



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS Y
EMPRESARIALES

DOCTORADO EN POLÍTICAS PÚBLICAS

“TASA DE LACTANCIA EN MORELIA, MICHOACÁN, 2006-
2015. FACTORES EXPLICATIVOS PARA EL DISEÑO DE
POLÍTICAS DE SALUD”.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORA EN POLÍTICAS PÚBLICAS PRESENTA:

M.A. KARLA ATENEA ARCIGA ANZO

DIRECTOR DE TESIS:

DR. HUGO AMADOR HERRERA TORRES

Doctor en Ciencias del Desarrollo Regional

MORELIA, MICHOACÁN, MAYO DE 2017.



Agradecimientos

- Primeramente, agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el otorgamiento de la beca para cursar el programa del Doctorado en Políticas Públicas, así como al Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales por confiar en mi proyecto de investigación y abrirse a nuevos temas.
- A los coordinadores del posgrado, Dr. Plinio Hernández y Dra. Odette Delfín, quienes me acompañaron y orientaron en el transcurso del programa.
- Al núcleo académico del ININEE, quien ayudó en mi formación en estos cuatro años. En especial a mi director de tesis, el Dr. Hugo Amador Herrera Torres, quien en todo momento me brindó su valioso apoyo para llevar a cabo el arduo proceso que implica elaborar una tesis doctoral; por ello, le manifiesto mi admiración y respeto. A mi mesa sinodal, que siempre estuvo dispuesta a hacerme las sugerencias pertinentes y discutir el desarrollo de este trabajo.
- A las escuelas, clínicas y hospitales que me concedieron permiso para realizar mi trabajo de campo; en especial, al Dr. Rodríguez -Cruz en el Hospital de la Mujer por permitirme, además, entrevistar a las mujeres que son atendidas en el mismo.
- A la Dra. Ann Hibner-Koblitz, jubilada ya de la Arizona State University, quien dio su consentimiento para que trabajara a su lado, tratando temas concernientes a los derechos reproductivos, la lactancia y el papel de las mujeres en la investigación. Considero un gran honor ser heredera de parte de su acervo bibliográfico.
- Al diputado Ernesto Núñez Aguilar, quien presentó la propuesta de Ley de Fomento a la Lactancia Materna en Michoacán, solicitando el apoyo de una servidora a través de La Liga de la Leche de Michoacán.
- A la Red Nacer Pleno A.C. y a La Liga de la Leche de México A.C., por sumar puntos de vista, contactos y fuentes para llevar a cabo este trabajo y, de manera especial, a la E.P.P. Yolanda Echeveste, quien siempre mostró interés en mi tema de investigación.

Resumen

En esta tesis se discute la situación de la lactancia en México dentro del periodo 2006-2015 y su relación con la economía pública y familiar, luego de enumerarse de manera general sus beneficios y la influencia que la lactancia tiene en términos de salud a corto, mediano y largo plazo. Se presentan también, la legislación nacional e internacional relacionada con la lactancia en México, realizando comentarios sobre su aplicación. A través del método correlacional-explicativo, se analiza de manera profunda cómo las variables información, atención perinatal, situación laboral de la madre, respeto al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y diseño institucional influyeron en la tasa de lactancia materna exclusiva en Morelia, Michoacán, dentro del periodo comprendido en esta investigación ($r = 0.65$ valor promedio del coeficiente de Spearman). Luego de determinar la importancia de cada variable, se desarrollan estrategias que pueden aplicarse para lograr aumentar el número de madres que logran establecer la lactancia materna exclusiva y buscar que su duración sea óptima.

Por otro lado, se comenta la propuesta de ley secundaria en Michoacán que busca regular el Decreto a Favor de la Lactancia Materna de 2014, que fue presentada con el apoyo de este trabajo de investigación, mientras se presentan algunos puntos de mejora que no pudieron ser acordados previos a la presentación de misma.

Palabras clave: políticas públicas, lactancia materna exclusiva, información, atención perinatal, situación laboral, Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, diseño institucional.

Abstract

This dissertation explores the breastfeeding rates in Mexico during the 2006-2015 period and the influence that exclusive breastfeeding has in economy after listing most of its benefits in a general manner and the impact on health thru all life stages. National and international legislation regarding breastfeeding in Mexico is presented too, with comments. Using the explanatory correlational method, the information a mother has, the perinatal care, her working environment, the observation of the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and the institutional design are taken into consideration as independent variables that have influenced the exclusive breastfeeding rate in Morelia, Michoacan in the time frame of this research ($r = 0.65$ average Spearman coefficient value). After weighting each variable, some strategies are developed aiming to increase the number of mothers who achieve exclusive breastfeeding while looking to reach the optimal duration of this practice.

On the other side, the regulation in Michoacan of the 2014 National Decree in Favor of Breastfeeding, that was written with the support of this research, is presented with some arguments to improve its contents due to the impossibility of getting to a full agreement before its presentation to the Congress of the State.

Key words: Public policies, human lactation, exclusive breastfeeding rate, information, perinatal care, working environment, International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes.

Índice

Agradecimientos	I
Resumen	III
Abstract	IV
Índice	V
Introducción	XVIII
Glosario.....	XX
Capítulo I: Fundamentos de la investigación.....	1
1.1. Planteamiento del Problema.....	2
1.2. Pregunta de investigación.	4
1.2.1. Pregunta general de investigación.	4
1.2.2. Preguntas particulares de investigación.....	4
1.3. Objetivos de la investigación.	4
1.3.1. Objetivo general.	5
1.3.2. Objetivos particulares.	5
1.4. Hipótesis de la investigación.	5
1.4.1. Hipótesis general.	5
1.4.2. Hipótesis particulares.	6
1.5. Variables.	6
1.5.1. Variable dependiente.	6
1.5.2. Variables independientes.....	6
1.6. Justificación.	7
1.7. Método.	11
Capítulo II: Políticas públicas. Marco teórico general.	13
2.1. Las políticas públicas como actividad gubernamental.....	14
2.2.1. El ciclo de las políticas públicas.....	15

2.2. La lactancia materna un nuevo campo de investigación como política pública.	16
2.2.1. La lactancia como política pública de salud.	17
2.2.2. La lactancia como política pública de seguridad alimentaria.....	19
2.2.3. La lactancia como política pública de equidad de género.	21
2.2.4. La lactancia como política pública de derechos humanos.....	23
2.3. El marco jurídico de la lactancia materna.	24
2.3.1. Marco jurídico en México.	25
2.4.2. Tratados internacionales suscritos por México.	44
2.4.3. Actualidad de las políticas públicas relacionadas con la lactancia materna en México. 55	
Capítulo III: La importancia de la lactancia materna como política pública de salud.	57
3.1. La importancia de la lactancia materna como política pública de salud.....	58
3.1.1. En salud.	58
3.1.2. En economía.	62
3.1.3. En ecología.	71
3.2. La lactancia materna y su relación con el PIB.	74
3.2.1. La paradoja de la lactancia materna.	74
3.2.2. El valor de la lactancia materna en Australia, Estados Unidos y Noruega. ...	76
3.2.3. Cálculo económico de la producción de leche materna con la tasa de lactancia materna en 2012.	78
3.3. La situación actual de la lactancia materna en México y el mundo.	82
3.3.1. La Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna y la situación de la lactancia en México comparada con otros 33 países.....	82
3.3.2. El deterioro de la lactancia en México según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012.	99
3.3.3. Resultados de la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM) 2015.....	100
3.4. Posibles factores que han ocasionado una baja tasa lactancia en México	101
3.4.1. La falta de información oportuna.	101

3.4.2.	La situación laboral de la madre.....	102
3.4.3.	La atención perinatal	104
3.4.4.	La falta de aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.....	105
3.4.5.	El diseño institucional	108
Capítulo IV: Materiales y métodos.		109
4.1.	Fundamentación metodológica.	110
4.1.1.	Justificación del método elegido.	110
4.1.2.	Características de la investigación mixta.....	111
4.1.3.	Criterios de calidad de la investigación mixta.....	112
4.2.	Diseño de la investigación mixta.	114
4.2.1.	Ámbito y contexto de la investigación.	114
4.3.	Instrumentos de investigación.....	115
4.3.1.	Cuestionario para personal de salud.	115
4.3.2.	Cuestionario para madres.	126
Capítulo V: Discusión y análisis de resultados.		136
5.1.	Cuestionario para personal de salud.....	137
	Información.....	137
5.2.	Cuestionario para madres.....	141
5.2.1.	Tasa de lactancia materna exclusiva en Morelia.	141
Capítulo VI: Propuesta para aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva en Morelia. Recomendaciones de políticas públicas.....		151
6.1.	Comentarios a la propuesta de Ley de Fomento a la Lactancia Materna en Michoacán.....	152
6.2.	Recomendaciones para aumentar la tasa de lactancia materna en Morelia.	156
6.2.1.	Información.	156
6.2.2.	Atención perinatal.....	157
6.2.3.	Situación laboral de la madre.	158

6.2.4. Respeto al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.....	159
6.2.5. Diseño institucional.....	160
Conclusiones.....	161
Información	163
Atención perinatal.....	163
Situación laboral de las madres	164
Respeto al CICSML.....	165
Diseño Institucional.....	165
Fuentes de información.....	167
Bibliografía y artículos científicos	168
Leyes, normas y códigos	172
Internet.....	174
Anexos.....	177
Anexo I Cuestionario para personal de salud.	178
Anexo II Cuestionario para madres.....	184
Anexo III Resultados generales de la encuesta para personal de salud.....	190
Datos estadísticos dentro del cuestionario para personal de salud.....	190
Actitudes en torno a la lactancia materna.	199
Situación laboral de la madre.....	208
Atención perinatal.....	208
Respeto al CICSML.....	211
Diseño institucional.....	214
Anexo IV Resultados generales del cuestionario para madres.....	218
Datos estadísticos dentro del cuestionario para madres.....	218

Conocimiento en torno a la lactancia materna	220
Creencias culturales y prácticas sociales relacionadas con la lactancia materna	228
Atención perinatal.	240
Situación laboral de la madre.	243
Respeto al CICSIM.	245
Diseño institucional.....	246

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. El ciclo de las políticas públicas	16
Ilustración 2. Avance de las leyes estatales para el fomento a la lactancia.	56
Ilustración 3. Estado de las políticas nacionales, programas y coordinación relativa a la lactancia en 33 países. Escala del 1 al 10..	84
Ilustración 4. Estado de la IHAN en 33 países en escala del 1 al 10	85
Ilustración 5. Implementación del CICSLM en 33 países. Escala del 1 al 10.	86
Ilustración 6. Protección de la maternidad en 33 países. Escala del 1 al 10.	87
Ilustración 7. Servicios de salud y nutrición en 33 países. Escala del 1 al 10.	88
Ilustración 8. Estado del apoyo a la madre en 33 países. Escala del 1 al 10.....	89
Ilustración 9. Estado del apoyo a la madre en 33 países. Escala del 1 al 10.....	90
Ilustración 10. Estado de la alimentación infantil y VIH. Escala del 1 al 10.....	91
Ilustración 11. Estado de la lactancia durante emergencias en 33 países. Escala del 1 al 10.	92
Ilustración 12. Estado del monitoreo y evaluación de la lactancia en 33 países.Escala del 1 al 10.	93
Ilustración 13. Porcentaje de bebés que iniciaron la lactancia en la primera hora de vida. ..	94
Ilustración 14. Porcentaje de bebés de 0-6 meses con LME en las últimas 24 horas en 33 países.....	95
Ilustración 15. Duración en meses promedio de la lactancia en 33 países.	96
Ilustración 16. Porcentaje de menores de dos años alimentados con biberón en 33 países. .	97
Ilustración 17. Porcentaje de bebés que reciben alimentación complementaria entre los 6 y 9 meses en 33 países.	98
Ilustración 18. 3er. Congreso Nestlé de Nutrición Pediátrica.....	108
Ilustración 19. Características de la investigación con enfoque mixto.	112
Ilustración 20. Ubicación geográfica de los hospitales seleccionados.....	118

Índice de gráficas.

Gráfica 1. Comparativo de gastos según el tipo de fórmula y utensilios.	70
Gráfica 2. Ranking general del estado de la lactancia en 33 países.	83
Gráfica 3. Comparativo entre indicadores de alimentación infantil 1999, 2006, 2012 en México.	99
Gráfica 4. Resultados de la ENIM 2015.....	100
Gráfica 5. Porcentaje de población ocupada según sexo 1970, 1995, 2005 y 2014.	102
Gráfica 6. Ingreso en salarios mínimos para hombres y mujeres en 2005.	103
Gráfica 7. Nacimientos en hospitales públicos y privados en Morelia 2006-2015.	116
Gráfica 8. Porcentaje de nacimientos atendidos en cada hospital en Morelia 2006-2015...	116
Gráfica 9. Resultados generales sobre conocimiento en LM.	139
Gráfica 10. Resultados generales de actitudes.....	140
Gráfica 11. Duración promedio de la lactancia.	142
Gráfica 12. Duración de la lactancia según escolaridad al momento del nacimiento.....	144
Gráfica 13. Porcentaje general de respuestas correctas sobre el conocimiento de las madres.	144
Gráfica 14. Resultados generales sobre actitudes y la práctica de la lactancia.	146
Gráfica 15. Duración de la lactancia en el caso de inicio temprano de la lactancia.	147
Gráfica 16. Duración de la lactancia según el tipo de alojamiento.	147
Gráfica 17. Duración de la lactancia según el tipo de empleo al momento del nacimiento.	149
Gráfica 18. Estado de la lactancia entre los años 2006-2015.....	162
Gráfica 19. Sexo del personal de salud.....	190
Gráfica 20. Edad del personal de salud	190
Gráfica 21. Años de experiencia laboral del personal de salud	191
Gráfica 22. Lectura específica en lactancia materna.....	191
Gráfica 23. Recomendación del inicio de la ablactación.	192
Gráfica 24. Duración óptima de la lactancia.	192
Gráfica 25. Frecuencia de las tomas.	193
Gráfica 26. Conservación de la leche materna.	193
Gráfica 27. Agarre correcto.....	194
Gráfica 28. Higiene de los senos.	194
Gráfica 29. Requerimientos calóricos durante la LME.....	195
Gráfica 30. Recomendaciones para recuperar el peso de nacimiento.	195

Gráfica 31. Lactancia y reducción de la mortalidad.	196
Gráfica 32. Suplementación temprana con sucedáneos.	196
Gráfica 33. Atención de las dificultades de la lactancia.	197
Gráfica 34. Lactancia y enfermedades.	197
Gráfica 35. Tratamiento de la ictericia en bebés con LME.....	198
Gráfica 36. Lactancia y otitis.	198
Gráfica 37. Superioridad de la fórmula.	199
Gráfica 38. Experiencia personal exitosa en lactancia materna.	199
Gráfica 39. Lactancia en tándem.	200
Gráfica 40. Atención a los brotes de crecimiento.	200
Gráfica 41. Reducción del riesgo de muerte súbita.	201
Gráfica 42. Tomas nocturnas en bebés con LME.	201
Gráfica 43. Discusión de beneficios y ventajas.	202
Gráfica 44. Apoyo a las expectativas.	202
Gráfica 45. Importancia de la lactancia.	203
Gráfica 46. Lactancia en niños mayores.....	203
Gráfica 47. Inicio temprano de la ablactación.	204
Gráfica 48. Lactancia en público.....	204
Gráfica 49. Indicación temporal de fórmula.....	205
Gráfica 50. Promoción de la lactancia por parte del personal de salud.....	205
Gráfica 51. Exageración de los beneficios de la lactancia.	206
Gráfica 52. Uso de té para inducir el sueño.	206
Gráfica 53. Fallo en la lactancia.	207
Gráfica 54. Falta de apoyo en esfuerzos.	207
Gráfica 55. Regreso al trabajo y continuación de la lactancia.	208
Gráfica 56. Cesárea electiva.	208
Gráfica 57. Curso de preparación para el nacimiento.....	209
Gráfica 58. Preferencia por las cesáreas.	209
Gráfica 59. Programación de cesáreas.....	210
Gráfica 60. Cohabitación	210
Gráfica 61. Fórmulas gratuitas.	211
Gráfica 62. Evaluación de la lactancia.	211
Gráfica 63. Facilidad de realizar partos sin intervenciones.	212
Gráfica 64. Regalos por parte de los productores de sucedáneos.	212

Gráfica 65. Respeto al Código.	213
Gráfica 66. Igualdad o superioridad de las fórmulas.	213
Gráfica 67. Actividades del personal de salud.....	214
Gráfica 68. Lugar de trabajo del personal de salud	214
Gráfica 69. Capacitación específica en lactancia materna.	215
Gráfica 70. Obtención de conocimientos específicos en lactancia materna.	215
Gráfica 71. Inicio oportuno de la lactancia.....	216
Gráfica 72. Lactancia y forma de nacimiento.....	216
Gráfica 73. Nominación IHAN	217
Gráfica 74. Dificultad para poner en práctica de la IHAN.	217
Gráfica 75. Escolaridad al momento del nacimiento.	218
Gráfica 76. Edad de la madre al momento del nacimiento.	218
Gráfica 77. Sexo del hijo.....	219
Gráfica 78. Residencia al momento del nacimiento.	219
Gráfica 79. Causas del uso de fórmula.	220
Gráfica 80. Percepción de baja producción de leche.	220
Gráfica 81. Higiene antes de la toma.....	221
Gráfica 82. Lactancia y enfermedad.....	221
Gráfica 83. Lactancia y medicamentos.....	222
Gráfica 84. Conocimiento de la técnica de lactancia.	222
Gráfica 85. Lactancia y caries.	223
Gráfica 86. Lactancia a libre demanda.	223
Gráfica 87. Duración óptima de la LM.....	224
Gráfica 88. Lactancia durante los primeros días de vida.	224
Gráfica 89. Creencia en la superioridad nutricional de las fórmulas.	225
Gráfica 90. Medicación y lactancia.	225
Gráfica 91. Reflujo vs. lactancia.	226
Gráfica 92. Lactancia en tándem.	226
Gráfica 93. Lactancia nocturna.	227
Gráfica 94. Lactancia y desnutrición.	227
Gráfica 95. Ablactación y lactancia.....	228
Gráfica 96. Introducción temprana de fórmula.....	228
Gráfica 97. Salud durante el primer año de vida.	229
Gráfica 98. Duración promedio de la lactancia.	229

Gráfica 99. Introducción oportuna de sólidos.....	230
Gráfica 100. Experiencia de lactancia.	230
Gráfica 101. Mito lactancia: aire/frío.	231
Gráfica 102. Lactancia materna exclusiva.	231
Gráfica 103. Mito lactancia: susto.....	232
Gráfica 104. Mito lactancia: necesidad de agua.	232
Gráfica 105. Mito lactancia: insuficiencia del calostro.....	233
Gráfica 106. Mito lactancia: demasiado tiempo en brazos.	233
Gráfica 107. Mito lactancia: Té.....	234
Gráfica 108. Colecho en bebés amamantados.	234
Gráfica 109. Ablactación temprana.	235
Gráfica 110. Incomprensión de la libre demanda:	235
Gráfica 111. Vínculo a través del uso del biberón.....	236
Gráfica 112. Mitos de la lactancia: bebé "enlechado".	236
Gráfica 113. Uso inadecuado del biberón.....	237
Gráfica 114. Alimentos introducidos de manera temprana por el uso del biberón.	237
Gráfica 115. Porcentajes de respuestas por alimento.....	238
Gráfica 116. Alimentos galactogogos.	238
Gráfica 117. Lactancia en público.....	239
Gráfica 118. Lactancia y sueño nocturno.	239
Gráfica 119. Lactancia en niños mayores.....	240
Gráfica 120. Tipo de nacimiento.	240
Gráfica 121. Inicio oportuno de la lactancia.....	241
Gráfica 122. Hospitales de nacimiento.....	241
Gráfica 123. Información post natal.	242
Gráfica 124. Introducción de fórmula desde el hospital.	242
Gráfica 125. Información para continuar la lactancia tras el regreso al trabajo.	243
Gráfica 126. Extracción y trabajo.....	244
Gráfica 127. Lactancia y trabajo.	244
Gráfica 128. Lactancia y trabajo.	245
Gráfica 129. Regalos por parte de los laboratorios.....	245
Gráfica 130. Indicación de fórmula específica	246
Gráfica 131. Información prenatal	246
Gráfica 132. Dotación gratuita de sucedáneos.....	247

Gráfica 133. Duración de la dotación	247
Gráfica 134. Consumo de la dotación	248
Gráfica 135. Dotación suficiente de sucedáneos.	248

Índice de Tablas

Tabla 1. Cálculo del gasto en fórmula para lactantes sanos no amamantados con insumos económicos.	65
Tabla 2. Cálculo del gasto en fórmula para lactantes sanos alimentados exclusivamente con fórmula e insumos de gama media.	66
Tabla 3. Cálculo del gasto en fórmula para lactantes sanos alimentados con fórmula de precio alto.	67
Tabla 4. Cálculo del gasto en fórmula para lactantes sanos no amamantados con insumos orgánicos y ecológicos.	68
Tabla 5. Cálculo del gasto en fórmula para lactantes sanos alimentados con fórmula altamente hidrolizada.....	69
Tabla 6. Producción anual 2009-2010 para bebés de 0-24 meses.	77
Tabla 7. Porcentajes de bebés de 0 a 23 meses alimentados con LME, LMM y la suma de ambas.	78
Tabla 8. Cálculo del valor de la LME durante los primeros 12 meses de vida en México en 2012.	79
Tabla 9. Cálculo del valor de la LMM durante los primeros 12 meses de vida en México en 2012.	79
Tabla 10. Cálculo del valor potencial de la LME durante los primeros 12 meses de vida en México en 2012 con tasa del 70%.	80
Tabla 11. Cálculo del valor de la LME durante el segundo año de vida en México en 2012.	81
Tabla 12. Cálculo del valor potencial de la LME durante el segundo año de vida en México en 2012 con tasa del 50%.....	81
Tabla 13. Producción anual de LM en México para bebés de 0-24 meses.....	82
Tabla 14. Ranking general de los participantes en la Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna	83
Tabla 15. Nombre y domicilio de los hospitales seleccionados para aplicar la encuesta para personal de salud.	117
Tabla 16. Número de cuestionarios realizados por cada institución.	118
Tabla 17. Datos estadísticos de referencia dentro del cuestionario para el personal de salud.	120
Tabla 18. Ítems sobre la variable "información" del cuestionario para el personal de salud.	120
Tabla 19. Ítem sobre la variable "situación laboral" del cuestionario para el personal de salud.	123

Tabla 20. Ítems sobre la variable "atención perinatal" del cuestionario para el personal de salud.....	123
Tabla 21. Ítems sobre la variable "respeto al CICSLM" del cuestionario para el personal de salud.....	124
Tabla 22. Ítems sobre la variable "diseño institucional" del cuestionario para el personal de salud.....	124
Tabla 23. Determinación del tamaño de muestra en el cuestionario para madres.	127
Tabla 24. Datos estadísticos de referencia dentro del cuestionario para madres.	128
Tabla 25. Ítems sobre la variable "información" del cuestionario para madres.	129
Tabla 26. Ítems sobre la variable "atención perinatal" del cuestionario para madres.....	133
Tabla 27. Ítems sobre la variable "situación laboral" del cuestionario para madres.....	133
Tabla 28. Ítems sobre la variable "respeto al CICSLM" del cuestionario para madres.	134
Tabla 29. Ítems sobre la variable "diseño institucional" del cuestionario para madres.	134
Tabla 30. Clasificación por colores de las variables.	137
Tabla 31. Tasa de Lactancia materna exclusiva en Morelia, Michoacán. 2006-2012.	141
Tabla 32. Correlación promedio.....	142
Tabla 33. Matriz del coeficiente de correlación de Spearman (r).	143

Introducción.

“La alimentación infantil con fórmulas es el experimento sin consentimiento informado más largo y descontrolado en la historia de la medicina”.

— Frank Oski, M.D., retired editor, Journal of Pediatrics.

Hasta hace alrededor de 100 años, la alimentación con leche humana era necesariamente la norma en todo el mundo, durante por lo menos los primeros 6 meses de vida; las madres que no querían o no podían amamantar a sus bebés, recurrían a una nodriza o en casos extremos intentaban alimentarlos con mezclas de alimentos para intentar que sobrevivieran, la mayoría de las veces, sin demasiado éxito. Sin embargo, no fue sino hasta mediados del S. XIX que comenzó a popularizarse el uso de tetinas artificiales que fueron más fáciles de usar (y de limpiar) y a estandarizarse las fórmulas lácteas caseras. Algunos médicos, como el Dr. Morgan, a finales del S. XIX desarrollaron sus propios métodos para elaborar fórmulas artificiales más completas y aseguraban que los fabricantes de fórmulas comerciales no eran los adecuados para elaborar alimentos infantiles, a pesar de esta advertencia, varios emprendedores vieron un lugar dónde obtener ganancias por medio de la elaboración de estos productos que, sin ninguna justificación, se promovían como la mejor opción.

A principios del S. XX, varias compañías se dieron a la tarea de elaborar fórmulas comerciales más prácticas y sencillas de utilizar que las versiones anteriores, gracias al invento de la leche condensada, que permitió por primera vez utilizar leche en polvo que por su facilidad de transportación y su mayor vida de anaquel se vendía a un precio más económico. Fue en este momento cuando surgió el primer sustituto de la leche materna generalmente aceptado por la sociedad industrializada: La harina láctea de Nestlé. Esta mezcla de harina, leche en polvo y azúcar comenzó a comercializarse casi inmediatamente de manera agresiva, haciendo creer a las madres que era “perfecta”; esta opinión, junto con la entrega de muestras gratis y el pago a médicos y enfermeras para que la recomendaran a sus pacientes, hicieron que para 1950, los sucedáneos de la leche materna comenzaron a ser la norma y no la excepción, sustituyendo en cada vez mayor proporción a la lactancia materna, hasta llegar a remplazarla por completo

en muchas ocasiones y creándose con esta lucrativa actividad grandes empresas junto con Nestlé, entre ellas Mead-Johnson y Abbott (Schuman, 2003).

Desde aquel entonces, las tasas de lactancia materna exclusiva alrededor del mundo se han visto afectadas, llegando en algunos casos a ser menores del 10%. En nuestro país se han visto disminuidas con el paso del tiempo, aunque se ha demostrado en otros países que se puede revertir la reducción de las tasas de lactancia. Existen reportes que nos hablan de una tasa de lactancia materna exclusiva en México de casi el 40% en 1987 (OMS, 2009), que se ha visto mermada hasta llegar al 14.4% en 2012.

La presente investigación consta de seis capítulos; el primero se centra en el análisis de los fundamentos de investigación en donde se busca justificar plenamente por qué la reducción de las tasas de lactancia materna exclusiva se traduce en un problema de salud pública que requiere el diseño y la implementación de políticas públicas que fomenten la lactancia a través de información y, sobre todo, del respeto al marco jurídico nacional e internacional ya existente con respecto al tema. Este contenido, junto con la vinculación de la lactancia materna y las políticas públicas se analiza en el segundo capítulo de este trabajo.

Posteriormente, el tercer capítulo pretende aclarar la importancia del fomento a la lactancia materna como política pública de salud y situar las condiciones de la lactancia materna en nuestro país, en comparación con otros países alrededor del mundo. Es en este capítulo donde se discuten las variables independientes que se consideran en esta investigación. Finalmente, el capítulo cuatro hace referencia a los materiales y métodos que se requieren para llevar a cabo este trabajo, mientras que en el quinto capítulo se discuten los resultados obtenidos en la investigación. Así pues, el sexto capítulo se centra en la elaboración de una propuesta de ley para regular el Decreto a Favor de la Lactancia Materna publicado en el año 2014 y que ya debería tener al menos publicada, su ley secundaria en todos los estados del país, junto con las posibles sugerencias a nuevas líneas de investigación que hayan surgido luego del desarrollo del presente trabajo.

Glosario.

APROLAM (Asociación Pro Lactancia Materna A.C.). Está integrada por personas mexicanas y mexicanos, comprometidos con la salud y bienestar de los niños y que han visto que a través del fomento, protección y apoyo a la lactancia materna aseguramos la salud, nutrición y aceptación del niño en el seno de su familia.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). Es el organismo dependiente de la Organización de las Naciones Unidas responsable de promover el desarrollo económico y social de la región. Sus labores se concentran en el campo de la investigación económica.

CICSLM (Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna). Fue adoptado por la 34 Asamblea Mundial de la Salud en 1981 como "un requerimiento mínimo" para proteger la salud que debería ser implementado íntegramente. El Código no es obligatorio, como un Tratado o una Convención, sino un compromiso ético que los distintos gobiernos han de implementar y legislar para regular la comercialización de los sucedáneos de la leche materna.

CPEUM (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos). Es la herramienta política y legal suprema para la organización y relación del gobierno federal con los Estados que conforman la federación, los ciudadanos y todas las personas que viven o visitan el país.

ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición). Es un instrumento de estudio estadístico realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Salud de México. Su objetivo es llevar un registro sobre las condiciones generales de salud de la población, las tendencias y la percepción que ésta tiene sobre los servicios en materia de salubridad.

ENLM (Estrategia Nacional de Lactancia Materna (ENLM) Surge de la necesidad de integrar las diferentes acciones que se realizan en el país para proteger, promover y apoyar la práctica de la lactancia materna hasta por lo menos los dos primeros años de edad.

ENIM (Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres). Sustituye a partir de 2015 el estudio de los indicadores relacionados a la lactancia materna contemplados en la **ENSANUT** para adecuarse a las encuestas MICS (Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados) de el UNICEF.

IBCLC - International Board Certified Lactation Consultant - (Consultor de Lactancia Certificado o Consultor Acreditada de Lactancia Materna). Es una profesional de la salud que posee las habilidades y conocimientos necesarios para proporcionar ayuda cualificada sobre lactancia materna.

IBFAN - The International Baby Food Action Network- (Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil). Su objetivo principal es lograr la implementación universal del Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna y de las resoluciones subsecuentes y relevantes de la Asamblea Mundial de la Salud y estimular a todas las partes involucradas para que respeten estas normas.

IHAN/BFHI – Baby-Friendly Hospital Initiative - (Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña). Es un esfuerzo mundial lanzado por la OMS y UNICEF para implementar prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna. Fue lanzada en 1991 en respuesta a la Declaración de Innocenti.

ILCA – International Lactation Consultant Association- (Asociación Internacional de Consultores de Lactancia). Es la asociación de profesionales que atienden a las familias que han decidido dar leche materna a sus bebés. Engloba a IBCLC y a otros profesionales de la salud enfocados a la lactancia.

IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social). Es una Institución del gobierno federal, autónoma y tripartita (Estado, Patrones y Trabajadores), dedicada a brindar servicios de salud y seguridad social a la población que cuente con afiliación al propio instituto.

INMUJER (Instituto Nacional de las Mujeres). Es la oficina federal que trabaja por la equidad de género en México, combatiendo la violencia y discriminación hacia la mujer.

INPER (Instituto Nacional de Perinatología). Es un hospital de alta especialidad que desarrolla líneas de investigación y forma recursos humanos en el ámbito de la salud reproductiva y perinatal

INSP (Instituto Nacional de Salud Pública). Es una institución académica cuyo compromiso central con la sociedad mexicana es ofrecer resultados de investigación en problemas relevantes de la salud pública para prevenir y controlar enfermedades, y formar a profesionales de la salud que ayuden a promover condiciones de vida saludable en los diversos grupos de la población.

ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado). Tiene como objetivo satisfacer el bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y familiares derechohabientes

LME (Lactancia Materna Exclusiva). Se refiere a la alimentación de los niños o niñas con leche materna, como único alimento durante los primeros seis meses de vida sin introducir, agua, jugos, té o cualquier otro tipo de bebidas distintas a la leche materna con excepción de soluciones hidratantes o medicamentos.

LLL (La Liga de la Leche Internacional). La Liga de La Leche es una organización que promueve y apoya la lactancia materna con un estilo de crianza que valora la maternidad, lo que tiene como resultado grandes beneficios para la salud física y emocional de la familia. Fue fundada en 1972, quedando registrada como asociación civil en 1982.

LFT (Ley Federal del Trabajo). Rige las relaciones de trabajo comprendidas en el artículo 123, Apartado A, de la Constitución.

NOM (Normas Oficiales Mexicanas). Es una serie de normas cuyo objetivo es regular y asegurar valores, cantidades y características mínimas o máximas en el diseño, producción o servicio de los bienes de consumo entre personas morales y/o personas físicas, sobre todo los de uso extenso y de fácil adquisición por parte del público en general, poniendo atención especial en el público no especializado en la materia.

OMS/WHO –World Health Organization- (Organización Mundial de la Salud). Es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. Inicialmente fue organizada por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas que impulsó la redacción de los primeros estatutos de la OMS

ONU (Organización de las Naciones Unidas). Es la mayor organización internacional existente. Se define como una asociación de gobierno global que facilita la cooperación en asuntos como el Derecho internacional, la paz y seguridad internacional, el desarrollo económico y social, los asuntos humanitarios y los derechos humanos.

SEDESOL (Secretaría de Desarrollo Social). Dependencia federal a la que le corresponde la dirección y el aporte de ideas para el combate de la pobreza, además de la coordinación de los diferentes organismos para trabajar todos en la misma línea de interés del Estado.

SEMUJER (Secretaría de la Mujer). Es la dependencia estatal que busca afianzar políticas públicas que impulsen la autonomía económica y física de las mujeres en Michoacán.

SEPSOL (Secretaría de Política Social). Es la dependencia estatal encargada de formular, normar y coordinar políticas y programas generales para el desarrollo social con la participación ciudadana, que coadyuven al mejoramiento de las condiciones de vida de la población michoacana.

SS (Secretaría de Salud). Es la secretaría de estado a nivel federal, encargada de cuidar y fomentar la salud de los mexicanos.

STPS (Secretaría del Trabajo y Previsión Social). Se trata de la dependencia federal encargada de las relaciones obrero-patrón, así como de los contratos, conciliaciones, prestaciones y métodos de trabajo.

UNICEF - United Nations International Children's Emergency Fund - (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). Es un programa de la ONU que está presente en más de 190 países y territorios a través de diferentes programas y Comités Nacionales.

La base sobre la que guía su trabajo es la Convención sobre los Derechos del Niño y su labor está centrada en cinco esferas prioritarias de trabajo: supervivencia y desarrollo infantil, educación e igualdad de género, la infancia y el VIH/SIDA, protección infantil y promoción de políticas y alianzas.

WABA - World Alliance for Breastfeeding Action - (Alianza Mundial por la Lactancia Materna). Es una red de personas que trabajan a escala global para eliminar los obstáculos a la lactancia materna y para apoyar la implementación de la Declaración de Innocenti.

WBTi - World Breastfeeding Trends Initiative – (Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna). Es una herramienta digital desarrollada por la IBFAN que provee la evaluación de objetivos de lactancia materna a través de codificación de colores. Se ha documentado en 82 países, lo que ha generado 51 reportes.

Capítulo I:

Fundamentos de la

investigación.

1.1. Planteamiento del Problema.

Debido a que nuestro país tenía en 2012 la segunda tasa más baja de lactancia materna exclusiva en todo el continente americano, solo detrás de República Dominicana y que otros países como Perú, Argentina o Brasil han logrado con éxito aumentar sus tasas de lactancia gracias a la implementación de políticas públicas, se pretende que en México también se trabaje en relación a esta problemática que afecta en cuestiones sociales, de salud, medio ambientales y económicas por lo que es importante analizar los factores que han motivado que baje la tasa de lactancia en Morelia, Michoacán, a pesar de las campañas que promueven la lactancia materna. Este es el punto esencial de partida para poder desarrollar políticas públicas que puedan ser implementadas y logren un impacto verdaderamente significativo en relación a este tema.

En México ha existido desde hace mucho tiempo la promoción de algunos de los beneficios de la lactancia materna, pero nunca se ha hablado de los riesgos asociados con el uso de sustitutos de la leche materna. De poco sirve conocer sus beneficios si no se respeta el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y tanto médicos como madres consideran muchas veces a las fórmulas para bebés como sustitutos de la leche materna e incluso les asignan propiedades superiores.

Mientras se observa un notorio decremento de la tasa de lactancia materna exclusiva (LME) en todo el país, se puede concluir que la legislación y la promoción por parte de instancias federales no son suficientes para revertir esta tendencia; se necesita incluir la participación de los tres niveles de gobierno y por supuesto de la sociedad civil para unir esfuerzos.

Sin buscar obligar a las mujeres a que amamenten sino a ayudarlas a que logren sus metas de lactancia, es necesario primeramente averiguar por qué no la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) reporta índices de iniciación superiores a muchos otros países del mundo y, sin embargo, poco menos de una de cada seis mujeres llega a la recomendación de amamantar durante los primeros seis meses de vida a sus bebés.

Alrededor del mundo se puede observar una tendencia a buscar aumentar las tasas de LME exclusiva, lo que se ha logrado muchas veces con estrategias de sencilla aplicación y de bajo costo -como en el caso de Brasil o Camboya- que van de la mano con la legislación que

promueve mayor flexibilidad laboral en el periodo de lactancia e inclusive la creación de un entorno que realmente apoye a las madres a alcanzar por lo menos la recomendación de la LME.

Aumentar la tasa de LME en Michoacán y en todo el país tiene innegables beneficios de salud, de ahorro de recursos económicos y por supuesto de protección al medio ambiente. No se trata, entonces, de culpabilizar a las madres quienes en su mayoría han crecido sin ser alimentadas al seno materno y quienes no han visto a sus madres o hermanas llevar una lactancia materna exitosa, sino de propiciar la ayuda que requieren para que estén informadas al momento de tomar su decisión sobre cómo alimentar a sus hijos y cuáles son las opciones que tienen disponibles y que no solo consideren el destete temprano o la lactancia mixta como norma social.

Este trabajo pretende desarrollar la ley secundaria que regule el Decreto a Favor de la Lactancia Materna en Michoacán, luego de conseguir evidencias en relación a las causas que están originando que las madres, a pesar de iniciar con la lactancia materna en más del 90% de los casos (ENSANUT), se limiten a amamantar a sus bebés por periodos demasiado cortos de tiempo reduciendo los beneficios que los bebés podrían obtener al recibir leche materna, de manera exclusiva, durante sus primeros seis meses de vida. Investigadores como Teresita González (2014) de INSP, mencionan que el gobierno federal debe “fomentar y financiar investigación en LM para generar evidencia del estado en el país y para sustentar el diseño de política pública”, señalando que actualmente el financiamiento para este rubro es prácticamente inexistente.

Organizaciones internacionales como Save The Children (2014) han hecho recomendaciones para mejorar la tasa de LME en México, por ejemplo, citando que se debe: “Investigar formalmente sobre prácticas tradicionales y cuestiones sociales que están impidiendo una práctica óptima de la lactancia materna. Esto con el propósito de dirigir de manera efectiva los recursos, habiendo identificado brechas y necesidades”. Por esta razón, el presente trabajo puede resultar de gran importancia para lograr elaborar e implementar una política pública integral que logre efectivamente incidir en el aumento de la tasa de LME.

1.2. Pregunta de investigación.

Dado que la ENSANUT 2012 señala un decremento importante (-8%) en la tasa de lactancia materna exclusiva entre los resultados obtenidos en los años 2006 y 2012, es de particular importancia antes de plantear cualquier política pública de salud, intentar conocer cuáles son los principales factores que están ocasionando esta reducción, para de esta manera poder enfocar los esfuerzos de dichas políticas públicas a los factores que tengan mayor relevancia.

Surge entonces la siguiente:

1.2.1. Pregunta general de investigación.

¿Cuáles son los factores que influyeron en el decremento de la tasa de lactancia materna exclusiva en Morelia, Michoacán, durante el periodo 2006-2015?

1.2.2. Preguntas particulares de investigación.

- a) ¿En qué medida afectó la falta de información oportuna sobre los beneficios de la lactancia y los riesgos asociados al uso del biberón y los sucedáneos de la leche materna la tasa de lactancia en Morelia, Michoacán, durante el periodo 2006-2015?
- b) ¿En qué grado se relacionó la situación laboral de la madre con la tasa de lactancia materna exclusiva en Morelia, Michoacán, durante el periodo 2006-2015?
- c) ¿Qué tanta influencia tuvo la atención perinatal en la tasa de lactancia materna exclusiva en Morelia, Michoacán, durante el periodo 2006-2015?
- d) ¿Qué peso tuvo la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche materna en la tasa de lactancia materna exclusiva en Morelia, Michoacán, durante el periodo 2006-2015?
- e) ¿Qué influencia tuvo el diseño institucional en la tasa de lactancia materna exclusiva en Morelia, Michoacán, durante el periodo 2006-2015?

