

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS DE ELCHE



Trabajo de Fin de Grado



LOS DERECHOS DE LAS MADRES DE  
MENORES LACTANTES HOSPITALIZADOS

Autora: Gema Marroquí Larrosa

Tutoras: Cristina López Sánchez y Rosario Tur Ausina

Curso académico 2019/2020

## ÍNDICE

Abreviaturas.....	4
Introducción.....	5
<b>PRIMERA PARTE.....</b>	<b>7</b>
<b>MARCO JURÍDICO</b>	
1. Derecho a la salud.....	7
1.1 Protección de la salud en la normativa internacional y europeo.....	7
a. Orden internacional.....	7
b. Ámbito europeo.....	9
1.2 La salud en España: protección y regulación.....	10
2. El menor como sujeto de derechos.....	14
2.1 Marco conceptual.....	14
a. Ámbito universal.....	14
b. Acciones del Parlamento Europeo.....	16
c. En el Ordenamiento Jurídico Español.....	17
2.2 Derechos del menor.....	18
a. Derecho a la vida.....	18
b. Dignidad y derecho de alimentos.....	19
c. Integridad física y psíquica y libre desarrollo del menor.....	20
d. Derecho a estar acompañado.....	21
3. Derecho a la lactancia.....	22
3.1. Importancia de la lactancia materna.....	22
3.2. Medidas para el fomento de la lactancia materna.....	24
a. Contexto supranacional y europeo.....	24
b. Contexto nacional .....	28
c. Grupos de apoyo a la lactancia materna .....	31
3.3 Lactancia y derechos implicados de la madre.....	33
a. Dignidad e igualdad.....	33

b. Libertad, integridad física y psíquica y el libre desarrollo de la personalidad.....	34
c. Derechos sexuales y reproductivos.....	35
<b>SEGUNDA PARTE.....</b>	<b>38</b>
<b>HOSPITALIZACIÓN DEL MENOR</b>	
1. Hospitales e interés superior del menor.....	38
2. Unidades neonatales: Separación materna-neonatal.....	40
3. Hospital Amigo de los Niños: Una oportunidad de mejora.....	43
a. Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN).....	43
b. Barreras para la implementación de la IHAN.....	45
Conclusiones.....	48
Bibliografía.....	51
Normativa y documentación jurídica.....	53



## **Abreviaturas**

CCAA: Comunidades autónomas

CC: Código Civil

CE: Constitución española

CEDH: Convenio Europeo de Derechos Humanos

DUDH: Declaración Universal de Derechos Humanos

EMALNP: Estrategia Mundial De Alimentación al Lactante y al Niño Pequeño

IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia

LM: Lactancia materna

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de Naciones Unidas

PIDESC: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

SNS: Sistema Nacional de Salud

TUE: Tratado de la Unión Europea

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas)



## **Introducción**

En el presente trabajo se lleva a cabo un estudio e investigación sobre los derechos de las madres y menores lactantes hospitalizados. A pesar de que la leche materna ha sido considerada el mejor alimento para un recién nacido por cubrir las necesidades nutricionales para un adecuado crecimiento y asegurar un vínculo madre-hijo esencial para un correcto desarrollo como persona independiente y segura, no es menos cierto que en la actualidad, las prácticas de muchos hospitales españoles distan mucho de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en torno a facilitar la cohabitación de la madre y el hijo durante las 24 horas del día como método óptimo para el éxito de la lactancia materna. En su mayoría, esto se debe a que encontramos una grave carencia de regulación de medios normativos y sociales en el ámbito de la lactancia, aun cuando se trata de un tema que afecta directamente a toda madre que decide dar el pecho y a todo menor al que se le dé e indirectamente a toda la sociedad.

El trabajo que presentamos se estructura del siguiente modo. En la primera parte analizaremos el marco jurídico, donde primeramente trataremos el sistema de protección de la salud a nivel internacional, mediante el estudio de documentos de organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas por ser la mayor organización existente, así como del Tribunal Europeo de los Derechos Humanos por ser la máxima autoridad judicial para la garantía de los derechos humanos y libertades fundamentales en toda Europa, y a nivel nacional a través del artículo 43 de la Constitución Española y la Ley 14/1986, General de Sanidad.

En segundo lugar, abordaremos la protección de la infancia y el reconocimiento jurídico de sus derechos. Trataremos los derechos que están en juego y que afectan al menor como sujeto con capacidad jurídica y, por tanto, como titular de derechos que es.

En tercer lugar y como último punto de la primera parte del trabajo, trataremos la lactancia. Hablaremos de la importancia que tiene en la salud del menor, así como de las barreras que han provocado la pérdida de la cultura del amamantamiento en España. En ese sentido, analizaremos las medidas para el fomento de la lactancia materna incluyendo a los grupos de apoyo que, durante los últimos años están consiguiendo poco a poco involucrar a los profesionales y a la sociedad en la promoción de la lactancia materna. Abordaremos los derechos que están en juego cuando una madre decide amamantar a su hijo menor hospitalizado, derechos que no deberían recibir injerencia alguna por parte de sujetos externos

ya que constituye una autodisposición sobre su propio cuerpo, forma parte de sus derechos sexuales y reproductivos, así como de su libertad y dignidad. Será en este epígrafe donde encontraremos mayor argumentación para fundamentar la necesidad de que la lactancia sea reconocida con entidad jurídica como para que merezca protección por parte del Estado.

En la segunda parte de este trabajo analizaremos cómo se trata el interés del menor en los hospitales, principalmente el problema del consentimiento informado a los tratamientos e intervenciones médicas, pues debe determinarse cuándo puede prestar el consentimiento el menor y cuándo deberán hacerlo sus representantes legales, por lo que se analizará qué actuaciones deben tener los padres o tutor como consecuencia de los derechos inherentes a la patria potestad y la tutela cuando el menor no tiene madurez, como es nuestro caso. En este sentido, trataremos la situación de las unidades de neonatología españolas donde no se cumplen las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y separan a los niños hospitalizados de su madre con una frecuencia mucho mayor de la que estaría verdaderamente justificada, vulnerando así sus derechos. Finalmente, como una oportunidad de mejora para los hospitales, hablaremos de la IHAN, una iniciativa centrada en los profesionales, a los que se les recuerda que la lactancia no es un deber, sino un derecho de las mujeres donde confluyen a su vez diversos derechos, y que su obligación como profesionales, es garantizar que puedan ejercerlo.

Este trabajo se realiza en colaboración con la Cátedra Clínica Jurídica de la Universidad Miguel Hernández y con la Asociación la Mama d'Elx. Con él pretendemos mostrar la intolerable situación en la que se encuentran los bebés y niños ingresados en la mayoría de las unidades neonatales españolas, donde se violan sistemáticamente las recomendaciones de entidades como UNICEF o la Asociación Española de Pediatría, que reconocen el derecho del bebé a permanecer constantemente con su madre y ser amamantado por ella. Es decir, se trata de que las madres conozcan sus derechos y los de su hijo menor; se trata de empoderarlas cuando se encuentren en situaciones reales de vulneración de los derechos de ambos en el ámbito sanitario, haciéndoles saber que tienen un fundamento constitucional que las respalda, además de documentos internacionales como la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado a los que acogerse en caso de que les impidan el alojamiento conjunto.

## **PRIMERA PARTE**

### **1. DERECHO A LA SALUD**

#### **1.1 Protección de la salud en la normativa internacional y europea**

##### **a. Orden internacional**

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup> define en su preámbulo la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, y reconoce como función del Estado la promoción de la salud física y mental de los pueblos: “Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual solo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales”. Además, en dicho preámbulo se establece que gozar de un grado máximo de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, destacando la importancia fundamental del desarrollo saludable en el niño.

En el ámbito del derecho a la salud encontramos varias disposiciones internacionales dirigidas a proteger la salud de las personas. El 10 de diciembre de 1948 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobaba y proclamaba la Declaración Universal de Derechos Humanos<sup>2</sup>, que establece el derecho de toda persona a un nivel de vida que le asegure la salud. Se trata de un documento que establece un punto de inflexión en la historia de los derechos humanos y que fue elaborada por representantes de todas las regiones del mundo con diferentes antecedentes jurídicos y culturales. A pesar de su importancia, dicha Declaración no es vinculante por tratarse de una resolución emanada de la Asamblea General de la ONU. Sin embargo, aunque no es por sí sola obligatoria para los Estados Miembros de las Naciones Unidas, sí que tiene un importante peso político-jurídico para los Estados. Tanto es así que ha sido el punto de referencia para todos los textos constitucionales promulgados posteriormente, así como para múltiples declaraciones internacionales.

Esta Declaración afecta a la infancia. De hecho, se constata una referencia expresa a los niños en su artículo 25.2, donde se puede leer que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”.

---

<sup>1</sup> Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 7 de abril de 1948.

<sup>2</sup> Declaración Universal de los Derechos Humanos, Organización de las Naciones Unidas (1948).

No obstante, no fue hasta 1966 con la promulgación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>3</sup> que se reconoció de forma expresa el derecho a la salud como parte integrante de los derechos humanos. En el ámbito de la protección a la salud, el PIDESC en su artículo 12.1 establece que todos los Estados parte del presente pacto tendrán que reconocer el derecho de toda persona “al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Entre las medidas que deberán aportar los Estados Parte en el pacto, con el fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños. Con relación a la protección de la salud del menor, el artículo 10.2 también establece que se debe conceder especial protección a las madres durante un periodo de tiempo razonable antes y después del parto.

El Pacto fue supervisado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. El trabajo de supervisión desarrollado por el Comité y la experiencia que ha ido acumulando se ha plasmado en la redacción, a partir de 1989, de diversos documentos interpretativos que han ido precisando el contenido y alcance de diversos preceptos del PIDESC<sup>4</sup>. Se trata de los documentos relativos a las “observaciones generales”, a través de los cuales el Comité ha pretendido orientar a los Estados Parte en el cumplimiento de las obligaciones derivadas del Pacto, clarificar sus objetivos, así como señalar la interpretación que debe darse a sus contenidos. Entre los documentos de observaciones generales elaborados por el Comité, uno de ellos se ha referido al derecho a la protección de la salud. Se trata de la Observación General n°14, de 11 de agosto de 2000<sup>5</sup>, en la que el Comité condensó su experiencia en la materia y fijó unas pautas interpretativas generales sobre las obligaciones derivadas para los Estados del artículo 12 del PIDESC. El Comité interpreta el derecho a la salud como un derecho de contenido complejo que engloba no solo el derecho a una asistencia sanitaria oportuna y adecuada, sino que también se extiende a los determinantes básicos de la salud, como el acceso al agua limpia y potable, el suministro adecuado de alimentos sanos... De acuerdo con este instrumento “el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados”, como son: la

---

<sup>3</sup> Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Organización de las Naciones Unidas, 1966.

<sup>4</sup> Pemán Gavín, Juan María, “Sobre el derecho constitucional a la protección de la salud”, *Derecho y Salud*, Vol.16, 2008, pp. 29-62. En <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2750022> (Consulta: 25/04/2020).

<sup>5</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. Observación General n°14: el derecho al más alto nivel posible de salud, artículo 12 del Pacto, 2000.

disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de las instalaciones, bienes, servicios y programas de salud.

Todos los Estados Parte deben presentar al Comité informes periódicos sobre la manera en que se ejercitan esos derechos. Deben presentar informe a los dos años de la aceptación del pacto y luego cada cinco. El Comité los examina y expresa su preocupación y recomendación al Estado Parte en forma de “observaciones finales”.

En el caso de nuestro país, en el año 2018, España rindió cuentas sobre el grado de cumplimiento, protección y defensa de los derechos económicos, sociales y culturales entre los años 2012 a 2016. El Comité ha mostrado su preocupación por cómo la drástica reducción del gasto público en el ámbito social y la prolongación de la aplicación de algunas medidas de austeridad están afectando a la garantía de todos los derechos del Pacto y desproporcionadamente a los grupos y personas más desfavorecidos y marginados con mención especial a las mujeres y niños.

También en la Convención sobre Derechos del Niño de 1989<sup>6</sup> se presta especial atención a la salud, y así en su artículo 24 se proclama que “los Estados Parte reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Parte se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios”.

## **b. Ámbito europeo**

Dentro del ámbito europeo, hay que tener en cuenta el Convenio Europeo de Derechos Humanos<sup>7</sup>, adoptado por el Consejo de Europa en 1950 y que entró en vigor en 1953. El CEDH solo hace referencia en el artículo 8.2 a la protección de la salud como cláusula habilitante para limitar el dictado del artículo 8.1, según el cual “Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de su correspondencia”. Sin embargo, la interpretación que el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha dado a este artículo, le ha dotado de un alcance muy amplio en la práctica. Entre algunas de sus sentencias

---

<sup>6</sup> Convención de Derechos del Niño. Organización de las Naciones Unidas, 20 de noviembre de 1989.

<sup>7</sup> Convención Europea de Derechos Humanos. Consejo de Europa, 1950.

encontramos el caso RMS. c. España (2013)<sup>8</sup> donde el Estado Español fue condenado por vulnerar dicho artículo.

La Carta Social del Consejo de Europa de 1961<sup>9</sup> constituye, en el terreno de los derechos humanos, la prolongación, en el ámbito social, del Convenio Europeo para la salvaguardia de los derechos humanos y las libertades fundamentales. Se trata de la auténtica Constitución social de Europa que parte de la consideración de los derechos sociales como derechos humanos. Por disposición del artículo 11 de la Carta, las partes contratantes se comprometen a llevar a cabo medidas adecuadas para, entre otros fines, eliminar en lo posible las causas de una salud deficiente, con el establecimiento de servicios dirigidos a la mejora y prevención de enfermedades. Asimismo, su artículo 13 señala que, para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la asistencia social y médica, las partes se comprometen a velar porque toda persona que no disponga de recursos suficientes y no esté en condiciones de conseguirlo, pueda obtener una asistencia adecuada y, en caso de enfermedad, los cuidados que exija su estado.

Posteriormente, el Parlamento Europeo, el Consejo y la Comisión proclamaron solemnemente la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea en Niza, en el año 2000. Tras ser revisada, fue proclamada de nuevo en 2007<sup>10</sup>. Sin embargo, la Carta solo tuvo efecto directo tras la adopción del tratado de Lisboa el 1 de diciembre de 2009<sup>11</sup>, como establece el artículo 6, apartado 1 del TUE, “La Unión reconoce los derechos, libertades y principios enunciados en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión, la cual tendrá el mismo valor jurídico que los Tratados”, convirtiéndose así en una fuente vinculante del Derecho primario. Es considerada como un paso importante en el reconocimiento de los derechos políticos, civiles, sociales y culturales como parte de los derechos humanos en general. Dentro del ámbito sanitario, se encuentra el derecho a la protección de la salud recogido en su artículo 35, en el que se establece que: “toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales.”

