Ayral AS, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit:

- a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics*. 2005;115:e139–46.
18. Patnode CD, Henninger ML, Senger CA, et al. Primary care interventions to support breastfeeding: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2016;316:1694–705.
 19. Gavine A, Shinwell SC, Buchanan P, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;10:CD001141.
 20. Serra Cristóbal R. Noticias falsas (fake news) y derecho a recibir información veraz. Dónde se fundamenta la posibilidad de controlar la desinformación y cómo hacerlo. *Rev Derecho Político*. 2023;116:13–46.
 21. Fundación Fernando Pombo, Universidad de Alcalá y Fundación Grandes Amigos. Derecho a la salud: segunda opinión médica. 2019. (Consultado el 20/2/2025.) Disponible en: <https://www.fundacionpombo.org/web/wp-content/uploads/2022/06/05-Derecho-a-la-salud-segunda-opinion-medica-web.pdf>.
 22. Naciones Unidas. Joint statement by the UN Special Rapporteurs on the Right to Food, Right to Health, the Working Group on Discrimination against Women in law and in practice, and the Committee on the Rights of the Child in support of increased efforts to promote, support and protect breast-feeding. 2016. (Consultado el 20/2/2025.) Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/statements/2016/11/joint-statement-un-special-rapporteurs-right-food-right-health-working-group?LangID=E&NewsID=20871>.
 23. Stone C, Smith JP. The visibility of breastfeeding as a sexual and reproductive health right: a review of the relevant literatura. *Int Breastfeed J*. 2022;15:18.
 24. Gribble KD, McGrath M, MacLaine A, et al. Supporting breastfeeding in emergencies: protecting women's reproductive rights and maternal and infant health. *Disasters*. 2011;35:720–38.
 25. Ebrahimi A. Breastfeeding in refugee camps; a child and maternal rights? *Human Rights Law Review*. 2021;21:533–65.