1.3. Objetivos de la investigación.

Con el fin de proponer la ley secundaria que regule en el Estado de Michoacán el Decreto a Favor de la Lactancia Materna de abril de 2014, se tiene como:

1.3.1. Objetivo general.

Identificar los factores que han influido en la tasa de lactancia materna exclusiva en Morelia, Michoacán, durante el periodo 2006-2015.

Y como:

1.3.2. Objetivos particulares.

- a) Determinar en qué medida la información oportuna sobre los beneficios de la lactancia y los riesgos asociados al uso del biberón y los sucedáneos de la leche materna influenciaron la tasa de lactancia materna en Morelia, Michoacán, durante el periodo 2006-2015
- b) Precisar qué tanto influyó la situación laboral de las madres lactantes en la tasa de lactancia materna en Morelia, Michoacán, 2006-2015.
- c) Definir la influencia que tuvo la atención perinatal con respecto a la tasa de lactancia materna exclusiva en Morelia, Michoacán, 2006-2015
- d) Identificar qué relación ha tenido el Código de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna con la tasa de LME en Morelia, Michoacán, 2006-2015.
- e) Determinar en qué medida influye el diseño institucional en la tasa de lactancia materna exclusiva en Morelia, Michoacán, 2006-2015.

1.4. Hipótesis de la investigación.

1.4.1. Hipótesis general.

La falta de información oportuna, la situación laboral de la madre, la atención perinatal y la comercialización indebida de sucedáneos de la leche materna, así como el diseño institucional, influyeron en el decremento de la tasa de lactancia materna exclusiva en Morelia, Michoacán, 2006-2015.

De esta manera, se desglosan las 5 variables contenidas en la hipótesis general, para quedar de la siguiente manera:

1.4.2. Hipótesis particulares.

- a) La falta de información oportuna sobre los beneficios de la lactancia y los riesgos asociados al uso del biberón y los sucedáneos de la leche materna contribuyó a la reducción de la tasa de lactancia materna exclusiva en Morelia, Michoacán, 2006-2015.
- b) La situación laboral de las madres lactantes se relaciona con el decremento de la tasa de lactancia materna exclusiva en Morelia, Michoacán, 2006-2015.
- c) La atención perinatal influyó en la reducción de la tasa de lactancia materna exclusiva en Morelia, Michoacán 2006-2015.
- d) La poca aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna redujo la tasa de lactancia materna exclusiva en Morelia, Michoacán, 2006-2015.
- e) El diseño institucional de los centros de atención perinatal afectó la tasa de lactancia materna exclusiva en Morelia, Michoacán, 2006-2015.

1.5. Variables.

1.5.1. Variable dependiente.

Tasa de lactancia materna exclusiva en Morelia, Michoacán durante los primeros 6 meses de vida desde el año 2006 hasta el año 2015

1.5.2. Variables independientes.

- a) Información
- b) Situación laboral
- c) Atención perinatal
- d) Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna
- e) Diseño institucional

1.6. Justificación.

La lactancia materna es, sin duda, el mejor alimento que se pueda ofrecer a los seres humanos en sus primeros años de vida, ya que no sólo es necesaria para una correcta nutrición, sino que permite que se establezcan diversos procesos naturales que se ven impedidos en el caso del uso de fórmulas artificiales.

Si bien es cierto que no se puede dejar de lado el hecho de que la leche artificial ha logrado mantener con vida a muchas personas en los últimos 150 años, también es necesario hablar con la verdad: ha impedido el desarrollo pleno de sus capacidades tanto físicas como emocionales y por supuesto, intelectuales.

Nuestro país tiene una tasa de desnutrición superior al 13% en menores de 5 años, lo que equivale a poco más de 1.5 millones de pequeños desnutridos (ENSANUT, 2012), sin embargo, tiene la más alta tasa de sobrepeso y obesidad infantil, inclusive en este grupo de edad. ¿Cómo es posible que los mexicanos más jóvenes se encuentren con sobrepeso u obesidad, pero a la vez desnutridos? Algunas estadísticas indican que, en ciertas zonas rurales, 7 de cada 10 niños desayunan bebidas gaseosas azucaradas, sin algún valor nutricional, pero sí con un alto aporte calórico; por otro lado, los niños alimentados con fórmula para lactantes comienzan a consumir, desde sus primeras horas de vida, un alto porcentaje de azúcares que ocasionan que tengan predilección por los refrescos y otro tipo de bebidas altamente azucaradas.

A pesar de que la ENSANUT 2012 muestra que ha habido un ligero incremento en el número de mujeres que inician con la lactancia materna en los primeros días de vida, pasando del 90% al 93% entre las encuestas 2006 y 2012, la tasa de lactancia materna exclusiva ha disminuido más de 8 puntos porcentuales en este último periodo estudiado, por lo que es necesario analizar qué factores son los que están ocasionando que estas mujeres que deciden en un principio amamantar a sus hijos, terminan de manera temprana su lactancia a pesar de que gracias a las campañas que se han venido presentando desde los años 80's.

Contrariamente a las campañas que se han venido realizando y a los esfuerzos del Gobierno Federal para que más madres logren amamantar a sus hijos, por lo menos durante los primeros 6 meses de vida, se ha visto una marcada disminución en la tasa de lactancia en

todo el país. Mientras que en 2006 poco más del 22 % de las mujeres lograban amamantar a sus hijos de manera exclusiva durante los primeros 6 meses, en 2012 únicamente el 14% de las mujeres llegaron a esta meta (ENSANUT, 2012). Aún más impactante resulta el hecho de que en la zonas rurales se ha reducido en un 50%, pasando de casi 37% de madres que amamantaban por lo menos durante los primeros 6 meses de vida a sólo el 18.5%, situación que es más grave en el medio rural, debido al bajo ingreso económico y a la falta de acceso a servicios de salud, por lo que es casi imposible que se sigan los 21 pasos recomendados por la Organización Mundial de la Salud para preparar de forma segura las tomas de sucedáneos de la leche materna . Y sumado a lo anterior, es importante señalar que debido al poco ingreso económico que se recibe, muchas de estas familias suelen dar tomas con una mayor dilución a la recomendada e inclusive, introducir alimentos poco nutritivos a edades muy tempranas (como té, atoles y jugos), con la finalidad de que los bebés satisfagan su hambre.

¿No es una contradicción que las instancias gubernamentales gasten 3,000 millones de pesos anuales para comprar sucedáneos de la leche materna, que serán repartidos por medio del Sector Salud y por otro lado tengan que pagar cantidades exorbitantes en atender niños desnutridos, enfermos u obesos que pudieron estar sanos al ser alimentados con leche del seno materno?

Es entonces apremiante, analizar los factores que han ocasionado que la tasa de lactancia materna exclusiva en Morelia, Michoacán vaya a la baja y de esta forma buscar atacar de forma real la problemática que ocasiona que las madres no estén alimentando a sus hijos. Sólo de este modo será posible plantear posibles soluciones que repercutan en un alza en la tasa de lactancia materna en nuestro Estado.

La lactancia materna además de ser la norma natural en cuanto a la alimentación de los bebés y niños pequeños, es la piedra angular en cuanto a la correcta nutrición de las próximas generaciones por ser accesible, económica, práctica, ecológica y sobre todo nutricionalmente ideal.

En nuestro país, a pesar de que más del 90% de las mujeres comienzan con la lactancia materna, sólo el 13% llega actualmente a la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses. ¿Por qué si las mujeres intentan alimentar a sus bebés en los primeros días de nacido

no logran conseguir sus metas de lactancia? Mientras no se haga público el verdadero riesgo y los daños que implica el uso indiscriminado de los sucedáneos de la leche materna, no podrá trabajarse adecuadamente con las madres para fomentar la lactancia materna.

Es importante que sean desarrolladas verdaderas políticas públicas integrales que logren atacar este problema de manera adecuada y que se logre contrarrestar este declive en cuanto a lactancia materna se refiere. El gasto que se viene realizando en relación a problemas prevenibles en gran medida por la implementación de la lactancia materna, afectará más al erario público en los próximos años, porque nunca se había tenido una tasa tan baja de lactancia en nuestro país, por lo que se prevé que habrá más gastos en salud y pérdida de productividad mientras no se haga un trabajo serio y se tengan triunfos como los de otros países al aumentar significativamente la tasa de lactancia materna.

Ante el panorama anteriormente descrito, se tiene contemplado que la esperanza de vida se reduzca en la generación nacida a partir de la segunda década del nuevo siglo si no se toman medidas para evitarlo, ¿los padres tendrán que verse obligados a enterrar sus hijos porque las enfermedades crónico-degenerativas los atacaron más rápidamente a ellos que a sus propios padres?

La Secretaría de Salud del Distrito Federal señala que en la actualidad 3 de 4 camas en los servicios públicos de salud están ya siendo ocupadas por pacientes con enfermedades relacionadas con la obesidad y al sobrepeso. Por otro lado, el cáncer de seno sigue en aumento, así como los padecimientos respiratorios y dermatológicos relacionados con las alergias, tanto ambientales como alimenticias.

Existe múltiple evidencia científica que demuestra que la lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses y su continuación hasta por lo menos los primeros dos años de vida, resulta en una clara disminución de varios padecimientos y una mejora considerable en la calidad de vida a mediano y largo plazo.

Algunos beneficios de la lactancia materna son:

- Reducción significativa de la posibilidad de padecer obesidad y sobrepeso en cualquier etapa de la vida (Dixley A., 2013).

- Reducción significativa del riesgo de padecer cáncer de seno, tanto para la madre como para las niñas amamantadas por lo menos durante un año. (Newell, L. 2013).
- Reducción significativa de la posibilidad de desarrollar osteoporosis severa en la madre (ídem).
- Reducción significativa del riesgo de padecer diabetes tipos I y II para los niños amamantados y diabetes tipo II para la madre (González, T., Zaragoza, L., González L., Hernández, M. 2012).
- Reducción del riesgo de padecer cáncer de ovario y endometrio para la madre (ídem).
- Reducción del riesgo de desarrollar alergias alimenticias y respiratorias durante toda la vida (Rocha, A. M., Oliveira, R. V, & Leal, I. 2014).
- Reducción del riesgo de desarrollar enfermedades virales durante el primer año de vida, debido a la transmisión de anticuerpos maternos (Colchero, A., Contreras-Loya, D., & López-Gatell, H. 2015).
- Reducción significativa del riesgo de padecer infecciones óticas medias (ídem).
- Reducción significativa del riesgo de muerte súbita (ídem)
- Aumento entre 4 y 5 puntos en el desempeño de pruebas de coeficiente intelectual. (Victora, C., Horta, B., de Mola, C., Quevedo, L., Pinheiro, R. T., Gigante, D. P., ... Barros, F. C. 2015).
- Mayor perímetro cefálico durante el primer año de vida, lo que señala una mejor nutrición cerebral (Sevilla, R., Soldán, P., Zalles, L., & Cruz, C. 2011).
- Mejor involución uterina luego del parto y mayor posibilidad de regresar al peso antes del embarazo dentro de los primeros 6 meses posteriores (ídem).
- Reducción de la posibilidad de padecer síndrome de intestino irritable y colitis ulcerativa. (Xu L, 2017).
- Reducción significativa de la posibilidad de contraer infecciones intestinales y mejor digestión. (OMS, 2010).
- Mejor desarrollo motor grueso y mejor desarrollo del lenguaje. (Thulier, D. 2009).
- Reducción significativa del riesgo de padecer caries durante la lactancia y mejor desarrollo maxilofacial (Page, DC. 2001).

- Menor incidencia de depresión post-parto (Castro, C., & Figueiredo, B. 2015).
- Mayor independencia y mejor sociabilización por parte del niño con mayor posibilidad de mejora de ingresos en la vida adulta. (Victora, C., Horta, B., de Mola, C., Quevedo, L., Pinheiro, R. T., Gigante, D. P., ... Barros, F. C. 2015).

Sin ser una lista exhaustiva, se puede observar fácilmente el porqué la lactancia materna favorece una disminución evidente en la mortalidad y en la morbilidad materno-infantil. Sin embargo, pese a los esfuerzos que se han venido realizando para aumentar la tasa de lactancia en México, ésta ha disminuido a partir del año 2006 en donde se tuvo un ligero repunte (González, T., Zaragoza, L., González L., Hernández, M. 2012).

1.7. Método.

Para desarrollar la presente investigación se realizaron encuestas a madres radicadas en la ciudad de Morelia, Michoacán, que tuvieron uno o más hijos dentro del periodo 2006 a 2015 con el objetivo de recopilar datos que pudieran profundizar en las variables independientes tomadas en cuenta, ya que no existían datos específicos a nivel municipal. Para reforzar los datos obtenidos a través de los instrumentos anteriores, se encuestó también al personal de salud que laboraba en los principales hospitales con atención obstétrica en la ciudad, así como a parteras, asesoras de lactancia y doulas que trabajaran en Morelia durante el año 2015.

Se desarrollaron las encuestas tomando en cuenta las variables independientes, información adecuada, atención perinatal, situación laboral de las madres, respeto al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (CICSLM) y diseño institucional y se determinó el tamaño muestral de forma estadística para los periodos 2006, 2009, 2012 y 2015, haciéndose las preguntas en retrospectiva pidiendo a las madres que contestaran según lo ocurrido alrededor del nacimiento de su hijo.

Los instrumentos se elaboraron en dos partes, en la primera se analiza el conocimiento que tenían respectivamente madres y personal de salud y en la segunda, mediante preguntas con respuestas en escala tipo Likert en donde se buscó evaluar sus actitudes en torno a la lactancia materna.

Al obtener los resultados, se pudo determinar la tasa de lactancia materna exclusiva y se logró comparar con las variables que habían sido contempladas como independientes a través del método correlacional explicativo, tomando en consideración el coeficiente de Spearman para buscar entender el grado de influencia de cada una de las variables y además, de las variables en su conjunto con respecto a la tasa de LME en Morelia, Michoacán, por cada uno de los periodos estudiados.

Tras el análisis de los datos obtenidos, se buscó emitir recomendaciones para lograr desarrollar una política pública de fomento a la lactancia que logre mejorar la tasa de lactancia materna exclusiva en Morelia, Michoacán.

Capítulo II: Políticas públicas. Marco teórico general.

2.1. Las políticas públicas como actividad gubernamental.

Según Bernier, N. F., & Clavier, C. (2011), dentro de la ciencia política existen muchas definiciones adecuadas de lo que es la política pública, pero todas tienen un factor común: que las políticas públicas no son solamente una ley, un reglamento o un documento administrativo. Dentro de estas definiciones catalogadas como “clásicas” por estos autores encontramos la de Dye (1972) que habla de las políticas públicas como *todo aquello que el gobierno decide hacer o no hacer*. Esta definición, tan aparentemente sencilla, señala al gobierno como autoridad pública; es el agente que elabora las políticas públicas y de esta manera separa las políticas públicas de cualquier otro tipo de política. Del mismo modo, esta definición también habla sobre la acción o la inacción como parte de las políticas públicas; sin embargo, es conveniente comentar que en algunas ocasiones las políticas públicas también se realizan por medio del cese de alguna actividad, es decir, una inacción posterior. Por ejemplo, que el gobierno decida no hacer algo por determinado problema de salud o incluso, dejar de atenderlo puede ser parte de una política pública. En vista de que las demandas de servicios incrementan en mayor medida que los recursos disponibles, muchas veces los tomadores de decisiones deben valorar las prioridades de atención para poder distribuir de la manera más adecuada estos recursos limitados.

Por otro lado, en una visión contraria a la de Dye, Jenkins (1978) entiende a las políticas públicas como un grupo de decisiones interrelacionadas, tomadas por un actor político o un grupo de actores en relación a las metas comunes y a los medios para lograrlas. De este modo, Jenkins no ve a las políticas públicas como una decisión del gobierno, sino como un complejo procesos que implica la interacción de varias decisiones por ejemplo, los programas y las legislaciones y recursos que se necesitan para ponerlos en marcha junto con otros instrumentos adicionales que denomina como parte integral de la política pública, como pueden ser las regulaciones, los impuestos, los incentivos fiscales o la promoción gubernamental utilizada para implementar las decisiones del gobierno.

Algunos autores sugieren una red más amplia que las acciones tomadas por el gobierno para remediar problemas. En sus trabajos sobre el tema, Charles Lindblom (1993) señala que "las políticas públicas se hacen a través de un complejo sistema político y no pueden entenderse solamente a través de las acciones de los oficiales superiores del gobierno". Según este autor

es mejor estudiar las políticas públicas como un producto de las fuerzas sociales más amplias, sobre todo la posición dominante de los negocios en las democracias capitalistas y por supuesto la restricción de los límites humanos mientras se enfatiza el conflicto que nace entre la razón y el poder político.

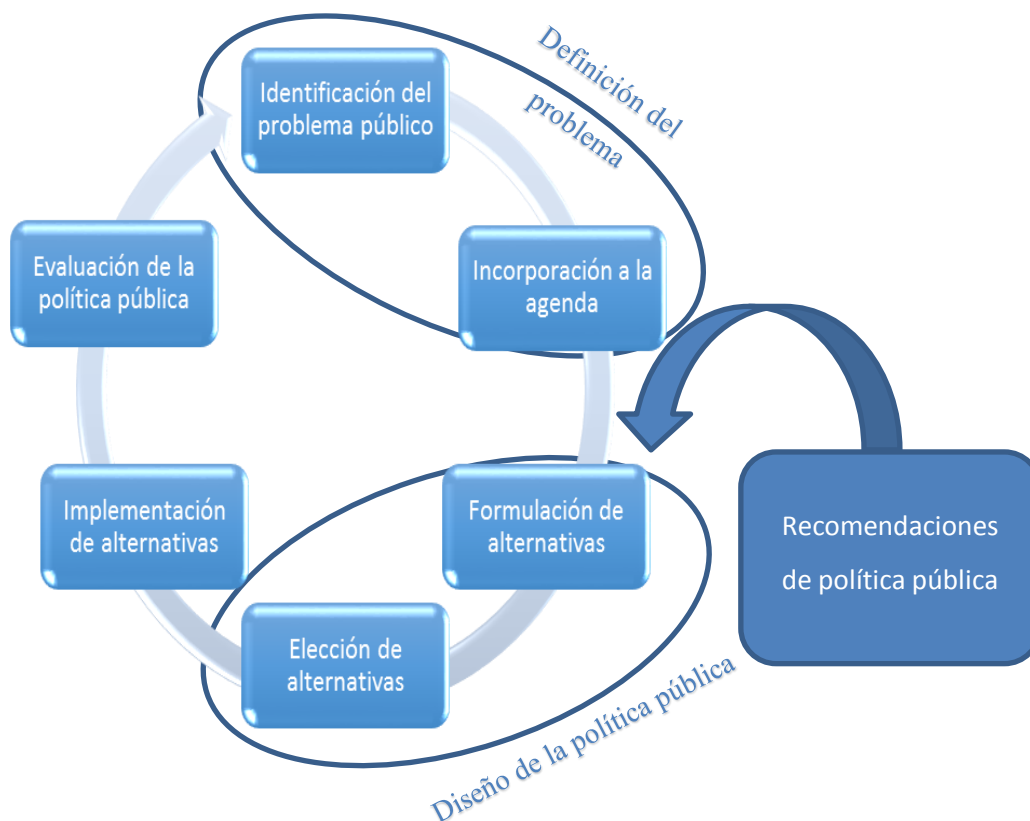
2.2.1. El ciclo de las políticas públicas.

Ahora bien, las políticas públicas no surgen simplemente de la nada. Desde la conceptualización de la política pública a mediados del siglo pasado, se ha considerado que existen ciertos pasos para lograr establecer una política pública (Fischer, Miller, & Sidney, 2006) siendo el primero y más importante el poder identificar el problema que ha de ser atendido por medio de la política pública, porque es de donde parten todos los esfuerzos para poder incorporarlo a la agenda y una vez que ya se tiene el interés de los tomadores de decisiones, formular alternativas que puedan atender el problema identificado. Para ello se pueden realizar recomendaciones de política pública basadas en investigación tal y como es el caso de esta tesis, en donde presentar recomendaciones tras el análisis de las variables independientes que luego de amplio análisis se consideran que influyen en la tasa de LME, con esto se pretende que permitan a los tomadores de decisiones la formulación de alternativas que luego de ser evaluadas en cuanto a la posibilidad de su implementación, podrán ser presentadas y llevadas a cabo para posteriormente ser evaluadas. Al tomar en cuenta los resultados, se podrá determinar qué tan exitosa ha sido la política pública desarrollada y si vale la pena continuar con la misma o replantearla de forma parcial o total.

Esta tesis no tiene por objetivo diseñar en su totalidad una política pública que aumente la tasa de lactancia exclusiva en la ciudad, sino de generar recomendaciones para poder plantear con evidencia las alternativas que puedan ser viables dentro del contexto de la promoción, protección y fomento de la lactancia materna.

En la ilustración 1, se observa en qué punto se busca trabajar en cuanto a la producción de recomendaciones de política pública luego de tener el problema claramente identificado (reducción de la tasa de LME) y de que ya se ha incorporado a la agenda (ENLM y Decreto a Favor de la LM).

Ilustración 1. El ciclo de las políticas públicas



Fuente: Elaboración propia.

2.2. La lactancia materna un nuevo campo de investigación como política pública.

Para Smyth, L. (2012), la promoción de la lactancia materna en Inglaterra está llevándose a cabo junto con publicaciones de leyes recientes que han establecido como ilegal la discriminación contra las madres que lactan y que han tomado en cuenta el derecho de los bebés de recibir leche materna en cualquier espacio público en donde la madre esté autorizada a permanecer. Por otro lado, en países como Irlanda del Norte, en donde no se ha logrado aumentar las tasas de lactancia en los últimos años, no existen leyes que protejan a las mujeres o a los bebés para permitirles lactar en lugares públicos. Por esta razón, “la presencia o

ausencia de protecciones legales no es un factor que afecte de manera poco importante las tasas de lactancia” (Yalom, 1997 citado por Bernier, N. F., & Clavier, C., 2011).

2.2.1. La lactancia como política pública de salud.

Para Save The Children (2014), “las tres principales causas de mortalidad neonatal son los nacimientos prematuros, las infecciones severas y las complicaciones del parto. Éstas causan más del 80% de todas las muertes neonatales y están estrechamente relacionadas con la mortalidad materna. Invertir en salud materna y planificación familiar es crucial para la supervivencia infantil y para la reducción de la mortalidad neonatal. Esta última comprende 43% de todas las muertes de niñas y niños menores de 5 años y a su vez, 36% de la mortalidad infantil de este grupo de edad ocurre en el primer día de vida”. El documento llamado *Lactancia en México, retos ante la inequidad*, habla de las disparidades sociales y económicas en México y de cómo afectan el establecimiento y continuación de la lactancia materna.

Muchas instituciones han reconocido, desde hace algún tiempo, la evidencia científica que demuestra que la leche humana es el alimento más apropiado para casi todos los bebés humanos y al mismo tiempo, han reconocido desde siempre que existen diversas barreras para lograr amamantar. Cada vez son más los países en que incluyen la lactancia materna como una importante medida preventiva de salud; sin embargo, debido a la gran cantidad de factores sociales, económicos, educativos, institucionales, e incluso políticos, las tasas de lactancia no logran alcanzar en la mayoría de los países en desarrollo los niveles recomendados por las más importantes autoridades en salud a nivel global, a pesar de la creciente evidencia de los perjuicios de no alimentar al seno materno a los niños pequeños, incluyendo el aumentado riesgo de enfermedades crónicas tanto en la madre como en su descendencia.

Todas las autoridades en materia de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y La Liga de la Leche Internacional (LLL) recomiendan que los bebés reciban únicamente leche materna durante los primeros seis meses de vida, lo que se conoce como lactancia materna exclusiva, continuando con la lactancia por al menos 1 o 2 años de vida. Al mismo tiempo, estas

autoridades recomiendan iniciar con la lactancia inmediatamente después del nacimiento y la introducción oportuna de alimentos complementarios.

A pesar de la evidencia existente, muchas veces son las mismas comunidades científicas y de salud quienes contribuyen a entorpecer las transiciones de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño que está conformada por 10 pasos basados en evidencia que muestran cómo incrementar sustancialmente las tasas de lactancia, pero en Estados Unidos se ha logrado acreditar únicamente el 3% de los hospitales y clínicas del país, a lo largo y ancho del mundo solamente el 25% de los centros de maternidad se ha logrado acreditar. Tristemente hay muchas prácticas perinatales que no están médicamente indicadas, que persisten aún y que interfieren innecesariamente con el establecimiento de la lactancia. Muchos profesionales de la salud tienen una formación inadecuada, poca experiencia en educación y recursos limitados para lograr proveer apoyo apropiado para establecer la lactancia. Muchas investigaciones científicas no han hecho la importante diferenciación de la lactancia exclusiva y otros patrones de lactancia (como la mixta o la preponderante) cuando discuten y analizan los efectos del amamantamiento.

Por otro lado, las legislaciones no pueden fomentar adecuadamente la continuación de la lactancia a pesar del avance que supone el Decreto por el que se Adicionan y Reforman Diversas Disposiciones a Favor de la Lactancia Materna publicado apenas en el año 2014, México sigue contemplando una licencia por maternidad menor a la recomendada por los estándares internacionales (WBTi, 2008) y a pesar de haberse contemplado la instalación de lactarios en el primer semestre de 2015, lo cierto es que ninguna autoridad vigila el cumplimiento de las obras de lactancia otorgadas por ley, así como tampoco ha quedado claro quién y cuándo supervisará la puesta en marcha del correcto funcionamiento de los lactarios. A México también le hace falta una legislación nacional que proteja eficazmente a las mujeres contra la persecución y el acoso por amamantar en público y, por supuesto, apegarse a los tratados internacionales y crear un organismo que trabaje eficazmente en promover y aumentar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.

Lamentablemente nuestro país no existe un organismo descentralizado que capacite y certifique verdaderas y verdaderos consultores de lactancia. Tristemente la mayoría de las pocas consultoras de lactancia certificadas internacionalmente (IBCLC) que existen en

nuestro país -21-, son originarias de Estados Unidos y Canadá. A pesar de los esfuerzos que realizan organizaciones como La Liga De La Leche Internacional y la Asociación Pro Lactancia Materna; el trabajo es mucho y México se encuentra rezagado en comparación con casi todos los países del continente americano. Además de esto, a pesar de que nuestro país ha firmado tratados internacionales para vigilar el cumplimiento del Código De Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, existe un incremento desmedido y agresivo de la promoción de los sustitutos de la leche humana incluyendo distribución en hospitales y material promocional como regalo luego del alta. No podemos dejar de lado la promoción que realizan los mismos médicos (generales o especialistas) a cambio de regalos e inclusive de inscripciones a congresos o peor aún, pago directo de recursos económicos. Además, se debe señalar la falta de información sobre los riesgos de salud de no amamantar y las implicaciones a la salud pública asociadas con el uso de sucedáneos de la leche materna. Es también necesario trabajar para revertir el énfasis cultural en la sexualidad de los senos que contraviene su función nutricional y que ha creado barreras significativas para la aceptación cultural y la normalización de la lactancia.

Se debe, entonces, buscar el modo de que las instituciones de gobierno logren desarrollar una campaña que promueva la lactancia en los hospitales y en las instituciones de salud de todos los estados y buscar la forma de que el gobierno trabaje con los proveedores de salud, tanto a nivel público como particular, para lograr que las mujeres tengan acceso a información en torno a la lactancia antes y después del nacimiento y lograr que al menos el 25% de los establecimientos de salud sean acreditados como hospitales amigo del fin de la niña.

2.2.2. La lactancia como política pública de seguridad alimentaria

La lactancia materna es la base de la seguridad alimentaria, es el primer alimento para todos los seres humanos y está siempre disponible en la composición y temperatura perfecta. Según la UNICEF, la lactancia materna es la medida más económica que se puede implementar en relación con el número de vidas que podrían ser salvadas tan sólo si se lograra, por ejemplo, iniciar la lactancia en la primera hora de vida.

Muchas familias sufren de carencias económicas y la compra de sucedáneos implica muchos más gastos, no sólo en la fórmula láctea, sino en artículos para su administración y por

supuesto, en consultas médicas, compra de medicamentos y pérdida de trabajo productivo por el cuidado de un bebé enfermo.

Si promediamos el ingreso familiar en 6,000 pesos mensuales, habrá que pensar que al menos 20% de ese ingreso deberá destinarse a la compra de sucedáneos, consultas médicas y medicamento a lo largo del primer año de vida. “Considerando el ingreso familiar, a veces si la familia tiene un solo ingreso y es en base al mínimo, el solo uso de fórmula puede significar 20% del ingreso; si la fórmula es especial puede significar más de un 30% del ingreso familiar” (Leonor, L., & López, C. 2010). Por esta razón, es de vital importancia que, para disminuir la brecha de desigualdad, se promueva la lactancia materna, al menos durante los primeros seis meses de vida.

Según Save The Children (2014), en muchas ocasiones, se entregan fórmulas lácteas de manera gratuita a mujeres que no las necesitan y que ya han tenido lactancias exitosas con otros hijos, como en el caso de María, una mujer indígena de San Cristóbal de las Casas: “...al nacer su hijo, el personal del hospital lo llevó inmediatamente a los cuneros para concluir con la cirugía y María no estuvo en condiciones para poder darle leche en la primera hora, como lo había hecho en sus partos anteriores. Después de la operación, no recibió asesoría sobre cómo amamantar a su bebé y cuando fue dada de alta del hospital, le prescribieron fórmula, sin explicarle cómo prepararla”. Esta historia ejemplifica lo que está pasando en la actualidad a lo largo y ancho del país en donde la población rural vio disminuida a la mitad la tasa de LME. Dado que la leche materna proporciona la mejor alimentación posible, se le ha considerado como la mejor forma para dar un inicio igualitario a cualquier bebé, independientemente del estado económico de su familia. Al recibir una lactancia materna óptima, todos los niños y niñas tendrán las mismas oportunidades de comenzar la vida con todos los nutrientes necesarios y con menores riesgos de enfermar durante su infancia, pero de manera más importante, tendrá la oportunidad de alcanzar un óptimo estado de nutrición durante su primer año de vida, independientemente del ingreso que puedan tener sus padres.

Los niños y las niñas que reciben una lactancia óptima no padecerán hambre durante su primer año de vida; es por esto que la lactancia materna es por antonomasia el alimento básico que proporciona seguridad alimentaria desde el inicio de la vida.

Se han hecho innumerables estudios que demuestran que, en países con alta prevalencia de desnutrición, aumentar las tasas de lactancia materna contribuye de manera significativa a reducir este padecimiento y, por ende, ahorra al gobierno una gran cantidad de recursos que tendrían que destinarse a atender las consecuencias de la desnutrición en la primera infancia.

Que los gobiernos inviertan en promover la lactancia materna resulta una opción sencilla y de bajo costo para mantener a los menores de dos años bien alimentados. Inclusive en el segundo año de vida, la lactancia materna proporciona un tercio de la energía necesaria para el adecuado crecimiento y alrededor de 30% de las proteínas necesarias.

2.2.3. La lactancia como política pública de equidad de género.

"En un verdadero entorno de apoyo cada madre obtendría ayuda calificada y práctica para amamantar por parte de la familia y de los trabajadores de salud, aún antes del nacimiento. Su carga de trabajo tanto doméstico como de trabajo pagado, se ajustaría para permitirle tener tiempo y energía suficiente para comenzar y continuar con la lactancia. No sufriría discriminación ni tendría un riesgo más alto de padecer violencia intrafamiliar solamente por estar amamantando. Todas estas condiciones se lograrían a un costo relativamente bajo si la gente lograra entender el valor de la lactancia y de la leche materna y los verdaderos costos que surgen cuando un niño es excitado de manera prematura".

Chris Mulford, Breastfeeding Advocacy Team.

La OMS asegura que la lactancia evita en promedio en Bangladesh el nacimiento de 3.5 hijos y es por eso que la lactancia exclusiva previene más nacimientos en el mundo que todos los demás métodos de anticonceptivos juntos, además de que no requiere de una curva de aprendizaje para poder fungir para este fin. La lactancia logra que los embarazos sean más espaciados y por esta razón contribuye a la salud de las mujeres. Los niños y las niñas también se benefician por los embarazos más espaciados porque a medida que crecen tienen más recursos disponibles, tanto temporales como económicos, para cada uno de ellos.

Mientras que "La relación entre trabajo no remunerado y empleo es directa, pues el tiempo destinado al primero es inversamente proporcional al tiempo que puede dedicársele al segundo. De manera que las políticas laborales y de mercado de trabajo activas deberían

tomar en cuenta esta realidad, pero no para promover empleos para mujeres a media jornada, sino para articularse con otras políticas sectoriales y fomentar la redistribución del trabajo del cuidado no pagado y promover prácticas laborales y organizativas que posibiliten un uso del tiempo distinto, lo que pasa por reconsiderar las jornadas laborales como la única ocupación del día". (Navarro, F. M., 2012). Según el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) en 2012, prácticamente todas las mujeres que viven en pareja realizan trabajo doméstico para los integrantes de su hogar y en promedio le destinan 42 horas a la semana; el cuidado de los niños y otros familiares lo realizan 90.4% de las mujeres y le dedican 33 horas con 36 minutos por semana; asimismo 37.4% de ellas trabajan para el mercado y cubren una jornada laboral de 41 horas y 42 minutos. Lograr que la lactancia materna óptima se logre, requiere de una importante inversión de tiempo por parte de las madres, por lo que es importante que las autoridades y la sociedad reconozcan la inversión laboral que implica tener éxito en la lactancia.

En vista de que existe una relación clara entre el tiempo que una mujer pasa dedicada a trabajo no remunerado y el tiempo que tiene disponible para dedicarse a uno remunerado, el impulso de políticas públicas para retribuir a las mujeres que deciden amamantar de manera exclusiva, puede resultar en un aliciente para esta práctica. Mientras que en el país las mismas mujeres no reconozcan a la lactancia como la culminación del ciclo reproductivo, no se logrará cambiar la perspectiva que se tiene sobre que sólo las mujeres que no trabajan logran la LME.

Para Hausman (2013) "Lo que las feministas deben buscar es un mayor acuerdo en qué es lo que le impide a las mujeres lograr sus libertades como madres en lugar de intentar únicamente darle un valor a la lactancia". Dado que las mujeres que ejercen la maternidad suelen invertir una gran cantidad de tiempo en la crianza y cuidado de sus hijos, muchas veces terminan siendo discriminadas no solo por sus empleadores, sino por sus mismos compañeros de trabajo, cuando buscan ejercer su derecho a la lactancia. Por esta razón, se debe luchar porque sean las mismas madres quienes puedan decidir, sin presiones de ningún tipo, el modo en que serán alimentados sus bebés.

El poner en práctica una política pública integral que promueva la lactancia materna puede ayudar a que las niñas estén informadas sobre las innumerables ventajas de la lactancia materna y se den cuenta de que tener un bebé no siempre significa que una tercera persona

esté a cargo de la crianza en una cultura que favorece la alimentación de manera artificial, sino que lo ideal es que aun siendo ellas muy jóvenes puedan brindar la LME a sus hijos, probablemente reduciendo incluso el gran número de embarazo adolescente en México.

Dado que la mayoría de las mujeres que trabajan lo hacen en trabajos domésticos o se auto emplean sin tener acceso a los beneficios de incorporarse a un mercado laboral formal, no es de extrañar que las leyes que señalan el derecho al ejercicio de la lactancia, luego de la reincorporación al trabajo, no alcancen a gran número de mujeres que son quienes más requieren ser apoyadas y por supuesto, al no existir un patrón formalmente reconocido, se quede al arbitrio de éste el conceder tiempo o no para el ejercicio de la lactancia materna. En el mismo sentido, es muy probable que el personal de salud que ofrece sus servicios dentro del Seguro Popular, tampoco esté sensibilizado en el tema de los derechos laborales y la lactancia y no lo tomen en cuenta durante las consultas prenatales, considerando que sus beneficiarias no laboran.

Mientras las mujeres sigan percibiendo menor salario por trabajos similares en comparación con los hombres, tendrán menores recursos para poder atender la salud de sus hijos, por lo que es de vital importancia que sus bebés sean amamantados con LME y de este modo se reduzca el riesgo de que sus hijos se enfermen y tengan que invertir en atención médica o medicamentos, sobre todo en el caso de madres jóvenes y madres solteras que suelen percibir menor sueldo.

2.2.4. La lactancia como política pública de derechos humanos.

La lactancia materna es, sin duda, un derecho humano básico y, por ende, un derecho imprescriptible, inalterable e inalienable. Al formar parte de los derechos humanos, es interdependiente, ya que la lactancia materna promueve el derecho a la alimentación de los niños y el derecho a la salud de los niños y las madres. Así pues, el Estado tiene la obligación de promover la lactancia materna y proteger a las mujeres de la propaganda y promoción que utiliza la industria de los sucedáneos y de la fabricación de chupones y biberones. A pesar de que la decisión particular de amamantar o no es de cada mujer, todos los niños sin excepción tienen derecho a recibir el mejor alimento posible para su desarrollo y la norma biológica para los seres humanos: la leche materna.

Para el UNICEF (2011): “Los gobiernos están encargados de tomar medidas para que la niñez tenga acceso a una alimentación nutricionalmente adecuada que le asegure un crecimiento saludable desde el nacimiento”; por esta razón es importante que se priorice la práctica de la LME durante los primeros seis meses de los bebés, para luego continuar amamantado durante al menos dos años de edad, combinando la ingesta con alimentos adecuados para el desarrollo de cada niño.

En opinión de Elisa Sánchez (2015), “la lactancia materna contribuye al desarrollo humano de toda persona” y debe ser vista como un derecho que se enfoca al principio de la Niñez como Bien Superior de la Nación en particular para los niños y las niñas y la culminación del proceso reproductivo en el caso de las mujeres. Según esta especialista, en México “persisten procesos sistemáticos violatorios de los derechos de la niñez desde el inicio de la vida”. Por esta razón, algunos tratados y acuerdos internacionales como la Declaración de Innocenti comprometen al Estado a garantizar el derecho a la lactancia.

Debe existir un reconocimiento universal al trabajo que realizan las mujeres al amamantar y el gobierno debe estar obligado a emanar recursos para atender a las mujeres que deciden alimentar a sus hijos al seno materno, pero que encuentran dificultades para llegar a sus metas personales de lactancia, ya sea por falta de información o por falta de un entorno amigable con la lactancia materna.

Los recursos necesarios pueden no ser muchos y los equipamientos que se requieren pueden ser de baja tecnología, como en el caso de Brasil que con frascos de café soluble ha logrado hacer una gran red de bancos de leche materna, recibiendo una retribución de lo invertido en fomentar la lactancia materna al ver incrementadas considerablemente su tasa de LME con la consiguiente reducción de la morbilidad infantil.

2.3. El marco jurídico de la lactancia materna.

Desde la perspectiva de la ciencia política, el análisis de las políticas públicas debe contemplar -aunque no de manera exclusiva-, el examinar las leyes, las regulaciones y los programas específicos del programa que se está analizando (Bernier, N. F., & Clavier, C., 2011). Así pues, un análisis adecuado de las políticas públicas debe buscar tomar en cuenta la totalidad de las soluciones propuestas por las autoridades gubernamentales. De este modo,

se logra establecer una imagen más clara y realista de las políticas públicas que se busca elaborar. Según los mismos autores, este enfoque es particularmente útil en el caso de la investigación en políticas públicas de salud. Por esta razón, se presenta el marco jurídico que protege a la lactancia materna en México, comenzando por la legislación nacional y posteriormente con los tratados internacionales firmados por nuestro país.