---

<sup>8</sup> Sentencia núm. 28775/12. Tribunal Europeo de Derechos Humanos, Estrasburgo, 18 de junio de 2013. La demandante, que vivía en una situación de extrema pobreza, fue separada de su hija a petición de los servicios sociales y en contra de su voluntad. El TEDH declaró que la madre fue privada injustamente de todo contacto con ella, lo que vulnera su derecho al respeto a la vida privada y familiar reconocido por el Convenio Europeo de Derechos Humanos.

<sup>9</sup> Carta Social Europea. Consejo de Europa, 1961.

<sup>10</sup> Carta Europea de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Parlamento Europeo, 2007.

<sup>11</sup> Tratado de Lisboa, firmado por los Estados miembros de la UE (2007), entró en vigor en 2009.

## 1.2 La salud en España: protección y regulación

La salud es un derecho que ha sido objeto de especial interés por parte del legislador, no solo desde una perspectiva internacional sino también nacional. Como hemos visto, la OMS define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

El derecho a la salud no significa el derecho a estar sano, sino el derecho que tienen las personas a que los Estados establezcan las medidas necesarias para garantizar el desarrollo saludable de aquellas.

En nuestra norma fundamental se habla de derecho a la “protección de la salud” lo que conlleva importantes repercusiones jurídicas. Como recoge Marta León en su obra *Protección Constitucional de la Salud*<sup>12</sup>, BORRAJO DACRUZ señala que no es lo mismo hablar del “derecho a la protección de la salud” que del “derecho a la salud”. Cuando se utiliza la primera expresión se hace aludiendo la facultad que tiene su titular para exigir a los poderes públicos una serie de prestaciones sanitarias, preventivas y curativas, cuya finalidad es la preservación, conservación y restauración de la salud. Por otro lado, el derecho a la salud puede entenderse como “el derecho de la persona a que su salud no sea amenazada por acciones del Estado o de los particulares”.

La Constitución Española de 1978 presta especial atención a la salud desde distintas perspectivas. Sin embargo, el artículo 43 CE, constituye el eje central. Dicho precepto se encuentra ubicado en el Capítulo III del Título I dedicado a los “Principios rectores de la política social y económica”. En él se reconoce el derecho a la protección de la salud y se establece que los poderes públicos deben organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Se puede afirmar que en este artículo se constitucionaliza un “derecho a la asistencia sanitaria” en el marco de una institución pública denominada Sistema Nacional de Salud. Nos encontramos ante un derecho a prestaciones en sentido estricto.

Es importante señalar que los principios rectores están vinculados a los derechos fundamentales, pues la CE no es un conjunto de preceptos autónomos e independientes, sino que entre ellos se unen y conectan. Existe una clara relación entre el derecho a la salud y el derecho a la vida, o el derecho a la integridad física o moral.

---

<sup>12</sup> León Alonso, Marta, *Protección Constitucional de la Salud*. La Ley- Actualidad, 2010, pp. 149 -196.

Los derechos contenidos en los principios rectores no son derechos subjetivos dentro de la CE, sino que nacen a partir del desarrollo que realiza el legislador. De este modo, es fundamental prestar atención a la Ley 14/1986 de 25 de abril<sup>13</sup>, General de Sanidad, que hoy día regula el marco sanitario, dado que fue la que consagró la fundación de las Consejerías de Sanidad y el Ministerio de Sanidad. Esta Ley es la síntesis del artículo 43 de la Constitución Española y el título VIII sobre las competencias de las Comunidades Autónomas en materia de sanidad, en la que se transfieren las competencias sanitarias a las CCAA que no están atribuidas expresamente al Estado en el artículo 149 de la Constitución Española. Su creación marcó un hito en el desarrollo de la cuestión sanitaria porque dio paso a grandes avances como fue la posibilidad de cubrir tanto legal como políticamente lo estipulado en el artículo 43 CE, además de contribuir en la labor de dar forma al Sistema Nacional de Salud. En su artículo 44.2 lo define como “conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas que integran todas las funciones y prestaciones sanitarias para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud”. El principio de integración para los servicios sanitarios en cada Comunidad Autónoma inspira el artículo 50 de la Ley General de Sanidad: “En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias”. Con el Sistema Nacional de Salud se pretendía descentralizar completamente la asistencia sanitaria, es decir, que fuesen las Comunidades Autónomas las que gestionasen y ejercieran control sobre el órgano sanitario relativo a cada una, así como dotar a este de más igualdad en el reparto y acceso, facilitando la asistencia sanitaria a cualquier persona. Por ello, todas las CCAA han asumido paulatinamente competencias en materia de sanidad: para garantizar la protección de la salud en España y aproximar la gestión de la asistencia sanitaria a la ciudadanía y facilitarle así garantías en cuanto a la equidad, la calidad y la participación. En concreto, ejercen sus competencias en las siguientes materias: planificación sanitaria, salud pública y asistencia sanitaria.

Como parte del reparto de competencias a las CCAA, y al ser esta la Comunidad en la que nos encontramos, destaco que la Comunitat Valenciana cuenta con su propio marco legislativo para la sanidad y el acceso a los servicios sanitarios en territorio valenciano. Por ello, lo relativo a las disposiciones generales, así como órganos que componen la estructura sanitaria

---

<sup>13</sup> Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

valenciana viene establecido por el Decreto 93/2018<sup>14</sup>, de 13 de julio, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento orgánico y funcional de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. La apertura y control de los centros sanitarios, tanto públicos como privados de dicha Comunidad se regula a través del Decreto 157/2014<sup>15</sup> por el que se establecen las autorizaciones sanitarias y se actualizan, crean y organizan los registros de ordenación sanitaria de la Conselleria de Sanidad.

De forma paralela, transcurridos muchos años desde la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, se han producido importantes cambios en la sociedad y se han planteado nuevos retos para la organización del SNS, retos que han manifestado la necesidad del funcionamiento cohesionado del Estado y de las CCAA. Por todo ello, la Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud<sup>16</sup> busca la colaboración de las Administraciones Públicas Sanitarias para mejorar su funcionamiento, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social. El órgano básico de cohesión es el Consejo Interterritorial. El artículo 69 de dicha Ley lo define como el “órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud (...)”. La Ley General de Sanidad de 1986 preveía que estuviese integrado por igual número de representantes de la Administración del Estado como de las Comunidades Autónomas. Sin embargo, en el artículo 70 de la Ley de Cohesión y Calidad se establece que el Consejo Interterritorial esté constituido por el Ministro de Sanidad y Consumo, que ostentará la presidencia, y por los consejeros competentes en materia de Sanidad de las Comunidades Autónomas. El artículo 71 enumera sus principales competencias “que se ejercerán sin menoscabo de las competencias legislativas de las Cortes Generales y, en su caso, normativas de la Administración General del Estado, así como de las competencias de desarrollo normativo, ejecutivas y organizativas de las Comunidades Autónomas”, así pues conocerá, debatirá y, en su caso, emitirá recomendaciones relacionadas con aspectos esenciales en la configuración del Sistema Nacional de Salud; desempeñará funciones de asesoramiento, planificación y evaluación en diversos ámbitos; desarrollará un papel esencial en la coordinación del Sistema Nacional de Salud a través de varias acciones y, por último, tendrá funciones de cooperación entre el Estado y las Comunidades Autónomas.

---

<sup>14</sup> Decreto 93/2018, De 13 de julio del Consell, por el que se aprueba el Reglamento orgánico y funcional de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

<sup>15</sup> Decreto 157/2014, de 3 de octubre, del Consell, por el que se establecen las autorizaciones sanitarias y se actualizan, crean y organizan los registros de ordenación sanitaria de la Conselleria de Sanidad.

<sup>16</sup> Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

## 2. EL MENOR COMO SUJETO DE DERECHOS

### 2.1 Marco conceptual

#### a. **Ámbito universal**

El siglo XX ha sido calificado por algunos autores como el siglo de la infancia. Esta calificación se debe a que, durante ese siglo, por una parte, existe una mayor conciencia sobre la necesidad de protección hacia los niños y, por otra, se produce un rápido desarrollo de sus derechos, al menos desde un punto de vista teórico.

Este apartado tiene como objeto analizar cómo culmina durante el siglo XX, la protección de la infancia y el reconocimiento jurídico de sus derechos a nivel internacional.

Los motivos históricos que fomentaron la aparición del “interés superior del niño” en el contexto mundial, fueron los derivados de los enfrentamientos bélicos y en especial de los que se originaron a partir de la Segunda Guerra Mundial. Fue así como surgió la Declaración de Derechos del Niño<sup>17</sup>, adoptada por la Sociedad de Naciones en el año 1924, también conocida como la “Declaración de Ginebra”. Fue el primer texto internacional específico sobre los derechos del niño, y surgió como una propuesta encabezada por la inglesa Eglantyne Jebb, fundadora de Save The Children y de la Unión Internacional de Auxilio al Niño.

Este texto fue promulgado primero por la Unión Internacional de Auxilio al Niño en 1923 y adoptado por la Sociedad de Naciones un año después. Constaba de cinco principios donde se recogieron de manera escueta los derechos de los niños, centrándose en su bienestar y reconociendo su derecho al desarrollo, asistencia, socorro y protección. A pesar de ser el primer paso significativo de la Comunidad Internacional en el avance de los derechos del niño, se trata de un texto sin valor normativo para los Estados. Es una Declaración donde se incidía más en la protección que en el niño como sujeto activo de derechos. Los artículos situaban al niño como sujeto pasivo, bajo la fórmula “El niño debe ser...” siendo el destinatario principal de dicha Declaración, la sociedad adulta y los Estados.

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, se constituye la Organización de las Naciones Unidas en la Conferencia de San Francisco, en 1945. En 1948 la ya mencionada Declaración Universal de Derechos Humanos, aunque no lo mencione expresamente, tiene como sujeto también al niño, ya que es aplicable a todo ser humano sin distinción.

---

<sup>17</sup> Declaración de Derechos del Niño, adoptada por la Sociedad de Naciones, predecesora de la Organización de las Naciones Unidas, en 1924.

Tomando como base la Declaración de Ginebra, la Asamblea de Naciones Unidas redactó un nuevo texto aprobado el 20 de noviembre de 1959. La nueva Declaración de Derechos del Niño constaba de un preámbulo y 10 principios.

En su preámbulo establece que “el niño por su falta de madurez física y mental necesita de protección y cuidado especial, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento”. Tanto el principio cuarto como el sexto versan sobre el tema objeto de este trabajo; el bienestar del menor en el ámbito de la salud. El cuarto principio señala, del mismo modo que se hace en el preámbulo, la especial protección que requiere el niño: “gozará de una protección especial para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable, así como en condiciones de libertad y dignidad”. Y el sexto principio pone de manifiesto que salvo circunstancias excepcionales no deberá separarse al niño de corta edad de su madre.

Aunque este texto tampoco está dotado de eficacia jurídica, hay que destacar dos aspectos: en primer lugar, el avance que supuso en el tratamiento del niño con respecto a la Declaración de 1924 porque se recogieron más derechos y ámbitos concretos de protección. El texto de 1924 contaba con cinco principios mientras que esta Declaración de 1959 está compuesta por diez. En segundo lugar, en este nuevo texto se dota al niño de un mayor protagonismo al conceptualarlo claramente como sujeto de su “propio” derecho, ya que en 1924 desde un punto de vista lingüístico el niño aparecía como sujeto pasivo.

En 1989 con la Convención sobre los Derechos del Niño, nos encontramos ante el primer instrumento internacional jurídicamente vinculante que incorpora toda la gama de derechos humanos para los niños: civiles, culturales, económicos, políticos y sociales. A diferencia de sus predecesores, es un texto más desarrollado, consta de cincuenta y cuatro artículos frente a los cinco principios de la Declaración de 1924 y los diez de la Declaración de 1959. Se definen los derechos básicos de los niños y niñas de todo el mundo, entre los que destacamos en el ámbito de la salud; la supervivencia, el desarrollo pleno, la protección contra influencias negativas y la plena participación en la vida familiar, cultural y social. Así pues, los Estados Parte se esforzarán y adoptarán las medidas adecuadas para que el niño no sea privado de su derecho a disfrutar del más alto nivel de salud, además este documento menciona que la sociedad deberá conocer las ventajas de la lactancia materna, adoptándose las medidas eficaces y apropiadas para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para los niños, ya que una buena salud viene de la mano de una nutrición adecuada.

## **b. Acciones del Parlamento Europeo**

En este ámbito señalamos “La Carta Europea de los Derechos de los Niños y Niñas hospitalizados” aprobada por el Parlamento Europeo el 16 de junio de 1986, donde se menciona de manera directa que cualquier niño/a que esté hospitalizado tiene derecho a estar acompañado de su padre, madre o de las personas cuidadoras. Además, estas personas podrán participar de la estancia hospitalaria, sin que les comporte costes adicionales ni obstaculice el tratamiento del niño o de la niña. Establece asimismo que el niño tiene derecho a no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse.

Cabe también mencionar la “Carta Europea de los Derechos del Niño”, de 8 de julio de 1992, se trata de una resolución adoptada por el Parlamento Europeo en virtud de la cual se pide a los Estados Miembros, así como a los demás órganos internacionales de la Comunidad, que se lleven a cabo determinadas acciones en favor de una política familiar que permita el desarrollo armonioso y equilibrado del niño. En 45 puntos la Resolución recoge un catálogo de derechos para los niños que generan, en consecuencia, obligaciones para los padres, para el Estado y para la sociedad. Este catálogo de derechos y obligaciones no se aparta en lo sustancial de los contenidos en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Niños de 1989.

Por último, otra importante acción del Parlamento Europeo consiste en el Informe emitido el 25 de noviembre de 1996 sobre medidas de protección de menores en la Unión Europea. En 43 puntos el Parlamento da una serie de directrices. Entre ellas la siguiente: “Insta a los Estados Miembros a que hagan lo necesario para que se redacte un protocolo adicional al Convenio Europeo sobre los Derechos Humanos que tome en consideración las necesidades específicas de los niños”, también desea que la Comisión “dé prioridad a los derechos de los niños” y pide que se haga de los derechos del niño “un principio de acción en todos los ámbitos políticos”. De la lectura de dicho informe se deduce que La Unión Europea carece todavía de una política orientada directamente a los derechos del niño y, en consecuencia, la mejora de sus condiciones de vida y la protección integral de su persona.