2.3.1. Marco jurídico en México.

Siendo México un Estado miembro de la Organización de las Naciones y en el que dentro de su Sistema de las Naciones Unidas existe representación de la Organización Mundial de la Salud desde 1952 y desde 1954 del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, se hizo necesario atender las recomendaciones de estos organismos en materia de fomento a la lactancia materna, por lo que en abril de 2014 se publicó el *Decreto por el que se adicionan y reforman diversas disposiciones de la Ley General de Salud; de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del artículo 123 Constitucional; de la Ley del Seguro Social; de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, y de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*¹. Este documento aumenta la protección a nivel federal para las madres que se encuentren en periodo lactante y da un plazo de un año para que las legislaturas de los estados regulen de manera secundaria dicho decreto. Lamentablemente, a pesar de haber transcurrido un mayor tiempo al especificado en el Decreto, únicamente el Estado de México ha podido emitir una ley secundaria relacionada a la protección de la lactancia materna.

A continuación, se presentan las leyes, reglamentos y normas que regulan la lactancia materna en México:

¹ Se puede consultar el texto completo en:

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339161&fecha=02/04/2014

2.3.1.1. *La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*².

La CPEUM es sin duda la base de toda ley en nuestro país, en el caso de la lactancia materna, resulta particular que no defina una duración específica para el periodo de lactancia, sino que únicamente señala el derecho a tener dos descansos de 30 minutos por día mientras dure dicho periodo sin opción a juntarlos para que resulten en una jornada más reducida a lo largo del día. Dado que la duración de la lactancia según recomendaciones de la OMS debe ser por lo menos 2 años, se podría inclusive abrir la puerta a una lista de amparos y sentar jurisprudencia para lograr que el periodo de lactancia durara al menos 24 meses.

TÍTULO SEXTO.

Del Trabajo y de la Previsión Social.

Art.123.- El congreso de la unión y las legislaturas de los Estados deberán expedir leyes sobre el trabajo, fundadas en las necesidades de cada región, sin contravenir a las bases siguientes, las cuales regirán el trabajo de los obreros, jornaleros, empleados, domésticos y artesanos, y de una manera general todo contrato de trabajo.

...

V.- Las mujeres, durante los tres meses anteriores al parto, no desempeñarán trabajos físicos que exijan esfuerzo material considerable. En el mes siguiente al parto disfrutarán forzosamente de descanso, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y sus derechos que hubieren adquirido por su contrato. En el período de la lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para amamantar a sus hijos.

2.3.1.2. *La Ley Federal del Trabajo*³.

De igual forma, la LFT, la ley que regula las condiciones laborales en todo el país tampoco señala un periodo específico de duración de la lactancia, sino que además habla de “ayudas

² Se puede consultar el texto completo en:

http://www.dof.gob.mx/constitucion/marzo_2014_constitucion.pdf

³ Se puede consultar el texto completo en:

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_120615.pdf

para la lactancia”, que suelen ser mal interpretadas como la entrega gratuita de fórmulas lácteas para bebés. Del mismo modo, la LFT señala que no se podrá emplear a mujeres lactantes en horarios nocturno, lugares insalubres o ante contingencias.

Dentro de las adiciones del Decreto, se indica que las empresas deberán de contar con un espacio “adecuado e higiénico” para realizar la extracción manual de leche materna y tendrán acceso a capacitación y fomento para que la leche materna sea alimento exclusivo durante los primeros seis meses y la lactancia se prolongue por lo menos durante los primeros dos años de vida del bebé, pero especifica que el plazo máximo para extraerse la leche materna es de seis meses, con lo que existe una contradicción de criterios para promover y lograr la lactancia durante los primeros dos años de vida de los bebés.

Dado que la Ley Federal del Trabajo tiene validez a nivel federal, el Decreto debió haber entrado en vigor al día siguiente de su publicación y señalaba un plazo máximo de 365 días para que la Secretaría del Trabajo y Previsión Social vigilara la instalación de lactarios en empresas con supervisión federal y en instituciones federales como las que se encuentran a cargo de la Secretaría de la Función Pública: *“Se concede un plazo de trescientos sesenta y cinco días naturales, contados a partir de la fecha en que entren en vigor estas modificaciones, para que las empresas, instituciones, dependencias y, en general, todos los obligados conforme a este Decreto efectúen las adecuaciones físicas necesarias para dar cumplimiento a las disposiciones de la ley correspondiente”*. Sin embargo, no se han realizado modificaciones a los formatos de evaluación para determinar si existen lactarios o no en las empresas federales y la LFT no define adecuadamente en qué casos sí será obligatoria la instalación de los lactarios y en qué casos se podrá acordar con el patrón la reducción de la jornada laboral. Esta segunda opción no ayudaría a que la lactancia materna sea exclusiva durante los primeros seis meses de vida, porque la falta de extracción de leche materna por un periodo tan prolongado como una jornada laboral completa, indicaría al seno de la madre que no se requiere producir más leche y forzosamente tendría al menos que suplementar con sucedáneos de la leche materna dejando a un lado los beneficios que implican la lactancia materna exclusiva.

A continuación, se señalan los artículos de la LFT que contienen regulaciones relativas a la lactancia materna.

TÍTULO PRIMERO

XI. La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:

...

c) Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente para el parto y de otros dos después del mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el período de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos. Además, disfrutarán de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayudas para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles.

...

TÍTULO QUINTO

Trabajo de las Mujeres

Artículo 166. Cuando se ponga en peligro la salud de la mujer, o la del producto, ya sea durante el estado de gestación o el de lactancia y sin que sufra perjuicio en su salario, prestaciones y derechos, no se podrá utilizar su trabajo en labores insalubres o peligrosas, trabajo nocturno industrial, en establecimientos comerciales o de servicio después de las diez de la noche, así como en horas extraordinarias.

Artículo 168. En caso de que las autoridades competentes emitan una declaratoria de contingencia sanitaria, conforme a las disposiciones aplicables, no podrá utilizarse el trabajo de mujeres en periodos de gestación o de lactancia. Las trabajadoras que se encuentren en este supuesto, no sufrirán perjuicio en su salario, prestaciones y derechos.

Artículo 170. Las madres trabajadoras tendrán los siguientes derechos:

...

II. Disfrutarán de un descanso de seis semanas anteriores y seis posteriores al parto. A solicitud expresa de la trabajadora, previa autorización escrita del médico de la institución de seguridad social que le corresponda o, en su caso, del servicio de salud que otorgue el patrón,

tomando en cuenta la opinión del patrón y la naturaleza del trabajo que desempeñe, se podrá transferir hasta cuatro de las seis semanas de descanso previas al parto para después del mismo. En caso de que los hijos hayan nacido con cualquier tipo de discapacidad o requieran atención médica hospitalaria, el descanso podrá ser de hasta ocho semanas posteriores al parto, previa presentación del certificado médico correspondiente.

IV. En el período de lactancia hasta por el término máximo de seis meses, tendrán dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos, en lugar adecuado e higiénico que designe la empresa, o bien, cuando esto no sea posible, previo acuerdo con el patrón se reducirá en una hora su jornada de trabajo durante el período señalado;

2.3.1.3. *La Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado*⁴.

La Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado “es de observancia general para los titulares y trabajadores de las dependencias de los Poderes de la Unión, del Gobierno del Distrito Federal, de las Instituciones que a continuación se enumeran: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Juntas Federales de Mejoras Materiales, Instituto Nacional de la Vivienda, Lotería Nacional, Instituto Nacional de Protección a la Infancia, Instituto Nacional Indigenista, Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, Comisión Nacional de Valores, Comisión de Tarifas de Electricidad y Gas, Centro Materno-Infantil Maximino Ávila Camacho y Hospital Infantil; así como de los otros organismos descentralizados, similares a los anteriores que tengan a su cargo función de servicios públicos. En este contexto, en Morelia sólo se tendría en cuenta el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (ISSSTE) pero de manera similar a la LFT se tendría que ya haber instalado lactarios, y a diferencia de la LFT no se aclara la duración del periodo de lactancia sino que esta Ley señala una duración de “hasta avanzado el segundo año de edad”, por lo que inclusive se podrían promover amparos para prolongar el periodo de extracción hasta que la madre lo requiera.

⁴ Se puede consultar el texto completo en:

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/111.pdf>

Por otro lado, esta Ley no habla de “ayudas” sino de capacitación y fomento a la lactancia materna, sin embargo, no deja claro quién estará a cargo de proporcionar dicha capacitación y en base a qué recomendaciones se hará. De manera análoga a la LFT esta Ley habla de lugares para extraer de manera manual la leche materna, lo que deja sin obligación al patrón de que en el lactario exista una toma de corriente eléctrica para estar en la posibilidad de utilizar un extractor eléctrico que muchas veces resulta más cómodo a muchas mujeres. Esta ley a diferencia de la LFT, no tiene contemplado que el patrón pueda acordar reducir la jornada laboral y en este caso las instituciones contenidas en este ordenamiento deberán contar forzosamente con un lactario en caso de tener a alguna mujer en periodo de lactancia. Se muestran a continuación los artículos referentes a la lactancia materna:

CAPÍTULO II

...

Artículo 28.- Las mujeres disfrutarán de un mes de descanso antes de la fecha que aproximadamente se fije para el parto, y de otros dos después del mismo. Durante la lactancia tendrán derecho a decidir entre contar con dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, o bien, un descanso extraordinario por día, de una hora para amamantar a sus hijos o para realizar la extracción manual de leche, en lugar adecuado e higiénico que designe la institución o dependencia y tendrán acceso a la capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de edad.

2.4.1.4. La Ley General de Salud⁵.

La Ley General de Salud (LGS) señala a la Secretaría de Salud como la responsable de las “acciones de orientación y vigilancia institucional, fomento a la lactancia materna”, sin embargo, la Secretaría de Salud es también la obligada de coordinar la entrada en vigor del decreto a favor de la lactancia materna, de vigilar el funcionamiento de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) referentes a la lactancia materna y junto con la COFEPRIS (Comisión

⁵ Se puede consultar el texto completo en:

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_040615.pdf

Federal para Prevenir los Riesgos Sanitarios), también debería estar trabajando en una NOM para especificar los requerimientos de los lactarios dependiendo del tamaño de la empresa y del número de mujeres en edad reproductiva que pueden tener necesidad de utilizarlos.

Por otra parte, la Secretaría de Salud (SS) a nivel federal está obligada a trabajar de manera conjunta con las Secretarías de Salud de cada entidad para verificar el cumplimiento de la Ley General de Salud, sin embargo, hace falta mayor trabajo por parte de la SS para que se logre regular el decreto en todas las entidades federativas y verificar su cumplimiento, ya que se dio un plazo que se venció en abril de 2015 y aún no se han puesto en marcha las modificaciones que propone el Decreto.

A continuación, se cita el artículo 64 de la LGS que habla sobre la lactancia materna.

CAPÍTULO V

Atención Materno-Infantil

ARTÍCULO 64. En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:

...

II. Acciones de orientación y vigilancia institucional, fomento a la lactancia materna y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno-infantil, y

...

2.4.1.5. La Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado⁶.

La Ley del ISSSTE señala que todas las derechohabientes tendrán derecho a recibir una “ayuda para la lactancia”; cuando en realidad se trata del suministro gratuito de fórmulas lácteas para bebés. Dentro del Sector Salud la única fórmula que se reparte es la Nan 1 de Nestlé con la que el Sector Salud incluso hizo el programa “Unidos por niños saludables”.

⁶Se puede consultar el texto completo en:

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE.pdf>

Es hasta 2015, que se empieza a hablar de que exista una licitación pública para que surja la posibilidad de que otros proveedores proporcionen fórmulas al Sector Salud y donde lo ideal sería que de nueva cuenta entregaran latas sin marca y con la leyenda “propiedad del sector salud, prohibida su venta”, porque muchas derechohabientes utilizan una fórmula distinta para sus bebés, pero piden a sus médicos familiares la fórmula que regala el Sector Salud y posteriormente la venden a precios muy por debajo de su precio comercial, lo que demerita aún más la lactancia materna en el país.

Por otro lado, a pesar de que la Ley señala que todas las derechohabientes recibirán “ayudas para la lactancia”, en la aplicación, únicamente las titulares son las que obtienen estas latas de fórmula, mientras que a las demás derechohabientes, aunque las necesiten, no se les proporcionan por no ser las aseguradas directas.

Artículo 39. La mujer Trabajadora, la pensionada, la cónyuge del Trabajador o del Pensionado o, en su caso, la concubina de uno u otro, y la hija del Trabajador o Pensionado, soltera, menor de dieciocho años que dependa económicamente de éstos, según las condiciones del artículo siguiente, tendrán derecho a:

...

II. A la capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida y ayuda para la lactancia cuando, según dictamen médico, exista incapacidad física o laboral para amamantar al hijo. Esta ayuda será proporcionada en especie, hasta por un lapso de seis meses con posterioridad al nacimiento, y se entregará a la madre o, a falta de ésta, a la persona encargada de alimentarlo;

III. Durante el período de lactancia tendrán derecho a decidir entre contar con dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, o bien, un descanso extraordinario por día, de una hora para amamantar a sus hijos o para realizar la extracción manual de leche, en lugar adecuado e higiénico que designe la institución o dependencia, y

...

2.4.1.6. *Ley del Seguro Social*⁷.

La Ley del Insitituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) también contempla que exista un lugar adecuado e higiénico para realizar la extracción de leche, pero establece que la extracción se haga manual, dejando sin opciones a las madres que deseen realizar extracciones con bombas eléctricas que requieran ser conectadas a una fuente de electricidad. Tampoco es clara en el periodo que dura la lactancia, pero sí sugiere que incentive hasta avanzado el segundo año de vida.

Del mismo modo que la Ley del ISSSTE, esta ley contempla “ayuda en especie para la lactancia”, pero resulta por demás complicado que las madres mantengan la lactancia mixta y luego de la introducción de estos sucedáneos que se entregan de manera gratuita, suelen perder su lactancia. Sin embargo, las latas de leche que proporciona el SS a las madres trabajadoras son precisamente eso: una ayuda para complementar la alimentación de sus bebés, por lo que no son suficientes para cubrir sus necesidades totales de alimentación, dado que en la mayoría de los casos las madres trabajadoras se inclinan por utilizar en su totalidad fórmulas para alimentarlos.

Resulta contradictorio que la Ley del IMSS busque incentivar que la lactancia sea el alimento exclusivo durante los primeros seis meses de vida mientras otorga sucedáneos de la leche materna sin una indicación, al menos en el texto de la ley, que indique incapacidad física o laboral para continuar con la lactancia como lo hace la Ley del ISSSTE.

Artículo 94. En caso de maternidad, el Instituto otorgará a la asegurada durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio, las prestaciones siguientes:

- I. ...
- II. Ayuda en especie por seis meses para lactancia y capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida;

⁷ Se puede consultar de manera íntegra en:

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92.pdf>

III. Durante el período de lactancia tendrán derecho a decidir entre contar con dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, o bien, un descanso extraordinario por día, de una hora para amamantar a sus hijos o para efectuar la extracción manual de leche, en lugar adecuado e higiénico que designe la institución o dependencia, y

IV. ...

2.4.1.7. La Ley para la Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

Esta Ley se modificó para señalar que las madres tienen derecho a la atención a la salud durante el periodo de lactancia y que los niños y niñas tienen derecho a que se promueva la lactancia materna. Sin embargo, no queda claro a quién debe ir dirigida esta promoción de la lactancia materna, ya que como se verá más adelante, la sola promoción a las madres una vez que han nacido sus hijos no es suficiente para concientizar a las mujeres de todos los beneficios que tiene la lactancia materna exclusiva. En particular, cuando la lactancia materna muchas veces llega a su fin luego de una mala indicación del personal médico o de alguna opinión en contra de la lactancia por parte de familiares y amigos. A continuación, se presenta el contenido de esta ley en materia de lactancia materna.

Capítulo Cuarto

De los Derechos a Vivir en Condiciones de Bienestar y a un Sano Desarrollo Psicofísico

Artículo 20. Las madres tienen derecho, mientras están embarazadas o lactando, a recibir la atención médica y nutricional necesaria, de conformidad con el derecho a la salud integral de la mujer.

Capítulo Octavo

Del Derecho a la Salud

Artículo 28. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la salud. Las autoridades federales, del Distrito Federal, estatales y municipales en el ámbito de sus respectivas competencias, se mantendrán coordinados a fin de:

C. Promover la lactancia materna.

2.4.1.8. *La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*⁸.

La última ley que modifica el Decreto a favor de la lactancia materna es la LGAMVLV, en la que se especifica que negar el ejercicio del periodo de lactancia previsto en la ley constituye violencia laboral, por lo que las mujeres en esta etapa tienen la posibilidad de ser apoyadas para que sus patrones les autoricen los descansos contemplados en la Ley y que se supervise el goce de esta prestación. En contraste, la Ley por una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Michoacán de Ocampo fue modificada en el año 2013, por lo que la publicación del Decreto no se ha trasladado a la legislación estatal. Tristemente, mientras no se traduzcan estos ordenamientos a sus correspondientes leyes secundarias, no podrán ser aplicados más que a nivel federal.

CAPÍTULO II

DE LA VIOLENCIA LABORAL Y DOCENTE

ARTÍCULO 11. Constituye violencia laboral: la negativa ilegal a contratar a la Víctima o a respetar su permanencia o condiciones generales de trabajo; la descalificación del trabajo realizado, las amenazas, la intimidación, las humillaciones, la explotación, el impedimento a las mujeres de llevar a cabo el período de lactancia previsto en la ley y todo tipo de discriminación por condición de género.

2.4.1.9. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad*⁹.

A pesar de que existe una regulación en materia de publicidad, la aplicación de la misma no se da porque la única sanción contemplada es el retiro de la publicidad; además, lo que contempla el artículo 25 de esta ley no concuerda con lo pactado por México al signar el CICSLM porque no prevé muchas de las estrategias de marketing que siguen utilizando las productoras de sucedáneos como crear una imagen muy similar de sus productos en grupos de edades que sí pueden ser comercializados, tal es el caso de las fórmulas, Nan 1, Nan 2 y

⁸ Se puede consultar texto completo en:

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_040615.pdf

⁹ Se puede consultar el texto completo en:

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MP.pdf

Nan 3 u otorgarles cualidades que solo tienen la leche materna como “mejorar el sistema inmune” o “desarrollar las conexiones neuronales”. Es importante añadir que el comercio electrónico a través de redes sociales ha crecido exponencialmente en los últimos años y ha ocasionado que la supervisión de la publicidad de este tipo de productos sea muy difícil de realizar.

Capítulo III

Fórmulas para lactantes

ARTÍCULO 25. La publicidad y la promoción publicitaria de fórmulas para lactantes deberá:

- I. Fomentar la lactancia materna, para lo cual señalará claramente los beneficios de ésta;
- II. Indicar expresamente que el uso de las fórmulas para lactantes se recomienda únicamente en los siguientes casos:
 - a. Por intolerancia del niño a la leche materna,
 - b. Por ausencia de la madre y
 - c. Por incapacidad de la madre para dar leche o por cualquier otra razón sanitaria fundada, y
- III. Incluir información sobre el manejo correcto de las fórmulas, su preparación y los cuidados específicos a los que hay que someter los biberones antes de ofrecerlos a los lactantes.

ARTÍCULO 26. La Secretaría suspenderá la publicidad y la promoción publicitaria de fórmulas para lactantes cuando no se ajuste a lo dispuesto en el artículo anterior.

2.4.1.10. Norma que establece las disposiciones para la operación del servicio de guardería del IMSS.

A pesar de que la reglamentación de las guarderías del IMSS promueve la lactancia de manera directa o indirecta para los menores de 24 meses, la realidad es que pocas veces las guarderías permiten que la madre continúe con la lactancia de manera directa luego de que el bebé pasa a la sala de lactantes b, es decir, en cuanto cumple los primeros 6 meses de edad. Además, las madres se ven agobiadas porque el personal generalmente equipara la

alimentación al seno materno con la alimentación artificial, buscando que la madre proporcione la misma cantidad de leche materna que la que se da a los menores que se alimentan con fórmulas, por lo que aún en contra de la voluntad de la madre, generalmente proporcionan sucedáneos de la leche materna de manera adicional.

6.28 Niña o niño lactante:

Aquel cuya edad está comprendida entre los 43 días de nacido y los 18 meses de edad.

8.2.6.6 Se promoverá con las aseguradas usuarias, la práctica de la lactancia materna directa o indirecta, para las y los niños menores de 24 meses de edad y, dentro del horario establecido para la ministración de alimentos, los Responsables de los servicios de Alimentación, Fomento de la salud y Pedagogía, proporcionarán la orientación necesaria.

3.4.1.10. Reglamento de los servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

ARTÍCULO 10.-

El Servicio se prestará en las secciones siguientes:

I. Lactantes: Para Niños y Niñas desde sesenta días de nacidos hasta un año seis meses y veintinueve días;

II. Maternales: Para Niños y Niñas desde un año siete meses hasta dos años once meses y veintinueve días, y

III. Preescolares: Para Niños y Niñas desde tres años hasta que cumplan seis años de edad o concluyan el Ciclo de Servicio que cursen al cumplir esta última edad.

ARTÍCULO 29.-

La madre del Niño o de la Niña menor de seis meses de edad tendrá acceso a la sección de lactantes para amamantarlo, atendiendo las medidas de seguridad e higiene de la estancia contratada.

El reglamento de las guarderías del ISSSTE sí es más claro en señalar que solo se permitirá el acceso a las madres de menores de seis meses para practicar la lactancia directa, pero no menciona si la guardería está obligada a recibir leche materna para proporcionarla de manera

indirecta al menor. Resulta contradictorio que dentro del mismo documento se defina como lactante al menor de 19 meses cumplidos, pero que solo se indique la lactancia durante los primeros seis meses de vida. Sobre todo, porque la misma Ley del ISSSTE busca promover la lactancia materna hasta el segundo año de vida.

En la práctica sucede lo mismo que en las guarderías del IMSS, las madres son presionadas a proveer un volumen mayor al que requiere su bebé alimentado con LME y terminan desistiendo de la extracción de leche materna, alimentando de manera mixta a sus bebés en el mejor de los casos o inclusive, dejando completamente de amamantar a sus bebés al poco tiempo de su ingreso a las guarderías.

2.4.1.12. Las Normas Oficiales Mexicanas.

Estas normas tratan de regular el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña y la declaración de Innocenti, sin embargo, no existen sanciones para los transgresores, por lo que no tiene mucha importancia en cuanto la influencia que logran en la promoción de la lactancia y evitar así, la comercialización indebida de sucedáneos.

Además, son teóricamente de aplicación en cualquier establecimiento de salud, ya sea público o privado, pero en la realidad sólo se hacen reportes a través de las áreas de calidad de las clínicas y hospitales públicos y no existe quién supervise que se estén acatando en establecimientos privados. Esto ha llevado a que en el sector privado se haga poco caso de estas normativas.

2.4.1.12.1. La NOM-007 ¹⁰.

La NOM-007 se modificó finalmente en el año 2016 luego de no haberse modificado oficialmente desde el año 1993. En su desarrollo participó en gran parte la sociedad civil y en ella se establecen los lineamientos en torno a la atención del embarazo, el nacimiento y el puerperio y justo aquí se habla de la promoción e iniciación de la lactancia materna. De

¹⁰ Se puede consultar el texto completo en:

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5276550&fecha=05/11/2012

aplicarse en un alto porcentaje, la NOM-007 mejoraría considerablemente la tasa de lactancia en el país, porque incide en las variables: información oportuna, atención perinatal y diseño institucional.

En esta norma se promueve la lactancia materna exclusiva y se hace especial énfasis en brindar información sobre a los beneficios de la LME y la técnica para lograrla. Sin embargo, la NOM-007 se evalúa principalmente en sus indicadores de número de nacimientos por parto o cesárea y no especifica indicadores para lograr medir la influencia que puede tener en torno a la tasa de LME.

Luego de la creación de la Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018, se prevé la publicación de una NOM específica para la atención y promoción de la lactancia materna en México.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.

3. Definiciones

3.22 Lactancia materna, a la proporcionada al recién nacido, con leche humana, sin la adición de otros líquidos o alimentos.

3.3 Alojamiento conjunto, a la ubicación y convivencia del recién nacido y su madre en la misma habitación para favorecer el contacto precoz y permanente y la práctica de la lactancia materna exclusiva.

5. Disposiciones generales

5.1 Establecimientos públicos, privados y sociales y personal que brinda el servicio de atención médica del Sistema Nacional de Salud y.

5.1.1 La atención médica que reciban las mujeres en edad fértil en los establecimientos públicos, privados y sociales del país, deberá ser con un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería.

...

5.1.1.4 El examen debe incluir, una historia clínica completa, realizar exámenes de laboratorio básicos para detectar alteraciones que puedan incrementar el riesgo obstétrico y

otorgar elementos educativos para un adecuado control prenatal, embarazo saludable, parto fisiológico y puerperio sin complicaciones, además de los factores educativos que le permitan lograr exitosamente una lactancia materna exclusiva 6 meses postparto.

5.2.1.2.15 La unidad de atención debe proporcionar a la gestante, un carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada, que contenga los siguientes datos:

...

5.2.1.2.16.2 Mensajes que destaquen la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo.

...

5.5 Atención del puerperio

5.5.1.3 Inicio de la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida del recién nacido, en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan;

5.5.1.9 Durante el internamiento y antes del alta, orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva, signos y síntomas de alarma (fiebre, hemorragia, cefalea persistente) que ameritan atención médica de la madre.

5.5.2 Para la atención del puerperio mediano y tardío, se deberá:

5.5.2.3 Proporcionar información lo más completa posible a los padres sobre los cuidados del recién nacido, la lactancia materna exclusiva, nutrición de la madre y los cambios emocionales que ocurren durante este periodo.

...

5.7 Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva

5.7.1 En toda unidad de salud que proporcione atención obstétrica, se aplicarán criterios y procedimientos para favorecer la práctica de la lactancia materna exclusiva, así como el alojamiento conjunto, atendiendo a las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

5.7.2 Se deberá promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses del recién nacido y promover continuarla de manera complementaria hasta el segundo año de vida.

5.7.3 Durante la lactancia, se vigilarán estrechamente la prescripción y el uso de medicamentos administrados a la madre, conforme al Apéndice Normativo D.

5.7.4 En las unidades de salud no se permitirá promover fórmulas para lactantes o alimentos que sustituyan la leche materna.

5.7.5 La entrega o la indicación de sucedáneos de la leche materna a menores de cuatro meses, únicamente se hará bajo prescripción médica y así se registrará en el expediente clínico.

5.7.6 Las unidades médicas deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados. Deberá informarse diariamente a las embarazadas y puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y de los riesgos derivados del uso del biberón y leches industrializadas.

5.7.7 En las unidades de salud no se emplearán representantes de servicios profesionales, de enfermeras de maternidad o personal análogo remunerado por los fabricantes o los distribuidores de los productos lácteos.

5.10 Promoción a la salud materna y perinatal

5.10.1.4.3 Las ventajas de la lactancia materna exclusiva, la técnica de amamantamiento y la atención de los problemas más frecuentes.

...

2.4.1.12.2.La NOM-043¹¹.

En la NOM-043 se discuten los criterios básicos para la salud en materia alimentaria, indicando que la lactancia materna exclusiva se debe practicar de manera exclusiva hasta los seis meses de edad y continuarse hasta los dos años de vida. En este sentido, contradice las recomendaciones de la OMS y la PAHO que señalan como mínimo este periodo y no como máximo.

¹¹ Se puede consultar el texto completo en:

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013

En cuanto a las recomendaciones de la técnica de la lactancia, lo recomendable es ofrecer primeramente la alimentación con el seno materno y posteriormente el alimento complementario desde que se comienza con la ablactación y hasta el primer año de vida que el bebé se adapta paulatinamente a la dieta familiar. También se sugiere que no se utilicen biberones, entendiéndose esta recomendación aun en el caso de la lactancia indirecta o el uso de fórmulas artificiales; tampoco es común que el personal de salud se tome el tiempo de enseñar otras técnicas de alimentación y la correcta preparación de los sucedáneos de la leche materna.

Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

3. Definiciones

Para fines de esta Norma se entiende por:

3.35 Lactancia materna exclusiva: a la alimentación de los niños o niñas con leche materna, como único alimento durante los primeros seis meses de vida.

3.37 Leche materna o leche humana: a la secreción producida por las glándulas mamarias después del calostro y cuya función es alimentar al lactante; contiene todos los nutrimentos que el niño o niña requiere para su crecimiento y desarrollo en los primeros meses de la vida, y le proporciona los anticuerpos o sustancias que lo protegen de las infecciones.

4.3 Criterios generales de la alimentación.

4.3.3 Se debe promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y a partir del sexto mes de vida la alimentación complementaria.

5.3 Mujer en periodo de lactancia

5.3.1 Se debe indicar que la práctica de la lactancia incrementa las necesidades de energía y nutrimentos, especialmente de calcio y fósforo por arriba incluso de las necesidades de la mujer embarazada, por lo que podría ser necesario aumentar el consumo de alimentos y líquidos de acuerdo con su estado de salud, nutrición y actividad física.

5.4 Grupo de edad menor de seis meses

5.4.2 Se debe promover el inicio de la lactancia materna en la primera media hora de vida continuando a libre demanda hasta el sexto mes en forma exclusiva. A partir de esta edad, además de iniciar la alimentación complementaria continuar la lactancia materna hasta los dos años de edad.

5.4.3 Se debe explicar que la lactancia materna exclusiva implica que no es necesario dar ningún otro líquido, incluso agua (Apéndice Informativo F).

5.4.4 Se debe promover las ventajas de la lactancia materna frente a los sucedáneos, así como hacer énfasis en los riesgos que implica una falta de higiene, la inadecuada dilución y la adición innecesaria de otros ingredientes en su preparación.

5.5 Grupo de edad de seis a doce meses

5.5.1 Se debe destacar que el niño o la niña, además de la leche materna o en sus casos sucedáneos, deben recibir otros alimentos preparados en forma apropiada, a partir del sexto mes de vida.

5.5.2 Se debe promover que antes de amamantar al niño o niña debe dársele de la misma comida que consume el resto de la familia, adecuando la preparación, los utensilios, las cantidades y el número de comidas (3 comidas mayores y 2 colaciones) de acuerdo con sus necesidades. Se recomendará el uso de tazas, vasos y cucharas para la ingestión de líquidos, en lugar de biberones.

Apéndice Informativo A

RECOMENDACIONES PARA LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA*

A1. A partir de los 6 meses iniciar la alimentación complementaria y continuar con la lactancia materna de ser posible hasta los 2 años de edad.

A12. Evitar el uso de biberones.

A19. A partir del 6o. mes se recomienda iniciar con el consumo de carnes y, a partir de los dos años de edad, se recomienda dar leche descremada.

Apéndice Informativo F

ALTERNATIVAS PARA LA MINISTRACIÓN DE LA LECHE MATERNA Y SUCEDÁNEOS

La alimentación al pecho materno es insustituible por todas las ventajas que ofrece, tanto para la salud de la madre como para el crecimiento sano de los niños y las niñas, desde el nacimiento hasta el año o más de edad.

Para lograr el mantenimiento de una lactancia materna que confiera los beneficios que se esperan y que tenga una duración apropiada, es necesario promover una práctica adecuada y una técnica correcta.

Práctica de la lactancia: se refiere a las decisiones que la mujer hace con respecto a la manera en que llevará a cabo la lactancia, las cuales están influenciadas por el personal de salud y personas cercanas. Ésta repercute sobre la frecuencia en la que se ofrece el pecho al lactante, así como al grado de vaciamiento que se logre de la glándula mamaria.

No obstante, en ocasiones se presenta la necesidad de utilizar en la alimentación la lactancia materna indirecta o, por razones médicas, lactancia artificial. En ambos casos, es indispensable recomendar los cuidados que deben aplicarse en el manejo, preparación y conservación de la leche para que ésta sea aprovechada en la mejor nutrición de la o del bebé.

2.4.2. Tratados internacionales suscritos por México.

México ha suscrito diversos tratados como miembro de la Naciones Unidas con la finalidad de mejorar la salud y nutrición de los bebés y niños pequeños. Dentro de lo relativo a la lactancia materna, se presentan a continuación los más importantes.

2.4.2.5. *La Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña*¹².

La iniciativa Hospital Amigo del Niño fue promovida por la OMS en conjunto por el UNICEF para lograr que las clínicas y hospitales se convirtieran en entornos más amigables

¹² Se puede consultar el texto completo en:

http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse_s1_es.pdf?ua=1

con la lactancia materna. Consta de 10 pasos para que las instituciones de salud logren acreditarse.

Estos 10 pasos resumen las prácticas perinatales necesarias para apoyar la lactancia y existen investigaciones como la de Pérez.-Escamilla (1994) que evidencian la influencia de estas medidas para aumentar la lactancia. La IHAN fue adoptada por los miembros de la OMS desde 1992 y ha tenido distintos nombres en México. Busca apoyar la Declaración de Innocenti en cuanto al apoyo y la promoción de la lactancia.

La nominación como Hospital Amigo del Niño y de la Niña en México se otorga luego de la evaluación de personal especializado en donde haya un alto cumplimiento de los pasos a través de formatos de evaluación. Las unidades médicas se vuelven a evaluar cada determinado tiempo y pueden mantener o perder su nominación.

En México, menos del 6% de los hospitales públicos están nominados con la IHAN y en Michoacán únicamente dos cuentan actualmente con la nominación, a pesar de que la Estrategia busca que el mayor número de hospitales la consigan. Además, aunque cualquier hospital particular puede buscar la nominación, únicamente un hospital de la ciudad de México, el Médica Sur, lo ha logrado.

La IHAN resulta efectiva porque se relaciona con cuatro de las variables de esta investigación: la información, la atención perinatal, el diseño institucional y el respeto al CICSLM, dejando sin atender únicamente la situación laboral de la madre, que es tomada en cuenta en las leyes que se discutieron en el apartado anterior. A continuación, se presentan los 10 pasos a cumplir para lograr la nominación como Hospital Amigo del Niño y de la Niña:

10 PASOS EN HOSPITALES

1. Disponer de una normativa escrita de lactancia que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal.
2. Capacitar a todo el personal para que pueda poner en práctica la normativa.
3. Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y manejo de la lactancia. Además de formación sobre los aspectos más relevantes de la lactancia que facilite el mejor inicio de la lactancia tras el parto.

4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto. Este Paso se interpreta ahora como:

Colocar a los bebés en contacto 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, ofreciendo su ayuda en caso necesario.

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

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

7. Practicar el alojamiento conjunto – permitir que las madres y los recién nacidos permanezcan juntos las 24 horas del día.

8. Alentar a las madres a amamantar a demanda.

9. No dar a los niños alimentados al pecho biberones, tetinas o chupetes.

10. 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 (y ofrecer a la madre los recursos de apoyo a la lactancia que existan en su área).

Además, y como requisito de obligado cumplimiento, los Centros Sanitarios deben acatar el Código de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna y no deben obtener muestras o donaciones de leche gratuitas o a bajo precio.

2.4.2.6. La Declaración de Innocenti¹³

La declaración de Innocenti se acordó por primera vez en 1992 y se ratificó en 2005; en este documento los miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ratifican su voluntad de proteger, promover y fomentar la lactancia materna y buscan alcanzar de este modo los objetivos de Desarrollo del Milenio al asegurar que varios de ellos están muy

¹³ Se puede consultar el texto completo en:

http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration_sp_p.pdf

relacionados con la lactancia. La Declaración de Innocenti ha hecho que México poco a poco reporte las tasas de lactancia a organismos internacionales junto con varios indicadores relativos a la alimentación de lactantes y por supuesto, que finalmente se lanzara el decreto de 2014 a favor de la lactancia materna que detonó mecanismos como la ENLM y la estandarización de la ENSANUT para convertirse en la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM).

“Los aquí presentes en Florencia, Italia, en el vigésimo segundo día del mes de noviembre de 2005 para celebrar el 15to. Aniversario de la Declaración de Innocenti sobre la Protección, la Promoción y el Fomento a la Lactancia Materna, declaramos que estas acciones son urgentes y necesarias para velar por un mejor comienzo en la vida de nuestros niños, para lograr los objetivos de Desarrollo del Milenio para el año 2015, y para el logro de los derechos humanos de generaciones presentes y futuras”.

Organización Mundial de la Salud, 2005

Todos los Estados miembros de la OMS acuerdan encaminar las siguientes acciones:

- Establezcan o fortalezcan autoridades nacionales sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños, comisiones de coordinación y grupos de supervisión que estén libres de toda influencia comercial y otros conflictos de interés.
- Den nuevo énfasis a la iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN), sosteniendo los criterios mundiales como el requerimiento mínimo para todas las instalaciones, extendiendo la aplicación de la iniciativa de modo tal que incluya los servicios de maternidad y de salud para recién nacidos y niños, así como el apoyo comunitario para mujeres lactantes y personas a cargo del cuidado de los niños pequeños.
- Implementen todas las disposiciones del código internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y resoluciones posteriores pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud en su totalidad como requerimiento mínimo, y establezcan mecanismos sostenibles para su puesta en vigor de modo tal que se evite y/o aborde el incumplimiento.
- Adopten una legislación sobre la protección de la maternidad y otras medidas que faciliten los seis meses de lactancia materna exclusiva para todas las mujeres

trabajadoras de todos los sectores, prestando atención urgentemente al sector no formal.

- Velen porque los lineamientos apropiados y la adquisición de habilidades en lo referente a la alimentación de lactantes y niños pequeños sean incluidos en la capacitación de todo el personal de atención en salud, tanto a nivel de educación de pregrado como a la capacitación en servicio, de modo tal que les sea posible aplicar políticas de alimentación de lactantes y de niños pequeños, así como proporcionar un alto estándar de manejo y consejería en lactancia materna para apoyar a las madres a llevar a la práctica una lactancia y una alimentación complementaria óptima.
- Velen porque todas las madres conozcan sus derechos y tengan acceso al apoyo, la información y la consejería en lactancia materna y alimentación complementaria proporcionada por trabajadores de la salud y grupos de apoyo.
- Establezcan sistemas sostenibles para vigilar los patrones y tendencias de alimentación de lactantes y de niños pequeños y que utilicen esta información para abogacía y programación.
- Animen a los medios de comunicación a que brinden imágenes positivas de alimentación óptima de lactantes y niños pequeños, apoyen la lactancia materna como la norma, y participen en actividades de movilización social como la Semana Mundial de la Lactancia Materna.
- Tomen medidas para proteger a la población, en especial a madres embarazadas, y a las que se encuentran amamantando, de los contaminantes ambientales y residuos químicos.
- Identifiquen y asignen los suficientes recursos para aplicar en su totalidad las acciones requeridas por la estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.
- Vigilen de cerca el progreso de las prácticas apropiadas sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños y presenten informes en forma periódica, tal como lo establece la convención sobre los Derechos del Niño.

2.4.2.7. El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna¹⁴.

El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna ha sido considerado como la cuarta variable de esta investigación, su observancia logra que la LME se establezca y se prolongue, porque se evita otorgar propiedades a los sucedáneos que los equiparen a la vista de los consumidores, como iguales o mejores que la leche materna.

Es hasta 2015 que la COFEPRIS comienza a recibir denuncias por violación al CICSML, pero aún no se han impuesto sanciones como en otros países. Las grandes productoras de sucedáneos y las empresas fabricantes de biberones siguen realizando violaciones ya no tan evidentes como en años anteriores, pero que siguen siendo visibles, sobre todo en la atención médica privada en donde entregan promocionales a obstetras y pediatras o simplemente acuden a las clínicas y hospitales particulares para otorgar material informativo, regalos o bajar el precio de las fórmulas etapa 1.

Considerando que los fabricantes y los distribuidores de sucedáneos de la leche materna desempeñan un papel importante y constructivo en relación con la alimentación del lactante, así como en la promoción del objetivo del presente Código y en su correcta aplicación;

Afirmando que los gobiernos están llamados, habida cuenta de sus estructuras sociales y legislativas y de sus objetivos de desarrollo general, a emprender la acción necesaria para dar efecto al presente Código, en particular mediante la promulgación de disposiciones legislativas y de reglamentos o la adopción de otras medidas apropiadas;

Estimando que, en función de las consideraciones precedentes y habida cuenta de la vulnerabilidad de los lactantes en los primeros meses de vida, así como de los riesgos que presentan las prácticas inadecuadas de alimentación, incluido el uso innecesario e incorrecto de los sucedáneos de la leche materna, la comercialización de dichos sucedáneos requiere un tratamiento especial que hace inadecuadas en el caso de esos productos las *prácticas habituales de comercialización*;

¹⁴ Para acceder al texto completo visite:
http://www.unicef.org/spanish/nutrition/files/nutrition_code_english.pdf

EN CONSECUENCIA: Los Estados Miembros convienen por el presente documento en los artículos siguientes, que se recomiendan en tanto que base para la acción.

Artículo 1. Objetivo del Código

El objetivo del presente Código es contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución.

Resumen del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna presentado por la Asociación Internacional de Consultores de Lactancia (ILCA):

1. Enfoque El código se enfoca en la protección y promoción de la lactancia asegurándose que se comercialicen y distribuyan los sucedáneos de la leche materna en forma apropiada.

2. Alcance El código se aplica a los sustitutos de leche materna, cuando se promocionan como un reemplazo parcial o total de la leche materna. Estos incluyen alimentos y bebidas tales como:

- Fórmula infantil.
- Otros productos lácteos.
- Cereal infantil.
- Mezcla de verduras.
- Té y jugos.
- Leches llamadas de seguimiento.

El código además aplica a los biberones y tetinas. Algunos países han expandido el alcance del Código, incluyendo alimentos o bebidas que se usan como sustitutos de leche materna y biberones y mamilas.

3. Publicidad No se permite publicitar los productos mencionados arriba al público.

1. Muestras No se permite la entrega de muestras a las madres, sus familias o agentes de salud

2. Servicios de Salud No se permite la promoción de productos, por ejemplo, colocar posters o distribuir material de promoción o muestras de producto. No se permite utilizar enfermeras o personal pagado por la compañía.

6. Trabajadores al cuidado de la salud No se permite la distribución de muestras o regalos a los trabajadores al cuidado de la salud. La información ofrecida debe ser objetiva y científica.

7. Insumos No se permite la entrega de donación de suministros o ventas a precios reducidos, de sucedáneos de la leche materna a ningún sector del sistema de salud.

8. Información La información brindada y el material educativo debe explicar los beneficios de la lactancia, los riesgos asociados con la fórmula, y el costo que implica la utilización de la misma.

9. Etiquetado Las etiquetas de los productos deben señalar claramente la superioridad de la leche materna, así como el riesgo para la salud del uso de sucedáneos, y la necesidad de consultar a un agente de salud antes de su utilización. No deben mostrar imágenes de bebés, u otra imagen o texto idealizando el uso de la fórmula infantil.

10. Productos Los productos no apropiados, como la leche condensada, no deben promocionarse como alimento para bebés. Todos los productos deben ser de alta calidad (de acuerdo a los estándares del Código Alimentarius), tener fecha de vencimiento, y considerar el clima y las condiciones de almacenamiento del país en donde serán consumidas.

2.4.2.8. La Celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna.¹⁵

La Semana Mundial de la Lactancia Materna comenzó a celebrarse en el año 1992, conmemorando justamente la Declaración de Innocenti. Es actualmente el movimiento social más extendido en defensa y promoción de la lactancia materna y a pesar de comenzarse a celebrar únicamente por la OMS y el UNICEF, cuenta en este momento con más de 120 países que en su mayoría la festejan entre el 1 y el 7 de agosto.

¹⁵ Se puede conocer más sobre la SMLM en el sitio oficial: <http://www.waba.org.my/index.htm>

Dentro de las actividades que se realizan para festejar este evento, se encuentran pláticas informativas para personal médico y público en general y talleres o congresos especializados en la promoción de la lactancia materna exclusiva y su continuación hasta por lo menos los primeros dos años de vida. Diversas instituciones se suman en cada país a las actividades, siendo una de las más populares “La Gran Tetada” (The Big Latch On), en donde se contabilizan las madres alrededor del mundo que acudan al evento y amamanten de forma simultánea a sus bebés durante un minuto.

En cada año, la World Alliance for Breastfeeding Action (WABA), en calidad de organizadora, elige un lema que focaliza los esfuerzos de la semana, habiendo destinado dos de los últimos lemas a los Objetivos del Milenio y al no lograrse el cometido, a los objetivos de Desarrollo Sostenible.

En 2017, el lema incluía la construcción de alianzas por el bien común y sin conflictos de interés debido a que, en muchos países, como México, las productoras de sucedáneos trabajan de la mano con el gobierno o las asociaciones civiles que promocionan la lactancia.

2.4.2.9. La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño¹⁶

La alimentación del lactante y del niño pequeño es una piedra angular del desarrollo infantil. Cerca de un 30% de la población mundial de menos de 5 años tiene retraso del crecimiento a consecuencia de una mala alimentación y de infecciones de repetición. Incluso en entornos con escasos recursos, la optimización de las prácticas de alimentación puede mejorar la ingesta de calorías y nutrientes, y por consiguiente el estado nutricional de este grupo poblacional.

En los últimos decenios ha habido un acopio incesante de datos sobre los requisitos de una nutrición apropiada, las prácticas alimentarias recomendables y los factores que impiden una alimentación adecuada. Además, se han adquirido amplios conocimientos sobre las intervenciones que son eficaces para fomentar una mejora de la alimentación, Por ejemplo, estudios realizados recientemente en Bangladesh, Brasil y México han demostrado el

¹⁶ Se puede consultar el texto completo en:
http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf

impacto del asesoramiento, tanto en la comunidad como en los servicios de salud, para mejorar las prácticas alimentarias, la ingesta de alimentos y el crecimiento.

La Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño tiene por objetivo revitalizar las medidas para fomentar, proteger y apoyar una alimentación adecuada del lactante y del niño pequeño. Se basa en iniciativas anteriores, en particular en la Declaración de Innocenti y la iniciativa Hospitales Amigos de los Niños, y aborda las necesidades de todos los niños, sin olvidar los que viven en circunstancias difíciles, como los lactantes cuyas madres están infectadas por el VIH, los de bajo peso al nacer y los que se encuentran en situaciones de emergencia.

En la estrategia se hace un llamamiento a la acción en las áreas siguientes:

- Todos los gobiernos deberían formular y aplicar una política integral sobre alimentación del lactante y del niño pequeño, en el contexto de las políticas nacionales de nutrición, salud infantil y reproductiva, y reducción de la pobreza.
- Todas las madres deberían tener acceso a un apoyo especializado para iniciar y mantener la lactancia exclusivamente materna durante 6 meses e introducir en la dieta del niño alimentos complementarios adecuados e inocuos en el momento oportuno, sin abandonar la lactancia materna, hasta los dos años de edad o más.
- Los profesionales sanitarios deberían estar capacitados para proporcionar asesoramiento eficaz sobre la alimentación, y sus servicios deberían extenderse a la comunidad a través de asesores capacitados, profesionales o legos.
- Los gobiernos deberían examinar los progresos de la aplicación nacional del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, y considerar la posibilidad de promulgar nuevas leyes o medidas adicionales para proteger a las familias de las influencias comerciales negativas.
- Los gobiernos deberían promulgar leyes imaginativas para proteger el derecho a la lactancia materna de las mujeres trabajadoras o establecer medios para aplicar esas leyes de conformidad con las normas laborales internacionales.

La estrategia específica no es solo responsabilidad de los gobiernos, sino también de las organizaciones internacionales, las organizaciones no gubernamentales y otras partes

involucradas. La estrategia implica a todos los interlocutores pertinentes y ofrece un marco para acelerar la acción, relacionando entre sí las áreas de intervención importantes y utilizando los recursos disponibles en diversos sectores.

2.4.2.10. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y su relación con la lactancia materna.

La Declaración del Milenio fue aprobada por 189 países y firmada por 147 jefes de estado y de gobierno en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2000. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se pretendían alcanzar para 2015, se basaron directamente en las actividades y metas incluidas en la Declaración del Milenio.

Los 8 ODM se complementaron con 21 metas cuantificables que se supervisaron mediante 60 indicadores.

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.

Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal.

Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil.

Objetivo 5: Mejorar la salud materna.

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

La lactancia promueve un arranque parejo en la vida, proporcionando el mejor alimento posible, independientemente del nivel socioeconómico de origen. La desnutrición infantil baja considerablemente en poblaciones con altas tasas de lactancia materna exclusiva y existe así, disponibilidad de alimento durante los primeros años de vida. Al ser la leche materna el alimento ideal para el desarrollo del cerebro humano, condiciones como la anemia o la falta de vitamina B12 se reducen al lograr la LME, por lo que los niños logran más fácilmente aprender en un entorno escolar. Como ya se ha mencionado con anterioridad, la lactancia reduce la mortalidad y la morbilidad materna e infantil y trae beneficios a la salud a mediano

y largo plazo. También, evita el desperdicio energético y la contaminación que implica la alimentación por medio de sucedáneos de la leche materna.

2.4.3. Actualidad de las políticas públicas relacionadas con la lactancia materna en México.

2.4.3.5. La Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018.

Según el portal de la Secretaría de Salud, la Estrategia Nacional de Lactancia Materna (ENLM) “surge de la necesidad de integrar las diferentes acciones que se realizan en el país para proteger, promover y apoyar la práctica de la lactancia materna hasta por lo menos los dos primeros años de edad. Es resultado del trabajo interinstitucional e intersectorial, para incluir en los objetivos, actividades e indicadores, a todos los actores involucrados en la tarea de la promoción y protección de los derechos de las mujeres a amamantar y de las niñas y niños a recibir el mejor alimento: la leche humana”.

La ENLM tiene cinco objetivos específicos, entre los que se encuentra el trabajo coordinado interinstitucional, para desarrollar las acciones, la medición y evaluación de indicadores y para el seguimiento de los resultados; el fortalecimiento de las capacidades institucionales, que contempla los beneficios de la lactancia materna, no sólo para aquellos recién nacidos en hospitales amigos del niño y de la niña, sino que también, fortalecer las capacidades que permitan otorgar estos beneficios y reducir los riesgos de enfermedad y muerte de aquellas/os que nacen más vulnerables, como son las niñas y niños prematuros y/o de bajo peso, para quienes se ha considerado el funcionamiento en red de bancos de leche humana, que permitan alimentarlos con leche humana pasteurizada y el fomento de la técnica canguro que favorezca una pronta recuperación, además de mejorar su estado de nutrición; el apoyo a las mujeres que trabajan fuera de casa, para continuar la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses y hasta los dos años, aun cuando regresan a trabajar, impulsando la creación de salas de lactancia o lactarios institucionales y empresariales; así como la protección y promoción de la lactancia en las unidades de primer nivel de atención, haciendo énfasis en aquellas unidades de salud con menor índice de desarrollo humano que contempla la Cruzada Nacional contra el Hambre. Aunado a lo anterior, la difusión y vigilancia del cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de leche humana, el uso correcto, racional y por indicación médica de esos productos, son acciones fundamentales

para evitar que se desaliente la práctica de la lactancia materna, con las implicaciones en la salud y en la economía del sector salud y las familias. Todos estos objetivos, con un eje estratégico transversal, enfocado a la capacitación del personal de salud desde su formación académica hasta la capacitación continua de todos aquellos profesionales de la salud relacionados con la atención de los menores de dos años de edad.

2.4.3.6. Las leyes estatales.

En México, se han realizado avances estatales para lograr la promoción y la protección de la lactancia materna de manera interinstitucional, luego del decreto a favor de la lactancia materna publicado en abril de 2014. Sin embargo, a pesar de que el decreto instruye a los estados a que legislen en este sentido en un plazo no mayor a un año, únicamente el Distrito Federal (hoy Ciudad de México), el Estado de México y Nuevo León han logrado publicar las leyes estatales relativas al fomento a la lactancia. Por otro lado, estados como Coahuila y Michoacán van avanzando en la presentación y discusión de propuestas que logren aumentar las tasas de lactancia materna y la duración de la misma en cada entidad. Jalisco y la Ciudad de México han modificado sus leyes para ordenar pena privativa de la libertad a quien impida el derecho a amamantar a cualquier mujer que desee hacerlo en lugares públicos.

Ilustración 2. Avance de las leyes estatales para el fomento a la lactancia.



Fuente: Elaboración propia.

Capítulo III: La importancia de la lactancia materna como política pública de salud.

3.1. La importancia de la lactancia materna como política pública de salud.

"Finalmente ha llegado la hora en la que los argumentos ecológicos y económicos para promover la lactancia pueden lograr un impacto en los tomadores de decisiones".

James P Grant, UNICEF, 1992.

3.1.1. En salud.

La lactancia materna implica grandes beneficios en salud, tanto para la madre como para los menores que la reciben; estos beneficios no son únicamente evidenciables mientras se practica, sino inclusive a mediano y largo plazo, como lo demuestran ya algunas investigaciones publicadas en los últimos años que se traducen en ahorros tanto para los gobiernos como para las familias.

3.1.1.1. De las madres.

Mientras que la importancia de la lactancia materna para los bebés es enormemente conocida por casi todas las personas, pocas madres reflexionan sobre los beneficios que trae para su propia salud el que logren amamantar a sus bebés.

Aunque se hagan campañas de salud pública para detectar a tiempo el cáncer de mama y así tener altas probabilidades de curación de este padecimiento, rara vez se toma en cuenta el gran factor protector de la lactancia materna para lograr reducir el número de mujeres que llegan a desarrollar esta enfermedad; beneficio aún más significativo en el grupo de mujeres que presenta un factor hereditario que aumenta la probabilidad de desarrollar este tipo de cáncer. Ya desde 1977, los investigadores Ing , Petrakis, & Ho, después de revisar registros radiológicos de más de 2,000 mujeres en un periodo de casi 20 años, determinaron que las pescadoras de Hong Kong que por cuestión cultural amantaban unilateralmente, presentaban menor riesgo de cáncer de seno en el pecho con el que habían amamantado a sus bebés. Esta investigación abrió el camino a muchas otras, al comprobar que la lactancia materna, por los bajos niveles de estrógeno que se presentan durante su práctica, reduce el desarrollo de este padecimiento.

Derivado de lo anterior, otros tipos de cáncer femenino como el de ovario y endometrio, también se presentan con menor probabilidad en madres que han conseguido amamantar de manera exclusiva a sus bebés por determinado tiempo.

Otro de los grandes problemas que presenta la salud de la población mexicana es el aumento en las tasas de obesidad en la población adulta. México figura tristemente en segundo lugar mundial de obesidad en adultos solo detrás de Estados Unidos. Según el Instituto Nacional de Salud Pública, en México el 70% de las mujeres en edad adulta padecen obesidad o sobrepeso, razón por la que también es importante promover la lactancia materna, como una valiosa herramienta para lograr que las madres regresen con mayor facilidad a su peso anterior al embarazo; esto lo señalan investigadores como Brewer, Bates y Vannoy (1989), quienes determinaron que las mujeres que habían amamantado de manera exclusiva a sus bebés, perdían una mayor cantidad de peso en comparación con los grupos que habían tenido lactancia mixta y el que los había alimentado únicamente con sucedáneos de la leche materna.

Algunos investigadores han relacionado las expectativas de las madres en torno a la alimentación de sus hijos con la aparición de la depresión postparto “Cuando se les preguntó a las mujeres qué tanta confianza tenía de que su leche fuera suficiente para sus bebés, solo el 59% dijo que lo creía así. Hubo una fuerte correlación entre las mujeres que no creían que su leche era suficiente y la depresión posparto” (María Eugenia Flores-Quijano, 2008). Por esta razón, los investigadores sugieren que se brinde apoyo a las madres luego de dar a luz y que se busque la forma de tranquilizarlas sobre la cantidad de leche que producen. Dado que la lactancia produce oxitocina y relaja a la madre, también se puede suponer que una madre que logra alimentar a su bebé de manera exclusiva consigue reducir la posibilidad de padecer depresión postparto.

3.1.1.2. De los bebés

Evidentemente las investigaciones se han centrado más en los beneficios que obtienen los bebés al alimentarse de leche materna de manera óptima. Aunque se perciben beneficios aun en los bebés que se alimentan con leche materna de manera mixta o que comienzan con la introducción de sólidos de manera temprana, se presentan en este apartado los principales beneficios que pueden lograrse después de conseguir establecer la lactancia materna de

manera exclusiva durante los primeros seis meses de vida y continuarla al menos durante los primeros dos años.

Los bebés que son amamantados de manera exclusiva tienen menor riesgo de padecer enfermedades gastrointestinales, las principales culpables de la morbilidad infantil en menores de dos años. El uso de leches artificiales y utensilios para administrarlas supone riesgo de contaminación, ya sea por el uso de agua con microorganismos patógenos, el descuido en la preparación de la misma o inclusive el manejo de los biberones y tetinas una vez que ya han sido preparadas. La bacteria *enterobacter sakazakii* se encuentra muchas veces presente en las fórmulas para bebés (Jos Van Acker, 2001) y puede ser fatal en menores de tres meses si no se toman las medidas adecuadas al hidratar la fórmula con agua muy caliente. Algunas veces hay otros contaminantes en las fórmulas, como el caso de la contaminación masiva de leches con melanina en China en el año 2008 o las veces que se han encontrado insectos, larvas u otro tipo de desechos en lotes de fórmulas que logran ser muchas veces retirados del mercado, gracias a los controles de calidad que las mismas compañías suelen realizar como medida preventiva. Un cuadro diarreico en menores de un año puede requerir del internamiento del paciente y ocasiona que pierdan peso que muchas veces no es fácil recuperar a una edad tan temprana.

Otra de las infecciones más comunes en los menores de un año es la otitis media que suele presentarse cuando la fórmula se acumula cerca del oído del bebé al alimentarlo en posición recostada. Este tipo de infecciones ocasiona fiebres altas y dolores agudos, por lo que requiere de la administración de antibióticos para su control. Los bebés que reciben lactancia materna exclusiva se benefician de tener una flora intestinal más diversa y abundante que los bebés que reciben lactancia artificial o mixta. “Después del nacimiento, la lactancia introduce nuevas colonias microbianas y estimula la maduración del microbioma intestinal del bebé. El uso de fórmula en neonatos se ha relacionado con el incorrecto desarrollo del sistema inmune neonatal” (Noel T. Mueller, 2015).

3.1.1.3. De los niños y adultos que recibieron lactancia materna óptima.

Los niños que recibieron lactancia materna óptima obtienen múltiples beneficios a mediano y largo plazo, por ejemplo, suelen presentar menos caries en la primera infancia y su desarrollo maxilar es más adecuado en comparación con los niños que utilizaron biberones. La fuerza requerida para succionar la leche materna favorece el desarrollo del lenguaje, porque se ejercitan los labios y la lengua al hacer vacío y moverla para lograr extraer la leche materna.

Igualmente, se ven beneficiados por una reducción en el riesgo de presentar diabetes tipo I y algunos cánceres como la leucemia y el cáncer de colon a lo largo de toda su vida. Las niñas amamantadas también reducen su riesgo de padecer cáncer de mama.

Por otra parte, se ha observado un menor riesgo de padecer obesidad mientras más tiempo se haya recibido leche materna, una condición que propicia el desarrollo de una gran cantidad de enfermedades. Los niños que fueron amamantados suelen elegir una mayor variedad de alimentos y, al contrario de los bebés alimentados con fórmula, no muestran tendencia a preferir alimentos blandos y dulces. La misma diversidad de sabores que tiene la leche materna logra que sea más sencillo introducirles distintos sabores luego de la ablactación y también evita en gran medida que se desarrollen alergias al introducir de manera natural y en microdosis alimentos que pudieran ser alérgenos a través de la misma leche de las madres. De este modo, los niños que fueron amamantados tienen menos riesgo de padecer asma, alergias y sensibilidades alimentarias.

Otro beneficio que se tiene al recibir suficiente leche materna, es la posibilidad de alcanzar un mayor coeficiente intelectual, ya que se han analizado hermanos cuya única diferencia ha sido recibir o no leche materna de manera exclusiva durante los primeros seis meses de vida y se ha visto que en promedio hay una diferencia de entre 4 y 5 puntos de coeficiente intelectual a favor de quienes sí se alimentaron con leche materna. Igualmente, se ha visto un mayor desarrollo cerebral en niños que han recibido lactancia exclusiva al menos durante sus primeros tres meses de vida, en comparación con los bebés alimentados de manera mixta o únicamente con fórmula. “El crecimiento adicional se puede observar de manera más pronunciada en las partes del cerebro asociadas al lenguaje, las emociones y el aprendizaje”.

3.1.2. En economía.

“Los legisladores norteamericanos recientemente han decidido reducir los fondos de apoyo destinados a la consultoría en lactancia. Una de las razones por las que tal vez decidieron hacerlo es que la leche humana les es invisible. Es sencillo deshacerse de algo que no se ve y no se puede valorar. Si se pudiera encontrar la forma de hacer visible este valioso recurso, y esta información se diera a los legisladores, tal vez la puerta se abriría para incluir el apoyo a la lactancia dentro del presupuesto”.

Nikki Lee, IBCLC.

Los doctores Ball y Wright (1999), al realizar un estudio, calcularon que cada bebé que nunca había recibido leche materna implicaba un gasto adicional de entre 331 y 447 dólares tan solo en atención médica durante el primer año de vida, concluyendo que “Además de sufrir más enfermedades, los infantes alimentados con fórmula le cuestan al sistema de salud más dinero. Los servicios de salud deberían darse cuenta de los ahorros sustanciales que implicaría promover y apoyar la lactancia materna exclusiva”.

Según Riordan (1997), tan sólo en enfermedades gastrointestinales, infecciones respiratorias, diabetes insulino-dependiente y otitis media, el departamento de salud norteamericano gastaba ya en ese entonces mil millones de dólares anuales adicionales en los bebés que nunca fueron amamantados. Por otro lado, Melissa Bartick (2011), señala que, si se lograra aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva a un 90%, durante los primeros 6 meses de vida, se ahorrarían poco más de 10 mil millones de dólares únicamente en enfermedades en bebés prematuros, particularmente al erradicar la enterocolitis necrotizante que suele ser fatal y que resulta prácticamente inexistente en aquellos niños prematuros alimentados únicamente con leche materna.

Las investigaciones más recientes se centran en los impactos económicos, ya sea al incrementar la tasa de lactancia materna o al prolongar la duración de la misma. Pokhrel S, et al. (2014) sostiene que en Reino Unido podrían ahorrarse más de 50 millones de dólares anuales tan sólo en atención médica al aumentar la duración de la lactancia materna por lo menos durante los primeros 4 meses de vida y reducir así, la incidencia de 4 enfermedades comunes en el primer año de vida.

3.1.2.1. En la economía del sector público.

“El Secretario de Salud de Mozambique calculó en 1982 que un pequeño aumento del 20% en la alimentación artificial de lactantes le costaría al país 10 millones de dólares en 2 años. Esto sin incluir el costo de combustible, distribución y los gastos adicionales por el deterioro a la salud. Del mismo modo, expresó que se había calculado que se requeriría acabar con uno de los más grandes proyectos forestales del país tan sólo para hervir el agua que se requiere en la preparación de las fórmulas”.

The Baby Milk Project, 2014.

Investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública dieron a conocer a inicios de 2015 un artículo titulado “The cost of inadequate breastfeeding of infants in Mexico”, en donde calculan un gasto de entre \$455.7 y \$2,126.7 millones de dólares asociado a las prácticas inadecuadas de lactancia en nuestro país tomando en cuenta únicamente el costo pediátrico en niños menores de un año asociado a la baja tasa de lactancia materna exclusiva en el año 2012. En este estudio se incluyen los costos por productividad perdida por muerte prematura, dado que: “La evidencia internacional ha mostrado que además de su aporte nutricional, la lactancia materna tiene un efecto protector sobre la frecuencia e intensidad de muchas enfermedades. Los infantes que son alimentados con lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida, esto es, sólo con leche materna, son menos propensos a desarrollar enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia también protege contra enfermedades en la edad adulta (como obesidad, diabetes, asma y leucemia) y provee protección a la madre contra padecimientos como cáncer de mama, de ovario, depresión postparto, hipertensión y diabetes. Además, el organismo de las mamás que lactan es más eficiente para reducir su peso en el postparto, y sus hijos muestran mejores niveles de neurodesarrollo”.

Según los investigadores, si México hubiera logrado las cifras de LME recomendadas por la OMS, hubieran podido evitarse 5,800 muertes en menores de un año tan solo en 2012.

A pesar de que la LME reduce el riesgo de padecer muchas enfermedades, no solo en menores de un año, el estudio se limitó a “las infecciones respiratorias de las vías inferiores, otitis media aguda, infecciones respiratorias agudas superiores y gastroenteritis aguda; así como

enterocolitis necrotizante y el síndrome de muerte súbita infantil”. Se hicieron cálculos sobre el número de casos de cada enfermedad que se presentaría si México lograra tasas de LME de 70%. Se menciona que se calculó la incidencia de las enfermedades seleccionadas por medio de monitoreo epidemiológico, buscando incluir la diferencia que pudiera existir por medio de la determinación de un subregistro porque se sabe que muchos bebés no son atendidos por profesionales de la salud y por ende, no son reportados o diagnosticados adecuadamente. En este sentido, se presentaron dos escenarios que representan en un primer momento, estrictamente los reportes de los centros de monitoreo epidemiológico del Sector Salud y en un escenario más realista, se calculó a través de un modelo, una proyección que resultó en un gasto mucho mayor, es así que “Los resultados del estudio documentan que el costo directo por la atención de las enfermedades seleccionadas, según la incidencia reportada en 2012, es de \$ 183.6 millones de dólares por año, mientras que en el escenario de la incidencia estimada de las enfermedades asciende a \$ 538.8 millones de dólares. Para el caso de las muertes prematuras, los investigadores encontraron que con la incidencia reportada el costo por productividad perdida fue de \$ 272.1 millones de dólares, mientras que el costo con la incidencia estimada alcanza los \$ 1,587.9 millones de dólares” (Arantxa, 2015).

Si bien este estudio demuestra algunos de los gastos asociados con las prácticas inadecuadas de la LM, no toma en consideración por ejemplo, el aumento en el riesgo de padecer sobrepeso y obesidad durante la infancia o inclusive en la edad adulta, en el caso de los bebés que no fueron amamantados; tampoco toma en cuenta los días que las madres suelen ausentarse de su trabajo por atender a sus bebés enfermos o la reducción de la mortalidad materna luego del parto por los beneficios de iniciar inmediatamente la LME, ni la protección contra el cáncer que diversos estudios han atribuido a la práctica óptima de la LM. Así pues, el estudio del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) se queda corto en el cálculo del gasto público que se ejerce debido a la baja tasa de LME en nuestro país, pero demuestra al menos parcialmente la importancia económica de fomentar el aumento de ésta.

3.1.2.2. En la economía familiar.

Si bien la decisión de amamantar o no nunca debe darse de una manera obligada, sí es importante mencionar a los futuros padres de familia que decidir alimentar a sus hijos con

fórmulas para lactantes implica un aumento significativo en el presupuesto que tendrán que destinar al nuevo integrante de la familia. Además de esto, muchas veces la introducción de fórmulas de manera temprana muchas veces conlleva al abandono de la lactancia materna, sobre todo porque en las primeras semanas aún no se ha establecido de manera adecuada la producción de leche materna. A continuación, se presentan algunos escenarios a considerar para hacer un cálculo del gasto adicional que implica la alimentación artificial o mixta durante los primeros seis meses de vida, basándose en la investigación de Cuevas López realizada en el 2010 en donde la autora determina el número de onzas promedio que consumen los bebés alimentados con fórmula en México. Es importante mencionar que la investigación anterior no toma en cuenta las herramientas básicas que implican la elaboración de fórmula como son biberones, esterilizador y agua; así como tampoco considera ninguna visita adicional al médico ni la necesidad de medicamentos para tratar enfermedades que suelen presentarse en mayor medida en bebés que no reciben LME.

3.1.2.2.1. Cuando se utilizan fórmulas y herramientas económicas para lactantes sanos de manera exclusiva.

Para realizar este cálculo se tomó en cuenta la leche marca Nidal, dado que este producto se presenta en lata de 800 g se dividieron a la mitad las cantidades que considera la investigación señalada en el párrafo anterior. El precio a considerar es el consultado en las Farmacia del Ahorro en mayo de 2017.

Tabla 1. Cálculo del gasto en fórmula para lactantes sanos no amamantados con insumos económicos.

Meses	Número de latas por mes	Número total de latas	Monto (\$108 pesos c/u)
1-2	3.5	7	\$ 756
3-4	4	8	\$ 864
5-6	6	12	\$ 1,296
		Total	\$ 2,916
8 biberones económicos		\$ 20 c/u	\$ 160
2 escobillones económicos		\$ 19.5	\$ 39
Olla para hervir biberones (menaje de casa)		-	-
Agua para preparar biberones (hervida)		-	-

2 consultas médicas por enfermedad (Seguro Popular)	-	-
Medicamento adicional tras consultas	\$ 250	\$ 250
	TOTAL	\$ 3,365

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar en la tabla presentada, el gasto promedio que se hace por no ejercer una lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, con la fórmula más económica y los utensilios más baratos, asciende a \$561 mensuales. Dado que el salario mínimo para 2017 fue de \$80.04 pesos, aun cuando ambos padres trabajaran, el porcentaje destinado a la alimentación del nuevo integrante de la familia superaría el 10% del ingreso mensual, basándose en el escenario más conservador. No se considera aquí el gasto adicional en consultas médicas y sólo se toma en cuenta un pequeño gasto adicional suponiendo que los bebés sean atendidos por medio del Seguro Popular y probablemente tengan que adquirir un poco de medicamento.

3.1.2.2.2. Cuando se utilizan fórmulas de precio medio para lactantes sanos de manera exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.

Para realizar este cálculo se tomó en cuenta la leche marca NAN 1, que es la que distribuye el sector salud a las madres trabajadoras en caso de requerirlo. Cabe aclarar que suele hacerlo únicamente por los primeros seis meses y que las madres declaran que la cantidad entregada no es suficiente, ya que el mismo gobierno indica que es “ayuda para la lactancia”, considerando que las madres utilizan el sucedáneo únicamente de manera parcial, mientras se encuentran laborando. Por esta razón, les entregan entre 2 y 4 latas de leche (un tercio de lo supuestamente requerido). Los precios a considerar son los consultados en la Farmacia del Ahorro y en el supermercado Wal-Mart, en mayo de 2017.

Tabla 2. Cálculo del gasto en fórmula para lactantes sanos alimentados exclusivamente con fórmula e insumos de gama media.

Meses	Número de latas por mes	Número total de latas	Monto (\$107 pesos c/u)
1-2	7	14	\$1,498
3-4	8	16	\$1,712
5-6	12	24	\$2,568

		Total	\$ 5,778
8 biberones gama media		\$ 68.5 c/u	\$ 548
2 escobillones de gama media		\$ 60.5	\$ 121
Esterilizador para microondas		\$ 380	\$ 380
Agua para preparar biberones		-	-
2 consultas médicas por enfermedad		\$ 250	\$ 500
Medicamento adicional tras consultas		\$ 400	\$ 400
		TOTAL	\$ 7,772

Fuente: Elaboración propia.

En este panorama, se calcula un gasto promedio mensual de \$ 1,295 para alimentar de manera exclusiva a los bebés con fórmula de gama media durante sus primeros 6 meses de vida. Se consideran aquí biberones nacionales “premium” y consultas económicas con pediatras. Del mismo modo, se hace un cálculo conservador del gasto adicional en medicamentos, porque en muchas ocasiones estos médicos regalan o incluyen el medicamento en sus consultas con muestras médicas no negociables.

3.1.2.2.3. Cuando se utiliza fórmula y herramientas de precio elevado para lactantes sanos de manera exclusiva durante los primeros 6 meses de vida

Para realizar el siguiente cálculo se tomó en cuenta la cantidad promedio de latas de 400 g que sugiere la investigación citada anteriormente y se consultó el precio de las fórmulas en el mes de mayo de 2017 de la leche Enfamil 1 en la Farmacia del Ahorro (190 pesos), así como de biberones y escobillones marca Avent y se incluyó el consumo de agua embotellada comercializada específicamente para preparar fórmulas de marca Gerber y finalmente, se incluyó un esterilizador eléctrico marca Avent. Los últimos dos precios fueron consultados en Walmart.

Tabla 3. Cálculo del gasto en fórmula para lactantes sanos alimentados con fórmula de precio alto.

Meses	Número de latas por mes	Número total de latas	Monto (\$190 pesos c/u)
1-2	7	14	\$2,660
3-4	8	16	\$3,040
5-6	12	24	\$4,560

		Total	\$ 10,260
8 biberones importados		\$ 107.5	\$ 860
2 escobillones importados		\$ 111	\$ 222
Esterilizador eléctrico		\$ 2,790	\$ 2,790
Agua para preparar biberones (26 x 4lts.)		\$ 16.5	\$ 429
2 consultas médicas por enfermedad		\$ 500	\$ 1000
Medicamento adicional tras consultas		\$ 600	\$ 600
		TOTAL	\$ 16,161

Fuente: Elaboración propia.

En este caso el gasto promedio mensual corresponde a \$ 2,694 para poder alimentar a un bebé con leche Enfamil 1 y biberones Avent. Se considera un costo mayor en la atención pediátrica y el consumo de medicamentos, así como la adquisición de agua comercializada específicamente para preparar las fórmulas.

3.1.2.2.4. Cuando se utiliza fórmula a base de leche orgánica y herramientas ecológicas para lactantes sanos de manera exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.

En este caso se considera el precio de la leche Holle 1 orgánica, marca alemana de venta en México únicamente a través de Internet y de biberones de vidrio que, a pesar de tener la desventaja de ser más pesados y frágiles, tienen la ventaja de ser más higiénicos y no desprender químicos contaminantes aún conteniendo líquidos a altas temperaturas. Los precios se consultaron en el sitio www.biobebe.mx y la tienda departamental Liverpool en mayo de 2017.

Tabla 4. Cálculo del gasto en fórmula para lactantes sanos no amamantados con insumos orgánicos y ecológicos.

Meses	Número de latas por mes	Número total de latas	Monto (\$360 pesos c/u)
1-2	7	11.2	\$4,032
3-4	8	12.8	\$4,608
5-6	12	19.2	\$6,912
		Total	\$ 15,552
8 biberones de vidrio		\$ 189	\$ 1,512
2 escobillones de gama media		\$ 69	\$ 138
Olla para esterilizar (menaje de casa)	-	-	-

Agua para preparar biberones (26 x 4lts.)	\$ 16.5	\$ 429
2 consultas médicas por enfermedad	\$ 700	\$ 1400
Medicamento adicional tras consultas	\$ 400	\$ 400
	TOTAL	\$ 19,811

Fuente: Elaboración propia

Dado que la presentación de esta fórmula es en paquete de 500 g se calculó en base al .8 de las latas necesarias para determinar la cantidad de fórmula que requieren los bebés y el precio total a pagar. El gasto promedio mensual ascendió a \$3,302.

3.1.2.2.5. Cuando se utiliza fórmula altamente hidrolizada para bebés con necesidades especiales de nutrición de manera exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.

En el caso de los bebés con alergias e intolerancia a las fórmulas comerciales, la gran mayoría puede seguir consumiendo leche materna de manera exclusiva siempre y cuando la madre lleve a cabo una dieta de eliminación. Sin embargo, existen trastornos metabólicos graves como la fenilcetonuria o la galactosemia que, a pesar de presentarse de manera aislada, sí impiden que la madre dé LME.

En este caso se presenta el cálculo con fórmula Neocate, una fórmula altamente especializada, en donde las proteínas se hacen extremadamente digeribles para que los bebés con intolerancia grave a éstas, logren ser alimentados. No se presentan cálculos con otro tipo de fórmulas especializadas como las que son a base de arroz o soya, porque resultan más económicas.

Tabla 5. Cálculo del gasto en fórmula para lactantes sanos alimentados con fórmula altamente hidrolizada.

Meses	Número de latas por mes	Número total de latas	Monto (\$667 pesos c/u)
1-2	7	14	\$9,338
3-4	8	16	\$10,672
5-6	12	24	\$16,008
		Total	\$36,018
8 biberones importados		\$ 107.5	\$ 860
2 escobillones importados		\$ 111	\$ 222
Esterilizador eléctrico		\$ 2,790	\$ 2,790

Agua para preparar biberones (26 x 4lts.)	\$ 16.5	\$ 429
2 consultas médicas por enfermedad	\$ 500	\$ 1000
Medicamento adicional tras consultas	\$ 600	\$ 600
	TOTAL	\$ 41,919

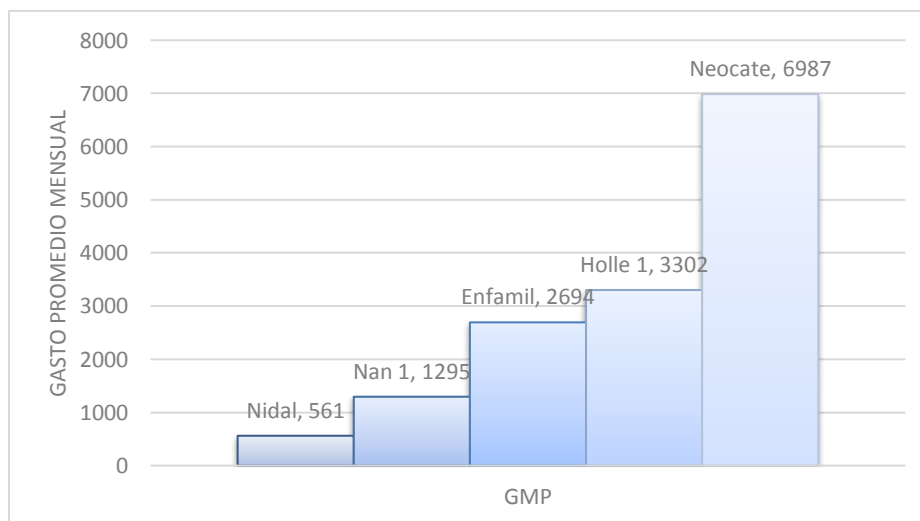
Fuente: Elaboración propia.

En este caso el gasto mensual asciende a \$ 6,987 siendo éste un cálculo muy moderado, porque los bebés con alergias graves o problemas metabólicos suelen requerir médicos sub-especialistas, consultas adicionales y en ocasiones, a modo de “ensayo y error”, se les recetan fórmulas cada vez más especializadas, lo que hace que se desperdicie el contenido de varias latas mientras se logra alimentar al bebé.

3.1.2.2.6. Comparativo de gastos.

En la siguiente gráfica se muestra un comparativo de gastos en donde existe una enorme diferencia entre la fórmula económica y la altamente especializada, sin embargo, es importante. No es raro encontrar este producto con sensores de seguridad adicionales en las tiendas para evitar su robo. Del mismo modo, cabe señalar que aun quienes optan por la leche más económica pueden tener problemas para adquirirla, a pesar de ser comparativamente mucho más barata que el resto de las marcas.

Gráfica 1. Comparativo de gastos según el tipo de fórmula y utensilios.



Fuente: Elaboración propia.

Como comentarios adicionales se debe mencionar que el cálculo hecho es conservador, ya que en muchas ocasiones se adquieren más de 8 biberones para los primeros 6 meses de vida de los bebés y que en este tiempo las mamilas deberán ser sustituidas al menos una vez. En el caso de los padres que optan por las fórmulas orgánicas, es muy probable que también adquieran insumos adicionales como detergentes biodegradables o escurridores de gama alta no contabilizados en los cálculos presentados.

3.1.3. En ecología.

Según Andy Radford (2012), la leche materna es la forma de alimentación más ecológica para los seres humanos porque se produce y se entrega al consumidor sin ninguna contaminación, lo que la hace un recurso natural de enorme valor nutricional que suele pasar desapercibido.

El uso de la leche materna desencadena efectos beneficiosos para el medio ambiente. El uso de sucedáneos, además de provocar daños a la salud de innumerables lactantes, origina contaminación en el aire, el agua y las tierras de cultivo, desaprovecha recursos y crea problemas de desperdicio que aumentan considerablemente los niveles de contaminación.

Según este especialista, el utilizar biberones y leche artificial genera desperdicio de latas, papel y plástico. “Si cada bebé en los EEUU fuera alimentado de manera artificial se necesitarían 86 mil toneladas de hojalata tan solo para fabricar 550 millones de latas y selladores de las mismas, mientras que se requerirían 1,230 toneladas de papel para etiquetarlas”.