En conclusión, en Europa todavía se tiene que profundizar para alcanzar una mejor garantía en la protección de los derechos del niño. Es de vital importancia exigir una regulación sistemática y positiva que permita combatir cada situación concreta y, en suma, convertir la salvaguarda de los derechos del niño en un principio fundamental en la actuación de las Instituciones de la Unión Europea.

### **c. En el ordenamiento jurídico español**

El interés superior del menor lo encontramos regulado en la Constitución Española, más concretamente en su artículo 39, el cual constituye el eje fundamental en torno al cual se proporciona asistencia y protección efectiva al menor de edad. Trata de asegurar que toda persona menor de edad se desarrolla de forma plena y adecuada por medio de dos tipos de fuerzas, una privada, a través de las obligaciones que impone a la familia, y otra pública, mediante el desarrollo de la protección integral que se garantiza a los hijos y a aquellos que deben contribuir a alcanzarla de una manera efectiva.

Con el objetivo de crear un adecuado marco de protección de los derechos del menor a raíz de diversos tratados internacionales, pero sobre todo a causa de la aprobación de la CDN, se establece la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor (reformada por la Ley Orgánica 8/2015). Esta Ley supuso una gran repercusión en la materia por varios motivos: entre ellos, podemos señalar en primer lugar, la intención de dar respuesta a las lagunas existentes sobre cuestiones relacionadas con el menor. En segundo lugar, la Ley establece preceptos que vinculan de forma directa a los poderes públicos con la protección del niño y, en tercer lugar, la norma dispone un amplio catálogo de derechos que concilia la protección y autonomía, como medio para el desarrollo de la personalidad del niño.

Define en su preámbulo el interés superior del menor desde un contenido triple. Por un lado, nos encontramos ante un derecho sustantivo del menor directamente invocable ante los tribunales, en el sentido de que el menor tiene derecho a que, cuando se adopte una medida que le concierna, sus mejores intereses hayan sido evaluados y, en el caso de que haya otros intereses en presencia, se hayan ponderado a la hora de llegar a una solución. Por otro lado, se trata de un principio general de carácter interpretativo, de manera que, en el supuesto de varias posibles interpretaciones de una misma disposición jurídica, debe optarse siempre por aquella que obedezca al interés del menor. Finalmente, este principio es una norma de procedimiento, y en caso de no tenerse en cuenta en cualquier proceso, se podrá recurrir ante los tribunales. En su artículo 2 aparte de establecer el interés superior del menor como criterio general de actuación, fija criterios más específicos que se han de tener en cuenta a la hora de tomar decisiones relacionadas con un menor como es la importancia de proteger su derecho a la vida y a la satisfacción de sus necesidades básicas, también la relevancia de tener en cuenta su opinión. A su vez, conforme a los principios de necesidad y proporcionalidad, enumera una serie de elementos de ponderación de los mimos: edad y madurez del menor, igualdad y no discriminación, etc. Por tanto, el interés superior del menor debe entenderse como aquello que le reporta un beneficio en el sentido más amplio posible, un beneficio material, social,

psicológico, moral etc., en todo lo que resulte de acuerdo, a sus derechos fundamentales y contribuya al libre desarrollo de su personalidad.

Por último, cabe mencionar la política de atención a la infancia en el marco autonómico. En la Comunitat Valenciana encontramos la Ley 26/2018, de 21 de diciembre, de la Generalidad, de derechos y garantías de la infancia y la adolescencia. El eje central de la norma es el título II, que configura el estatuto jurídico de la infancia y la adolescencia en la Comunitat Valenciana, desarrollando los derechos reconocidos en la Convención de Derechos del Niño, entre ellos y centrándonos en el tema que aborda nuestro trabajo encontramos en el artículo 36 el derecho del niño al más alto nivel posible de salud y en su artículo 79 se señala de manera más incisiva el derecho a una alimentación adecuada asegurando el derecho a la lactancia materna

Los derechos del niño constituyen una exigencia normativa y por ello obligan jurídicamente a todos, pero no basta un reconocimiento formal, sino que es precisa una exigencia positiva de promoción, creando las condiciones jurídicas, políticas, sociales, económicas y culturales que conviertan en realidad el libre desarrollo de la personalidad del niño en el ámbito sanitario.

## **2.2 Derechos del menor**

En este epígrafe vamos a tratar los derechos que están en juego y que afectan al menor como sujeto con capacidad jurídica y, por tanto, como poseedor de derechos que es.

### **a. Derecho a la vida**

El derecho a la vida está reconocido en el artículo 15 de la CE, este derecho junto al derecho a la integridad física y moral, constituyen los derechos más básicos y primarios de todos los reconocidos en el texto constitucional. Así, el Tribunal Constitucional en la sentencia 53/1985, sobre el aborto, afirma que la vida, más que un derecho, es “el presupuesto o soporte físico de todos los derechos, que sin ella carecerían de sujeto y, por lo tanto, de entidad”.

Es por ello que se puede sostener de forma general que el derecho a la vida es un derecho universal, es decir, que le corresponde a todo ser humano. El derecho de los niños a la vida implica el hecho de asegurarles la posibilidad de crecer y desarrollarse en un ambiente favorable. Es indispensable, por tanto, que puedan beneficiarse de servicios médicos adecuados, de una alimentación equilibrada, de una educación buena, así como de un ambiente saludable, de manera que, desde su nacimiento, todos los niños tienen derecho a una vida protegida.

Si nos centramos en el tema que aborda este trabajo, la relación madre e hijo durante las primeras horas después del nacimiento es fundamental. Los bebés separados de sus madres al nacer experimentan un aumento en los niveles de estrés, tienen dificultades para mantener su temperatura corporal, sufren un mayor riesgo de infecciones. Además, la separación provoca o puede provocar fallos en la creación de los vínculos, la madre presenta una mayor dificultad para lactar a su hijo, y se siente más dudosa acerca del cuidado del recién nacido. Es por ello que la investigación llevada a cabo en los últimos años pone en tela de juicio los procedimientos y rutinas de muchos hospitales, donde la separación del recién nacido y su madre es, salvo gratas excepciones, el patrón común.

Todos estos efectos negativos que encontramos dentro de las rutinas hospitalarias son contrarios al concepto de “interés superior del menor” entendido como la directriz que “obliga a tomar la decisión más beneficiosa sobre los derechos del niño, aun cuando existan otros intereses en el mismo entorno; provocando así un efectivo resguardo a la integridad física y emocional del menor”<sup>18</sup>.

#### **b. Dignidad y derecho de alimentos**

La dignidad, como principio informador que orienta y es base de los derechos humanos, la encontramos también en los derechos inherentes al menor como individuo de la sociedad. Desde que nace con vida y se desprende del seno materno, el menor es considerado persona y, por tanto, merecedor del respeto que se desprende de tal condición, consecuencia de la dignidad humana.

La dignidad se manifiesta a través de diversos derechos, entre ellos, el derecho de alimentos. Por alimentos entendemos, de acuerdo con lo que establece el artículo 142 del Código Civil<sup>19</sup>, todo aquello que es “indispensable para el sustento, habitación, vestido y asistencia médica”. Se trata de un derecho humano básico y fundamental, componente esencial del derecho a un nivel de vida adecuado que parte del núcleo de derechos humanos y cuya realización es indispensable para que, en este caso, el menor, pueda desarrollar una vida en condiciones dignas. Es, por tanto, condicionante para la realización de otros derechos humanos como el derecho a la vida o a la salud.

En cuanto a la alimentación del menor, es cierto que algunas investigaciones afirman que la lactancia natural aporta más beneficios que la artificial, pero también es cierto que la lactancia

---

<sup>18</sup> Cabrera Vélez, Juan Pablo, *Interés superior del niño: el adendum a los libros escritos sobre el derecho de menores*, Cavallos Editora Jurídica, 2015, p. 17.

<sup>19</sup> Real Decreto de 24 de julio de 1989 por el que se publica el Código Civil.

artificial ha avanzado tanto que puede servir de sustento al menor. Es por ello que, dada la posición de máxima vulnerabilidad del recién nacido y que hay alternativas a la lactancia materna que cumplen con la función de alimentar, debe prevalecer el derecho de la madre a decidir sobre sí misma y su cuerpo. Sin embargo, esto no significa que los poderes públicos no deban “promover, fomentar y facilitar el ejercicio de la lactancia materna como actividad beneficiosa para los menores que es”<sup>20</sup>.

En conclusión, la lactancia materna debe ser proporcionada y facilitada y, en aquellos casos en los que no sea posible que la madre lacte, ya sea por razones personales, físicas o psíquicas debe posibilitarse una correcta lactancia artificial para que todo recién nacido tenga derecho a una correcta nutrición.

### **c. Integridad física y psíquica y libre desarrollo del menor**

La personalidad se traduce en el ámbito jurídico en la capacidad jurídica, es decir, la aptitud para ser titular de derechos y obligaciones. Por aplicación del artículo 10.1<sup>21</sup> de la CE el individuo adquiere desde su nacimiento con vida y una vez enteramente desprendido del seno materno (art. 29 CC) los derechos de la personalidad y solo los pierde cuando fallece (art. 32 CC), por lo que el menor es titular de los derechos de la personalidad desde que nace en esas circunstancias.

Ahora bien, en la medida en que el menor tiene limitada su capacidad de obrar como complemento del libre desarrollo de la personalidad, el artículo 39.3 de la CE impone a los padres la obligación de prestar asistencia de todo orden a los hijos menores, siendo estos verdaderos sujetos activos.

En relación con el tema que aborda nuestro trabajo, la OMS ha señalado varias ventajas que reporta la lactancia materna sobre el niño, entre ellas encontramos que fomenta un mejor crecimiento y desarrollo. Por ello, si la madre decide la lactancia natural como forma de alimentación para su hijo hospitalizado debe respetarse para que ese sujeto que se está desarrollando plenamente en la sociedad lo pueda hacer sin obstáculos.

Por otro lado, muy relacionada con el derecho a la vida y a la salud se encuentra el derecho a la integridad física y psíquica del menor, cuya regulación encontramos en el artículo 15 de la CE. Todo recién nacido tiene derecho a recibir los cuidados sanitarios afectivos y sociales que

---

<sup>20</sup> Caparrós Amorós, María Victoria. La Lactancia y Su Dimensión Constitucional, 2017/2018.

<sup>21</sup> Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, España, 6 de diciembre de 1978.

le permitan un desarrollo óptimo físico, mental, espiritual, moral y social en edades posteriores de la vida. En este caso la OMS también ha proporcionado datos afirmando que el contacto piel con piel precoz mejora el desarrollo físico y emocional del recién nacido<sup>22</sup>, por tanto, si el bebé requiere ser hospitalizado, la madre debe poder ingresar con él, o al menor, permanecer con su hijo las 24 horas. Deben existir razones válidas para intervenir en el proceso natural de un parto y no vulnerar así, los derechos tanto del menor como los de la madre.

#### **d. Derecho a estar acompañado**

Desde el punto de vista jurídico, la patria potestad es el conjunto de derechos y deberes que la Ley otorga a los padres respecto a sus hijos menores de edad no emancipados. En este sentido, el artículo 154 del Código Civil establece que la patria potestad “se ejercerá siempre en beneficio de los hijos”, y otorga a los padres el deber de velar por ellos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, etc.

Ahora bien, cuando un hijo menor, en este caso un recién nacido, se encuentra hospitalizado, las rutinas hospitalarias de muchas unidades españolas de neonatología no permiten que los padres puedan tenerlo en su compañía durante las 24 horas del día, dificultan que puedan velar por sus derechos. Además, si la madre ha decidido la lactancia natural como forma de alimentar a su hijo, no se está permitiendo que sea a demanda, a pesar de que la “Carta Europea de los Derechos de las Niñas y Niños Hospitalizados” recoge expresamente el derecho del niño a estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituya, el mayor tiempo posible durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos, sino como elementos activos de la vida hospitalaria.

Las necesidades físicas y psicológicas de los niños son prioritarias, y deben considerarse superiores a cualquier interés que concurra, pero para que el interés del menor sea valorado y considerado como primordial en todas las acciones y decisiones que le conciernan tanto en el ámbito público como privado durante su hospitalización, es necesario que no se considere al mismo como un elemento pasivo, sino como sujeto de sus propios derechos. Por tanto, no debe vulnerarse su derecho a estar acompañado ni el deber que tienen los padres de velar por él, reclamando el tipo de atención que consideren más adecuada.

---

<sup>22</sup> Organización Mundial de la Salud, “Lactancia materna exclusiva”, 2011. En [http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/). (Consulta: 28/11/2019)

A efectos de este trabajo, permitir este acompañamiento consiste en atender también la salud y descanso de la madre, facilitándole la permanencia, ofreciéndole alimentación y espacio para dormir en el hospital porque la estancia de la madre junto a su hijo hospitalizado permite mejorar la eficiencia de un servicio clínico, traduciéndose en atenuar los trastornos psíquicos del niño, disminuir la desnutrición e infecciones intrahospitalarias, fomentar la lactancia a demanda, optimizar el recurso humano, acortar la hospitalización...

En conclusión, a pesar de que estar acompañado es un derecho del menor, que son los padres quienes tienen el deber de velar por su hijo, y de que la evidencia científica no ha dejado de poner de manifiesto los factores negativos que implica la separación madre-bebé, en algunas unidades hospitalarias no tienen todavía interiorizada esta forma de atención y encuentran diversos y variados motivos para desaconsejar el ingreso conjunto y vulnerar el derecho del niño a estar acompañado, viéndose afectado además el principio de interés superior del menor.

### **3. DERECHO A LA LACTANCIA**

#### **3.1 Importancia de la lactancia materna**

Desde que nace, la principal fuente de alimentación del ser humano es la leche materna. Sin embargo, aún falta conocimiento respecto al derecho que toda madre tiene de amamantar a su bebé y este, el derecho de recibir leche materna, y, por consiguiente, también falta una adecuada tutela jurídico-política.

La lactancia materna contribuye a la supervivencia y salud de los niños y niñas, siendo un tipo de nutrición indispensable para su crecimiento y desarrollo. Aporta nutrientes, anticuerpos y sustancias biológicamente activas, que favorecen el crecimiento y el desarrollo inmunológico, sirviendo como primera inmunización por sus propiedades.

En la *“Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño”* del año 2003, se indicaba la necesidad de que se respetara el derecho de los niños a su alimentación, tal y como se había aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 en Ginebra, durante la Convención sobre los Derechos del Niño.