Por otro lado, el uso de la alimentación artificial requiere para su administración de una gran cantidad de utensilios que suelen variar, dependiendo primordialmente del poder adquisitivo de la familia; sin embargo, es claro que para elaborar biberones y mamilas se requiere de una gran cantidad de plásticos, por ejemplo solamente en 1987, la WABA señala que se vendieron 4.5 millones de biberones; por supuesto que esa cantidad sería mayor en países industrializados como los EEUU, en donde la mayoría de los bebés por lo menos tienen 6 biberones y utilizan el doble de mamilas a lo largo de su vida. Lamentablemente, estos materiales casi nunca se reciclan y cada vez es más la gente que opta en esta era de

consumismo, por los biberones, bolsas o mamilas de un solo uso, lo que ocasiona más contaminación de la ya generada de manera habitual por el uso de la alimentación artificial.

¿Qué pasa entonces con estos desechos? Tanto su trasportación a rellenos sanitarios como su incineración causan una contaminación adicional, lo que nuevamente repercute en el medio ambiente.

Hay que tener en cuenta del mismo modo, que las leches maternizadas son el producto final de una serie de procesos industriales, en donde se requieren altas temperaturas y procedimientos mecánicos que consumen combustibles para generar energía, lo que ocasiona un aumento en la emisión de gases de efecto invernadero y de la posibilidad de la caída de lluvia ácida.

La leche de vaca suele ser trasportada a las fábricas desde lugares lejanos, así como los demás ingredientes, en especial los endulzantes y espesantes requeridos en fórmulas especializadas y una vez que están listas, deben trasportarse nuevamente como producto terminado a los consumidores. México importa fórmulas para lactantes desde Estados Unidos e ingredientes desde varios países, lo que aumenta la contaminación.

Si además tomamos en cuenta que nuestro país es el mayor consumidor de agua embotellada debido a la mala calidad de las redes de agua potable, se tendrá que agregar el agua necesaria para esterilizar biberones y mamilas y para rehidratar la fórmula; en ambos casos el agua tendrá que hervir por lo menos durante 10 minutos, lo que requiere energía adicional e incrementa la contaminación ocasionada por el uso de fórmulas artificiales.

Finalmente, existen otros aditamentos, particularmente hechos de plástico, que muchas veces son adquiridos para facilitar la alimentación artificial de los lactantes; entre éstos se pueden incluir esterilizadores y calentadores eléctricos, portafórmulas, cepillos, portabiberones, rejillas de secado, pinzas, mezcladores, chupones y jabón para lavar todo lo anterior. Debiéndose tener en cuenta el inconveniente de requerir de transporte, casi nunca ser reciclados y muchas veces, ser promovidos de manera exhaustiva aun en contra del CICSLM, en medios impresos o a través de pequeños regalos que regularmente son elaborados en países asiáticos a muy bajos precios.

Por el contrario, la lactancia materna protege el medio ambiente porque se produce en la cantidad exacta para cubrir las necesidades de cada bebé. Las madres requieren un gasto energético adicional de entre 350 y 500 kcal diarias que suelen tomarse de la grasa adicional que se almacenó durante el embarazo pero que aún en caso de desnutrición materna puede producirse. “Contrario a la creencia popular, prácticamente todas las madres, a menos que se encuentren en extrema desnutrición, pueden producir una cantidad adecuada de leche materna. Cuando la madre que amamanta se encuentra desnutrida, es más beneficioso, seguro y económico para ella y su hijo mejorar su dieta, en lugar de exponer a su bebé a los riesgos asociados con el uso de sucedáneos de la leche materna” (Quinn, V., Guyon, A., Martin, L., Neka-tebeb, H., Martines, J., & Sagoe-moses, C., 2003). Así pues, la lactancia materna no requiere de empaques adicionales y está disponible siempre a la temperatura adecuada, no requiere transportarse y generalmente ocasiona amenorrea durante al menos los primeros 6 meses de vida, lo que evita que las madres tengan que comprar toallas sanitarias o tampones, esto en consecuencia reduce la cantidad necesaria de combustibles, fibras, blanqueadores, empaques y desechos relacionados en muchas ocasiones con el flujo menstrual.

Debido a la contaminación ambiental, se han encontrado elementos tóxicos en la leche materna de algunas mujeres, en lo particular residuos de pesticidas, pero se ha visto que la concentración de éstos es significativamente inferior a los tóxicos que se encuentran en casi cualquier fórmula de sustitución que no sea etiquetada como orgánica. El Dr. Jack Newman, afamado investigador en temas de lactancia materna en Canadá, señala que las fórmulas infantiles contienen grandes cantidades de pesticidas, porque las vacas que producen la leche que se requiere para producirlas, consumen forrajes químicamente tratados; por otra parte, el endulzante más comúnmente utilizado en su preparación se elabora a base de maíz que ha sido genéticamente modificado, al igual que la soya utilizada en las fórmulas con base vegetal.

Por otro lado, el uso de biberones con plásticos no regulados que contengan químicos nocivos en conjunto con el agua caliente que se requiere para la preparación adecuada de las fórmulas sintéticas, puede ocasionar la liberación de químicos potencialmente cancerígenos como lo comenta la Escuela de Salud Pública John Hopkins de EEUU y quien recomienda evitar el

uso de fórmulas líquidas listas para tomar precisamente por venir empacadas en plástico desde el origen.

Radford concluye su texto explicado que las fórmulas para bebés en polvo no son estériles y que se han encontrado casos de contaminación grave con elementos como melanina (China, 2008), bacterias (EEUU, 2011) e inclusive radioactividad (Japón, 2011).

Más del 80% de las fórmulas para lactantes tiene como base la leche de vaca, sin embargo, la industria ganadera requiere de grandes extensiones de pastizales que muchas veces son obtenidos a través de la deforestación tanto de selvas como de bosques, para la WABA (2012), un kilogramo de fórmula infantil producida en México implica la deforestación de más de 12 metros cuadrados de selva. Según Greenpeace (2008), el 20% de las emisiones de gases de efecto invernadero provienen de los más de 100 millones de toneladas de metano que excreta el ganado vacuno, siendo el metano el segundo responsable del calentamiento global. Las enormes cantidades de pesticidas y fertilizantes que se requieren para producir pastura y granos para estos ganados conllevan a una grave contaminación que se filtra al subsuelo, contaminando ríos y mantos acuíferos por igual. Los desechos vacunos también contaminan lagos y ríos y ocasionan que crezca una gran cantidad de flora nociva que con el tiempo evita que la fauna acuática pueda sobrevivir.

Para Baby Milk Action, la lactancia puede controlar en cierta medida el crecimiento poblacional, lo que se traduciría en menor contaminación, sobre todo en el hemisferio norte, donde la gente suele consumir más energía y recursos que en el sur.

3.2. La lactancia materna y su relación con el PIB.

3.2.1. La paradoja de la lactancia materna.

Uno de los libros más controvertidos del área económica en el año 2014 fue la antología titulada: "Counting on Marilyn Waring: New Advances in Feminist Economics", que busca profundizar en el valor de las mujeres dentro de la economía. Esta obra reta a cambiar el punto de vista de los economistas y, entre muchos temas, toma en cuenta de manera muy detallada el valorar la lactancia materna. Luego de citar a algunos investigadores que justifican esta idea, se adentra en analizar de qué modo se le puede dar un valor a la leche materna.

En un principio, se buscó darle el mismo valor que a la leche de vaca, lo cual no resultó ser adecuado, porque la leche materna tiene muchas cualidades que ésta no tiene. Entonces se pensó en darle el mismo valor que los sucedáneos de la misma leche materna, pero rápidamente se desistió de esta idea, porque no era lógico darle el mismo valor del producto que busca igualarla. Así pues, se pensó en compararla con el precio que ocupa en los hospitales al ser ya procesada, en donde según estas investigadoras, un litro de leche materna llegaba a costar 130 euros, pero en este caso se contabilizaba un costo de almacenaje que no tendría que ser contemplado en el caso de la producción de leche materna de madres a hijos. Otros investigadores contemplaron valorar la producción de leche materna en base a los 50 dólares de salario que recibía en promedio una nodriza en Estados Unidos; otros se volcaron a estimar fórmulas para calcular el tiempo promedio que suele ocupar una mujer para amamantar, en lugar de ocuparlo en otro tipo de actividades productivas; otros más, pensaron en hacer cálculos para estimar el ahorro en materia de salud que se obtiene al lograr la lactancia materna óptima.

Así pues, al asignar un valor de tan sólo un dólar por litro de leche materna en países africanos, se estima que se lograría aumentar entre un 2% y un 5% el Producto Interno Bruto (PIB).

El problema reside en que, al no tomarse en cuenta la lactancia materna en el PIB, el descenso en la tasa de lactancia se ve reflejado en un aumento del PIB, tal y como se calcula actualmente, porque se puede ver un aumento en la venta de sucedáneos de la leche materna y de los utensilios que se utilizan para alimentar a los bebés de manera artificial.

Sin lugar a dudas, mientras no se tome en cuenta el gran valor económico que reside en la lactancia materna y que hasta este momento no ha sido contemplado de manera adecuada en México, no se podrá lograr que las autoridades y los políticos se sensibilicen para promover de manera verdaderamente efectiva, las medidas que logren aumentar la deteriorada tasa de LME en este país.

Para Smith (2013), “excluir la producción de leche materna del producto interno bruto reduce su visibilidad para los formuladores de políticas públicas”. Por esta razón, decidió hacer un cálculo sobre el PIB representado por la lactancia materna. En este sentido, el autor comenta

que las nuevas tendencias de comercialización hacen que sea más sencillo asignarle un valor económico a la LM.

Dado que varios estudios han ya resaltado el costo que implica el destete temprano o la ausencia total de LM en el sistema de salud, es también importante considerar el valor de la lactancia materna para proporcionar herramientas más tangibles a los tomadores de decisiones y promover así, las políticas públicas que logren aumentar la tasa de lactancia en nuestro país.

A pesar de que existen guías revisadas por parte de la ONU para compilar estimados de la actividad económica y el crecimiento (ídem), el cálculo del PIB resulta en una medición parcial de la economía, ya que casi nunca toma en cuenta los productos y servicios dentro de los hogares si estos no son destinados al comercio. Cuando en 2009, el gobierno francés en conjunto con dos ganadores del Premio Nobel en economía advirtió sobre este sesgo se utilizó la leche materna para ejemplificar el problema.

Es imposible limitar la LM a un mero cálculo económico considerando todo los beneficios que aporta y todas las necesidades que cubre; sin embargo, habría que intentar estimar el valor de la lactancia para entender parte de lo que aporta la maternidad a través de la crianza, resaltar su importancia en todos los aspectos y lograr un análisis que promueva políticas públicas basadas conjuntamente en la economía, la productividad y la salud.

3.2.2. El valor de la lactancia materna en Australia, Estados Unidos y Noruega.

Se estimó la producción total de leche materna producida anualmente en cada uno de los países mencionados determinándose en base al porcentaje de prevalencia de la lactancia; el promedio de producción se hizo por medio de un estudio del Sistema de Salud Noruega en donde se promedió la producción de LM en madres con LME, lactancia materna predominante y lactancia materna parcial.

El precio de este estudio se estimó en 85 USD por litro, luego de compararse distintas plataformas de comercialización de leche materna en los 3 países.

Sin embargo, el autor señala que el volumen de leche calculado puede ser mayor en el caso de las mujeres con LME, por lo que la producción potencial podría aumentarse

considerablemente. Por otro lado, el precio es solo un estimado en base al mercado actual, pero no contempla el hecho de que la LM contribuye a la disminución de la morbilidad y mortalidad en el grupo de edad estudiado, por considerar el cálculo demasiado complejo,

Tabla 6. Producción anual 2009-2010 para bebés de 0-24 meses.

País	Producción anual de LM	Volumen potencial de producción de LM	Valor anual de la producción de LM	Valor potencial de la producción de LM	Valor de producción perdido	Valor de producción perdido
	Millones de litros	Millones de litros	Millones de USD	Millones de USD	Millones de USD	% del potencial
Australia	42	89	\$3 584	\$7 601	\$4 016	53%
EEUU	526	1 269	\$44 774	\$107 887	\$63 113	58%
Noruega	11	18	\$907	\$1 505	\$598	40%

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de Smith, (2013).

Luego de analizar los resultados, el autor expresa que la producción de leche materna tiene un valor significativo en el consumo de alimentos de los países en donde fue analizada, variando entre el 5% y el 7% y en donde, de aumentarse hasta su máximo potencial, podría alcanzar valores de entre el 7% y 16%.

A pesar de que la producción de leche materna en Estados Unidos se valuó en 45 mil millones de dólares, los productores de sucedáneos reportan una producción de alrededor de 1.5 millones de dólares. Ilógicamente, si se vende más fórmula, la producción de ésta se refleja directamente en el PIB de cualquier país, pero esta ganancia se contradice con la mayor pérdida de valor al dejar de producirse LM. Para Smith, “si la leche humana fuera adecuadamente contabilizada en el PIB, esta pérdida económica sería más evidente”.

Haciendo una crítica evidente, el autor señala que sería más valioso promover la LM en lugar de los apoyos por parte del gobierno para facilitar la adquisición de sucedáneos, citando, por ejemplo, el programa Women, Infants and Children de EEUU. Visibilizar el valor monetario de la producción de leche materna en las estadísticas económicas puede ayudar a priorizar la promoción de la LME con medidas efectivas en costo-beneficio, por ejemplo, la certificación de hospitales como Amigos del Niño y de la Niña, la obtención de una licencia por maternidad más prolongada, o promover espacios para la lactancia en los lugares de trabajo.

3.2.3. Cálculo económico de la producción de leche materna con la tasa de lactancia materna en 2012.

Tomando como base el estudio de Smith (2013), se presenta un cálculo similar en donde se toman en cuenta los resultados de la ENSANUT 2012 para determinar el porcentaje de bebés amamantados. Se revisa en el INEGI el número de niños nacidos vivos en México en 2012 y se determina el precio en base a la comercialización en línea, considerándose el precio más económico dentro de los sitios especializados en compra-venta de manera particular en 2016, es decir, 68 dólares por litro (2 USD por oz.).

En la siguiente tabla se presentan los datos obtenidos de la ENSANUT 2012, en donde se diferencian los bebés con LME y los bebés con LMM; que en el caso de esta encuesta no separa la lactancia materna predominante y la lactancia materna mixta, por lo que la cantidad de leche materna contabilizada en la columna LMM se contabilizó como la mitad de leche materna que consumen los bebés alimentados con LME.

Tabla 7. Porcentajes de bebés de 0 a 23 meses alimentados con LME, LMM y la suma de ambas.

	LME	LMM	LMT
Inicio	25	69	94
1	22	71	93
2	25	51	76
3	8	60	68
4	6	50	56
5	2	49	51
6	3	43	45
7	1	45	46
8	0	50	50
9	0	38	38
10	0	40	40
11	1	27	28
12	0	24	24
13	0	21	21
14	0	22	22
15	0	17	17
16	0	24	24
17	0	21	21
18	0	18	18
19	0	15	15

20	0	13	13
21	0	11	11
22	0	12	12
23	0	9	9

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la ENSANUT 2012.

En seguida, se consultó a través del INEGI el número de nacimiento totales en México por cada mes en los años 2012 y 2011 para, posteriormente obtener el cálculo del valor de la LM en el año 2012 tomando en cuenta el consumo sugerido de cada bebé por el Sector Salud de Noruega en la investigación de Smith. Cabe mencionar que otros investigadores han contemplado un volumen mayor de ingesta de LME, pero se tomó este promedio para presentar resultados moderados. Así pues, se obtuvieron las siguientes tablas:

Tabla 8. Cálculo del valor de la LME durante los primeros 12 meses de vida en México en 2012.

Mes	Nacimientos vivos 2012	% LME	Total de niños con LME	Consumo promedio	Cantidad de leche por mes	Valor de la leche en MDD
1	215,313	25	53,828.25	600	968,908.50	\$65.89
2	199,738	22	43,942.36	700	922,789.56	\$62.75
3	203,461	25	50,865.25	800	1,220,766.00	\$83.01
4	211,856	8	16,948.48	800	406,763.52	\$27.66
5	179,497	6	10,769.82	700	226,166.22	\$15.38
6	189,399	2	3,787.98	700	79,547.58	\$5.41
7	180,020	3	5,400.60	700	113,412.60	\$7.71
8	205,198	1	2,051.98	600	36,935.64	\$2.51
9	198,446	0	0.00	600	0.00	\$0.00
10	199,241	0	0.00	500	0.00	\$0.00
11	191,381	0	0.00	500	0.00	\$0.00
12	165,858	1	1,658.58	400	19,902.96	\$1.35
Total	2,339,408			Valor Total en MDD		\$271.67

Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de Smith, (2015) y en la ENSANUT 2012.

Tabla 9. Cálculo del valor de la LMM durante los primeros 12 meses de vida en México en 2012.

Mes	Nacimientos vivos 2012	% LMM	Total de niños con LME	Consumo promedio	Cantidad de leche por mes	Valor de la leche en MDD
1	215,313	69	148,566	300	1,337,094	\$90.92
2	199,738	71	141,814	350	1,489,047	\$101.25
3	203,461	51	103,765.1	400	1,245,181	\$84.67
4	211,856	60	127,113.6	400	1,525,363	\$103.72

5	179,497	50	89,748.5	350	942,359.3	\$64.08
6	189,399	49	92,805.51	350	974,457.9	\$66.26
7	180,020	43	77,408.6	350	812790.3	\$55.27
8	205,198	45	92,339.1	300	831051.9	\$56.51
9	198,446	50	99,223	300	893007	\$60.72
10	199,241	38	75,711.58	250	567836.9	\$38.61
11	191,381	40	76,552.4	250	574143	\$39.04
12	165,858	27	44,781.66	200	268690	\$18.27
Total	2,339,408			Valor Total en MDD		\$779.34

Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de Smith, (2015) y la ENSANUT 2012.

Al sumar ambas cantidades, el resultado obtenido es de \$ 1,051.02 MDD. Es importante a la vez proponer un cálculo de lo que podría ser el escenario ideal si se apegara a las recomendaciones mínimas de la OMS, en donde se sugiere aumentar la tasa de LME al menos a 70% durante el primer año de vida. En este caso el cálculo como sigue:

Tabla 10. Cálculo del valor potencial de la LME durante los primeros 12 meses de vida en México en 2012 con tasa del 70%.

Mes	Nacimientos vivos 2012	% LME	Total de niños con LME	Consumo promedio	Cantidad de leche por mes	Valor de la leche en MDD
1	215,313	70	150,719.1	600	2,712,944	\$184.48
2	199,738	70	139,816.6	700	2,936,149	\$199.66
3	203,461	70	142,422.7	800	3,418,145	\$232.43
4	211,856	70	148,299.2	800	3,559,181	\$242.02
5	179,497	70	125,647.9	700	2,638,606	\$179.43
6	189,399	70	132,579.3	700	2,784,165	\$189.32
7	180,020	70	126,014	700	2,646,294	\$179.95
8	205,198	70	143,638.6	600	2,585,495	\$175.81
9	198,446	70	138912.2	600	2,500,420	\$170.03
10	199,241	70	139468.7	500	2,092,031	\$142.26
11	191,381	70	133966.7	500	2,009,501	\$136.65
12	165,858	70	116100.6	400	1,393,207	\$ 94.74
Total	2,339,408			Valor Total en MDD		\$2,126.78

Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de Smith, (2015) y en la ENSANUT 2012.

En el caso de la producción de los bebés de 13-24 meses se tomó en cuenta el registro mensual de nacimientos del INEGI para el año 2011 y únicamente se contemplaron dos escenarios, porque a esta edad la LM siempre será mixta. Para contabilizar la producción potencial de

LM se consideró solo el 50% de bebés que continúan su alimentación al seno materno al seguir nuevamente la recomendación mínima de la OMS.

Tabla 11. Cálculo del valor de la LME durante el segundo año de vida en México en 2012.

Mes	Nacimientos vivos 2012	% LME	Total de niños con LME	Consumo promedio	Cantidad de leche por mes	Valor de la leche en MDD
13	215,537	27	58,194.99	500	872,924.85	\$ 59.36
14	202,488	24	48,597.12	400	583,165.44	\$ 39.66
15	224,208	21	47,083.68	300	423,753.12	\$ 28.82
16	247,178	22	54,379.16	300	489,412.44	\$ 33.28
17	218,791	17	37,194.47	300	334,750.23	\$ 22.76
18	206,085	24	49,460.40	300	445,143.60	\$ 30.27
19	184,334	21	38,710.14	300	348,391.26	\$ 23.69
20	242,009	18	43,561.62	200	261,369.72	\$ 17.77
21	212,248	15	31,837.20	200	191,023.20	\$ 12.99
22	221,223	13	28,758.99	200	172,553.94	\$ 11.73
23	210,293	11	23,132.23	200	138,793.38	\$ 9.44
24	185,501	12	22,260.12	200	133,560.72	\$ 9.08
Total	2,569,895			Valor Total en MDD		\$ 298.85

Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de Smith, (2015) y en la ENSANUT 2012.

Tabla 12. Cálculo del valor potencial de la LME durante el segundo año de vida en México en 2012 con tasa del 50%

Mes	Nacimientos vivos 2012	% LME	Total de niños con LME	Consumo promedio	Cantidad de leche por mes	Valor de la leche en MDD
13	215,537	50	107,769	500	1,616,528	\$ 109.92
14	202,488	50	101,244	400	1,214,928	\$ 82.62
15	224,208	50	112,104	300	1,008,936	\$ 68.61
16	247,178	50	123,589	300	1,112,301	\$ 75.64
17	218,791	50	109,396	300	984,560	\$ 66.95
18	206,085	50	103,043	300	927,383	\$ 63.06
19	184,334	50	92,167	300	829,503	\$ 56.41
20	242,009	50	121,005	200	726,027	\$ 49.37
21	212,248	50	106,124	200	636,744	\$ 43.30
22	221,223	50	110,612	200	663,669	\$ 45.13
23	210,293	50	105,147	200	630,879	\$ 42.90
24	185,501	50	92,751	200	556,503	\$ 37.84
Total	2,569,895			Valor Total en MDD		\$ 741.74

Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de Smith, (2015) y en la ENSANUT 2012.

Tabla 13. Producción anual de LM en México para bebés de 0-24 meses.

País	Producción anual de LM	Volumen Potencial de producción de LM	Valor anual de la producción de LM	Valor potencial de la producción de LM	Valor de producción perdido	Valor de producción perdido
	Millones de litros	Millones de litros	Millones de USD	Millones de USD	Millones de USD	% del potencial
México	19.85	42.18	1,349.87	2,868.52	1,518.64	47%

Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de Smith, (2015) y en la ENSANUT 2012.

3.3. La situación actual de la lactancia materna en México y el mundo.

En el año 2010, se recabaron datos para presentar un informe sobre la situación que guardaba la lactancia materna a nivel global y los resultados se publicaron en el año 2012 en el sitio de la WBTi, por medio de un informe presentado a colores que muestra los indicadores para 10 áreas de acción. Solo se pudieron recabar datos en 33 países, porque la mayoría de los países miembros de la ONU no habían todavía contemplado el levantamiento de datos relativos a la lactancia materna.

El reporte se presentó con tablas y mapas coloridos que señalaban en qué situación se encontraba la lactancia en cada uno de los países, ordenados en una escala de mejor a peor. Pocos fueron los países que lograron en algún indicador el color verde en algún indicador, en donde se demostraba que la meta esperada había sido alcanzada y la mayoría de los países se encontraban en color amarillo. México, por desgracia, se encontró en varias de estas tablas en el color rojo, que indica una necesidad apremiante de mejorar las estrategias para lograr beneficiar la lactancia materna.

México se colocó en el lugar 29 de 31 lugares, a pesar de que participaron 33 países porque dos tuvieron el mismo puntaje y fueron colocados en el mismo lugar, alcanzando de manera somera el color amarillo. Colocarse casi al final de esta clasificación dice mucho de la situación acerca de la lactancia en el país. A continuación se presentan los resultados de esta evaluación de manera desglosada.

3.3.1. La Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna y la situación de la lactancia en México comparada con otros 33 países

La tabla presentada a continuación muestra la clasificación con base al promedio de calificación obtenida. Como se puede observar, ningún país alcanzó un puntaje verde y fueron pocos los que llegaron al puntaje azul que indica espacio para la mejora.

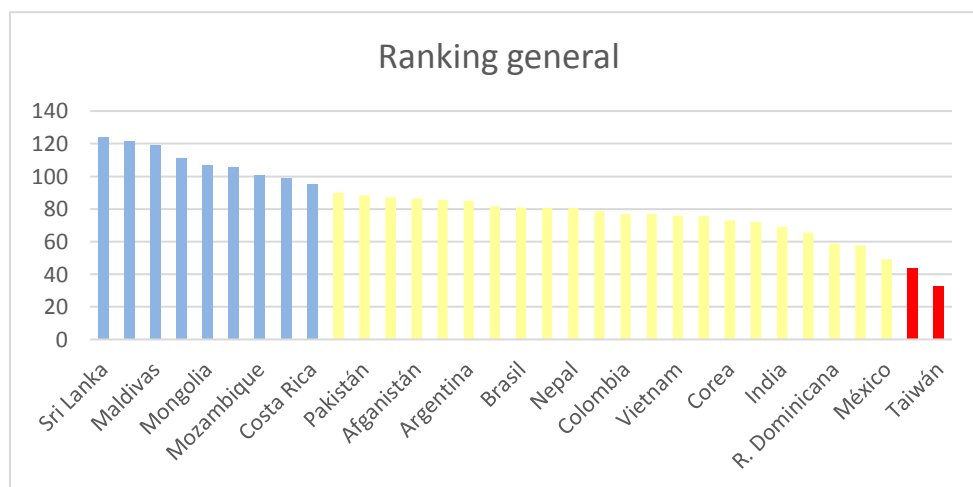
Tabla 14. Ranking general de los participantes en la Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna

País	Puntos		País	Puntos		País	Puntos	
Sri Lanka	124	1°	Bangladesh	87	12°	Vietnam	76	22°
Malawi	121.5	2°	Afganistán	86.5	13°	Filipinas	75.5	23°
Maldivas	119	3°	Uruguay	85.5	14°	Corea	73	24°
Zambia	111.5	4°	Argentina	85	15°	Bután	72	25°
Mongolia	107	5°	Uganda	81.5	16°	India	69	26°
Ghana	105.5	6°	Brasil	81	17°	Ecuador	65.5	27°
Mozambique	100.5	7°	China	80.5	18°	R. Domin.	58.5	28°
Nicaragua	99	8°	Nepal	80.5	18°	Indonesia	57.5	29°
Costa Rica	95	9°	Perú	78.5	19°	México	49	30°
Bolivia	90	10°	Colombia	77	20°	Cabo Verde	43.5	31°
Pakistán	88.5	11°	Gambia	77	20°	Taiwán	32.5	31°

Fuente: Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna, el estado de la lactancia en 33 países.

En esta otra vista es más fácil observar la diferencia que existe en las prácticas a favor de la lactancia en México, en comparación con los otros 32 países que pudieron ser evaluados; dentro de este primer reporte se observa que los países con mejor apoyo a la lactancia se encuentran en el continente africano. Otra observación interesante es que República Dominicana totalizó un mejor promedio que México a pesar de que su tasa de LME es la más baja de toda América alcanzando únicamente el 7%.

Gráfica 2. Ranking general del estado de la lactancia en 33 países.



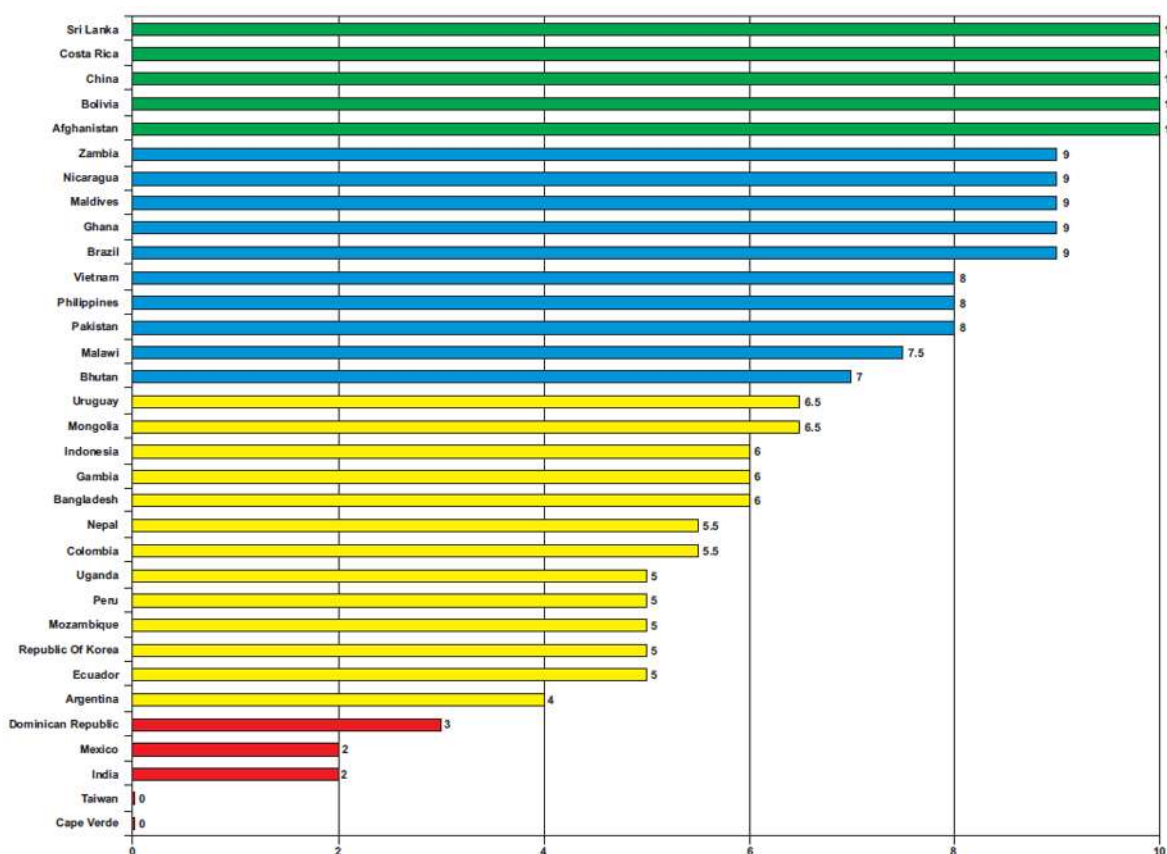
Fuente: Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna, el estado de la lactancia en 33 países.

3.1.3.1. Indicadores relacionados a las políticas públicas y los programas

3.1.3.1.1. Políticas nacionales, programas y coordinación.

México se ubicó en el color rojo obteniendo únicamente 3 de 10 puntos, porque para el año del reporte no se había generado una política exclusiva en torno a la lactancia y no existía un comité que coordinara los esfuerzos de tal política; tampoco se había incluido el tema en la Cruzada Contra el Hambre, lo que reforzaría la capacitación en relación a la lactancia materna. Países como Costa Rica y Bolivia ya habían logrado situarse en el color verde al completar el puntaje total.

Ilustración 3. Estado de las políticas nacionales, programas y coordinación relativa a la lactancia en 33 países. Escala del 1 al 10.



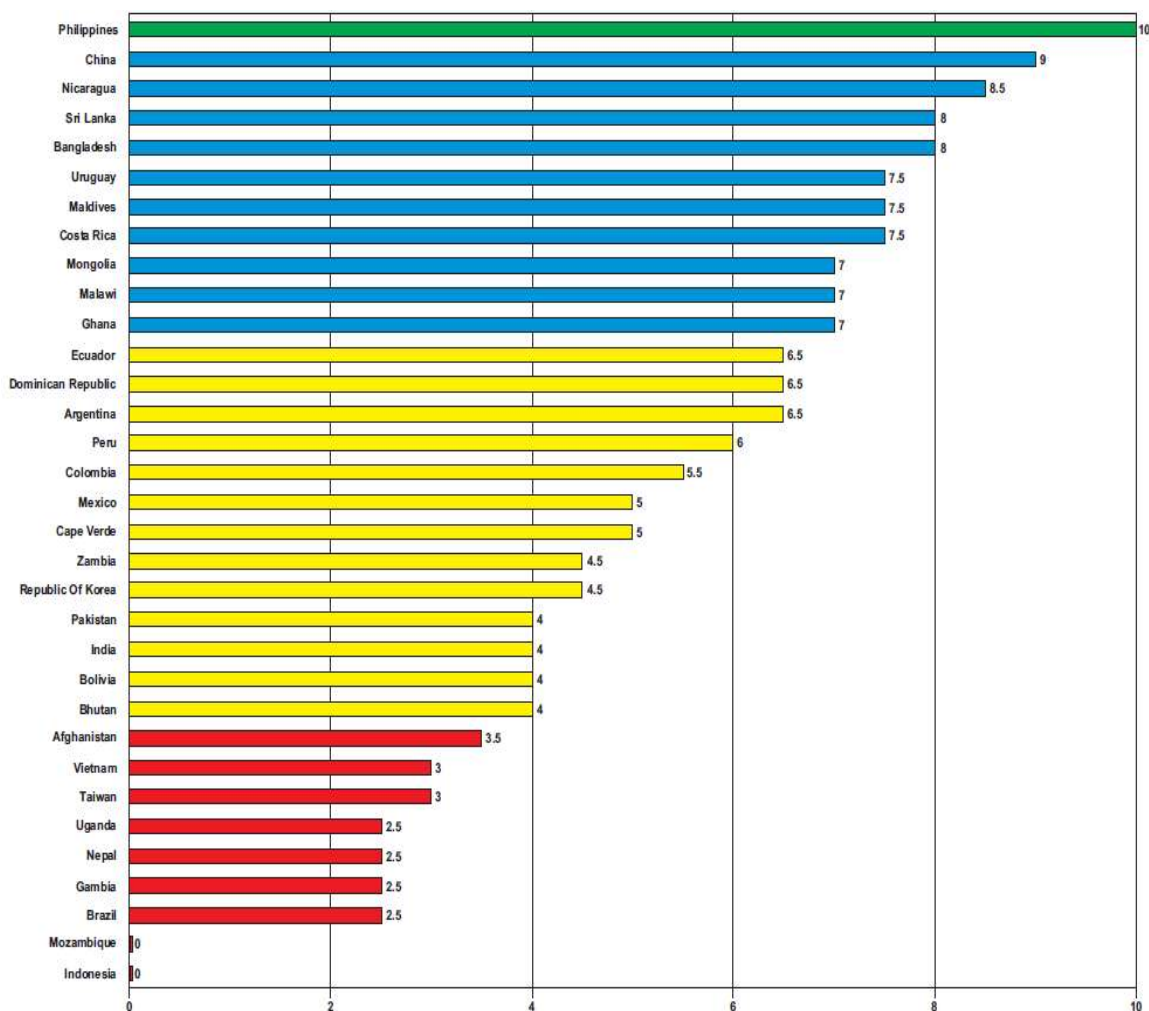
Fuente: Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna, el estado de la lactancia en 33 países.

3.1.3.1.2. Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña.

Dado que en este indicador México sólo reportó el 6% de hospitales nominados, no alcanzó más que un color amarillo en los indicadores. A pesar del mal resultado, los nuevos esfuerzos

dentro de la Estrategia Nacional buscan que la mayoría de los hospitales dentro del sector público logren la nominación y así se ha indicado en las leyes secundarias, que hasta el momento han logrado publicarse o al menos presentarse como proyectos, en donde se dan plazos límites para que ciertos porcentajes de clínicas logren la nominación.

Ilustración 4. Estado de la IHAN en 33 países en escala del 1 al 10



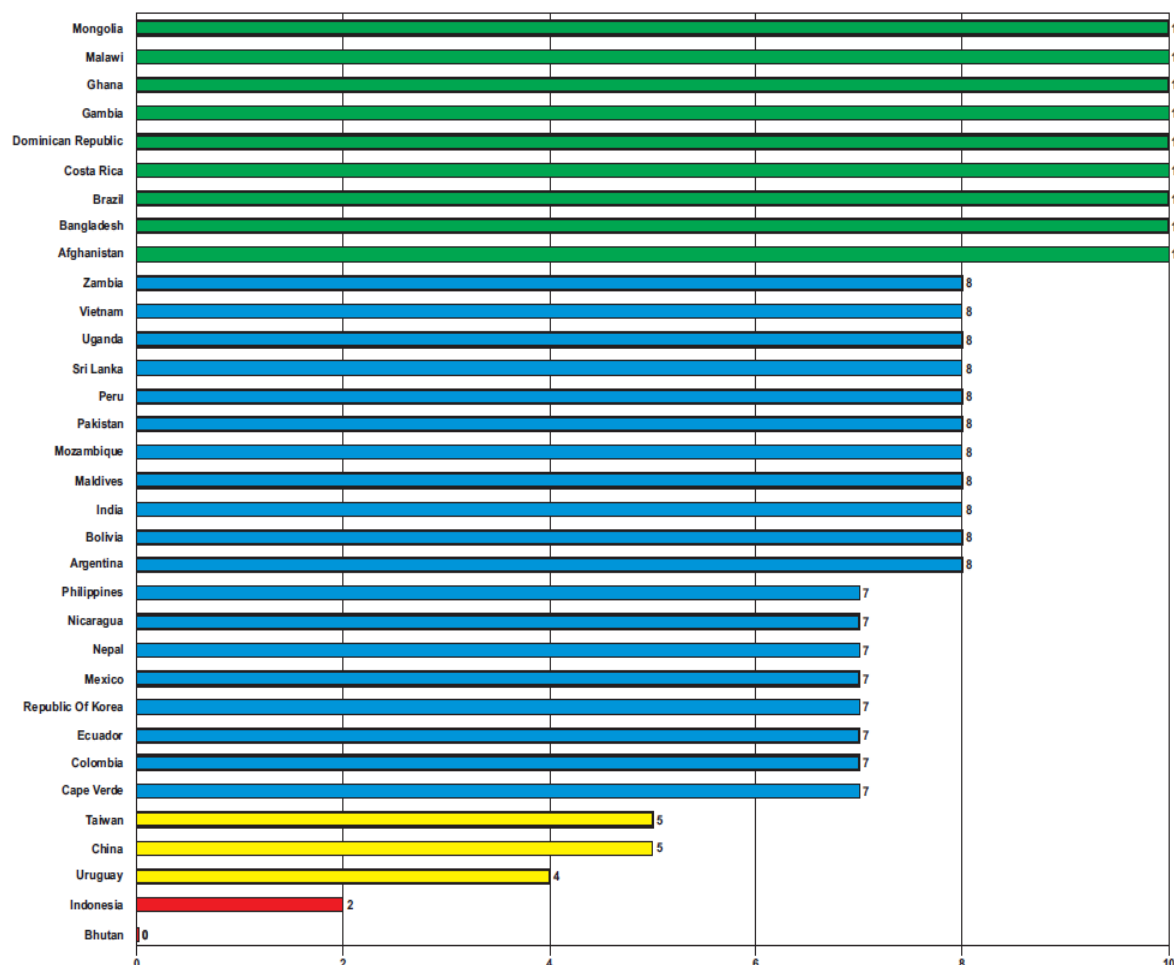
Fuente: Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna, el estado de la lactancia en 33 países.

3.1.3.1.3. Implementación del CICSLM.

Muchos países africanos tuvieron que poner especial énfasis en vigilar el cumplimiento del CICSLM, luego de que las multinacionales llegaron al continente y se aprovecharon de la susceptibilidad materna ante la desnutrición. Más tarde, y luego de muchos escándalos, se concluyó que la lactancia aun en madres con desnutrición es más saludable y nutritiva que

cualquier suceso. En México sólo algunos artículos se contemplan como ley y para ese entonces no había ninguna ley secundaria que buscara sancionar a las empresas que no cumplieran con el mismo.

Ilustración 5. Implementación del CICSLM en 33 países. Escala del 1 al 10.