Se destaca que la relevancia de la lactancia como vínculo afectivo, es quizás aún mayor que la puramente nutricional. En efecto, el contacto entre la madre y el niño que se desarrolla durante el acto de mamar fortalece el lazo entre ambos, brinda particular confianza al niño y genera en la madre un incremento en la unión con el pequeño. Tanto por su valor nutricional como por

el vínculo que fomenta entre madre e hijo, la OMS recomienda que todos los bebés sean alimentados exclusivamente con leche materna desde el nacimiento hasta los seis meses de edad, y mantener la lactancia materna hasta que el niño cumpla los dos años.

No obstante, la lactancia no es un asunto solo de las madres, sino responsabilidad de toda la sociedad, por lo que deben abrirse oportunidades reales para que todas las madres puedan amamantar. Entre las causas de no inicio y de abandono de la lactancia materna, encontramos que a pesar de los avances sociales que se han logrado en los últimos tiempos respecto a dar el pecho en público, muchas son las madres que cuando lo hacen reciben malas miradas, comentarios inoportunos etc., causando así un estímulo externo negativo para ellas, ya que en muchas ocasiones por evitar situaciones incómodas prefieren no iniciar la lactancia, y si la han iniciado provoca que dejen de amamantar. Por otro lado, la creación de los productos de lactancia artificial ha provocado intereses económicos muy fuertes en todo el mundo. En este caso, la publicidad de dichos productos en un principio fue realmente agresiva y aunque ahora no lo es de una forma tan exagerada, los medios de comunicación no han dejado de anunciar estos productos donde la salud del niño se ha visto y se ve mermada por los intereses comerciales de grandes y poderosas empresas.

En este contexto es especialmente relevante la capacitación de los profesionales sanitarios en lactancia materna, ya que estos se encuentran en una posición privilegiada para influir en las decisiones y prácticas maternas. Sin embargo, nos encontramos con que, en los últimos años los profesionales aún conservan algunos de los prejuicios que, de manera muy interesada, se inculcaron cuando se empezaron a comercializar los productos de lactancia artificial, como es el caso de creer que la leche humana no proporciona suficiente alimento para el bebé. En las investigaciones sobre el conocimiento, las actitudes y las prácticas de los profesionales de salud sobre lactancia materna, y en particular de médicos, pediatras y obstetras, se han encontrado importantes deficiencias, convirtiéndose en un gran obstáculo para la práctica del amamantamiento. La formación básica y continua de los profesionales sanitarios debería ser una prioridad de las políticas de salud, teniendo en cuenta que estos son los responsables del asesoramiento a las madres, directa o indirectamente. En 1989 la OMS y UNICEF publicaron una declaración sobre Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural<sup>23</sup>: la función especial de los servicios de maternidad, donde se establece que “los agentes de salud, no sólo deben conocer bien los aspectos sanitarios, nutricionales y fisiológicos de la correcta

---

<sup>23</sup> Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Declaración conjunta OMS/Unicef, Ginebra 1989.

alimentación, sino que además deben estar familiarizados con la mecánica de la lactancia natural, sus diversas influencias psicosociales, las posibles dificultades que pueden oponerse a ella, así como la forma de superarlas. Pero, naturalmente, no basta con poseer esos conocimientos, sino que también es preciso que dicho personal adopte una actitud positiva hacia la lactancia natural”.

La pérdida de la cultura del amamantamiento ha afectado a la sociedad en su conjunto. Es evidente la necesidad de mejorar la capacitación de los profesionales de la salud. Pero para que esa capacitación sea efectiva, debe ir de la mano de políticas sanitarias y de iniciativas para cambiar las rutinas de los centros sanitarios contrarias a la lactancia materna, y crear así, un verdadero ambiente favorable y sin contradicciones respecto a la promoción del amamantamiento, independientemente de las decisiones finales, que corresponden a las madres. Por todo ello es importante que los distintos sectores asuman sus responsabilidades: los gobiernos, los sistemas de salud, las empresas, las familias y las comunidades.

La eliminación de las barreras que a menudo enfrentan las madres requiere que todos comprendamos la importancia de la lactancia y trabajemos para promover culturas de protección y apoyo. Con todo esto, se hace referencia a priorizar el fortalecimiento de la acción conjunta con los gobiernos. Corresponde al Estado, sus instituciones y ONGS defender el interés público y el derecho a amamantar, con políticas y programas bien estructurados, eficientes y adecuadamente financiados y evaluados. Por este motivo se requieren alianzas que controlen activamente que las corporaciones de alimentos infantiles nunca antepongan sus intereses a la salud y bienestar de la población. En este contexto, el papel de las instituciones de salud y su personal se basa en el desarrollo de políticas, programas, protocolos y rutinas que garanticen la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna.

### **3.2 Medidas para el fomento de la lactancia materna**

#### **a. Contexto supranacional y europeo**

A lo largo de las últimas décadas se han intensificado los esfuerzos para desarrollar políticas y programas de actuación para el fomento de la lactancia materna en todo el mundo.

En 1974, la 27ª Asamblea Mundial de la Salud<sup>24</sup> advirtió del descenso de las tasas de lactancia materna a nivel mundial a causa de factores socioculturales y de la publicidad por parte de las

---

<sup>24</sup> 27ª Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1974.

empresas fabricantes de leches artificiales. Este documento fue el primer paso para desarrollar más adelante, en 1981, el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna<sup>25</sup> por parte de la OMS y UNICEF.

El Código se crea con el objetivo de promover, proteger y apoyar la LM desde la regulación de la publicidad y venta de leches artificiales. Declara que no está permitido ningún tipo de promoción de sucedáneos de la leche humana, es decir, la entrega de muestras gratuitas a los profesionales de salud, así como proporcionar información sobre productos que no estén científica y objetivamente probados. Además, hace un llamamiento a todos los gobiernos para que incorporen a su legislación dicho Código, y así en su artículo 11.1 establece que “Los gobiernos deben adoptar, habida cuenta de sus estructuras sociales y legislativas, las medidas oportunas para dar efecto a los principios y al objetivo del presente Código, incluida la adopción de leyes y reglamentos nacionales u otras medidas pertinentes”.

Tras casi 40 años desde que se publicó el Código, aún se violan e incumplen muchos artículos. Es cierto que se ha mejorado en cuanto al etiquetado de los productos y se han eliminado las formas más llamativas de publicidad. Sin embargo, seguimos encontrando publicidad en internet y muestras gratuitas de leche artificial en Hospitales y Centros de Salud.

Ante la constatación de que la lactancia materna seguía decayendo en prácticamente todos los países, y del continuo incumplimiento por parte de las empresas del Código de Sucedáneos de la Leche Materna por la falta de regulación específica en los diferentes países, la OMS junto a UNICEF publicó en 1989 el ya mencionado documento de Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural<sup>26</sup>, que se dirige a los responsables políticos en materia de salud y nutrición de los diferentes países, a los profesionales sanitarios de los servicios de salud materno infantiles, a las organizaciones de agentes de salud, y a los grupos de apoyo a las madres, con un doble objetivo: promover el conocimiento de la importancia crítica que tienen los servicios de salud en la protección y promoción de la lactancia natural, y describir las medidas que pueden adoptarse para facilitar a las madres la información y apoyo oportunos. Este documento contiene un decálogo, que sería posteriormente la base de la “Iniciativa Hospital Amigo de los Niños”. Se trata de los “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural” donde se pone de manifiesto la recomendación, entre otras, de disponer por escrito de políticas relativas a la lactancia natural, de capacitar a los profesionales sanitarios, de ayudar y formar a

---

<sup>25</sup> Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1981.

<sup>26</sup> Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Declaración conjunta OMS/Unicef, Ginebra 1989.

las madres a iniciar y mantener la lactancia materna, y de fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural.

En Florencia, la “Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna”<sup>27</sup> fue desarrollada y adoptada en 1990 por los participantes de la reunión de la OMS y Unicef. Como objetivo se plantea dar la oportunidad a todas las mujeres de amamantar de manera exclusiva hasta los seis meses del niño y continuar con esta, complementándola con otros alimentos apropiados hasta los 2 años o más. Este objetivo se expone para todos los niveles de la sociedad, con la condición de reforzar todas las acciones que protejan, promuevan y apoyen la LM, dentro de programas complementarios como cuidado prenatal y perinatal, nutrición, servicios de planificación familiar...

Tal y como se especifica en el documento, es imprescindible que se refuerce la “cultura del amamantamiento”, realizando una enérgica defensa contra las incursiones de la “cultura del biberón” y aumentando la confianza de las mujeres en su capacidad para amamantar.

En 2002 se aprobó la Estrategia Mundial de Alimentación al Lactante y al Niño Pequeño por la OMS y UNICEF, tras haberse reunido previamente en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud. El objetivo general de la EMALNP es mejorar el estado nutricional, crecimiento, desarrollo y salud en general de los lactantes y los niños pequeños y, de ese modo, su supervivencia, mediante la protección, promoción y apoyo de la LM. Entre los objetivos específicos se plantea aumentar el compromiso de los gobiernos y las organizaciones internacionales, así como servir de guía para la adopción de medidas concretas, basándose en las últimas investigaciones científicas.

En Europa el “Plan Estratégico para la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia”<sup>28</sup> fue presentado en Dublín (Irlanda) el 18 de junio de 2004 en la Conferencia de la Unión Europea sobre la Promoción de la Lactancia en Europa. El documento se crea con la finalidad de combatir los bajos índices de lactancia materna que presenta Europa.

Se desarrolla en 6 apartados resumidos a continuación:

1. *Política y planificación:* Enfatiza la necesidad de crear políticas específicas para grupos con desventajas sociales y niños en circunstancias difíciles. El Plan Estratégico

---

<sup>27</sup> Declaración de Innocenti, sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna, 1 de agosto de 1990, Florencia, Italia.

<sup>28</sup> Protección, promoción y apoyo a la lactancia en Europa: Plan estratégico. Dublín, Irlanda, 2004.

desarrolla planes a corto y largo plazo para las autoridades nacionales, pidiendo la colaboración de coordinadores cualificados y comités intersectoriales.

2. *Información, educación, comunicación:* Este apartado es fundamental para restablecer la cultura de la lactancia materna en Europa. Los padres tienen derecho a una información completa, correcta y óptima sobre la superioridad de la leche materna como alimento imprescindible para el lactante. La información debe ser proporcionada por personal sanitario correctamente formado y preparado, consejeros y grupos de ayuda madre a madre.
3. *Formación:* La mejor manera de mejorar competencias es alentando al personal de salud relevante para que asista a cursos de lactancia materna avanzados.
4. *Protección, promoción y apoyo:* La protección de la lactancia está basada principalmente en la completa implementación del Código Internacional y la legislación sobre protección de la maternidad. La promoción la desarrolla por medio de la implementación de políticas nacionales y recomendaciones a todos los niveles del sistema social y de salud. El apoyo lo plantea asegurando que “Todas las mujeres tengan acceso a servicios de ayuda en lactancia [...] Se debe proteger el derecho de las mujeres de amamantar cuando y donde ellas necesiten”.
5. *Control:* Para asegurar una correcta comparación, el control de la iniciación de la lactancia, de su exclusividad y sus índices de duración debe ser gestionado utilizando indicadores.
6. *Investigación:* Acentúan la necesidad de fomentar la investigación sobre el coste/beneficio, coste/eficiencia y viabilidad de las diferentes intervenciones sobre lactancia materna. Resulta imprescindible promocionar y apoyar la investigación de calidad, sin ningún tipo de conflicto de interés y basándose en las definiciones estándar de las categorías de la alimentación infantil.

Reconoce la LM como una de las mejores herramientas para la mejora de la salud de los niños y permite ofrecer a los gobiernos e instituciones europeas un marco capaz de reforzar, coordinar y garantizar la continuidad de las iniciativas locales, regionales y nacionales para la promoción de la lactancia materna. Su objetivo específico es conseguir en toda Europa una

mejora de las prácticas y de las tasas de lactancia, así como pedir que se desarrollen políticas claras con gestión firme y financiación adecuada, considerando las estructuras y recursos disponibles en cada zona.

La OMS en 2012, a través de su documento “Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición Materna del Lactante y del Niño Pequeño”<sup>29</sup>, programó 6 metas mundiales para el 2025 y, 5 acciones correspondientes.

Las metas mundiales propuestas para 2025 fueron:

1. Reducir en un 40% el número de niños menores de 5 años en el mundo que sufre retraso en el crecimiento.
2. Reducir a la mitad las tasas de anemia en mujeres con edad fértil.
3. Reducir en un 30% la insuficiencia ponderal al nacer.
4. Lograr que no aumenten los niveles de sobrepeso en la niñez.
5. Aumentar las tasas de LM exclusiva en los primeros seis meses de vida hasta un 50%, como mínimo reducir la emancipación en la niñez y mantenerla por debajo del 5%.

Las 5 acciones presentadas para lograr los objetivos propuestos en el plan fueron:

1. Crear un entorno propicio para la aplicación de políticas integrales de alimentación y nutrición.
2. Incluir en los planes nacionales de nutrición, todas las intervenciones sanitarias eficaces que tengan efectos en la nutrición.
3. Estimular la elaboración de políticas y programas fuera del sector de la salud que reconozcan e incluyan la nutrición.
4. Proporcionar recursos humanos y económicos suficientes para la aplicación de las intervenciones nutricionales.
5. Efectuar un seguimiento y una evaluación de la aplicación de las políticas y programas.

## **b. Contexto nacional**

En España, la Constitución de 1978 establece en el artículo 39.1 como principio rector de la política social y económica que los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia. El artículo 148.20 posibilita a las Comunidades Autónomas asumir esta competencia. En virtud de dicho artículo, la legislación de desarrollo y ejecución de la lactancia

---

<sup>29</sup> Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Organización Mundial de la Salud, 2014.

puede ser regulada por las autonomías, dentro de los límites que la legislación básica estatal establece. Por ello, veremos qué tipo de tratamiento se le da por parte de la normativa estatal y por parte de la normativa autonómica.

En primer lugar, desde el punto de vista estatal no existe una norma que regule la lactancia de manera específica. No obstante, encontramos una mención en la Ley Orgánica 3/2007, más concretamente en su artículo 14.7 cuando establece que uno de los criterios generales de los poderes públicos es la protección de la maternidad con especial atención a la asunción por la sociedad de los efectos derivados del embarazo, parto y lactancia.

Cabe mencionar la Resolución de 10 de julio de 2017<sup>30</sup>, de la Secretaria General de Sanidad y Consumo por la que se publica el Convenio de colaboración con la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia, para impulsar buenas prácticas, especialmente relacionadas con la atención al parto, el nacimiento y la alimentación en la primera infancia, que permitan contribuir a alcanzar las metas de nutrición establecidas por la Asamblea Mundial de la Salud. Entre sus objetivos específicos encontramos: aumentar la frecuencia de la práctica del contacto piel con piel madre – hijo, el número de profesionales implicados y adecuadamente capacitados para la atención al parto y nacimiento, así como el número de instituciones sanitarias hospitalarias y de atención primaria acreditadas con el Galardón IHAN.

La Iniciativa Hospital Amigo de los Niños, de la que hablaremos en la segunda parte de este trabajo, nació en España en 1995, con la creación del Comité Nacional de la IHAN, en el que participaron representantes de UNICEF y de asociaciones científicas de los distintos sectores sanitarios. En 2009, pasó a denominarse “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia”.

Por otro lado, entre las normativas autonómicas encontramos ciertos indicios de regulación de la lactancia. En concreto, en el País Vasco, el Decreto 147/2015 de 21 de julio<sup>31</sup> refleja el objetivo de unificar en una sola norma los derechos que pertenecen a los pacientes y profesionales de salud en el País Vasco, pero también pretende reconocer las necesidades normativas específicas en ámbitos como la reproducción y la sexualidad. Así en el artículo 9 d), se reconoce el derecho de las madres a ser informadas en materia de lactancia. Esta norma

---

<sup>30</sup> Resolución de 10 julio de 2017, de la Secretaria General de Sanidad y Consumo, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia.

<sup>31</sup> Decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi. Boletín Oficial del País Vasco de 4 de agosto de 2015.

“regula el papel de la madre como un miembro de la sociedad, como un sujeto pleno de derechos con un ámbito propio, de entidad pública, como es la maternidad”.

También la Ley 8/2018 de 20 de abril, de la Generalitat, de modificación de la Ley 10/2014, de Salud de la Comunitat Valenciana establece que la Conselleria competente en materia de sanidad adoptará medidas para promocionar la lactancia materna como garantía del mejor desarrollo del recién nacido y facilitará la información necesaria a la madre para que elija la alimentación de éste; y una vez que la madre haya ejercido su derecho de opción, su derecho deberá ser respetado. Además, adoptará las medidas necesarias para implementar la iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia en todos los departamentos de salud de la Comunitat Valenciana. En el artículo 59 bis de la Ley se recogen los derechos generales que las mujeres tienen en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Concretamente, los apartados f) y g) del precepto señalan que se debe facilitar en el momento del nacimiento el contacto físico temprano entre madre e hijo, así como informar y formar a la mujer en materia de lactancia materna con el fin de fomentar el desarrollo de la salud y su utilización en la alimentación infantil.

En Cataluña, en 2017 era aprobada una proposición de resolución<sup>32</sup> sobre lactancia que establecía un comité encargado de la promoción y protección de la lactancia, proporcionando más información y especialistas a disposición de la madre.

Asimismo, en algunas leyes autonómicas de familia se le da importancia a la lactancia. En la Ley 9/2014, de 23 de octubre, de Apoyo a las Familias de Aragón, se hace hincapié en el respeto a los derechos y libertades constitucionales y civiles, así como en la garantía de la realización efectiva de las condiciones de igualdad relacionadas con el ejercicio de derechos derivados de la maternidad y paternidad. Su artículo 52.2 establece que las mujeres tienen derecho a la maternidad libremente elegida y para ello se les facilitará la información y asistencia necesaria. Como complemento a las políticas de apoyo a la maternidad se estructurará una red de puntos de lactancia en Aragón que facilite este cuidado (art. 58).

También en el Anteproyecto de Protección integral a la familia de la Región de Murcia<sup>33</sup> se establece y regula una red de apoyo a la mujer embarazada. Además, contempla el compromiso de la Administración regional de promover una red de puntos de lactancia materna de acceso libre.

---

<sup>32</sup> Resolució 514/XI sobre l'alletament matern. Boletín Oficial del Parlamento de Cataluña, 2 de marzo de 2017.

<sup>33</sup> Anteproyecto de Ley de Protección Integral de la Familia. Región de Murcia, 17 de octubre de 2018.

El Gobierno de les Illes Balears, con la Ley 8/2018 de 31 de julio de apoyo a las familias, de la misma manera establece en su artículo 28 f) que adoptará medidas para promover la lactancia y garantizar el derecho a lactancia de las mujeres y sus recién nacidos en los espacios públicos, evitando cualquier tipo de discriminación. Asimismo, señala que se impulsarán puntos de lactancia de acceso libre.

Tras observar el panorama normativo en España cabe destacar que existe una carencia de textos normativos que cumplan con las necesidades específicas del ejercicio de la lactancia como derecho subjetivo y fundamental. El mayor flujo de actividad en este ámbito lo vemos, no obstante, de la mano de las asociaciones de apoyo a la lactancia, que ostentan un papel esencial para elevar a la importancia que merece, este tema.

### **c. Grupos de apoyo a la lactancia materna**

El nacimiento y constitución de un grupo de apoyo a la lactancia materna suele surgir del deseo de un pequeño grupo de madres que disfrutaran amamantando, que tienen una experiencia positiva y conocen las dificultades que pueden interferir en la lactancia, a veces, porque las han padecido ellas mismas. Por ello, se embarcan en la tarea de fomentar la lactancia materna apoyando a otras madres. Otros grupos de apoyo cuentan desde su inicio con la ayuda de profesionales o instituciones sanitarias, que impulsan su creación o desarrollo.

Estos grupos basados en el apoyo mutuo y ayuda entre iguales, se diferencian claramente de otras iniciativas de promoción y apoyo de la LM dentro del contexto sanitario, como pueden ser los talleres de lactancia, donde existe un profesional sanitario que lidera el grupo desde su rol de experto, ofreciendo consejo profesional.

El antecedente histórico de los grupos de apoyo a la lactancia materna lo encontramos en Estados Unidos, con la creación, en 1956, de la Liga de la Leche<sup>34</sup>, que nace por iniciativa de un grupo de siete valientes mujeres que, unidas por el intenso deseo de alimentar naturalmente a sus bebés, decidieron luchar contra la cultura del biberón y el ambiente opresivo para el amamantamiento en el que vivían, organizando una red de apoyo a las madres que desearan amamantar de forma natural a sus bebés. A partir de ese momento, nació la Liga de la Leche Internacional, organización pionera en la promoción y apoyo a la lactancia materna que actualmente se encuentra presente en más de 85 países. Desde su nacimiento, el número de

---

<sup>34</sup> La Liga de la Leche se fundó en 1956 y atiende cada mes a más de 300.000 madres en 63 países. La Liga de la Leche es miembro del Consejo de Organizaciones No-Gubernamentales de UNICEF y mantiene relaciones de trabajo con la Organización Mundial de la Salud. Es, además, miembro fundador de la Alianza Mundial a favor de la Lactancia Materna. Recuperado de: <http://www.laligadelaleche.es/>. (Consulta 16/12/2019).

grupos de apoyo ha crecido en todo el mundo. Su misión consiste en ayudar a las madres de todo el mundo a amamantar mediante la ayuda, el apoyo, la información y la formación madre a madre, y en promover un mejor entendimiento de la lactancia como elemento importante en el sano desarrollo del niño y la madre.

La OMS reconoce en varias ocasiones la función y eficacia de los grupos de apoyo a la lactancia materna, hecho que queda patente en la Declaración OMS/UNICEF (1989)<sup>35</sup> que se resume en los 10 pasos para una Feliz Lactancia Natural, donde se recomienda en el paso diez “fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital”. Este paso supone ofrecer a la madre todos los recursos de apoyo a la lactancia que existan en su área. Además, en la Estrategia Mundial de Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (OMS/UNICEF 2002) se destaca la necesidad de velar porque las redes de apoyo de base comunitaria sean acogidas de forma favorable dentro del sistema de atención a la salud. Asimismo, se reconoce el importante papel que los grupos de apoyo entre madres, junto a otras iniciativas de apoyo comunitario, pueden desempeñar en la aplicación de los propósitos y objetivos de esta Estrategia.

Los primeros grupos de apoyo a la LM aparecen en nuestro país a mediados de los años ochenta con la asociación Vía Láctea en Aragón, fundada en 1985 y oficialmente legalizada 2 años más tarde. Actualmente en España contamos con un centenar de grupos repartidos por todas las Comunidades y Provincias.

Muchos de estos grupos han optado por organizarse de forma federada, ejemplo de ello es el nacimiento en 2003 de la Federación Española de Asociaciones Pro-lactancia Materna (FEDALMA)<sup>36</sup>, que reúne a más de 50 asociaciones y grupos de apoyo en toda España, algunas de ellas son; ABAM en Baleares, Alba Lactancia Materna en Cataluña, Almamar en Andalucía o la Mama d’Elx en la Comunitat Valenciana.

---

<sup>35</sup> La OMS y la UNICEF han emitido una revisión de su declaración conjunta de 1989 sobre Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Este documento incluye una tabla de “Diez pasos para una feliz lactancia natural”.

<sup>36</sup> FEDALMA reúne a más de 50 asociaciones y grupos de apoyo en toda España que, entre sus finalidades, se dedican a desarrollar servicios de información y apoyo dirigidos a las mujeres que quieren amamantar a sus hijos. Una de las prioridades desde su fundación en el año 2003, ha sido poder ofrecer formación en temas específicos de lactancia, así como en las cuestiones de tipo asociativo. En <https://www.fedalma.org/>. (16/12/2019).

Además de la creación de FEDALMA de ámbito nacional, se han creado también federaciones a nivel autonómico como es el caso de la Federación Catalana de Grupos de Apoyo a la LM<sup>37</sup> y la Federación Gallega de Asociaciones de Apoyo a la LM.

### **3.3 Lactancia y derechos implicados de la madre**

#### **a. Dignidad e igualdad**

Cuando una madre tiene a su recién nacido hospitalizado hay en juego varios derechos fundamentales que son por ello inherentes tanto a la persona de la madre como a la del menor. En este epígrafe trataremos de los derechos relativos a la madre.

En primer lugar, la dignidad de la persona se conforma en el valor supremo y en el principio jurídico que constituye la columna vertebral básica de todo el ordenamiento constitucional y es fuente de todos los derechos fundamentales. Conforme al artículo 10.1 CE: “La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la Ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”. La dignidad humana es una cualidad intrínseca, irrenunciable e inalienable de todo ser humano que debe ser respetada, garantizada y promovida por el orden jurídico estatal e internacional, sin que pueda ser retirada a alguna persona por el ordenamiento jurídico ni por ningún poder público ni privado, siendo inherente a su naturaleza humana<sup>38</sup>.

En la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 la dignidad cumple un importante papel siendo uno de los principios informadores que conlleva el deber de respetar a todo ser humano independientemente de sus circunstancias. Así lo vemos en el art. 1 DUDH: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos...”.

También la Ley 41/2002<sup>39</sup>, que se publicó con la intención de reafirmar que un ciudadano no abandona sus derechos cuando entra en un hospital, contempla el derecho a la dignidad en el marco sanitario, estableciendo en su art. 2 que “la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica”.

---

<sup>37</sup> Federació catalana de grups de suport a la lactància materna. Promueven la creación de grupos y asociaciones de apoyo a la lactancia materna en Cataluña y organizan cursos de formación específica para asesoras de lactancia. En <http://www.grupslactancia.org/es/> (Consulta 16/12/2019).

<sup>38</sup> González Pérez, Jesús. *La dignidad de la persona*, Civitas, Madrid, 1986.

<sup>39</sup> Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Por eso, “toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios”.

Por otro lado, de la dignidad se deriva el derecho a la igualdad. La igualdad es un valor de alcance general, indispensable para cimentar el Estado social y democrático de Derecho en el que vivimos. Se fundamenta en el reconocimiento de la igual dignidad de todos los seres humanos por el hecho de serlo, dignidad que es innata a la persona e inalterable por razón de las circunstancias. Encontramos este derecho en el art. 14 CE: “Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna...”, así como en el artículo 9.2 CE “corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social”.

Entendiendo el derecho a la dignidad del artículo 10.1 y el derecho a la igualdad del artículo 14 de nuestra Constitución, debería ser suficiente para comprender y afirmar que las decisiones de “no separación materna-neonatal” y la opción de lactancia materna deben ser respetadas en la medida en que son decisiones inherentes a la condición humana. Una madre, por el mero hecho de serlo, es merecedora de “respeto recíproco” por el personal hospitalario y sus decisiones no deben quedar a merced de éste, mucho menos por motivos de comodidad o de tradición hospitalaria. De lo contrario, se estaría atacando la dignidad de la madre como ser humano y a su derecho a la igualdad.

#### **b. Libertad, integridad física y psíquica y libre desarrollo de la personalidad**

No respetar las voluntades de la madre también es un atentado a su libertad. Entendemos este derecho como la facultad de toda persona a decidir cómo quieren actuar dentro de los límites del ordenamiento jurídico. El derecho a la libertad y seguridad del artículo 17 de nuestra Constitución hace referencia a la libertad en su aspecto de libertad ambulatoria, garantizando a su titular que no se le prive de ella de manera injustificada o arbitraria en supuestos diferentes a los previstos por el ordenamiento jurídico.

Muy relacionado con el derecho a la libertad se encuentra el libre desarrollo de la personalidad<sup>40</sup>, ya que implica que el Estado debe respetar y reconocer la facultad de cada persona de ser como quiera ser, de adoptar su propio proyecto vital y de desarrollarse en la sociedad por sí misma, sin ser limitada más que por los derechos de las otras personas y del ordenamiento jurídico<sup>41</sup>.

El elemento fundamental que vincula estos dos derechos es el reconocimiento de la voluntad y de la autonomía de cada individuo para elegir su modo de actuar y pensar.

Por otro lado, el art. 15 CE determina que todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que en ningún caso puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. El derecho a la integridad personal comprende las esferas física, psíquica y moral de un individuo. Toda persona, por su propia condición humana, tiene el derecho a que se le resguarden estos aspectos que conforman la totalidad de su integridad. La integridad física de un individuo se refiere a su organismo en todas sus formas, es decir, el derecho a que todos los tejidos del cuerpo de la persona no sean vulnerados. La integridad psíquica es la preservación de todas las habilidades motrices, emocionales e intelectuales; y la integridad moral representa el derecho de las personas a decidir qué tipo de vida quieren realizar de acuerdo con sus creencias y perspectivas.

La madre es sujeto de derechos y, por lo tanto, puede decidir qué tipo de alimentación desea para su hijo. En el ámbito de la lactancia, entendemos la decisión de ejercerla o no como una manifestación del derecho de libertad y del libre desarrollo de la madre. La disponibilidad de una leche alternativa no genera la obligación de usarla. Del mismo modo, cuando no permiten a la madre permanecer al lado de su hijo hospitalizado, entendemos que están vulnerando el derecho a la integridad psíquica, a la libertad y al libre desarrollo de la personalidad, pues están condicionando la autonomía de pensamiento y acción y el valor como individuo que la madre se da a sí misma.