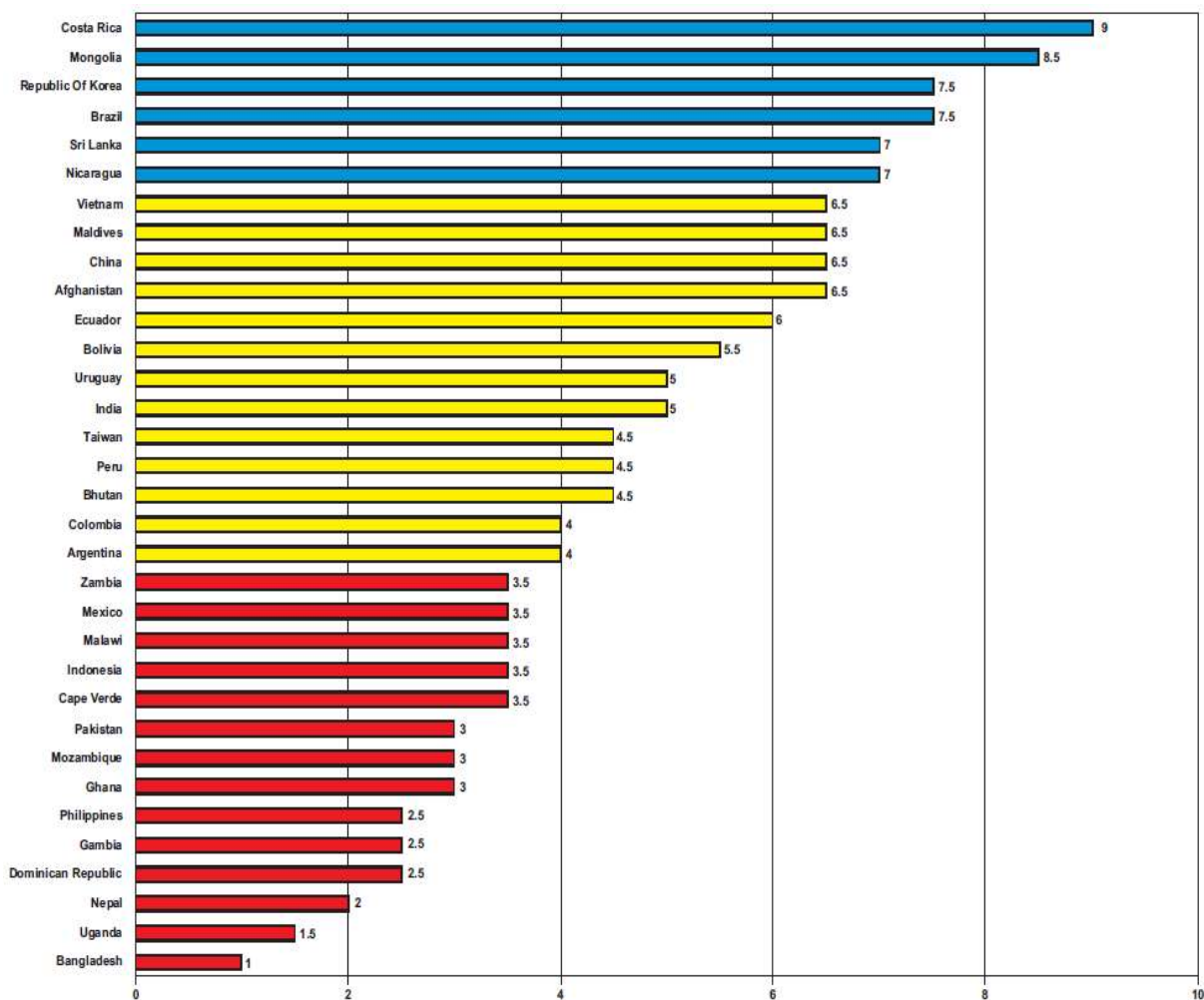


Fuente: Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna, el estado de la lactancia en 33 países.

3.1.3.1.4. Protección a la maternidad.

Nuevamente, México se ubicó dentro del rango rojo, porque no alcanza el mínimo sugerido por la OMS de conceder 26 semanas de licencia por maternidad, pero se considera que hay acceso universal a la salud materna. México es uno de los pocos países que otorgan licencia por paternidad, aunque sea por un periodo muy corto. No obstante, en México existe una alta informalidad laboral (como en el caso de las trabajadoras domésticas y agrícolas), lo que ocasiona que muchas mujeres no tengan acceso a descansar ante el nacimiento de un hijo.

Ilustración 6. Protección de la maternidad en 33 países. Escala del 1 al 10.

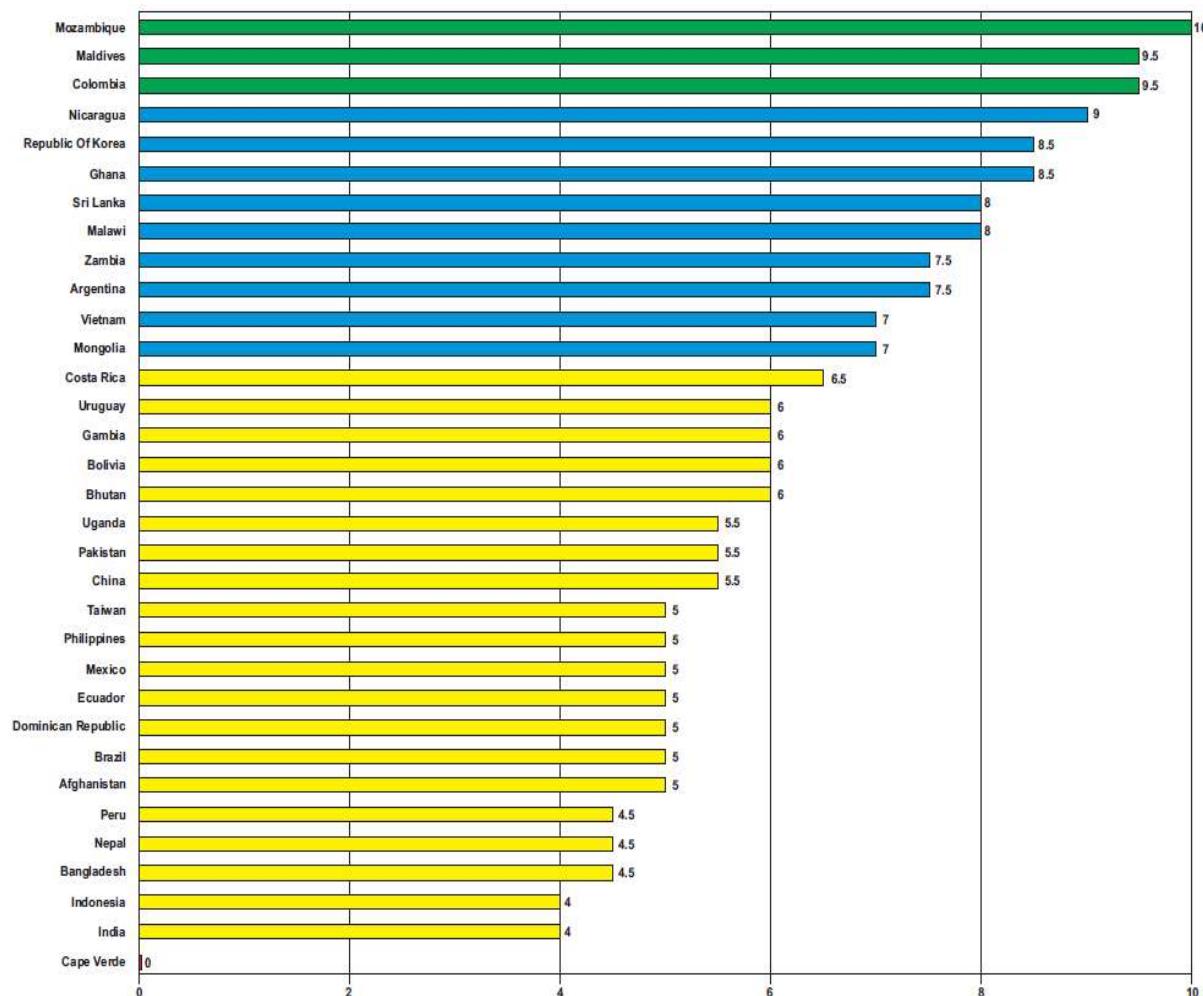


Fuente: Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna, el estado de la lactancia en 33 países.

3.1.3.1.5. Servicios de salud y nutrición.

En este indicador no aparecieron países en rojo y sólo 3 lograron alcanzar el nivel de “suficiente”. México aparece nuevamente en color amarillo, porque aquí se evalúa si hay educación continua para el personal de salud en torno a la alimentación infantil y si se permite, por ejemplo, la cohabitación de madre e hijo en caso de que alguno de los dos se encuentre enfermo, para lograr continuar con la lactancia. Otro de los puntos a evaluar es si el personal de salud conoce el CICSML, lo que evitaría infracciones culposas al mismo. También se busca evaluar que no se supere la tasa de cesáreas máxima sugerida por la OMS.

Ilustración 7. Servicios de salud y nutrición en 33 países. Escala del 1 al 10.

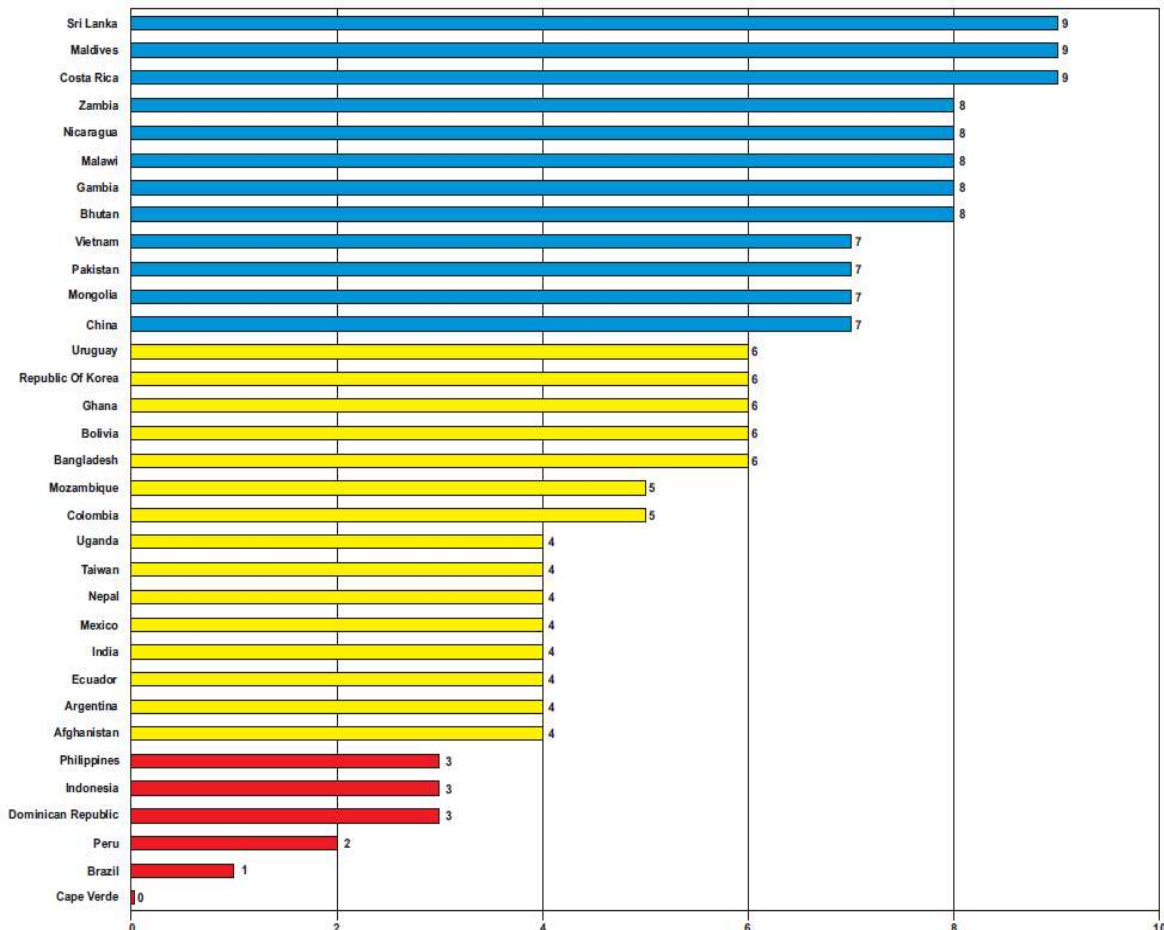


Fuente: Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna, el estado de la lactancia en 33 países.

3.1.3.1.6. Apoyo a la madre.

Este indicador busca determinar si hay un apoyo adecuado para la madre tras el nacimiento. México nuevamente se ubicó en el color amarillo, porque en el año 2012 había únicamente esfuerzos aislados por parte del sector salud y de la sociedad civil para mantener adecuadamente informadas a las madres. Por ejemplo, La Liga de la Leche, el grupo voluntario con más presencia en el país, sigue sin lograr cobertura nacional y sus esfuerzos se ven limitados por desconocimiento de la formación que tienen sus líderes. Ningún país alcanzó el color verde, pero varios se encontraron en el color rojo.

Ilustración 8. Estado del apoyo a la madre en 33 países. Escala del 1 al 10.

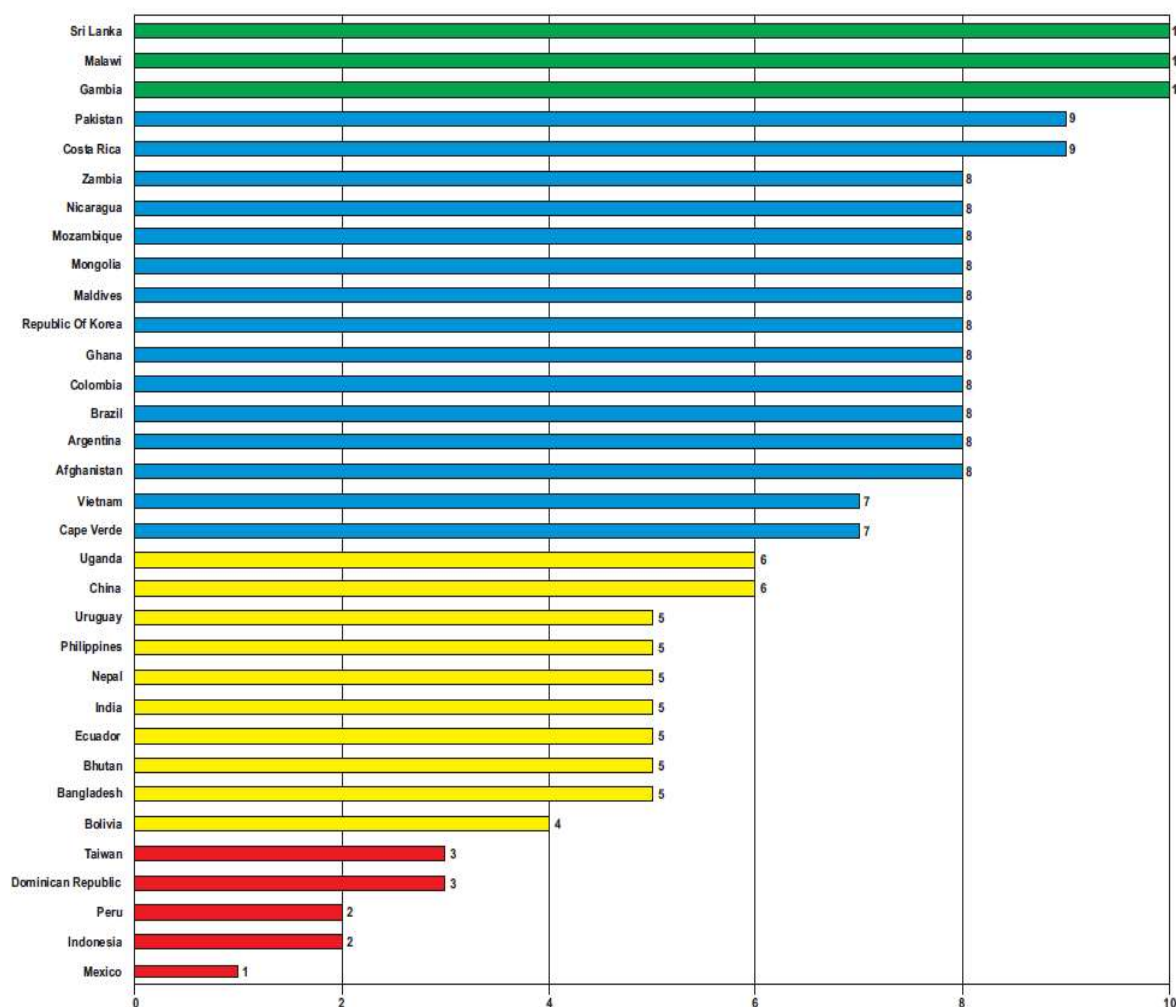


Fuente: Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna, el estado de la lactancia en 33 países.

3.1.3.1.7. Información a la madre.

En este indicador, México toma el último lugar, apareciendo en número rojo, porque en el año 2012 no había forma de que las madres consiguieran información estandarizada sobre la LM a través del SS y tampoco existía una Estrategia Nacional. En 2017 empezó a funcionar la línea 01-800-MATERNA, que busca subsanar este rubro como parte de la Estrategia Nacional de Lactancia Materna, que poco a poco se está poniendo en práctica. En este indicador 3 países de África lograron la máxima calificación y el promedio fue de 6.42.

Ilustración 9. Estado del apoyo a la madre en 33 países. Escala del 1 al 10.

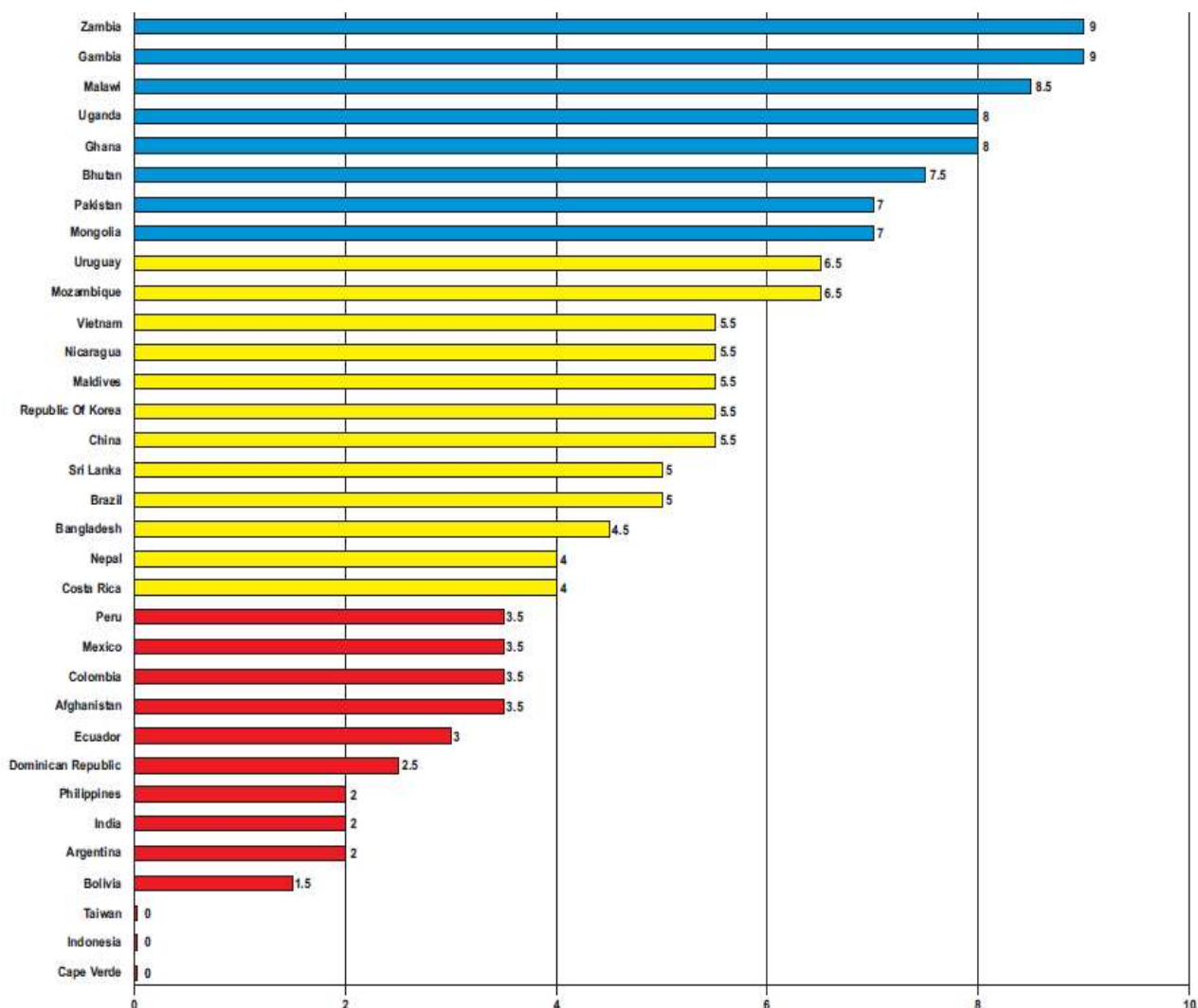


Fuente: Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna, el estado de la lactancia en 33 países.

3.1.3.1.8. Alimentación infantil y VIH.

En cuanto a la alimentación infantil, en caso de que la madre presente VIH, México se coloca nuevamente en el color rojo, debido a que hay poca atención por parte del Sector Salud y se limita mayormente a otorgar sucedáneos de la leche materna, en lugar de supervisar los niveles virales de las madres y la práctica de la lactancia materna exclusiva. En el caso de la mayoría de los países africanos, donde la prevalencia del virus es mayor, se pueden observar mejores puntajes, pero ningún país alcanza todavía el puntaje para conseguir el color verde.

Ilustración 10. Estado de la alimentación infantil y VIH. Escala del 1 al 10.

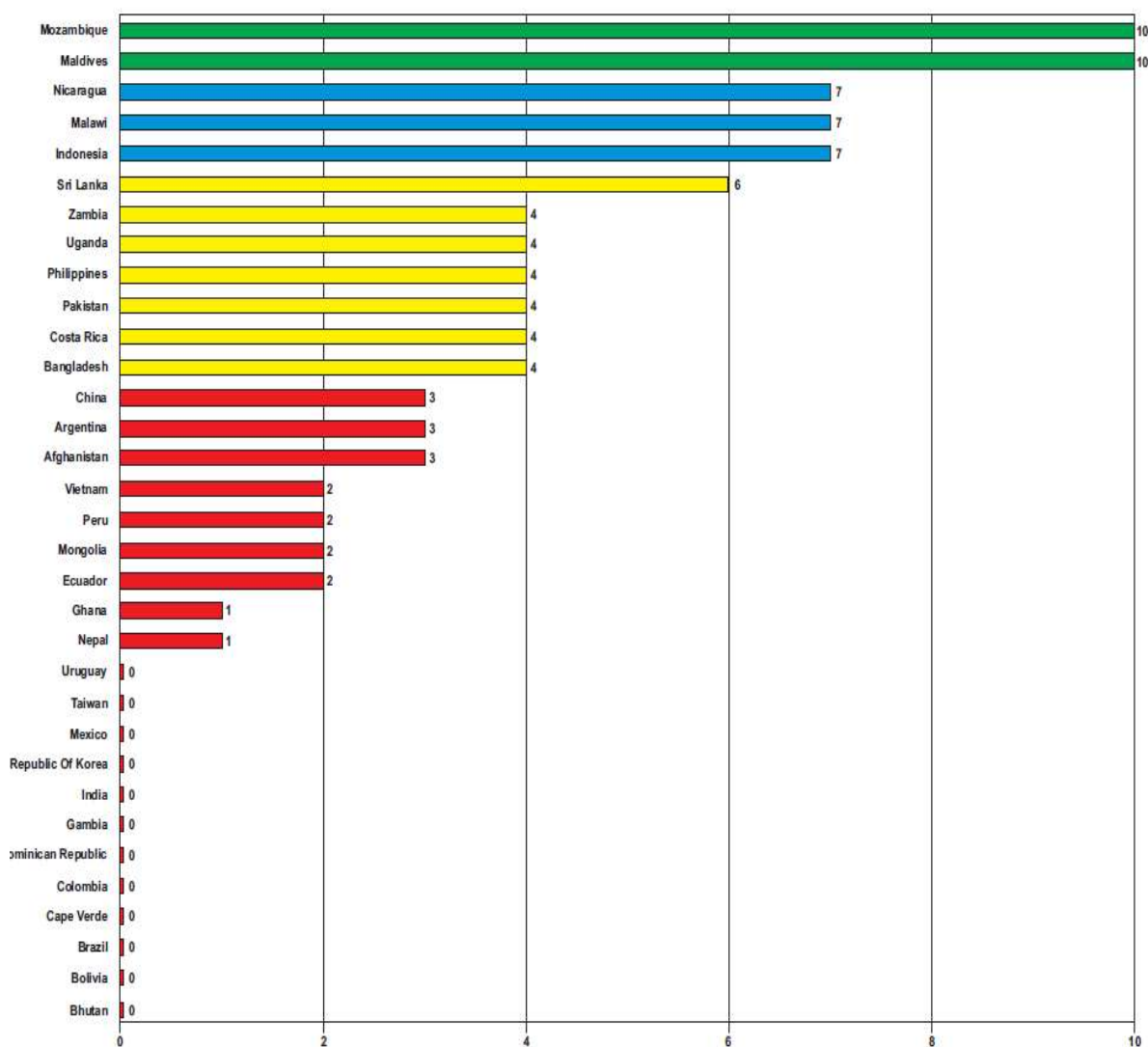


Fuente: Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna, el estado de la lactancia en 33 países.

3.1.3.1.9. Alimentación infantil durante las emergencias.

En septiembre de 2018, a pesar del Decreto y la Estrategia para apoyar la LME se evidenció, luego del terremoto de gran escala que afectó la zona centro y sur de país, que México no está preparado para apoyar la lactancia materna. En caso de desastres naturales se debe evitar que las madres que están lactando reciban sucedáneos y promover la LME o la relactación en madres que no la practican. Esto ayuda a que los bebés enfermen en menor medida y evita la desnutrición ante una emergencia. En este rubro, México resultó con 0 puntos.

Ilustración 11. Estado de la lactancia durante emergencias en 33 países. Escala del 1 al 10.

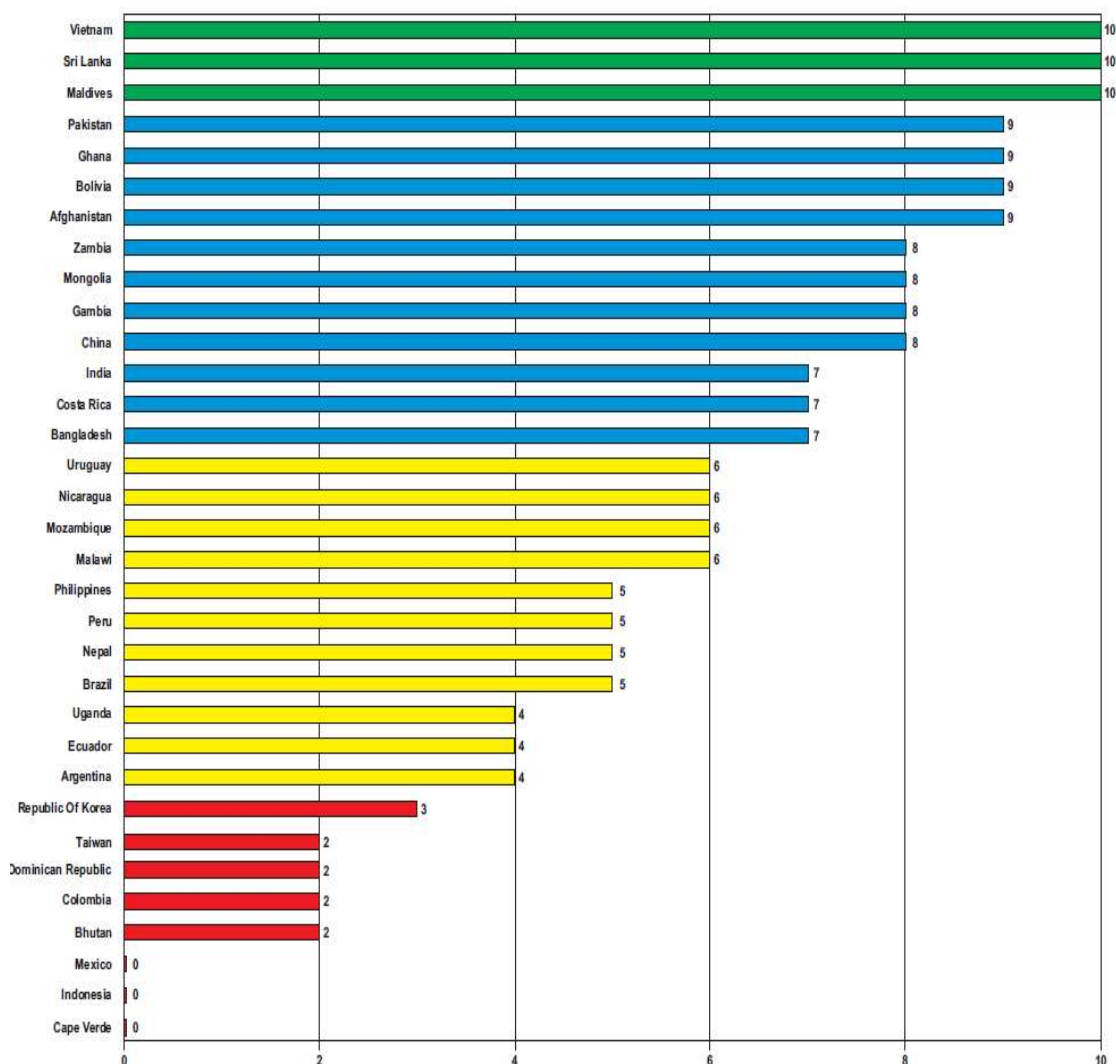


Fuente: Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna, el estado de la lactancia en 33 países.

3.1.3.1.10. Monitoreo y evaluación.

Nuevamente en este punto México se colocó en el color rojo con 0 puntos. El monitoreo y evaluación es importante para determinar qué puntos deben mejorarse y atenderse, pero como en el país no existían lineamientos claros ni un órgano dedicado a dar seguimiento a los indicadores de la lactancia materna, la calificación obtenida no podía ser distinta. A partir de este indicador, se pide a los países que etiqueten recursos para este fin y que se recaben datos estandarizados para la ONU; por esta razón la ENSANUT cambió a la ENIM en 2015.

Ilustración 12. Estado del monitoreo y evaluación de la lactancia en 33 países. Escala del 1 al 10.



Fuente: Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna, el estado de la lactancia en 33 países.

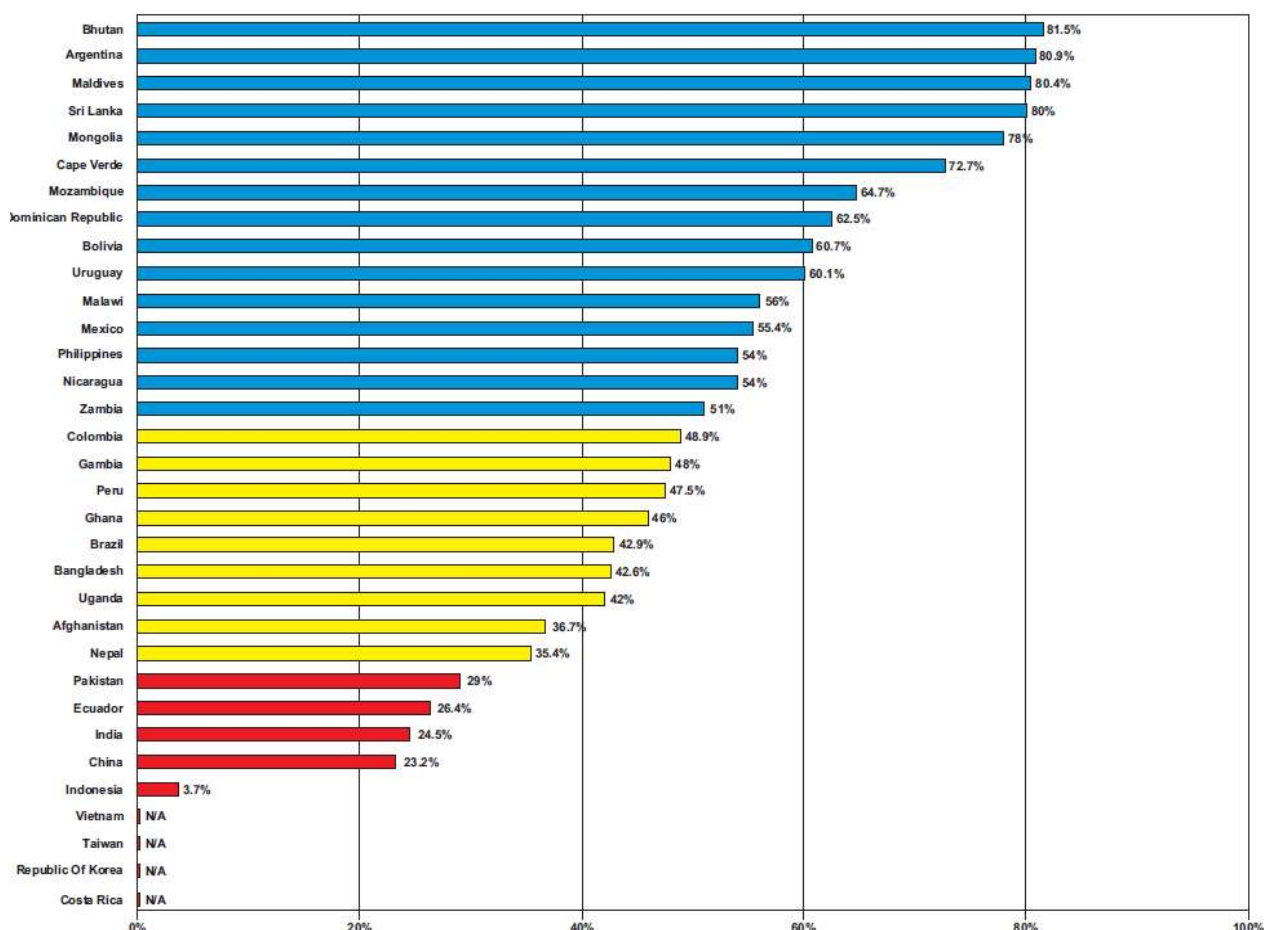
3.1.3.2. Indicadores relacionados a las prácticas recomendadas en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño

3.1.3.2.1. Inicio temprano de la lactancia.

En este rubro se evalúa el inicio de la lactancia en la primera hora de vida y se presenta en porcentaje. México aparece en el color azul, declarando un 55% de inicio temprano de la lactancia. El reporte señala que las mujeres que atraviesan una cesárea, necesitan ayuda adicional para comenzar con el contacto piel con piel dentro de los primeros 30 minutos posteriores al nacimiento y la lactancia materna en la primera hora de vida. Las cifras que

presenta México son difíciles de considerar como reales, porque precisamente el número de cesáreas en el país casi triplica la recomendación del 15% hecha por la OMS.

Ilustración 13. Porcentaje de bebés que iniciaron la lactancia en la primera hora de vida.

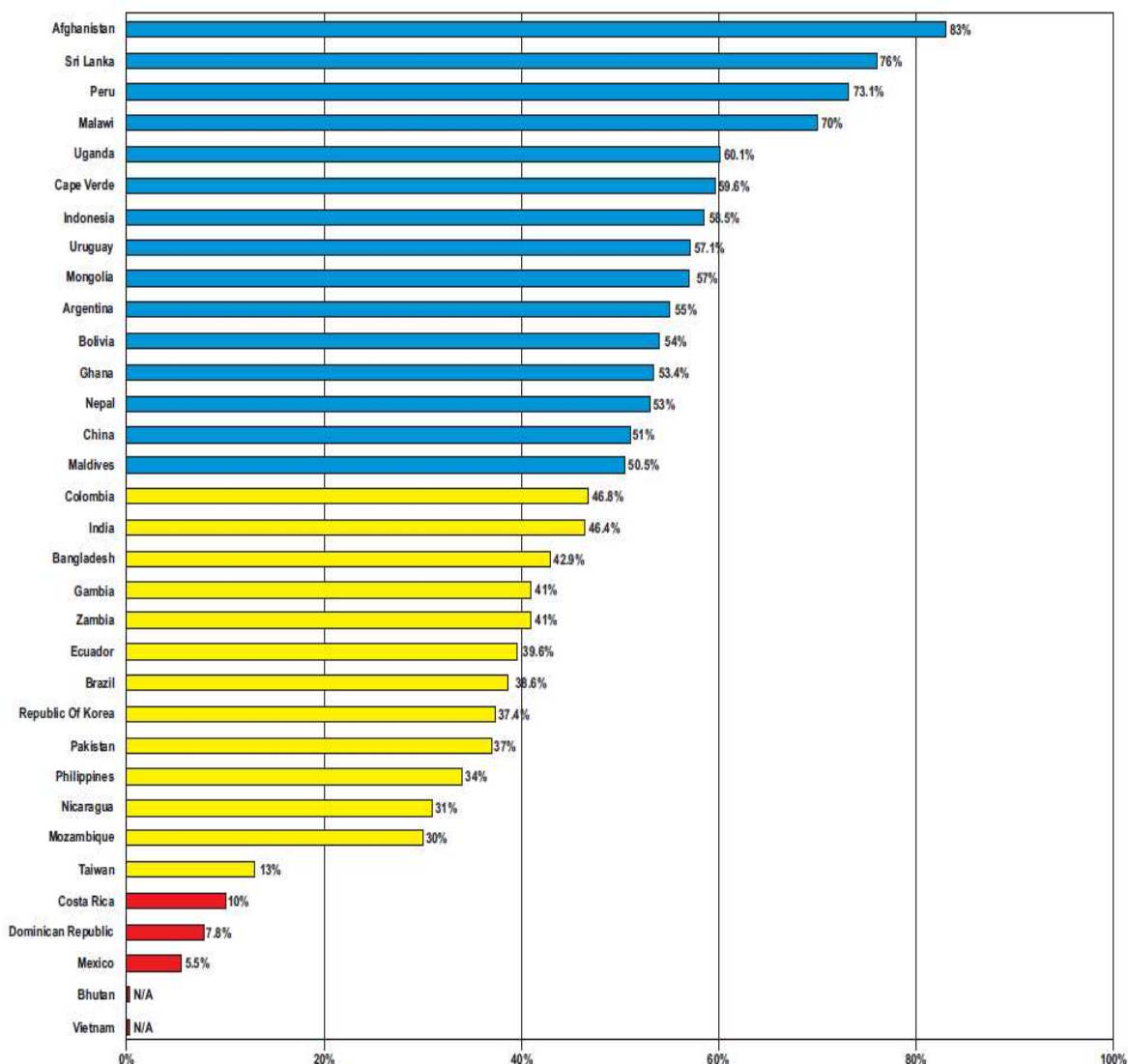


Fuente: Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna, el estado de la lactancia en 33 países.

3.1.3.2.2. Lactancia materna exclusiva en las últimas 24 horas.

En este indicador México se encuentra en último lugar de los países que reportaron datos. En 2012, la tasa reportada de LME fue del 12%, pero aquí aparece de tan solo el 5.5%, porque la recolección de datos se hace preguntando sobre la LME en las últimas 24 horas, en lugar de preguntar simplemente si se continua con la lactancia de manera exclusiva. Cualquier líquido o alimento distinto a la leche materna implicaría la falta de LME y aparecería indicado así en el porcentaje. Perú tiene un indicador en azul, pero es quien presenta la tasa de LME más alta en América.

Ilustración 14. Porcentaje de bebés de 0-6 meses con LME en las últimas 24 horas en 33 países.

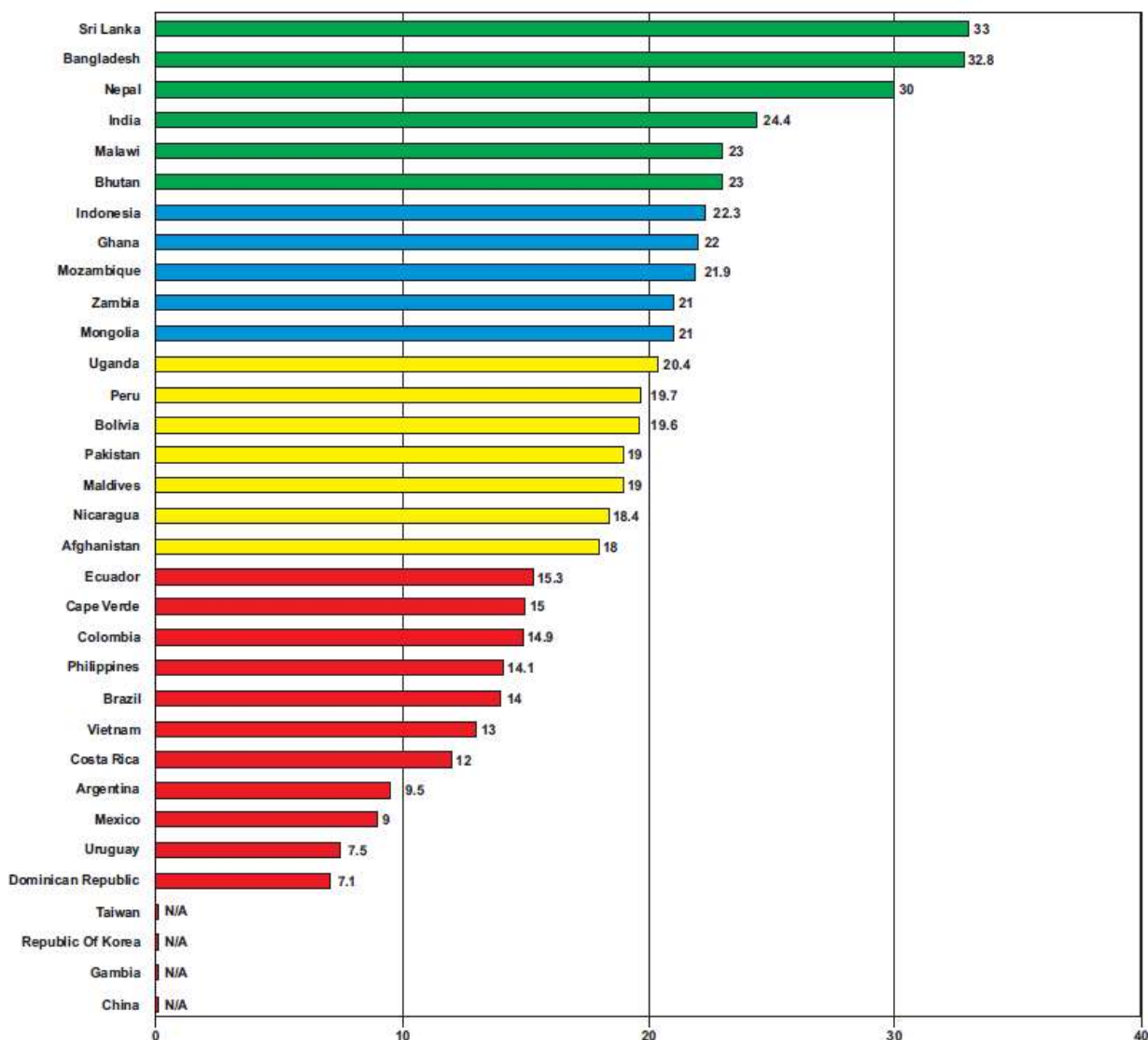


Fuente: Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna, el estado de la lactancia en 33 países.

3.1.3.2.3. Duración promedio de la lactancia Materna.

Para que el indicador aparezca en color verde, los países deben lograr una duración promedio de por lo menos 23 – 24 meses como lo indica la recomendación de la OMS. En México el promedio fue tan solo de 9 meses, menos de la mitad del promedio de 18.6 meses en los países que participaron en el estudio. Este indicador evalúa cualquier tipo de lactancia desde el nacimiento hasta el destete.

Ilustración 15. Duración en meses promedio de la lactancia en 33 países.

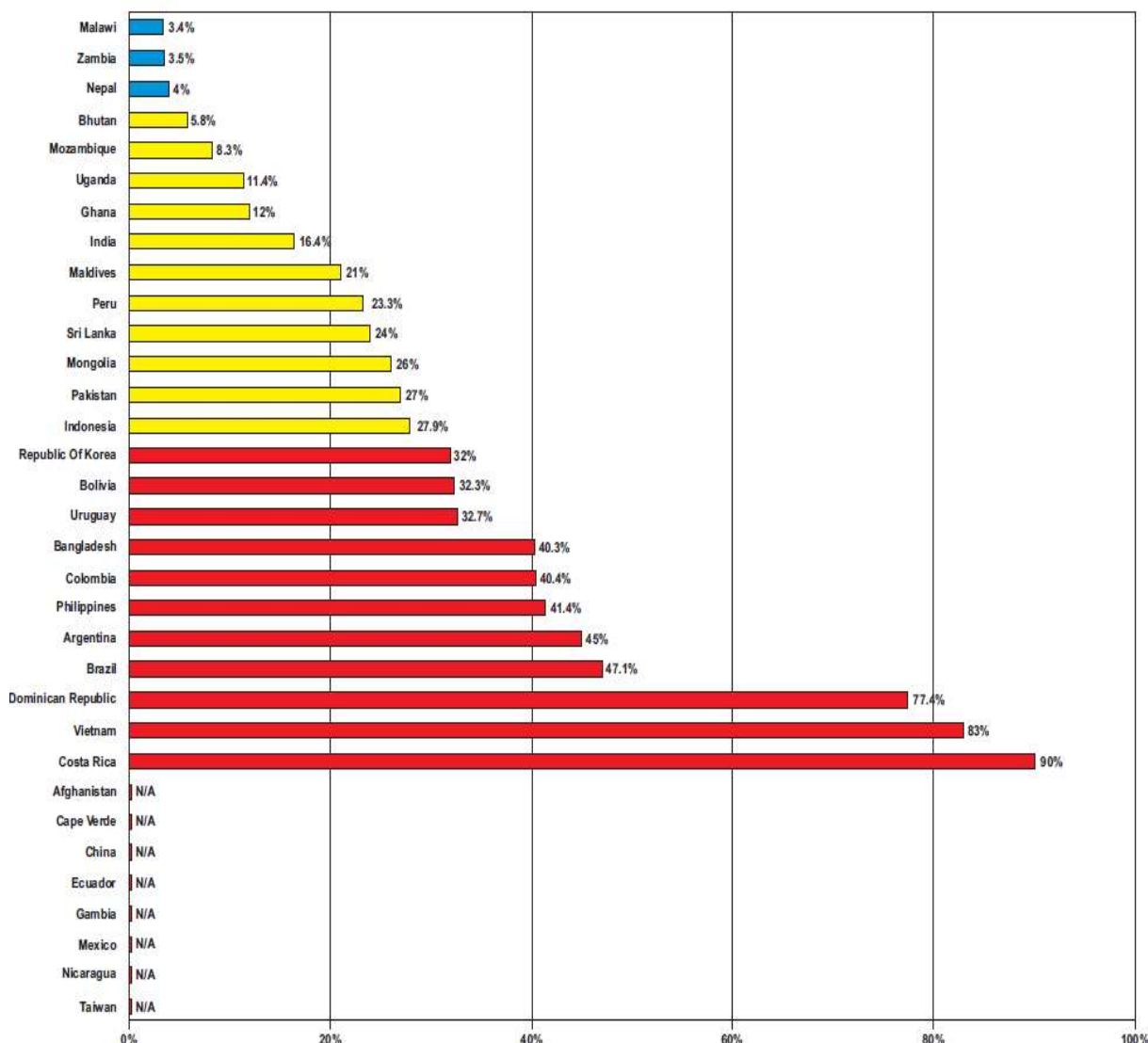


Fuente: Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna, el estado de la lactancia en 33 países.

3.1.3.2.4. Uso de biberones.

México no presentó datos para este rubro, pero reportó en la ENIM 2015 que el 54.7 de los bebés menores de 6 meses eran alimentados con biberón. La OMS recomienda que menos del 2% de los bebés menores de 6 meses sean alimentados con biberón para evaluar con verde el indicador. El uso de biberones puede ocasionar infecciones diarreicas, desnutrición e introducción temprana de la alimentación complementaria con alimentos no adecuados.

Ilustración 16. Porcentaje de menores de dos años alimentados con biberón en 33 países.

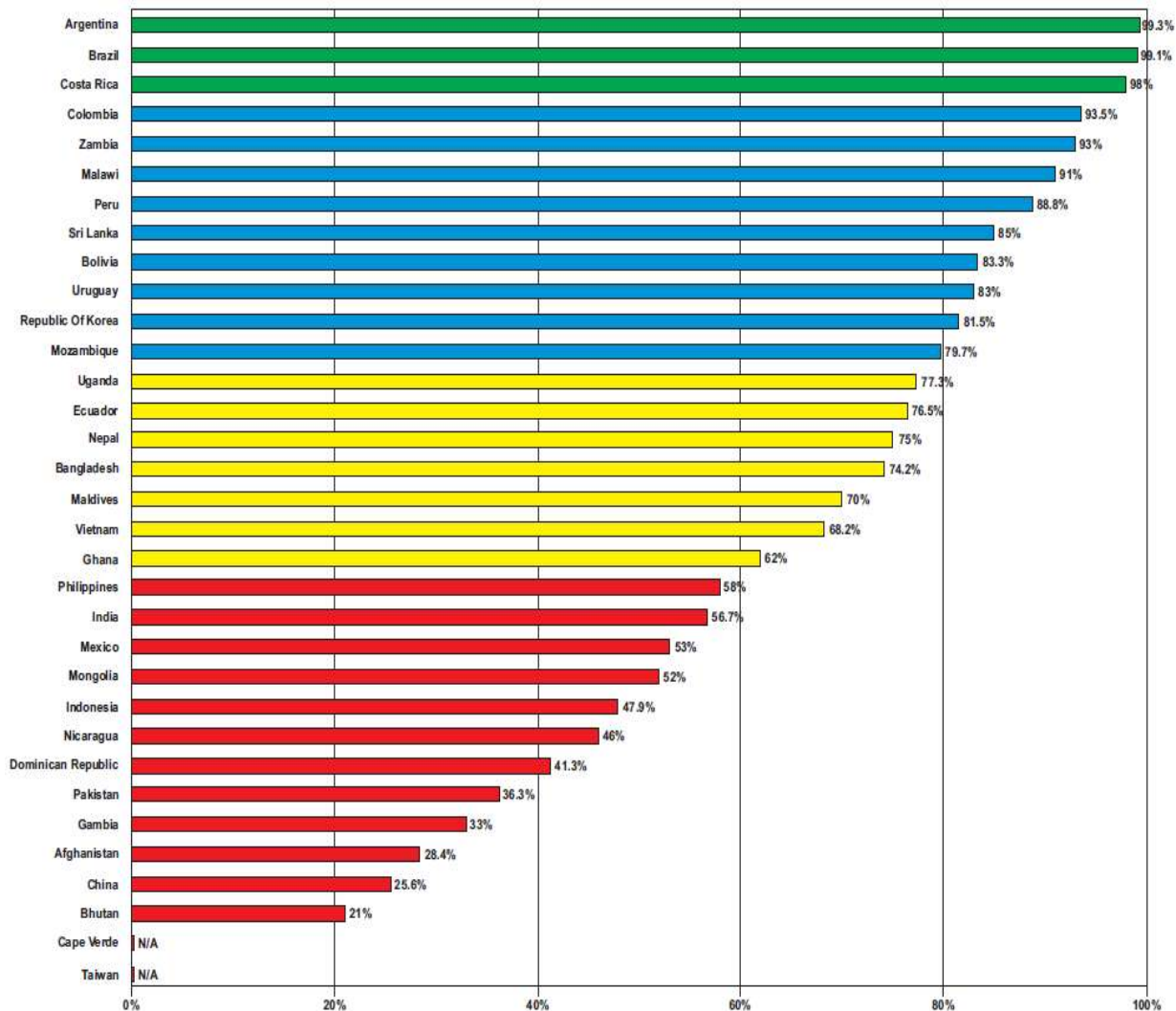


Fuente: Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna, el estado de la lactancia en 33 países.

3.1.3.2.5. Alimentación complementaria.

En México solamente el 53% de los bebés recibían en el 2012 alimentación complementaria entre los 6 y 9 meses de edad, lo que lo sitúa en el color rojo. Argentina, Costa Rica y Brasil lograron llegar al indicador en verde con más del 90% de sus bebés recibiendo alimentación complementaria de manera oportuna. La recomendación de la OMS es continuar con la lactancia al menos por 24 meses junto con alimentación complementaria adecuada para la edad y rica en hierro a partir de sexto mes de vida.

Ilustración 17. Porcentaje de bebés que reciben alimentación complementaria entre los 6 y 9 meses en 33 países.



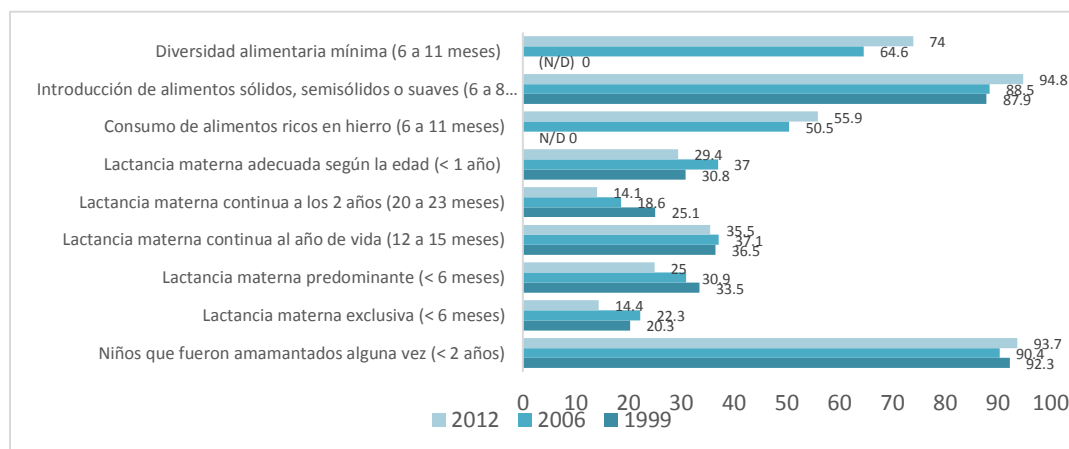
Fuente: Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna, el estado de la lactancia en 33 países.

Luego de analizar el reporte del estado de la lactancia en 33 países de la WBTi, se observa que México se encuentra en un bajo nivel de promoción y protección en lo que concierne a la lactancia materna y que otros países, con menos recursos, han logrado llevar a cabo mejores prácticas para alcanzar indicadores más altos dentro del reporte. En América Latina, países como Brasil, que implementó bancos de leche por regiones; Argentina, que favoreció la adecuada introducción de la alimentación complementaria; y Chile, que aumentó significativamente su licencia por maternidad, han logrado situarse en mejores posiciones y encaminan sus esfuerzos para continuar mejorando al respecto.

3.3.2.El deterioro de la lactancia en México según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012.

Después de analizar los indicadores recabados en la Encuesta Nacional de Nutrición 1999 y 2006 y en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, el Instituto de Salud Pública hizo un llamado para promover acciones que logran aumentar la tasa de lactancia materna, luego de evidenciarse un deterioro particularmente en la tasa de lactancia materna exclusiva. En este documento, se habla de una duración promedio de lactancia materna de alrededor de 10 meses que se mantiene estable en los tres periodos, a pesar de que la recomendación de la WBTi y del UNICEF es que sea de 23 a 24 meses para alcanzar la sugerencia de la OMS que indica que los bebés sean amamantados cuando menos dos años de vida. Con este indicador, México se mantendría en el semáforo color rojo de la WBTi, por lo que se requiere mucho trabajo para alcanzar las recomendaciones que hacen los organismos internacionales de promoción de la lactancia materna. Sin embargo, los demás indicadores son aún más alarmantes porque muestran “un franco deterioro de la LM”, debido a que el porcentaje de la LME en menores de seis meses bajó de 22.3% a 14.5%, descendiendo dramáticamente en el medio rural en donde se alcanzó únicamente la mitad de lo anteriormente alcanzado, bajando de 36.9% a 18.5%. La lactancia materna continua al año y a los dos años disminuyó, así como el número de bebés que consumen fórmula o que, además de leche materna, reciben agua simple.

Gráfica 3. Comparativo entre indicadores de alimentación infantil 1999, 2006, 2012 en México.



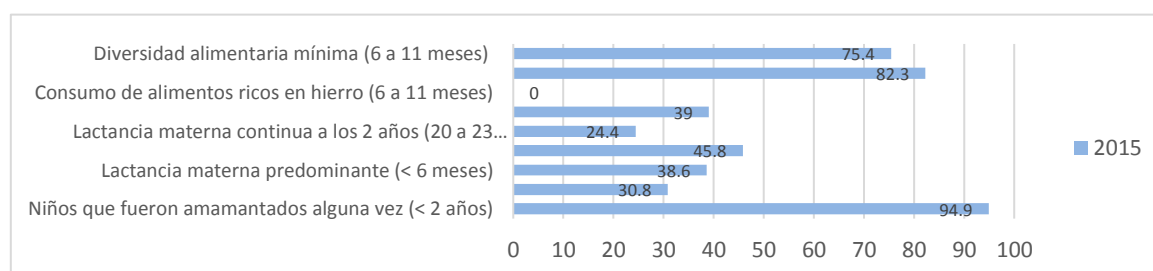
Fuente: Elaboración propia con base en González T., Esbar L., González Castell L. 2012.

3.3.3. Resultados de la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM) 2015.

En el año 2015, el INSP decidió finalmente sumarse a la realización de una encuesta enfocada específicamente en los niños, niñas y mujeres, separando así algunos datos que antes se incluían en la ENSANUT. De esta forma, México se suma al esfuerzo para estandarizar los datos requeridos por el UNICEF para proveer datos internacionalmente comparables con indicadores estadísticos enfocados en las mujeres y los niños. Las primeras Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) se realizaron a partir de 1995, luego de los acuerdos tomados en la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia para medir los primeros avances sobre éstos. Para el año 2000 se incrementó la profundidad de la encuesta y se agregaron nuevos indicadores acordados de manera global en más de 60 países. A partir del año 2010, se incrementó la frecuencia de la implementación de la encuesta logrando acordar su aplicación en periodos de 3 años. Se han logrado presentar más de 50 encuestas en el año 2015 y se trabaja para recolectar nuevos datos para los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el año 2030.

Para lograr recabar los datos de la ENIM 2015, se visitaron 11,760 hogares y se recolectó información sobre más de 8,000 niños menores de 5 años. La muestra se diseñó para estimar 136 indicadores que fueron separados en zonas urbanas y rurales en 5 regiones del país. Particularmente en el caso de la LM, los indicadores contabilizados incluyen los que se venían trabajando a través de la ENSANUT, aunque cabe mencionar que ya no se encuesta sobre el consumo de alimentos ricos en hierro en menores de dos años. Sin embargo, se enriquece la encuesta para analizar indicadores como, por ejemplo, el número de niños menores de dos años que son alimentados con biberón.

Gráfica 4. Resultados de la ENIM 2015.



Fuente: Elaboración propia con base en la ENIM 2015.

3.4. Posibles factores que han ocasionado una baja tasa de lactancia en México

Luego de establecer que en México se ha deteriorado la práctica de la lactancia en los últimos años y que la tendencia internacional es promover el aumento de la tasa de LME, se presentan los siguientes factores como variables independientes que reducen la tasa de LME en México. Si bien no son los únicos, luego de una exhaustiva revisión literaria y documental y de una gran cantidad de discusiones con profesionales de la salud y expertos en el área de lactancia, se consideran los más importantes para elaborar el presente trabajo de investigación.

3.4.1. La falta de información oportuna.

Es necesario que se informe sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva desde la más temprana infancia. En algunos países inclusive se prohíbe la comercialización de biberones de juguete que representen jugos o bebidas azucaradas, porque es importante que aun los más pequeños normalicen la lactancia materna. En el caso de los varones, se logrará que apoyen a sus parejas y promuevan la lactancia y en el caso de las mujeres, se logrará que decidan iniciar en mayor número la lactancia y continuarla por más tiempo.

Lamentablemente, en México se sigue debatiendo el proporcionar información sexual en el aula y en muchos casos se mantiene como un tabú irrompible en el contexto familiar, por lo se sigue identificando a los senos como órganos que propician el placer sexual antes que como glándulas productoras de alimento.

Las actuales generaciones han crecido del lado del biberón y de las fórmulas lácteas, por lo que desconocen la técnica del amamantamiento y suelen darle el mismo valor a la alimentación con sucedáneos que a la alimentación con leche materna.

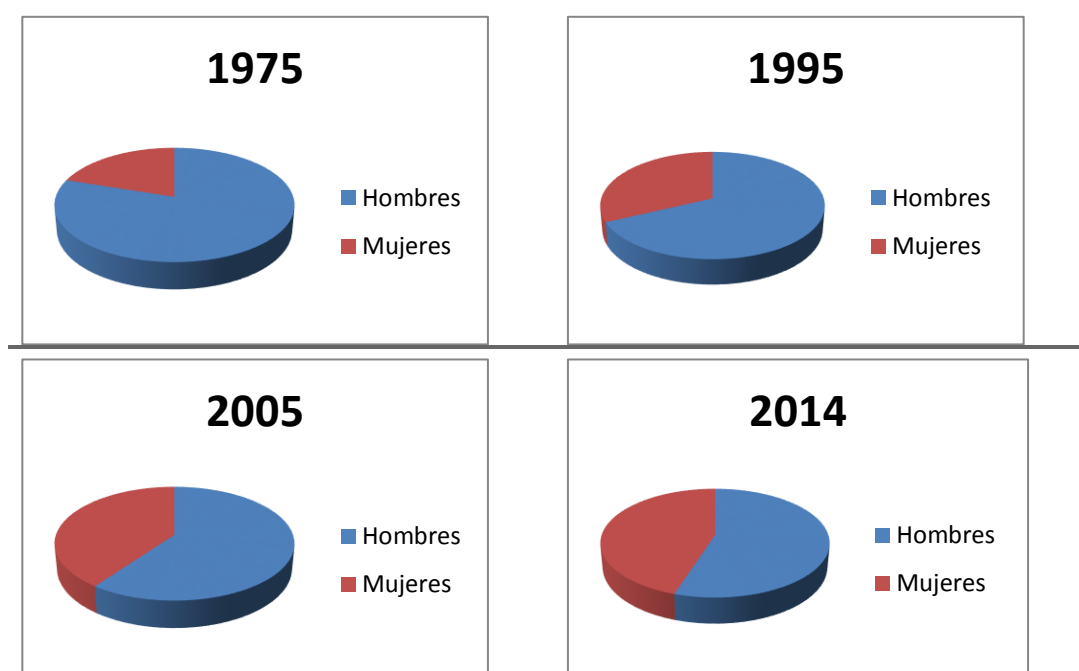
El panorama se torna más complicado cuando se analiza que existen pocas organizaciones e instituciones que brinden información adecuada sobre la lactancia materna y lo que aún es peor, suelen hacerlo una vez que la mujer ya ha dado a luz y presenta algún problema que la hace considerar el destete prematuro. Es por esta razón que el momento de brindar la información resulta importante porque las madres suelen encontrarse nerviosas, cansadas e inseguras tras el nacimiento, es decir, menos receptivas a la información que se les pueda proporcionar.

3.4.2. La situación laboral de la madre.

Nuestro país ha aumentado considerablemente el porcentaje de mujeres que se suman a la vida laboral en los últimos años. Lejos quedó el modelo de familia en donde el padre trabajaba una larga jornada mientras la madre se dedicaba gustosa a las labores domésticas y a la crianza de los niños.

Casi la mitad de las mujeres de la población económicamente activa trabajan y muchas de ellas aún en desigualdad salarial, a pesar de que hay un aumento en el número de mujeres que se han convertido en jefas de familia.

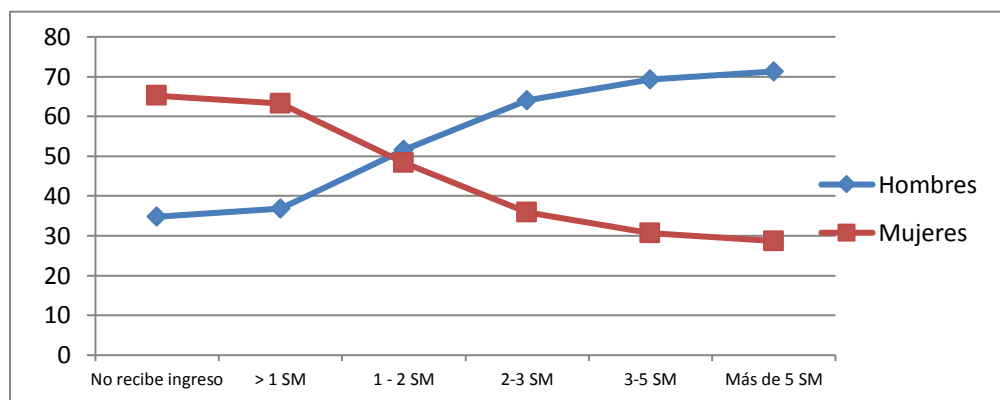
Gráfica 5. Porcentaje de población ocupada según sexo 1970, 1995, 2005 y 2014.



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Empleo 1970 y 1995 y en la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2005 y 2014. INEGI.

En el siguiente cuadro se puede apreciar cómo el nivel de ingreso es inverso entre hombres y mujeres; observándose una pendiente negativa en el caso del ingreso femenino al aumentar el monto de salarios mínimos y una pendiente positiva en el caso del masculino.

Gráfica 6. Ingreso en salarios mínimos para hombres y mujeres en 2005.



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. INEGI, 2005.

Debido a que las mujeres sufren de mayor presión para conservar sus fuentes de trabajo y que en lo general tienen un nivel de estudios más bajo que sus contrapartes, no suelen estar informadas sobre sus derechos o simplemente no los hacen valer para no perder oportunidades laborales aun contra las mismas mujeres dentro de la empresa.

Es de vital importancia señalar que, si bien la Secretaría del Trabajos y Previsión Social (STPS) hace un gran esfuerzo para vigilar el cumplimiento del periodo de maternidad, aún no realiza la misma labor para lograr supervisar el cumplimiento del horario de lactancia y los funcionarios desconocen en muchos casos la obligatoriedad de los centros de trabajo (al menos los de nivel federal) para crear espacios adecuados en donde se pueda llevar a cabo la extracción higiénica de la LM y conservarla para posteriormente alimentar a los bebés. En este contexto laboral en donde las mujeres no gozan realmente de un lugar específico que les permita ejercer su derecho a continuar con la lactancia y donde, por otra parte, ni los patrones ni las compañeras suelen valorar el trabajo adicional que implica la lactancia diferida por parte de la madre trabajadora, es fácil que se decida renunciar al esfuerzo necesario para continuar con la LME luego de regresar al trabajo.

También es necesario mencionar que el personal de salud suele tener poco conocimiento acerca del manejo adecuado de la leche materna y pocas veces dedica el tiempo necesario para informar a las madres que deben reincorporarse al trabajo sobre las técnicas de extracción, el manejo y el almacenamiento de la misma.

Otro punto a tratar que cobra particular importancia es que en contra de las Normas Oficiales Mexicanas las guarderías no son amigables con la lactancia. Por citar un ejemplo, las guarderías del Instituto Mexicano del Seguro Social no contemplan seguir proporcionando leche materna a los mayores de 12 meses y sugieren que los bebés alimentados con leche materna tengan patrones idénticos a los alimentados con sucedáneos, lo cual ocasiona que las madres no logren en la mayoría de los casos, cubrir los requerimientos casi inalcanzables de leche materna solicitados por los cuidadores.

3.4.3. La atención perinatal

México tiene uno de los más altos índices de cesáreas programadas en el mundo entero, mientras que la Organización Mundial de la Salud sugiere que el porcentaje de cesáreas totales en un país en vías de desarrollo no supere el 15%, tan sólo en el IMSS al menos el 37% de los nacimientos son por cesárea y existen hospitales donde más de la mitad de los bebés nacen a través de este procedimiento quirúrgico. No es de extrañarse que haya una fuerte relación entre la forma en que se llega al mundo y el modo en que se inicia la alimentación de los bebés.

En una cuestión que parece ya más de costumbre en nuestro país y en donde es común escuchar que es más seguro el nacimiento por cesárea (aunque en realidad triplique el riesgo de mortalidad materna) y que resulta más cómodo tanto para mamá y bebé como para el médico tratante quien, además, recibe mayor remuneración por realizar una cesárea a pesar de que esperar los tiempos del trabajo de parto suele ser mucho más tardado.

No resulta difícil imaginar las salas de maternidad en los hospitales públicos llenos de madres a punto de dar a luz y la necesidad de una mejor infraestructura para darles acomodo. Sin embargo, la OMS recomienda que se reduzca considerablemente el nacimiento por cesáreas y se promueva la lactancia en la primera hora de vida de cada uno de los recién nacidos. El uso de cuneros, a pesar de estar arraigado en la cultura mexicana, no es necesario y se desaconseja en todo momento. La NOM-007 igualmente encuadra en gran medida el modo en que deberá desarrollarse la atención perinatal de manera respetuosa y amigable tanto para la madre como para el bebé; sin embargo, no existen sanciones ni se vigila su cumplimiento.

Además, pocas son las mujeres que conocen y hacen valer sus derechos en lo relativo a las decisiones al momento del nacimiento de sus hijos.

Muchos hospitales explican que no tienen presupuesto ni espacio suficiente para atender a las madres en trabajo de parto, pero muchos países están revirtiendo la medicalización de los partos y promoviendo la atención perinatal en entornos más familiares como casas de parto o inclusive en el domicilio de las madres que darán a luz, sobre todo en el caso de embarazos de bajo riesgo en mujeres sanas, lo que ha reducido tanto el número de mujeres que acuden a los hospitales como la inversión que se realiza en su atención, sin incrementar en ningún caso, la tasa de mortalidad materno infantil.

Además de esto, en México menos del 1.5% de los hospitales y clínicas del Sector Salud se encuentran actualmente en proceso de acreditación o acreditados como Hospitales Amigos del Niño y de la Niña, a pesar de la evidencia a favor de esta iniciativa para lograr aumentar las tasas de lactancia materna en los países donde se aplica y el poco costo de su aplicación. La mayor barrera que encuentran para lograr esta acreditación es la capacitación que se debe dar al personal de salud, en donde muchas veces es muy difícil convencer a médicos y enfermeras por igual de los beneficios de la lactancia materna exclusiva cuando ellos mismos fueron en su mayoría alimentados, al menos parcialmente, con fórmulas lácteas.

3.4.4. La falta de aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

En México desde el año 1992 se establece, entre la Secretaría de Salud y los fabricantes de los sucedáneos de la leche materna un compromiso en cuanto a la promoción, distribución y entrega de sus productos a los agentes de salud. Posteriormente, este documento es ratificado el 30 de mayo de 1995 y el 11 de septiembre del año 2000. Finalmente, en el año 2007 los fabricantes de fórmulas lácteas infantiles presentan ante el señor Secretario de Salud su compromiso de: “Asegurar que la comercialización de los sucedáneos de la leche materna se realice de acuerdo con los principios del Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud y por la Normatividad Oficial de México desde tal respecto...”.

Firman dicho documento representantes de siete empresas de primera línea, figurando al pie como “testigos” otras diez sociedades científicas y de protección de la salud.

En la actualidad, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad (última modificación: 31/05/2009) establece en su capítulo III (Art. 25) que:

“La publicidad y la promoción publicitaria de fórmulas para lactantes deberá:

- I. Fomentar la lactancia materna, para lo cual señalará claramente los beneficios de ésta;
- II. Indicar expresamente que el uso de las fórmulas para lactantes se recomienda únicamente en los siguientes casos:
 - a. Por intolerancia del niño a la leche materna,
 - b. Por ausencia de la madre y
 - c. Por incapacidad de la madre para dar leche o por cualquier otra razón sanitaria fundada, e
- III. Incluir información sobre el manejo correcto de las fórmulas, su preparación y los cuidados específicos a los que hay que someter los biberones antes de ofrecerlos a los lactantes”.

Esto confirma que, si bien pareciera existir una intención de protección a la lactancia materna en su redacción, el instrumento legal autoriza la publicidad de los sucedáneos de la leche materna lo cual se halla absolutamente prohibido en el Código. A pesar de que no existen antecedentes en el país de sanciones aplicadas ante los continuos incumplimientos de los compromisos asumidos por la industria de los sucedáneos de la leche materna, existe un gran avance al publicarse la Norma Oficial Mexicana 131 (NOM-131) que, entre otras disposiciones, señala la forma en que deben etiquetarse los sucedáneos de la leche materna y las promoción a la lactancia que debe realizarse por parte de los productores de los mismos, señalando también a la Secretaría de Salud como encargada de vigilar el cumplimiento del mismo.

Lamentablemente, surge aquí un conflicto de interés que seguramente explica el porqué nunca se han aplicado sanciones ante el incumplimiento del Código, y es que la Secretaría de Salud tiene fuertes vínculos con la mayor productora de leche en nuestro país: la compañía Nestlé, quien suministra de manera exclusiva las fórmulas NAN 1 y NAN 2 a precios de

dumping¹⁷, cuya diferencia acaban pagando los beneficiarios de los servicios médicos, porque las latas de leche que proporciona el Sistema Nacional de Salud son insuficientes y obligan a que la gente requiera comprar aún más fórmula a precio muy elevado. Así pues, en lugar de favorecer el establecimiento oportuno de la lactancia materna, el gobierno paga una fuerte suma para comprar sucedáneos y posteriormente atender los problemas de salud derivados de su uso. Baste como ejemplo el programa “Unidos por Niños Saludables”, en donde trabajan de forma conjunta la citada compañía y la Secretaría de Salud con la finalidad de frenar el desmedido incremento en sobrepeso y obesidad infantil, con la incongruencia de promover productos como los cereales para el desayuno que, además de ser caros para la población de escasos recursos, resultan llenos de azúcar y colorantes artificiales. Por supuesto, sin dejar de lado, que algunas investigaciones sugieren que los niños alimentados exclusivamente con fórmulas lácteas tienen un riesgo hasta seis veces mayor de padecer obesidad que los niños alimentados exclusivamente con leche materna.

Es importante señalar que, debido a que no existen sanciones por parte de las autoridades ante el incumplimiento, ni una regulación que defina qué tipo de sanción y cuándo deberá aplicarse ante tal o cual incumplimiento del Código o inclusive de la NOM-131, la mayoría de los hospitales, al no obtener beneficios económicos ni tener obligación de buscar nominarse como Hospitales Amigos del Niño y de la Niña, prefieren obtener recursos económicos por parte de las productoras de fórmulas lácteas y promover sus productos a las madres que acaban de dar a luz en sus instalaciones. Con medidas que van desde usar tarjetas con el logo o mascota de la marca para anunciar el sexo, peso y talla de los bebés, hasta regalar pañaleras llenas de muestras médicas o material informativo sobre crianza en donde se promueve el uso de la fórmula láctea. Apenas en 2012, (Red Internacional de Grupos Pro Alimentación Infantil) IBFAN Latino América denunció que la compañía Nestlé había patrocinado la contratación de 15,000 mujeres que daban consejería nutricional relacionada con la alimentación de bebés en México, por supuesto, promocionando los productos de esta marca. Esta táctica ya había sido utilizada en el continente africano por medio de las

¹⁷ El término hace referencia a la práctica en la que se ofertan sucedáneos de la leche materna inmediatamente después del nacimiento, a precios por debajo de los del mercado, por lo que se desplaza la lactancia materna por un fácil y económico acceso a estos sucedáneos.

“Enfermeras de Nestlé”, problema que llevó a varios países a una de sus más graves crisis de desnutrición y elevó notablemente la tasa de mortalidad infantil.

3.4.5. El diseño institucional

El diseño institucional puede también ser causante de la reducción de la tasa de lactancia materna porque las unidades de atención médica no están adecuadas para garantizar el apego inmediato entre madre e hijo, por ejemplo. Las instituciones de salud, por lo general, no se preocupan en capacitar a su personal en lo relativo a los temas de lactancia, a pesar de que la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña ha vuelto a tomar fuerza y con la nueva legislación se está buscando que la mayoría de los hospitales alcancen al menos el nivel de nominados dentro de este programa.

Un problema general que afecta al sector salud es el elevado número de pacientes que recurren a un pequeño número de unidades prestadoras de servicios de salud, con lo que se dificulta la atención y con esto, se dejan de lado temas que parecen poco urgentes, como la capacitación para que las madres logren amamantar. Es probable que los mismos médicos no se tomen el tiempo suficiente para promover la lactancia y que hayan incluso, recibido apoyo de los laboratorios que producen sucedáneos de la leche materna, ya que es bien sabido que estos organizan viajes o congresos para médicos y enfermeras.

Ilustración 18. 3er. Congreso Nestlé de Nutrición Pediátrica.



Fuente: www.nestle.com.mx

Además, es poco el recurso oficial que se destina a la promoción de la lactancia materna, sobre todo cuando se compara con la enorme publicidad que llevan a cabo los productores de sucedáneos del cual, se gasta mucho en regalos, adornos o artículos promocionales para los consultorios médicos, violando el CICSML.

Capítulo IV: Materiales y métodos.

4.1. Fundamentación metodológica.

“Siempre me ha gustado empezar con los hechos, observarlos, caminar a la luz de la experimentación y demostrar tanto como sea posible, y discutir los resultados”.

Giovanni Arduino.

Dentro del presente capítulo se presenta la metodología que se utilizó para recabar y analizar los datos que alimentan la presente investigación. Debido a la multiplicidad de enfoques metodológicos que existen en la actualidad, se dificultó la elección del método que fue aplicado, la selección y desarrollo de los instrumentos más adecuados, así como las técnicas de análisis más oportunas.

Dado que cada proyecto tiene sus propias características y particularidades, es imprescindible debatir entre las múltiples alternativas metodológicas y de esta manera, enfocar la investigación de modo que resulte principalmente factible ante el enorme reto que representa tener limitaciones temporales y económicas para llevarla a cabo. Es evidente que pueden existir discusiones y puntos de vista diferentes en torno al método elegido y es verdad que este intercambio de posiciones y opiniones genera un fértil terreno para generar caminos dentro de la exploración metodológica (Bonilla-Castro & Rodríguez, 2005) e inclusive de nuevos temas de investigación.

Así pues, es imprescindible elegir entre el enfoque cuantitativo, el cualitativo o una mezcla de ambos a pesar de que puedan siempre surgir dudas y evidentes renunciadas a otras técnicas y estrategias que igualmente pudieron ser adecuadas y válidas al tomar la elección definitiva.

Esta discusión ofrece tres dimensiones, articuladas en torno a lo cuantitativo, sin embargo, hay que apostar siempre por la claridad, la concreción y también por la coherencia del trabajo realizado.

4.1.1. Justificación del método elegido.

Ante el problema que se intenta abordar y luego de una profunda reflexión en torno a las hipótesis y a las variables resultantes, se ha considerado al enfoque mixto como el adecuado para analizar por qué ha disminuido la tasa de lactancia materna en los últimos años en

Morelia. A pesar de que existían datos cuantitativos como la tasa de lactancia materna exclusiva a nivel nacional en los años 2006 y 2012 que, sin duda, eran un excelente punto de partida para buscar correlaciones con factores sociodemográficos, fue necesario que también se buscaran descubrir factores cualitativos para conseguir ampliar el panorama de la investigación, pero también fue necesario recabar datos cuantitativos puntuales para que se presentaran los resultados correlacionales-explicativos que buscaron alcanzarse en este trabajo.

La riqueza de la investigación mixta es que logra hacerse de datos cuantitativos y cualitativos que se pueden traducir en una interpretación más amplia del problema a tratar. El objetivo de elegir el enfoque mixto en esta investigación no era demeritar ni remplazar a la investigación cuantitativa ni a la cualitativa, sino buscar combinar sus fortalezas mientras se buscaba por otro lado, minimizar sus posibles debilidades.

4.1.2. Características de la investigación mixta.

Sampieri comenta que “para Creswell y Plano Clark (2006), los métodos mixtos son una estrategia de investigación o metodología con la cual el investigador o la investigadora recolecta, analiza y mezcla (integra o conecta) datos cuantitativos y cualitativos en un único estudio o un programa multifases de indagación”. Si bien es cierto que en su momento existieron investigadores que consideraron prácticamente imposible conciliar el método cuantitativo con el método cualitativo, en la actualidad es ampliamente aceptado que su uso en particular en las ciencias sociales, logra ampliar el panorama de investigación.