---

<sup>40</sup> Rivera, José Antonio, Derecho al libre desarrollo de la personalidad, *Los tiempos*, 2017. En <https://www.lostiempos.com/actualidad/opinion/20170720/columna/derecho-al-libre-desarrollo-personalidad> (Consulta:18/12/2019).

<sup>41</sup> El derecho al libre desarrollo de la personalidad, 2009. En <https://sondelaloma.wordpress.com/2009/03/26/derecho-al-libre-desarrollo-de-la-personalidad/> (Consulta: 18/12/2019)

### c. Derechos sexuales y reproductivos

Por último, cuando una madre toma una decisión respecto a la alimentación o crianza de su hijo, entendemos que está ejerciendo sus derechos sexuales y reproductivos.

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos que facultan a las personas a controlar todos los aspectos de su vida relacionados con su sexualidad sin verse sujetos a la coerción, la discriminación y la violencia de terceros sujetos. También el derecho a decidir de manera libre y responsable el número de sus hijos y a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva, así como a disponer de la información, la educación y los medios para ello<sup>42</sup>.

La protección de este ámbito de autonomía personal tiene una singular significación para las mujeres, para quienes el embarazo y la maternidad son hechos que afectan a sus vidas. La mujer, como ser humano, tiene libre disposición de su cuerpo, es la única persona que debe tomar decisiones sobre ella misma y, por tanto, sobre muchas de las manifestaciones prácticas de sus derechos sexuales y reproductivos.

Es a partir de la década de los 90 cuando la salud sexual y reproductiva comienza a estar presente, por lo que no fue hasta la II Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos realizada en Viena en 1993<sup>43</sup>, en que la Organización de las Naciones Unidas recordó a los Estados que la violencia contra la mujer es una violación de los derechos humanos, subrayando la importancia de eliminarla tanto en sus manifestaciones en la vida pública y privada; así como de eliminar todas las formas de acoso sexual, la explotación y la trata de mujeres. Un año después, la Conferencia Mundial sobre la población y el desarrollo de El Cairo<sup>44</sup>, marcó un punto de inflexión al dotar de mayor poder a las mujeres y comprometer a los Estados en el logro de la equidad de género.

Encontramos manifestaciones de este derecho en la Ley Orgánica 2/2010<sup>45</sup> (modificada por la Ley Orgánica 11/2015<sup>46</sup>) al reconocer el derecho de las mujeres a la interrupción de manera voluntaria del embarazo en supuestos establecidos por la ley. Pues, como dice en su

---

<sup>42</sup> Vázquez y Maoño, “Derechos sexuales y reproductivos. Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo”, 2005. En <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/66> (Consulta: 18/12/2019).

<sup>43</sup> Declaración y programa de acción de Viena. Conferencia Mundial de los Derechos Humanos, ONU, del 25 de junio de 1993, p. 7.

<sup>44</sup> Informe sobre la Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo. Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo, ONU, p. 37, 13 de septiembre de 1994.

<sup>45</sup> Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, España, 3 de marzo de 2010.

<sup>46</sup> Ley Orgánica 11/2015 para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, España, 23 de septiembre de 2015.

Exposición de Motivos, la Ley aborda esta protección de los derechos sexuales y reproductivos de manera integral, consiguiendo así la protección de la autonomía de la mujer en un ámbito tan relevante como lo es la maternidad. Además, define la salud sexual como “el estado de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, que requiere un entorno libre de coerción, discriminación y violencia y la salud reproductiva la condición de bienestar físico, psicológico y sociocultural en los aspectos relativos a la capacidad reproductiva de la persona, que implica que se pueda tener una vida sexual segura, la libertad de tener hijos y de decidir cuándo tenerlos”. También, en su art. 3 reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida, y es por eso que en su Título II regula la interrupción voluntaria del embarazo estableciendo una serie de requisitos y circunstancias para garantizar tanto los derechos de la embarazada como los del feto.

Las mujeres se empoderan cuando se reconoce el valor, tanto de su trabajo productivo como reproductivo, de manera que, centrando la atención en el tema objeto de este trabajo, la lactancia es parte integrante del ciclo de reproducción femenina. El derecho al acceso a los sistemas de salud y la calidad de los servicios implica necesariamente la creación de sistemas reales de apoyo y protección a la lactancia materna y que los sistemas de atención estén libres de presiones comerciales. Sin embargo, a la hora de ejercer el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, las mujeres encuentran obstáculos en las prácticas hospitalarias inadecuadas cuando, por ejemplo, no cuentan con una habitación equipada y adecuada para que puedan estar las 24 horas acompañando a su hijo menor hospitalizado y, de esta manera, poder practicar una lactancia a demanda. También encuentran obstáculos en la promoción de leche de fórmula por parte de muchos profesionales sanitarios que intentan presionar a las mujeres con este tipo de alimentación porque si deciden lactar a demanda a su hijo hospitalizado implicaría el acceso a una alimentación adecuada para ella, atención y un ambiente adecuado para poder hacerlo, es decir, supondría anteponer el bienestar materno infantil a los intereses económicos y eso parece no interesar ni al gobierno ni a muchos de los hospitales españoles.

En conclusión, el ejercicio de la lactancia, como ya hemos mencionado anteriormente, es una materia que carece prácticamente de regulación. Este vacío genera inseguridad jurídica y contribuye a la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer cuando decide dar el pecho a su hijo.

## SEGUNDA PARTE

### HOSPITALIZACIÓN DEL MENOR

#### 1. Hospitales e interés superior del menor

La infancia es un período de desarrollo decisivo para el ser humano. Durante la infancia se define nuestra propia identidad. Al tiempo que es una etapa crucial para la formación de la persona, es también aquella que requiere de una mayor protección. Siendo el interés superior del menor un principio rector en cualquier esfera de la vida, en esta segunda parte del trabajo analizaremos de una manera más concreta la protección del menor en el ámbito sanitario.

De capital importancia en el ámbito de la salud es la ya mencionada Ley 41/2002 que regula los derechos y la autonomía del paciente indicando en su art. 8 que una intervención solo podrá efectuarse después de que el paciente, previamente informado, haya consentido. En el caso de los menores de edad, el consentimiento será prestado por sus representantes legales solo si dicho menor, como sucede en estos casos, no es “capaz ni intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención”. El art. 315 del Código Civil establece que la mayoría de edad empieza una vez que se cumplen los 18 años y el art. 322 que el mayor de edad es capaz para todos los actos de la vida civil. Sin embargo, en el ámbito sanitario existen dos criterios determinantes de la capacidad de obrar, “el criterio subjetivo de la capacidad natural, valorado según un acto concreto y la madurez evolutiva del menor, y el criterio objetivo de la edad de 14 años, momento a partir del cual se presume capacidad natural suficiente para determinadas cuestiones, por ejemplo, ser testigo en un juicio.”<sup>47</sup>.

En cuanto al derecho del menor a ser oído<sup>48</sup> se parte de la presunción *iuris tantum* de que los menores tienen capacidad para formar sus propias opiniones a los doce años y el derecho a expresarlas, existiendo una estrecha relación entre el derecho y el interés superior del menor. Ambos son principios generales de la Convención Sobre los Derechos del Niño de 1989, el segundo fija los objetivos a alcanzar, mientras que el primero ofrece la metodología para conseguirlo, generando así una relación de complementariedad, sin que sea posible satisfacer el interés superior del menor sin respetar su derecho a ser oído. Que los menores puedan

---

<sup>47</sup> Slavcheva Markov Ivanova, Angelina, “El derecho de autodeterminación del menor maduro en el ámbito de la salud”. En <https://revistas.um.es/bioderecho/article/view/297861> (Consulta: 8/01/2020).

<sup>48</sup> Beltrán Aguirre, Juan Luis, “La capacidad del menor de edad en el ámbito de la salud: dimensión jurídica”, *Derecho y Salud*, Vol. 15, 2017, pp. 9-26. En <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2269063> (Consulta: 10/03/2020).

participar en las decisiones que le afectan mediante su derecho a ser escuchado estimula el futuro desarrollo de su personalidad.

Ahora bien, en el caso de que el menor actúe poniendo en grave riesgo su salud deberá ser comunicado a los padres para que intervengan, porque tienen el deber de velar por el menor, es decir, de proteger su dignidad y el libre desarrollo de su personalidad<sup>49</sup>. Los padres tienen la obligación de consentir el tratamiento médico necesario para mejorar la salud o salvar la vida del hijo menor, incluso cuando ello entre en contradicción con sus propias creencias religiosas, pues como ha reconocido el Tribunal Constitucional “el derecho que asiste al creyente de creer y conducirse personalmente conforme a sus convicciones no está sometido a más límites que los que le imponen el respeto a los derechos fundamentales ajenos y otros bienes jurídicos protegidos constitucionalmente”<sup>50</sup>, “el interés superior del niño opera como contrapeso a los derechos de cada progenitor”<sup>51</sup>. Si los padres se negaran a consentir el tratamiento médico necesario para salvar la vida de su hijo, entonces deberá solicitarse autorización judicial para el mismo.

Como ya hemos mencionado a lo largo del trabajo, el interés superior del menor se configura en la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor como un principio jurídico interpretativo, un derecho sustantivo y una norma procedimental. Este principio consagrado desde 1959 en la Declaración Universal de los Derechos del Niño y posteriormente en la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, debe guiar las actuaciones tanto de entes públicos como privados y goza de primacía frente a otros derechos o intereses cuando no resulte posible conciliarlos.

Al ser un concepto jurídico indeterminado, el interés del menor debe concretarse atendiendo a las particularidades de cada caso. No obstante, con la Ley Orgánica 8/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, el legislador ha introducido los criterios que deben tenerse en cuenta a la hora de interpretar y aplicar el interés superior del menor. Estos criterios proporcionan al operador jurídico las pautas en las que apoyar su decisión y son la plasmación del criterio doctrinal y jurisprudencial que se había desarrollado en los últimos años<sup>52</sup>. Así, en su artículo 2 se enumeran tanto los criterios generales como los elementos de ponderación. Entre los primeros interesa mencionar el derecho a la vida, al libre

---

<sup>49</sup> De Lama Aymá, Alejandra, *La protección de los derechos de la personalidad del menor de edad*, Universidad Autónoma de Bellaterra, 2005.

<sup>50</sup> Sentencia Núm. 154/2000, Pleno del Tribunal Constitucional, de 18 de julio.

<sup>51</sup> Sentencia Núm. 176/2008, Sala Primera del Tribunal Constitucional, de 22 de diciembre.

<sup>52</sup> En la Sentencia núm. 565/2009, Tribunal Supremo-Sala Primera, de lo Civil, 31 de julio de 2009, se había señalado la necesidad de determinar los criterios para la valoración del interés del menor.

desarrollo, la satisfacción de sus necesidades básicas, tener en cuenta su opinión, así como la conservación de su identidad, cultura, religión y convicciones.

La vida en su dimensión objetiva es “un valor superior del ordenamiento jurídico constitucional y supuesto ontológico sin el que los restantes derechos no tendrían existencia posible”<sup>53</sup>, por lo que el interés superior del menor ha de ser el de preservar su vida en condiciones tales que sea capaz de ejercer con plenitud el resto de sus derechos cuando alcance la mayoría de edad. Con esto lo que pretendemos transmitir es que tanto los representantes legales del menor, los facultativos, así como los poderes públicos tienen el deber de tomar la decisión correcta según los principios de necesidad y proporcionalidad, teniendo en cuenta que el derecho a la vida constituye el derecho prevalente.

## **2. Unidades neonatales: separación materna-neonatal**

Una vez analizado el interés superior del menor en los hospitales vamos a examinar el problema concreto que nos interesa, es decir, la separación materna-neonatal que ocurre en muchos de los hospitales españoles durante la hospitalización del lactante.

El contacto estrecho entre la madre y su hijo recién nacido es la norma biológica de la especie humana. Históricamente, ha aportado protección, calor y nutrición al lactante. La hospitalización de los recién nacidos no debería interrumpir o ser un impedimento para la lactancia materna exclusiva. Sin embargo, en muchas ocasiones no sucede esto y los protocolos hospitalarios, más que las propias necesidades médicas, se convierten en una barrera para la cohabitación y lactancia. Todos los recién nacidos deberían poder disfrutar de las ventajas de la no separación. Si están sanos, no hay razón para separarlos y si están enfermos, necesitan a su madre más que nunca.

En 1958, Jhon Bowlby<sup>54</sup>, definió el apego como “conductas de acercamiento que realiza el recién nacido hacia su madre para buscar protección”. El apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres o cuidadores y que le proporciona la seguridad emocional e indispensable para un buen desarrollo de la personalidad. El estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto. En este sentido, resulta importante destacar que la práctica del

---

<sup>53</sup> Sentencia Núm. 53/1985, Pleno del Tribunal Constitucional, de 11 de abril.

<sup>54</sup> John Bbowlby fue un psicoanalista inglés, notable por su interés en el desarrollo infantil y sus pioneros trabajos sobre la teoría del apego.

contacto piel con piel va más allá de las primeras horas de haber nacido el bebé y que para poder disfrutar realmente de sus beneficios lo recomendable es seguir practicándolo durante las siguientes semanas al parto y, por tanto, durante la hospitalización. Se ha demostrado que la práctica del contacto piel con piel favorece que la instauración de la lactancia materna se extienda más en el tiempo y así lo defiende la OMS señalando que es eficaz y fácil de aplicar para fomentar la salud y el bienestar tanto de los recién nacidos prematuros como de los nacidos a término<sup>55</sup>.

También, el Ministerio de Sanidad en su documento “Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas”<sup>56</sup>, incluido en el marco de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del año 2010, señaló: “La crianza de los niños y niñas en la especie humana ha dependido de la presencia de los padres, fundamentalmente de la madre porque es ella quien además le va a alimentar. Por otro lado, hay que recordar que la separación de los recién nacidos de sus padres y madres y la dificultad para poder permanecer a su lado cuando estaban ingresados se instauró sin que nadie haya podido mostrar nunca ningún beneficio de esta separación (...)”.

Las recomendaciones nacionales e internacionales indican que los padres deben tener acceso las 24 horas del día, que la lactancia materna debe ser a libre demanda y que se debe poner en práctica el cuidado madre canguro durante el ingreso de los recién nacidos en la unidad neonatal, pero la realidad hospitalaria es otra puesto que en muchas ocasiones cuando el niño debe permanecer ingresado pero la madre deja de ser paciente, estas se enfrentan constantemente a situaciones en las que no solo no se facilita su participación en los cuidados de sus hijos, sino que se establece de forma involuntaria una lucha con el personal sanitario que dificulta la permanencia de la madre junto al bebé y que complica, además, la propia estancia del menor<sup>57</sup>.

---

<sup>55</sup> Blázquez, María Jesús, “Ventajas de la lactancia materna”, *Medicina naturista*, nº1, 2000, pp. 44-51. En <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=202434> (Consulta 26/04/2020).

<sup>56</sup> “Cuidados desde el nacimiento: Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas”, 2010. En <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf> (Consulta: 11/01/2020).

<sup>57</sup> La primera noche, madre e hija ingresaron en la misma habitación y, en consecuencia, la madre podía levantarse tantas veces como su hija necesitara alimento, pero a la segunda noche, como madre que ha dado a luz sana, se le dio el alta. Ya no disponía de habitación, ni cama, ni nada que se le pareciera, solo una silla incomoda al lado de su hija. “El indignante posparto de una madre cuidando de su bebé en el hospital: durmiendo en un saco”, 2017. En <https://www.bebesymas.com/postparto/el-indignante-posparto-de-una-madre-cuidando-de-su-bebe-en-el-hospital-durmiendo-en-un-saco> (Consulta: 11/01/2020). / Una familia pontevedresa con un bebé de un mes ingresado, ha presentado una queja oficial en el servicio de atención al paciente para reclamar “condiciones dignas” en el área de lactantes del centro hospitalario. Puga,

Si bien es cierto que, como hemos venido mencionado en el apartado anterior, la Ley 41/2002 reguladora de los derechos y la autonomía del paciente puede resultar compleja en cuanto a determinar la capacidad natural suficiente que requiere el menor para poder participar en las decisiones que le conciernen. Sin embargo, cuando nos referimos a un recién nacido no hay duda; el menor no es capaz emocional ni intelectualmente de comprender el alcance de la intervención. Por tanto, se requiere el consentimiento de sus padres tanto para las intervenciones necesarias como para proteger su dignidad y el libre desarrollo de su personalidad. No se trata de un derecho de los padres o tutor, pues el derecho a la vida y a la salud pertenece de forma personalísima al hijo, pero sí de un interés legítimo y un deber de los padres en la protección de los bienes jurídicos del menor.

A lo largo del trabajo se ha defendido el contacto neonatal precoz y el apoyo a la lactancia materna como dos medidas para favorecer la salud del recién nacido. Pues bien, las restricciones en las unidades neonatales influyen también en la alimentación de los bebés, ya que se ven sometidos a “pautas” en lactancia que no se adaptan a sus necesidades básicas. No se debe olvidar que el bebé reclama el pecho sin horario fijo y que es conveniente que la madre le ofrezca el pecho nada más muestre señales de tener hambre, y eso solo se puede llevar a cabo permitiendo que la madre pueda estar las 24 horas con su hijo. Para proteger y garantizar el ejercicio de la lactancia, en caso de que la madre elija libremente practicarla, es necesario que se tengan en cuenta tanto los derechos de la madre que hay en juego como los del menor como sujeto poseedor de derechos inherentes a su persona que es.

Con todo lo dicho anteriormente parece evidente que la madre debe tener garantizadas unas condiciones mínimas de confort e higiene durante la hospitalización de sus hijos. Pero, en la práctica, son pocas las unidades neonatales<sup>58</sup> que han tomado conciencia de la importancia vital que tienen las buenas prácticas recomendadas por los organismos sanitarios nacionales e internacionales. En 1999 se hizo un estudio comparativo sobre las políticas de actuación en las unidades neonatales de ocho países europeos, y se constató que, en lugares como Suecia, Reino Unido y Luxemburgo, los padres tenían total libertad de acceso para estar con su hijo hospitalizado. En España no se dispone de ningún registro oficial para el seguimiento de las prácticas básicas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de

---

Natalia. <<Reclaman “condiciones dignas” para madres y bebés lactantes en el Hospital Provincial>>, 2017. En <https://pontevedraviva.com/xeral/40658/reclaman-condiciones-dignas-madres-bebes-lactantes-hospital-provincial/?lang=es> (Consulta: 11/01/2020).

<sup>58</sup>En <https://www.ihan.es/centros-sanitarios/registro-de-hospitales/> (Consulta: 11/01/2020).

Sanidad, por lo que los últimos datos obtenidos pertenecen a un informe del año 2013 realizado por el departamento de investigación y estadística de la Asociación El Parto es Nuestro<sup>59</sup>, donde se desglosa, comunidad a comunidad, la accesibilidad de cada uno de los hospitales que permiten o no el ingreso de los padres y madres a las unidades neonatales y los que cumplen o vulneran los derechos de los niños ingresados. En dicho informe se observa una mayor tendencia de la sanidad privada, en prácticamente todas las CCAA, a restringir el acceso de los padres a sus Unidades Neonatales ya que los centros que trabajan cumpliendo las tres recomendaciones son el 35% en el caso de la sanidad pública, y el 23% en el caso de la sanidad privada.

España ha sido criticada por la Organización Mundial de la Salud, en numerosas ocasiones, por no avanzar, junto con Europa, hacia un sistema de atención al parto más respetuoso. La planificación de la asistencia perinatal se ha adaptado al modelo de organización sanitaria establecido en cada Región o Comunidad autónoma, según factores políticos, económicos, geográficos, legales, demográficos e incluso éticos, pero es necesario que todos los colectivos implicados se dirijan con paso firme hacia la reforma del sistema, comprendiendo que la entrada de los padres y madres en las unidades neonatales y la recuperación de su papel como cuidadores probablemente no deba justificarse desde la evidencia científica sino desde la perspectiva de los derechos fundamentales.

### **3. Hospital Amigo de los Niños: Una oportunidad de mejora**

#### **a. Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN)**

Cada vez hay más voces dentro y fuera de los centros hospitalarios que quieren hacer valer los derechos de mujeres y niños. Por ello, en esta última parte del trabajo vamos a hablar de la iniciativa IHAN.

La OMS y UNICEF conocedores de la importancia de la lactancia materna como eslabón de la cadena de salud, adoptaron una política de apoyo activo y promoción que quedó plasmada en la BFHI (Baby-Friendly Hospital initiative)<sup>60</sup>. Se trata de una iniciativa que surgió en el año 1991 como un programa inspirado en la Declaración de Innocenti para aumentar las tasas de lactancia materna.

---

<sup>59</sup>Asociación el Parto es Nuestro, “Informe sobre la accesibilidad de madres y padres a las unidades neonatales y el cumplimiento de los derechos de los bebés ingresados”, 2013. En [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/blog/20130212UCINfinal/unidos\\_en\\_neonatos\\_informe\\_2013.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/blog/20130212UCINfinal/unidos_en_neonatos_informe_2013.pdf). (Consulta 14/01/2020).

<sup>60</sup> World Health Organization, UNICEF, “Baby-Friendly Hospital Initiative”, 2009. En <https://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>. (Consulta:14/01/2020).

La BFHI surgió tras el descenso importante de las tasas de lactancia, causado por la agresividad de la publicidad para la comercialización de la leche artificial, que se había establecido como la alimentación principal del recién nacido, así como la disminución y casi anulación de la mujer en su papel como madre porque se propiciaba una rápida separación entre madre-hijo tras el parto y se tomaban decisiones en sus cuidados, sobre todo relativas a la alimentación del recién nacido.

Se creó como herramienta para proteger el derecho de las mujeres a decidir con libertad la forma de cuidar y alimentar a sus hijos y tiene como objetivo a los profesionales sanitarios de quienes espera que, basados en los conocimientos científicos más actuales, sean capaces de ofrecer a las mujeres información y apoyo de forma que puedan tomar con libertad las decisiones que estimen más convenientes.

La BFHI inicialmente se denominó en español “Iniciativa Hospital Amigo de los Niños” (IHAN). En septiembre del año 2009 cambió el nombre a “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia”, manteniendo las mismas siglas. IHAN España es una asociación no gubernamental, sin ánimo de lucro. Algunos años recibe fondos del Ministerio de Sanidad, pero también se financia con pequeñas aportaciones privadas y microdonaciones. Se define como un programa estructurado, con un enfoque multifacético para apoyar la lactancia materna que dirija el cambio en los niveles de organización, prestación de servicios y comportamiento individual.

Los criterios que ha de cumplir un hospital para ser acreditado como IHAN incluye el cumplimiento de 10 pasos:

Paso 1. Disponer de una normativa escrita de lactancia que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal.

Paso 2. Capacitar a todo el personal para que pueda poner en práctica la normativa.

Paso 3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia.

Paso 4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia tras el parto. Este paso implica: colocar a los bebés piel con piel con sus madres inmediatamente después del parto, por lo menos durante una hora, y alentar a las madres a reconocer cuando sus bebés están listos para amamantar.

Paso 5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si tienen que separarse de sus hijos.

Paso 6. No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna a no ser que esté médicamente indicado.

Paso 7. Practicar el alojamiento conjunto madre-hijo.

Paso 8. Alentar a las madres a amamantar a demanda.

Paso 9. No dar tetinas o chupetes a los lactantes. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital. Este paso supone ofrecer a la madre todos los recursos de apoyo a la lactancia que existan en su área.

Además, es necesario cumplir el Código de Comercialización de Sucedáneos, tener al menos un 75% de lactancia materna exclusiva (desde el nacimiento hasta el alta), ofrecer información y apoyo a las madres que deciden no amamantar y dar una asistencia al parto acorde con la Estrategia de Atención al Parto normal del Sistema Nacional de Salud.

En conclusión, la acreditación IHAN es un galardón que se otorga a los hospitales que cumplen los “Diez Pasos”, respetan el Código de Comercialización de Sucedáneos de leche materna, ofrecen asistencia a las mujeres acorde a las recomendaciones de la Estrategia de atención al Parto Normal y dan el mismo apoyo a las madres que deciden no amamantar, ayudándolas a establecer las relaciones de vínculo-apego y enseñándolas cómo preparar y administrar los biberones de leche artificial de manera segura. Por esto, la Comisión Europea recomienda apoyar su implantación en Europa.

## **b. Barreras para la implementación de la IHAN**

En este apartado vamos a hablar de las principales barreras que pueden aparecer para alcanzar una exitosa implementación de la IHAN, las cuales se encuentran muy ligadas a las causas de no inicio y abandono de la lactancia materna que hemos ido mencionando a lo largo de este trabajo.

La primera barrera que podemos mencionar es la comercialización de productos de lactancia artificial. Nos bombardean con información en los medios de comunicación, a veces incluso contradictoria, sobre qué es mejor para cualquier ámbito de nuestra vida, incluida la

alimentación de los bebés<sup>61</sup> ya que encontramos mucha más publicidad a favor de la lactancia artificial que a la materna (aunque menos agresiva). Aún arrastramos la imagen del biberón como elemento indispensable y como identificador de todo lo que tenga que ver con los bebés (biberón como logotipo de salas de lactancia, biberón incluidos en los bebés de juguete, en las portadas de libros...).

Teniendo en cuenta que este factor supone una barrera para alcanzar los requisitos exigidos de la IHAN, podríamos pensar que la solución más conveniente sería optar por consultar a cualquier profesional sanitario<sup>62</sup>, pero como hemos mencionado en la primera parte del trabajo, en los últimos años dichos profesionales aún conservan algunos de los prejuicios que, de manera muy interesada, se inculcaron cuando se empezaron a comercializar los productos de lactancia artificial. Por ignorancia o desinformación, se produjo una falsa creencia de que la leche humana no proporciona suficiente alimento para el bebé, creencia que aún persiste en nuestros días. Implicaría cambios importantes formar a los profesionales que asisten a las mujeres durante las primeras horas de vida del niño. Durante la hospitalización la alimentación artificial tiene que estar justificada, los hospitales no pueden facilitar biberones con la marca del fabricante durante los días que las mujeres están hospitalizadas, ya que las madres suelen priorizar la palabra del profesional y casi nunca se oponen. Es por ello que, además, los médicos y profesionales sanitarios deben dejar de lado el perfil autoritario que inhibe el instinto de la madre y le hace pensar que ella no sabe, que son los médicos los únicos que saben. Por tanto, la mala información, la falta de orientación y estímulo por parte de los profesionales de salud se convierte en la segunda barrera que impide que buena parte de los hospitales españoles alcancen la acreditación IHAN.

La tercera barrera se encuentra en las políticas hospitalarias. Las políticas y prácticas inadecuadas impiden el cumplimiento del paso 7 “practicar el alojamiento conjunto madre-hijo”. El alojamiento conjunto permite a las madres responder siempre que sus bebés dan señales de querer comer y esto les ayuda a establecer una buena producción de leche. Es difícil, por tanto, separar el paso 7 del paso 8, referente a la lactancia a demanda. Entre los motivos que se suelen citar para no establecer el alojamiento conjunto encontramos que se permite una mejor supervisión de los bebés en la unidad de neonatos, que las madres no pueden dormir

---

<sup>61</sup> Bastida, Armando, “¿Por qué muy pocos bebés toman lactancia materna exclusiva hasta los seis meses?”, 2009. En <https://www.bebesymas.com/lactancia/por-que-muy-pocos-bebestoman-lactancia-materna-exclusiva-hasta-los-seis-meses>. (Consulta 16/01/2020).

<sup>62</sup> Calvo Quirós, Cindy, “Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento”, *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, n°15, 2008-2009. En <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2745766> (Consulta: 5/02/2020).

tranquilas si su hijo está con ella en la misma habitación, o que el diseño de la unidad hace difícil el alojamiento conjunto y que los cambios arquitectónicos resultan económicamente muy elevados.

Frente al argumento de que las madres necesitan descansar y que no podrán dormir si los bebés permanecen junto a ellas durante la noche, Kefee, neurocientífico y psicólogo, hizo un estudio del sueño nocturno de las madres y los patrones de sueño de los niños (1987-1988)<sup>63</sup> en un grupo con alojamiento conjunto durante las 24 h durmiendo junto a su madre, y otro grupo con alojamiento conjunto tan solo de 7:00 – a 23:00 h. donde los bebés pasaban la noche en la unidad de neonatos. Como resultado no se encontraron diferencias significativas en el número de horas que dormían las madres ni en la calidad del sueño; 7 de las 10 madres del grupo en el que los bebés pasaban la noche en la unidad tomaron somníferos al menos una vez durante las dos noches del estudio, frente a ninguna en el grupo con alojamiento conjunto 24h. En cuanto a los recién nacidos, aquellos que dormían en la misma habitación que su madre pasaron el 33% del tiempo en sueño tranquilo, frente al 25% del otro grupo. En resumen, estos resultados indican que la presencia del recién nacido junto a su madre en una misma habitación no altera mucho el sueño de la madre, pero mejora el sueño del niño.

Lo cierto es que, ninguno de los motivos mencionados justifica que una madre no pueda permanecer con su hijo en la misma habitación durante las 24 horas. El alojamiento conjunto es necesario para todos los recién nacidos y todas las madres independientemente del tipo de alimentación que esta decida para su bebé.

La cuarta y última barrera que encontramos es a nivel político. España no cuenta con un plan nacional de promoción, protección y apoyo a la lactancia. Cada año se realiza un seguimiento sistemático de las tasas nacionales de lactancia materna y su duración en algunos países europeos como Noruega, Croacia, Dinamarca o Suecia. Sin embargo, en España no existe un sistema oficial adecuado de monitorización de lactancia materna. Además, la legislación española del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos es parcial porque cuenta con medidas legales que solo contemplan algunos de los aspectos del Código. Es necesario establecer una Autoridad Nacional de Lactancia, integrar los 10 pasos en políticas nacionales y estándares profesionales, asegurar la competencia profesional, velar por el cumplimiento del Código, incluir la IHAN en sistemas de mejora de calidad, monitorizar resultados e incentivar buenas prácticas, asegurando financiación y apoyo adecuados.

---

<sup>63</sup>Torres García, Belém. *Medicina Naturista*, 2016.

## Conclusiones

**PRIMERA.** – La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la adopción de instrumentos jurídicos concretos o la aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS que tienen especial importancia en lo que respecta al derecho a la salud de los niños.

**SEGUNDA.** – La protección del menor ha ido evolucionado desde las sociedades antiguas en las que no se reconocía a la infancia derecho alguno. Así, en los últimos años se ha ido reconociendo al menor como sujeto jurídico poseedor de derechos inherentes a su persona, aunque sin capacidad de obrar. Al ser un sujeto poseedor de derechos que no los puede ejercer por sí mismo, se establece el interés superior del menor a la hora de tomar decisiones concernientes a este, entendido como la directriz que obliga a tomar la decisión más beneficiosa sobre los derechos del niño, aun cuando existan otros intereses en el mismo entorno. No obstante, a pesar de que el ejercicio de la lactancia materna es una actividad beneficiosa para el menor no conlleva necesariamente su imposición, pues la mujer como sujeto jurídico pleno tiene el derecho de decidir si da de mamar o no.

**TERCERA.** - Dada la situación de la lactancia materna en España, en la que se ha perdido casi por completo la cultura del amamantamiento, debería ser una prioridad sanitaria de primer orden la promoción de la lactancia materna. Sin embargo, las madres no encuentran el apoyo sanitario necesario que les proporcione la suficiente seguridad y experiencia para instaurar una lactancia satisfactoria, ya sea natural o artificial puesto que se trata de una decisión de la propia mujer. La autoridad de los profesionales sanitarios ha sido utilizada a menudo por la industria para vender productos relacionados con la salud del recién nacido, entre ellos las fórmulas de alimentación infantil. Muchos son los intereses económicos existente en este aspecto, por ello no sorprende cuando observamos la falta de interés o de prioridad en legislar sobre el ámbito de la lactancia.

**CUARTA.** – Una mujer que decide dar el pecho a su hijo/a no solo se encuentra con todas estas dificultades, sino que además cuando intenta practicarla durante la hospitalización del

menor y es interrumpida por terceros sujetos, están siendo vulnerados derechos constitucionalmente inherentes a su persona y a la de su hijo/a. A causa de la falta de normativa y compromiso jurídico institucional en general al respecto esos derechos reconocidos por nuestra Constitución son fácilmente quebrantados. En este sentido, los grupos de apoyo se convierten en esenciales porque empoderan a las mujeres, las estimula a hacer preguntas y a retar al sistema sanitario exigiendo el apoyo a la lactancia materna. La madre es sujeto de derechos y, por tanto, con base en la autonomía de la voluntad, el derecho a la libertad y dignidad puede decidir qué tipo de alimentación desea para su hijo.

**QUINTA.** – La actuación de los padres o tutor en el ámbito sanitario no es propiamente un ejercicio de representación legal, pues el derecho a la vida y a la salud pertenece de forma personalísima al hijo, sino el cumplimiento del deber de velar por los bienes jurídicos del menor de edad. De este deber deriva la importancia de que los niños estén acompañados por sus padres las veinticuatro horas durante la hospitalización y, en especial, de la madre en el caso de que sean lactantes ya que el bebé reclama el pecho sin horario fijo. Las políticas y malas prácticas hospitalarias en muchas de las unidades neonatales españolas en las que no se facilita que las madres estén junto a sus hijos y que, por tanto, se lleve a cabo una exitosa lactancia materna, nos lleva a reclamar que se establezcan protocolos de actuación en los que se cumplan tanto con las exigencias sanitarias como con una calidad mínima humanitaria, ofreciéndoles alimentación y un espacio para poder dormir y asearse. Los hospitales que no aprueban un protocolo que recoja estas exigencias están violando sistemáticamente las recomendaciones de la OMS y UNICEF, pero el objetivo de este trabajo no es solo conseguir que se apliquen dichas recomendaciones sino que exista en todas las Comunidades Autónomas y no solo en algunas, una normativa que regule el ejercicio del derecho del menor a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad, porque con base en el interés superior del menor y al derecho a la salud de éste existe la obligación de garantizar los mejores cuidados.

**SEXTA.** – La IHAN es la organización autorizada en España por la OMS y UNICEF, desde 1995, para difundir el proyecto IHAN y otorgar el reconocimiento internacional a las instituciones sanitarias que demuestren buenas prácticas de humanización de la asistencia al nacimiento, lactancia y alimentación del recién nacido, lactantes y niños pequeños. Proporciona un programa estructurado junto con el necesario apoyo para que el personal sanitario responsable de la atención a madres y recién nacidos cambien sus prácticas, mejoren

las tasas de lactancia y consigan finalmente la acreditación hospital IHAN. Se trata de un galardón que se otorga a los hospitales que cumplen los Diez pasos para una Feliz Lactancia Natural y en los que se garantiza el cumplimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna. Además, un hospital acreditado tiene que ofrecer la asistencia en el parto de una manera que, si la situación clínica de madre e hijo lo permite, se respeten sus necesidades. Finalmente, esta iniciativa también exige que se apoye a las madres que deciden no amamantar, respetando y promoviendo el desarrollo del vínculo con su hijo, así como enseñándoles a preparar y a administrar los biberones de sucedáneos de leche materna de una manera segura.



## Bibliografía

- Asociación el Parto es Nuestro, “Informe sobre la accesibilidad de madres y padres a las unidades neonatales y el cumplimiento de los derechos de los bebés ingresados”, 2013. En [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/blog/20130212UCINfinal/unidos\\_en\\_neonatos\\_informe\\_2013.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/blog/20130212UCINfinal/unidos_en_neonatos_informe_2013.pdf)
- Bastida, Armando, “¿Por qué muy pocos bebés toman lactancia materna exclusiva hasta los seis meses?”, 2009. En <https://www.bebesymas.com/lactancia/por-que-muy-pocos-bebes-tomanlactancia-materna-exclusiva-hasta-los-seis-meses>.
- Beltrán Aguirre, Juan Luis, “La capacidad del menor de edad en el ámbito de la salud: dimensión jurídica”, *Derecho y Salud*, Vol. 15, 2017, pp. 9-26. En <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2269063>
- Blázquez, María Jesús, “Ventajas de la lactancia materna”, *Medicina naturista*, n°1, 2000, pp. 44-51. En <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=202434>
- Cabrera Vélez, Juan Pablo, *Interés superior del niño: el adendum a los libros escritos sobre el derecho de menores* (2015). Edit. Cavallos Editora Jurídica.
- Calvo Quirós, Cindy, “Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento”, *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, n°15, 2008-2009. En <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2745766>
- Caparrós Amorós, María Victoria, *La Lactancia y Su Dimensión Constitucional*, 2017/2018.
- Cuidados desde el nacimiento: “Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas”, 2010. En <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
- De Lama Aymá, Alejandra, *La protección de los derechos de la personalidad del menor de edad*. Universidad Autónoma de Bellaterra, 2005.
- El derecho al libre desarrollo de la personalidad, 2009. En <https://sondelaloma.wordpress.com/2009/03/26/deredho-allibre-desarrollo-de-la-personalidad/>.
- “El indignante posparto de una madre cuidando de su bebé en el hospital: durmiendo en un saco”, 2017. En <https://www.bebesymas.com/postparto/el-indignante-posparto-de-una-madre-cuidando-de-su-bebe-en-el-hospital-durmiendo-en-un-saco>
- FEDALMA. En <https://www.fedalma.org/>.

- Federació catalana de grups de suport a la lactància materna. En <http://www.grupslactancia.org/es/>
- González Pérez, Jesús, *La dignidad de la persona*, Civitas, Madrid, 1986.
- IHAN. En <https://www.ihan.es/centros-sanitarios/registro-de-hospitales/>
- La Liga de la Leche. En <http://www.laligadelaleche.es/>.
- León Alonso, Marta, *Protección Constitucional de la Salud*, La Ley- Actualidad, 2010.
- Organización Mundial de la Salud. “Lactancia materna exclusiva”, 2011. En [http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/)
- Pemán Gavín, Juan María, “Sobre el derecho constitucional a la protección de la salud”, *Derecho y Salud*, Vol.16, 2008, pp. 29-62. En <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2750022> (Consulta: 25/04/2020).
- Puga, Natalia, <<Reclaman “condiciones dignas” para madres y bebés lactantes en el Hospital Provincial>>, 2017. En <https://pontevedraviva.com/xeral/40658/reclaman-condiciones-dignas-madres-bebes-lactantes-hospital-provincial/?lang=es>
- Rivera, José Antonio, Derecho al libre desarrollo de la personalidad, *Los tiempos*, 2017. En <https://www.lostiempos.com/actualidad/opinion/20170720/columna/derecho-al-libre-desarrollo-personalidad>
- Slavcheva Markov Ivanova, Angelina, “El derecho de autodeterminación del menor maduro en el ámbito de la salud”. En <https://revistas.um.es/bioderecho/article/view/297861>
- Torres García, Belém, *Medicina Naturista*, 2016.
- Vázquez y Maoño, “Derechos sexuales y reproductivos. Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo”, 2005. En <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/66>
- World Health Organization, UNICEF. “Baby-Friendly Hospital Initiative”, 2009. En <https://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>.

## **Normativa y documentación jurídica**

Anteproyecto de Ley de Protección Integral de la Familia. Región de Murcia, 17 de octubre de 2018.

27ª Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1974.

Carta Europea de los Derechos de los Niños y las Niñas Hospitalizados. Parlamento Europeo, 1986.

Carta Europea de los Derechos del Niño. Parlamento Europeo, 21 de septiembre de 1992.

Carta Europea de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Parlamento Europeo (2000, original) (2007, reformada).

Carta Social Europea. Consejo de Europa (1961).

Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Organización Mundial de la Salud, Ginebra (1981).

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. Observación General nº14: el derecho al más alto nivel posible de salud, artículo 12 del Pacto (2000).

Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 7 de abril de 1948.

Constitución española. Boletín Oficial del Estado, España, 6 de diciembre de 1978.

Convención de Derechos del Niño. Organización de las Naciones Unidas, 20 de noviembre de 1989.

Convención Europea de Derechos Humanos. Consejo de Europa (1950).

Declaración de Derechos del niño. Organización de las Naciones Unidas, 20 de noviembre de 1959.

Declaración Universal de Derechos Humanos. ONU (1948).

Declaración de Derechos del Niño, adoptada por la Sociedad de Naciones, predecesora de la Organización de las Naciones Unidas, en 1924.

Declaración de Innocenti, sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna, 1 de agosto de 1990, Florencia, Italia.

DECRETO 93/2018, De 13 de julio del Consell, por el que se aprueba el Reglamento orgánico y funcional de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

DECRETO 157/2014, de 3 de octubre, del Consell, por el que se establecen las autorizaciones sanitarias y se actualizan, crean y organizan los registros de ordenación sanitaria de la Conselleria de Sanidad.

DECRETO 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi. Boletín Oficial del País Vasco de 4 de agosto de 2015.

Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. OMS y UNICEF, 2003.

Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño pequeño. Organización Mundial de la Salud, 2003.

Informe 25 de noviembre de 1996 sobre medidas de protección de menores en la Unión Europea.

Informe sobre la Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo. Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo, ONU, p. 37, 13 de septiembre de 1994.

La OMS y la UNICEF han emitido una revisión de su declaración conjunta de 1989 sobre Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Este documento incluye una tabla de “Diez pasos para una feliz lactancia natural”.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, España, 19 de mayo de 1986.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, España 30 de mayo de 2003.

Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado, España, 15 de noviembre de 1996.

Ley 26/2018, de 21 de diciembre, de derechos y garantías de la infancia y la adolescencia. Comunitat Valenciana.

Ley 8/2018, de 20 de abril, de modificación de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de salud de la Comunitat Valenciana. Boletín Oficial del Estado, 14 de mayo de 2018.

Ley 9/2014, de 23 de octubre, de apoyo a las familias de Aragón. Boletín Oficial de Aragón.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Ley 8/2018, de 31 de julio, de apoyo a las familias. “BOIB” núm. 97, de 7 de agosto de 2018, “BOE” núm. 236, de 29 de septiembre de 2018. Comunidad Autónoma de las Islas Baleares.

Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Boletín Oficial del Estado, España, 23 de julio de 2015.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado, España, 23 de marzo de 2007.

Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, España, 3 de marzo de 2010

Ley Orgánica 11/2015 para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, España, 23 de septiembre de 2015.

Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Declaración conjunta OMS/Unicef, Ginebra 1989.

Protección, promoción y apoyo a la lactancia en Europa: Plan estratégico. Dublín, Irlanda (2004).

Real Decreto de 24 de julio de 1989 por el que se publica el Código Civil.

Sentencia núm. 28775/12. Tribunal Europeo de Derechos Humanos, Estrasburgo, 18 de junio de 2013.

Sentencia núm. 53/1985, Tribunal Constitucional, Pleno, 11 de abril de 1985.

Sentencia Núm. 154/2000, Pleno del Tribunal Constitucional, de 18 de julio.

Sentencia Núm. 176/2008, Sala Primera del Tribunal Constitucional, de 22 de diciembre.

En la Sentencia núm. 565/2009, Tribunal Supremo-Sala Primera, de lo Civil, 31 de julio de 2009.

Tratado de Lisboa, firmado por los Estados miembros de la UE (2007), entró en vigor en 2009.