Así pues, la investigación mixta o cualimétrica ha ido tomando su lugar y ganando características que le son propias, por supuesto, encontrándose invariablemente en algún lugar entre la investigación cuantitativa y la cualitativa, en algunos casos más cerca de una que de la otra, pero también desarrollando cualidades únicas que la hacen tener su propio lugar dentro del mundo de la metodología de la investigación.

Según Sampieri, Collado y Lucio (2010), la investigación mixta tiene las siguientes características:

Ilustración 19. Características de la investigación con enfoque mixto.



Fuente: Elaboración propia con base en Sampieri, Collado y Lucio (2010).

4.1.3. Criterios de calidad de la investigación mixta.

A pesar de que muchos investigadores pueden llegar a minimizar la calidad de la investigación con enfoque mixto, la mayoría asume una postura que acepta los principios

propios de este tipo de investigación. En muchos casos, los autores proponen, bien la reformulación de las normas relativas como la fiabilidad y validez a los propósitos de la investigación con enfoque mixto, o bien el desarrollo de nuevas pautas particularmente adecuadas a esta metodología, diseñados a la luz de las teorías naturalistas, y que tengan en cuenta la especificidad y peculiaridades del proceso de la investigación mixta.

Dentro de los criterios de calidad a observarse en la investigación mixta, se toman en cuenta los concernientes a la calidad de la investigación cuantitativa, así como algunos de la investigación cualitativa. Tójar (2006) menciona que Lincoln & Guba consideran los siguientes: credibilidad, transferibilidad, dependencia, veracidad y confirmabilidad.

Estos autores distinguen tres tipos de criterios de calidad; los asociados a confiabilidad del estudio con enfoque mixto entre los que se observan la credibilidad, la transferibilidad y la dependencia. Respecto a éstos, según lo descrito por Tójar (2006), se entiende por:

- Credibilidad: cuando el investigador aporta toda la información, de manera que se puede reconstruir su propuesta, su proceso reflexivo/interpretativo. Se refiere a la transparencia en el proceso investigador.
- Transferibilidad: en la investigación mixta, la transferibilidad se aplica horizontalmente, de caso a caso, de contexto a contexto, no verticalmente como es el caso de la generalización que se puede usar en la investigación cuantitativa.
- Dependencia: consistencia de los resultados que tenemos ante nosotros.

Con el fin de garantizar estas normas y así, la calidad de la investigación, se recurrió a las siguientes estrategias:

1. La recogida de material de adecuación diferencial, es decir a la utilización de diferentes instrumentos de investigación que serán descritos más adelante dentro de este capítulo.
2. Al juicio interjueces, para la revisión y validación de los instrumentos de recogida de datos y la elaboración de categorías de análisis de los mismos.
3. Triangulación: triangulación entre los datos obtenidos a través de los diferentes instrumentos de recogida de datos de los distintos sujetos de la investigación. Esto otorga cohesión interna a la investigación y confiere una dimensión más holística y profunda al análisis.

Por último, debido a la flexibilidad que caracteriza a la investigación de tipo cualitativo hay que tener en cuenta que la cuestión de la calidad en la investigación cualimétrica debe ser un aspecto a considerar en todas las fases del proceso, no quedando limitada a momentos puntuales del mismo. Además de una serie de criterios metodológicos que se aplicaron en la investigación, se consideró una serie de compromisos éticos y de capacidad reflexiva en cada una de las decisiones tomadas a lo largo de la misma, con relación a la tasa de lactancia materna en Morelia; a las estrategias metodológicas que se tienen planteadas; al acceso a los escenarios y fuentes de información; a la selección de los informantes; al análisis de la información; a la elaboración y difusión del informe de investigación e incluso, a los requerimientos puntuales de esta tesis doctoral.

4.2. Diseño de la investigación mixta.

En este apartado se discute el diseño de la investigación luego de haberse determinado que se eligió un método mixto para llevarla a cabo.

Para el diseño de esta investigación se seleccionaron fuentes documentales, así como la aplicación de instrumentos de investigación que buscaron recabar los datos necesarios para realizar correlaciones entre la duración de la lactancia materna y las variables independientes que se han descrito con anterioridad. El tamaño de las muestras se explica en cada uno de los instrumentos dependiendo de su naturaleza, así como la forma en que fueron aplicados.

Morse (1994) considera que la segunda fase del proceso investigador consiste en el diseño de la investigación y en el trabajo de campo. Esta segunda fase que es precedida por la reflexión y preparación previa, consiste en la entrada al campo, la selección de informantes, el diseño de los instrumentos de recogida de información, la aplicación de estos instrumentos, el análisis preliminar de los resultados obtenidos y el reajuste del instrumento en caso de ser necesario.

4.2.1.Ámbito y contexto de la investigación.

La investigación que se plantea considera como área espacial la ciudad de Morelia, capital del estado de Michoacán en México y como lapso temporal, el periodo entre los años 2006 a 2015, con la recolección de datos en los años 2006, 2009, 2012 y 2015. El tema central gira

en torno a los factores que incidieron en la tasa de lactancia materna exclusiva en esta ciudad. Por esta razón se buscó recabar datos de mujeres que tuvieron hijos en Morelia, Michoacán en los años 2006, 2009, 2012 y 2015 y cómo fue su experiencia en el tema de la lactancia y, por otro lado, del personal de salud que laboró en la atención de estas mujeres en el año 2015.

Morelia es la ciudad más grande del estado de Michoacán y es donde se concentra el mayor número de centros de salud y nacimientos. Además, por ser capital del estado se pueden encontrar las dependencias que son actores clave en la promoción y protección de la lactancia materna. Dadas las características poblacionales, se pueden encontrar en el municipio comunidades urbanas y rurales, al contar con un gran número de tenencias alrededor de la periferia de la ciudad. Estas características, junto con las limitaciones temporales y económicas de la investigación, hicieron que, de todo el estado, Morelia fuera el lugar más apropiado para realizar este trabajo.

4.3. Instrumentos de investigación.

4.3.1. Cuestionario para personal de salud.

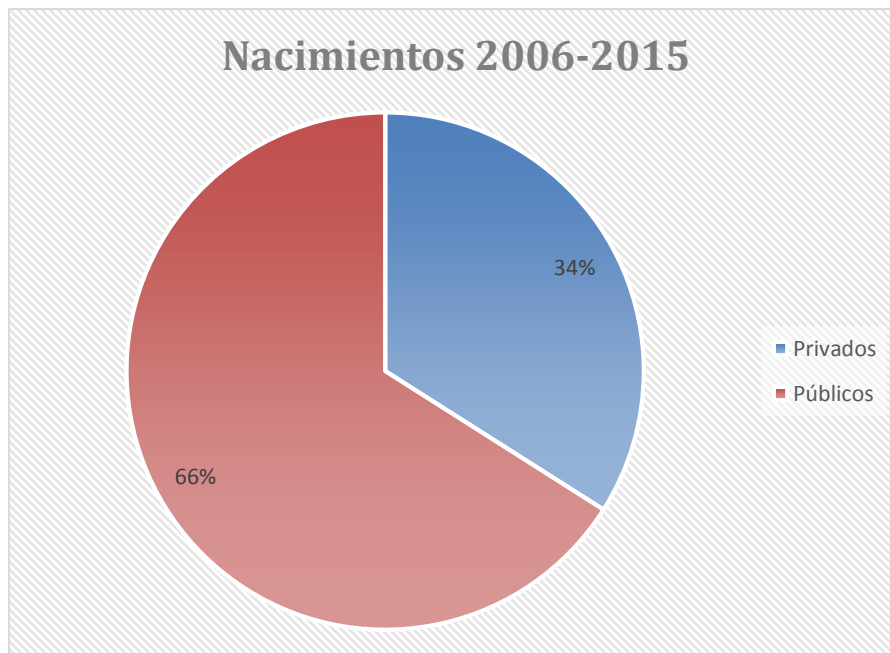
Según el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en la ciudad de Morelia, Michoacán, existen alrededor de 30 establecimientos de salud, donde se atienden partos y cesáreas. Para recolectar datos se tomaron en cuenta 3 hospitales del sector público y 5 clínicas u hospitales del sector privado, en donde se da principalmente atención obstétrica. La selección se dio luego de realizar una encuesta rápida para determinar el lugar donde nacieron las hijas y los hijos de 100 mujeres morelianas, entre los años 2006 y 2015 y donde también se incluyó la opción de nacimiento en casa.

La encuesta se aplicó por Internet a las primeras 100 mujeres con hijos nacidos en este periodo que respondieran en una página de Facebook. De esta pregunta surgieron los siguientes resultados:

De entre las 100 respuestas, se observó que 66% de los nacimientos se dieron en hospitales públicos y 34% en hospitales privados. Al haberse hecho la encuesta por medio de Facebook,

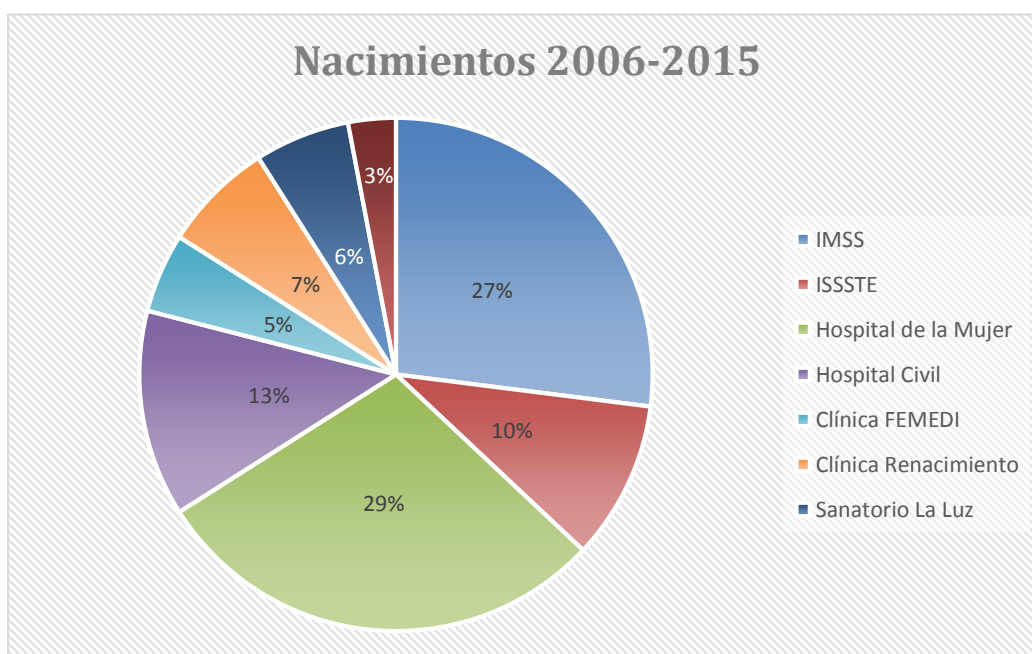
se entiende que hay un sesgo de educación y poder adquisitivo en las encuestadas, por lo que se puede suponer que el número de nacimientos en el sector público es aún mayor.

Gráfica 7. Nacimientos en hospitales públicos y privados en Morelia 2006-2015.



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta rápida para madres morelianas

Gráfica 8. Porcentaje de nacimientos atendidos en cada hospital en Morelia 2006-2015.



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta rápida para madres morelianas.

Derivado de lo anterior, se decidió tomar en cuenta para aplicar los cuestionarios al personal de salud durante el año 2015, a los siguientes hospitales y clínicas:

Tabla 15. Nombre y domicilio de los hospitales seleccionados para aplicar la encuesta para personal de salud.

Públicos:

IMSS

Avenida Héroes de Nocupétaro s/n
Colonia Centro C.P. 58000
Morelia, Michocán.

ISSSTE

Calle Trabajadores de Agricultura 285
Colonia FOVISSSTE Morelos C.P. 58120
Morelia, Michocán.

Hospital de La Mujer

Calle Ocolusen 250
Manzana Ocolusen C.P. 58270
Morelia, Michocán.

Privados:

Hospital Civil

Calle Samuel Ramos s/n
Colonia Cuauhtémoc C.P. 58020
Morelia, Michocán.

Sanatorio La Luz

Gral. Nicolás Bravo 50
Colonia Chapultepec Nte. C.P. 58260
Morelia, Michocán.

Clínica Médica Renacimiento

Calle Carpinteros de Paracho 150
Colonia Vasco de Quiroga C.P. 58230
Morelia, Michocán.

Clínica FEMEDI

Avenida Ocampo 1320
Colonia Alberto Oviedo Mota C.P. 58060
Morelia, Michocán.

Hospital Star Médica

Calle Virrey de Mendoza 2000
Colonia Félix Ireta C.P. 58070
Morelia, Michocán.

Fuente: Elaboración propia con base en el DENUE.

En la tabla anterior se observa el nombre de los hospitales que tuvieron el mayor número de menciones y que por esta razón se eligieron para aplicar el cuestionario al personal de salud que ahí labora. La aplicación del instrumento se hizo de manera proporcional al porcentaje de nacimientos atendidos en dichas instituciones.

Ilustración 20. Ubicación geográfica de los hospitales seleccionados.



Fuente: Elaboración propia con datos del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas del INEGI.

4.3.2.1. Tamaño de la muestra.

Con el resultado obtenido en la encuesta rápida aplicada a las madres, se determinó que sería en estos ocho hospitales donde se recabaría la información sobre la atención perinatal, el diseño institucional y la información que tienen los médicos con relación a la lactancia materna. Se aplicaron 140 cuestionarios al personal de salud buscando que la proporción resultara similar a la encontrada en la encuesta rápida realizada con anterioridad.

De manera proporcional se repartió el siguiente número de cuestionarios:

Tabla 16. Número de cuestionarios realizados por cada institución.

30 Hospital de la Mujer	15 ISSSTE	10 Star Médica
25 Hospital Civil	10 FEMEDI	10 Clínica Renacimiento
20 IMSS	10 Sanatorio La Luz	10 Doulas, educadoras perinatales, parteras

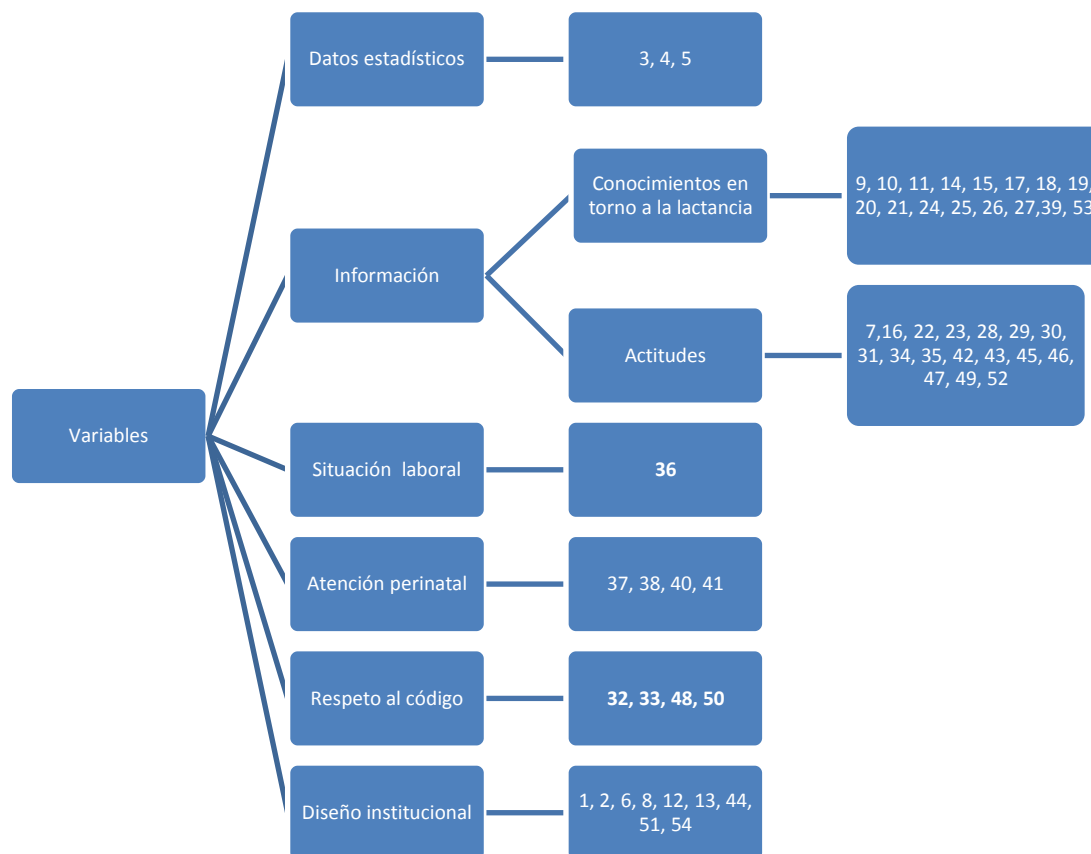
Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta rápida para madres.

4.3.2.2. Diseño del cuestionario para personal de salud.

Se diseñó un cuestionario en donde se analizaron las variables información, diseño institucional, atención perinatal y comercialización indebida de sucedáneos. Debido a que el cuestionario no iba dirigido a madres, la variable *situación laboral de la madre* solo se presenta en un par de ítems que buscan discutir qué tanto apoya el personal de salud que las mujeres continúen la lactancia al reincorporarse al trabajo.

El cuestionario consta de 54 ítems; los primeros, enfocados a los datos del personal de salud, como años de experiencia o unidad médica en donde laboran; la segunda parte, basada en un estudio canadiense que demostró que menos del 70% de los médicos encuestados tenían conocimientos suficientes en lo relacionado con la lactancia materna, se centra en preguntas específicas sobre la lactancia materna. Se tradujeron algunas de estas preguntas, pero se desarrollaron nuevas en base a lo discutido con algunas consultoras de lactancia de Guanajuato, Distrito Federal y Morelia.

Ilustración 22. Ítems por variable en el cuestionario para personal de salud.



Fuente: Elaboración propia tras análisis del cuestionario para personal de salud.

La tercera parte busca analizar las actitudes y creencias del personal de salud en torno a la lactancia materna. Se presenta con 26 ítems que fueron evaluados mediante una escala de intensidad relativa de Saaty con valoraciones del 1 al 9. Se colocaron 4 preguntas de control en donde la valoración es inversa para vigilar que los participantes pongan atención al responder el cuestionario. Se puede revisar el cuestionario completo en el Anexo 2.

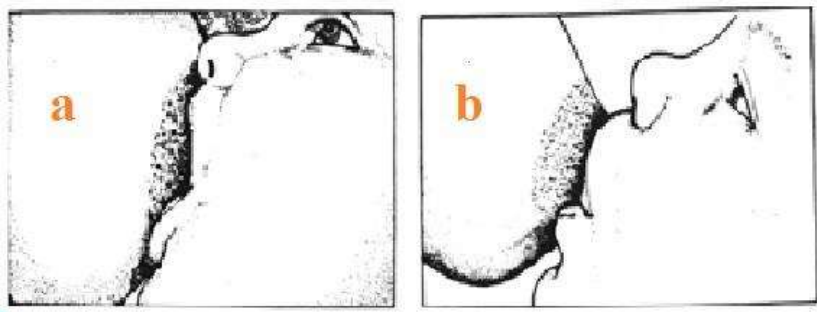
Tabla 17. Datos estadísticos de referencia dentro del cuestionario para el personal de salud.

	Dimensión	Ítem
*Datos estadísticos	Sexo del encuestado	3
Sexo:		
	Edad del encuestado	4
Edad:		
	Años de experiencia en medicina	5
Años de experiencia:		

Fuente: Elaboración propia con base al cuestionario para madres.

Tabla 18. Ítems sobre la variable "información" del cuestionario para el personal de salud.

Variable	Dimensión	Ítem
Información	Inicio de la ablactación	9
¿A qué edad se recomienda comenzar con la ablactación?		
	Duración de la lactancia	10
¿Hasta cuándo debe continuarse la lactancia junto con la alimentación complementaria?		
	Tiempo entre tomas	11
¿Cada cuándo se debe ofrecer el seno a los bebés amamantados de manera exclusiva?		
	Manejo de la leche materna	14
¿Durante cuánto tiempo puede almacenarse la leche materna en el refrigerador?		
	Conocimiento sobre el agarre	15
De la siguiente imagen, ¿cuál es el agarre correcto?		

		
	Cuidados del seno	17
Antes de ofrecer el seno en cada toma es necesario:		
	Consumo calórico	18
Durante la lactancia materna exclusiva, los requerimientos calóricos de las madres:		
	Bajo peso	19
¿Qué le recomendaría a una mamá de un bebé de dos semanas de edad que aún no ha recuperado su peso de nacimiento?		
	Mortalidad infantil	20
¿Un bebé amamantado de manera exclusiva durante los primeros seis meses de vida reduce en gran medida sus posibilidades de morir?		
	Suplementación	21
¿Suplementar con fórmula en los primeros días de vida conlleva a un mayor riesgo de abandono de la lactancia materna?		
	Atención a la lactancia	24
¿Qué es lo primero que debe hacerse cuando una madre se queja de grietas y dolor al amamantar?		
	Lactancia y enfermedad	25
¿Se puede continuar con la lactancia si una mamá presenta herpes simple en un solo seno si sólo se alimenta al bebé con el otro?		
	Lactancia y enfermedad	26
Para un bebé con lactancia exclusiva, nacido a término y con un peso superior a 2.8 kg que presenta ictericia a los 5 días de vida, además de la fototerapia se indica:		
	Lactancia y enfermedad	27
¿La lactancia materna en posiciones horizontales favorece la presentación de otitis media en los bebés?		

		
	Conocimientos	39
He leído al menos un libro específico en el tema de la lactancia materna.		
	Fin de la lactancia	53
A partir de determinada edad la leche materna deja de ser nutritiva y es mejor recomendar la fórmula		
*Actitudes		
	Experiencia propia	7
¿Ha tenido alguna experiencia personal exitosa en torno a la lactancia materna?		
	Lactancia y embarazo	16
¿Considera que un nuevo embarazo es una contraindicación absoluta para continuar con la lactancia materna?		
	Crisis de crecimiento	22
Si una mamá se queja de que su bebé de alrededor de 12 semanas ha estado pidiendo tetadas cada hora desde hace un par de días y que se siente muy cansada, usted le dice que debería:		
	Muerte súbita	23
¿Cuál de los siguientes es un factor de reducción del riesgo del Síndrome de Muerte Súbita para un bebé sano y nacido a término que recibe lactancia materna exclusiva?		
	Comportamiento del recién nacido	28
Los bebés deben dejar de hacer tomas nocturnas:		
	Atención a la lactancia	29
Discuto con mis pacientes/clientes los beneficios y ventajas de la lactancia		
	Atención a la lactancia	30
Platico con las madres sobre sus expectativas en torno a la lactancia y las ayudo a cumplirlas		
	Valor de la lactancia	31
Me parece que la lactancia materna no es importante para la salud y nutrición de los bebés		
	Duración de la lactancia	34

Es malo que un niño de 3 años y medio tome leche materna		
	Duración de la lactancia	35
Recomiendo que los bebés comiencen con la ablactación antes de los 6 meses.		
	Lactancia en público	42
Me parece incómodo ver que las madres amamantan en la calle sin cubrirse.		
	Atención a la lactancia	43
Lo ideal es recetar fórmula solo mientras se atiende el problema de lactancia que ocasionó que se requiriera		
	Valor de la lactancia	45
Me he convertido en un(a) promotor(a) de la lactancia		
	Valor de la lactancia	46
Pienso que algunos beneficios de la lactancia se han exagerado		
	Atención a la lactancia	47
Si un bebé de menos de 6 meses no duerme al menos 6 horas continuas durante la noche, aconsejo a su mamá que le dé algún alimento o infusión antes de dormir para que lo logre.		
	Duración de la lactancia	49
Cuando no se logra la lactancia materna exclusiva es sobre todo por causa de:		
	Valor de la lactancia	52
A pesar de mis esfuerzos muchas madres no ponen de su parte para lograr la lactancia		

Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario para madres.

Tabla 19. Ítem sobre la variable "situación laboral" del cuestionario para el personal de salud.

	Dimensión	Ítem
Situación laboral de la madre	Lactancia y trabajo	36
Si la madre tiene que regresar a trabajar lo mejor es recetarle fórmula a su bebé		

Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario para madres.

Tabla 20. Ítems sobre la variable "atención perinatal" del cuestionario para el personal de salud.

	Dimensión	Ítem
Atención perinatal	Cesáreas electivas	37
Si una paciente me pide una cesárea electiva, converso con ella sobre los riesgos que conlleva esta cirugía incluyendo los relacionados a la lactancia		

	Cursos psicoprofilácticos	38
Los cursos psicoprofilácticos sólo hacen que las mamás sean más quejumbrosas cuando las atienden		
	Normalización de las cesáreas	40
Me parece que las cesáreas son más seguras para los bebés que un parto		
	Normalización de las cesáreas	41
He programado cesáreas (o sé de alguien que lo haya hecho) porque tengo algo que hacer en la fecha probable de parto (vacaciones, congresos, etc.)		

Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario para madres.

Tabla 21. Ítems sobre la variable "respeto al CICSLM" del cuestionario para el personal de salud.

	Dimensión	Ítem
Respeto al Código	Muestras gratis	32
He regalado muestras gratuitas de fórmula a mis pacientes/clientes.		
	Dotación de sucedáneos	33
Antes de recetar alguna fórmula me tomo el tiempo de revisar cómo se está llevando a cabo la lactancia y doy indicaciones para mejorarla.		
	Beneficios	48
He recibido algún regalo o beneficio por parte de los laboratorios que producen fórmula para bebé.		
	Comercialización	50
Lo mejor es no promocionar fórmulas lácteas para bebés menores de 1 año.		

Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario para madres.

Tabla 22. Ítems sobre la variable "diseño institucional" del cuestionario para el personal de salud.

	Dimensión	Ítem
Diseño Institucional	Actividad del personal de salud	1
Actividad:		
	Lugar de trabajo	2
Lugar de trabajo:		
	Capacitación en lactancia	6
¿Ha tenido capacitación específica en temas de lactancia materna?		
	Capacitación en lactancia	8

¿Dónde obtuvo sus conocimientos en torno a la lactancia materna?		
	NOM	12
¿Cuál es el mejor momento para que inicie la lactancia materna?		
	Capacitación en lactancia	13
¿Las madres a las que se les practica una cesárea tienen las mismas posibilidades de lograr la lactancia materna exclusiva?		
	Capacitación en lactancia	44
Mi hospital me ha puesto trabas para atender partos sin intervenciones		
	Capacitación en lactancia	51
Considero que es bueno que más hospitales estén nominados como Hospital Amigo del Niño y de la Niña		
	Capacitación en lactancia	54
Me parece muy difícil poner en práctica los 10 pasos de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña en mi práctica profesional		

Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario para madres.

4.3.2.3. Acceso a los participantes.

Se solicitó al coordinador del posgrado una carta de presentación del trabajo de investigación y se acudió a las unidades médicas para solicitarles que fueran recibidos y aplicados los cuestionarios al número proporcional de médicos y enfermeras. Se aplicaron también algunos a parteras y doulas para comparar su conocimiento en torno a la lactancia con el de profesionales del área médica.

4.3.2.4. Procesamiento de datos.

Se cargó el cuestionario en el programa Excel 2010 para que de manera automática se registrara la información en una base de datos que se graficó con el mismo programa y que también se procesó con en Eviews 7 y SPSS para correr modelos de correlación entre por ejemplo, la calificación que se obtuvo en torno a los conocimientos de lactancia y el género del personal de salud.

4.3.2.5. Presentación de resultados.

Luego del análisis exhaustivo de los datos, se presentaron los datos más relevantes en torno a la aplicación del instrumento de manera gráfica. Ello sirvió para desarrollar

recomendaciones que fomenten la lactancia materna en la ciudad, por ejemplo, capacitar en mayor medida a las enfermeras jóvenes o apoyarse de doulas y parteras para brindar capacitación, al haber obtenido calificaciones equiparables a las de los médicos especialistas.

4.3.2. Cuestionario para madres.

En el caso de los cuestionarios para madres, se buscará comparar los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en los años 2006 y 2012 y la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015, por lo que se tomará una muestra de madres de estos años así como de los años intermedios en esta investigación para poder tener un referente a nivel municipal y no tener necesidad de suponer que la muestra nacional obedece a lo acontecido en Morelia. Los datos obtenidos de los años 2009 y 2015 ayudarán a observar la tendencia que está siguiendo la lactancia materna en la ciudad.

4.2.2.1. Tamaño de la muestra.

Se aplicaron 387 cuestionarios a igual número de madres, cada uno con 67 preguntas que contemplan todas las variables independientes, pero haciendo énfasis en la variable información. Por tratarse de una encuesta para madres de familia la variable diseño institucional es poco tomada en cuenta.

Los cuestionarios fueron aplicados a mujeres que fueron madres en cada uno de los años que se estudian, es decir, 2006, 2009, 2012 y 2015 con una muestra semejante en cada año debido a que no hubo una diferencia significativa en el número de nacimientos.

Para determinar la muestra se utilizó la siguiente ecuación estadística para proporciones poblacionales

$$n = \frac{z^2}{e^2 + \left(\frac{z^2(p * q)}{N} \right)}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

z = Nivel de confianza deseado

p = Proporción de la población con la característica deseada

q = Proporción de la población sin la característica deseada

e = Nivel de error dispuesto a cometer

N= Tamaño de la población

En el año 2006 se registraron en Morelia 19, 461 nacimientos por lo que con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 10% que se toma en cuenta ante el enorme universo poblacional, se tiene que el número necesario de cuestionarios a aplicar es de 96.

Por otro lado, en el año 2009 se observaron 23,959 nacimientos en Morelia que con los mismos datos nos arrojan una muestra de 97 madres para contestar los cuestionarios.

En el año 2012 nacieron en Morelia 22,111 niños que igualmente arrojan una muestra de 96 cuestionarios por aplicar. A pesar de que aún no existen datos para el año 2015, puede preverse que entre 22,000 y 25,000 nacimientos por lo que una muestra de 98 cuestionarios es suficiente para lograr un intervalo de confianza del 95% con un margen de error del 10%.

Se levantó el número de cuestionarios resultante del cálculo de la muestra cuestionarios por cada uno de los años en 3 escuelas públicas de la ciudad y 1 particular en nivel primaria y 3 preescolares públicos y 1 particular.

Tabla 23. Determinación del tamaño de muestra en el cuestionario para madres.

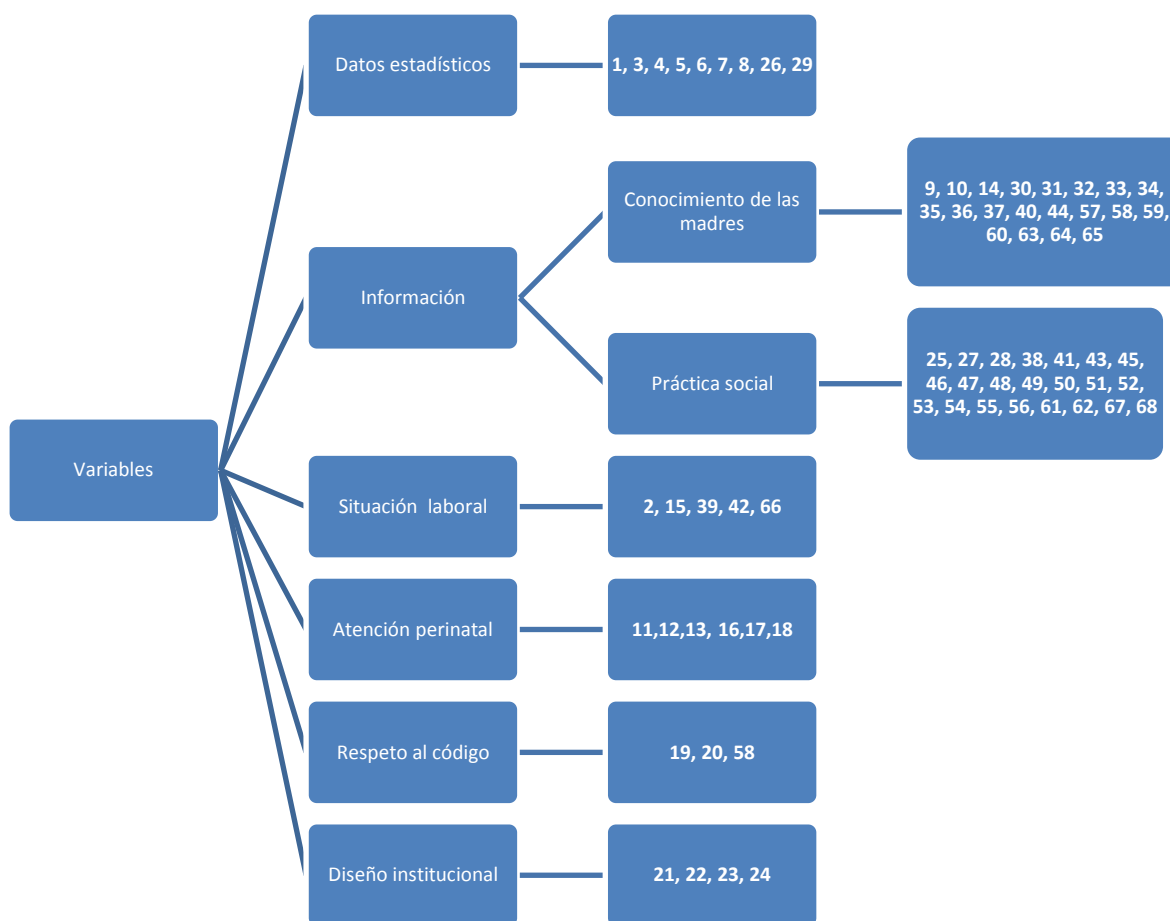
2006 N= 19460 $n' = \frac{96}{1 + \left(\frac{96-1}{19460}\right)} = 96$	2009 N=23,950 $n' = \frac{96}{1 + \left(\frac{96-1}{23950}\right)} = 96$
2012 N=22111 $n' = \frac{96}{1 + \left(\frac{96-1}{22111}\right)} = 96$	2015 N= 24000 ¿? $n' = \frac{96}{1 + \left(\frac{96-1}{24500}\right)} = 96$

Fuente: Elaboración propia con base en el número de nacimientos en 2006, 2009, 2012 reportados por INEGI y por proyección en 2015

4.2.2.2. Diseño del instrumento.

A continuación, se desglosa de manera detallada el cuestionario que se aplicó y las preguntas que se utilizaron se relacionan a cada una de las variables independientes, aunque primeramente se presenta un apartado llamado “datos estadísticos” que será los datos con los que se harán análisis correlacionales, por ejemplo, el sexo del hijo y la percepción de la lactancia prolongada o las experiencias anteriores de lactancia y la duración de esta nueva lactancia.

Ilustración 21. Ítems por variable en cuestionario para madres.



Fuente: Elaboración propia tras análisis del cuestionario para madres.

En el siguiente cuadro se muestran las preguntas que se utilizaron para la elaboración del instrumento.

Tabla 24. Datos estadísticos de referencia dentro del cuestionario para madres.

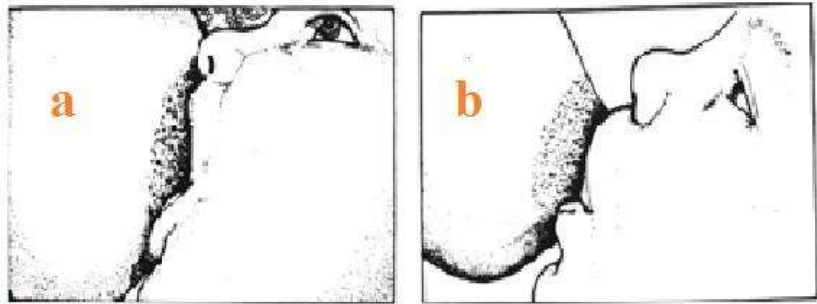
	Dimensión	Ítem
*Datos estadísticos	Escolaridad al momento del nacimiento	1
Escolaridad al momento del nacimiento de su hijo(a):		
	Edad al momento del nacimiento	3

Edad al momento del nacimiento de su hijo(a):		
	Año de nacimiento del hijo	4
Año de nacimiento de su hijo(a):		
	Sexo del hijo	5
Sexo de su hijo(a):		
	Distrito de residencia al momento del nacimiento	6
Distrito de residencia al momento del nacimiento de su hijo(a):		
	Escuela del hijo	7
Nombre de la escuela a donde acude su hijo(a):		
	Orden de nacimiento del hijo	8
Lugar que ocupa su hijo(a) en la familia:		
	Introducción de fórmula	26
¿Cuánto comenzó a darle fórmula a su bebé?		
	Duración de la lactancia	29
¿Por cuántos meses continuó con la lactancia aun junto con otros alimentos o complementos?		

Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario para madres.

Tabla 25. Ítems sobre la variable "información" del cuestionario para madres.

Variable	Dimensión	Ítem
Información	Experiencia anterior	9
¿Cómo fueron sus experiencias anteriores en lactancia?		
	Conocimientos previos	10
¿Dónde obtuvo principalmente sus conocimientos en torno a la lactancia?		
	Información embarazo	14
¿Alguien le informó sobre la técnica de la lactancia durante el embarazo?		
	Experiencia actual	30
¿Cómo considera la experiencia en torno a la lactancia que tuvo con este hijo(a)?		
	Motivo de introducción	31
Señale el motivo principal por el que comenzó a utilizar fórmula:		
		32

¿Cuál de las siguientes es señal de baja producción de leche?		
		33
Antes de ofrecer el seno es necesario:		
		34
¿En caso de padecer un resfriado se debe de continuar con la lactancia?		
		35
Si el médico receta antibiótico debido a una mastitis, ¿se puede continuar con la lactancia?		
		36
De la siguiente imagen, ¿cuál es el agarre correcto?		
		
		37
¿Al aparecer los primeros dientes se deben de suspender las tomas nocturnas debido a que la lactancia favorece la aparición de caries?		
		40
¿Hasta qué edad se debe continuar con la lactancia junto con la alimentación complementaria?		
		44
No se debe dar ningún alimento distinto a la leche materna/fórmula antes de los 6 meses de vida.		
		57
Si se está tomando medicamento lo mejor es suspender la lactancia.		
		59
Cuando un bebé escupe o regurgita leche materna es porque le cae mal y es mejor darle sólo fórmula.		
*Práctica de la lactancia		
	Introducción de fórmula	25

¿Cuánto tiempo alimentó a su bebé solo con leche materna o fórmula sin ningún otro tipo de alimento o líquidos adicionales?		
		26
¿Cuándo comenzó a darle fórmula a su bebé?		
	Uso de biberón con alimentación complementaria	27
En caso de haber utilizado biberón, ¿alguna vez ofreció alimentos distintos a la leche materna o fórmula en él?		
	¿Qué alimentos?	*
Señale qué alimentos: (opción múltiple)		
	Salud en los primeros dos años	28
¿Cómo consideró la salud de su hijo(a) en los primeros dos años de vida?		
		38
¿Cada cuándo debe ofrecerse el seno a los bebés?		
		41
¿Es necesario alimentar con un poco de fórmula a los bebés en los primeros días de vida mientras empieza a producirse leche?		
		43
Descubrirse la espalda ocasiona que se deje de producir leche materna		
		45
No se debe ofrecer el pecho cuando se acaba de tener un susto o un coraje muy fuerte		
		46
Los bebés necesitan tomar un poco de agua desde que nacen para mantenerse hidratados		
		47
Para que los bebés no tengan hambre es necesario darles un poco de fórmula en lo que “baja la leche”		
		48
Si se carga mucho a un bebé se puede “embracilar”		
		49
Los téis no son nutritivos y pueden causar alergias a los bebés		
		50

Lo mejor para un bebé amamantado es que comparta la cama con su mamá si los dos están sanos		
		51
Es bueno ofrecer pequeñas probaditas de comida desde los cuatro meses de edad para que los bebés se acostumbren a los nuevos sabores		
		52
La lactancia “a libre demanda” significa “leche materna por todo el tiempo que el bebé lo desee, pero cada 3 o 4 horas		
		53
Para que el papá también participe en la crianza y cree un vínculo con su bebé le debe dar biberón		
		54
Es posible que los bebés se “enlechen”		
		55
No existe evidencia que indique que ciertos alimentos como el atole o la cerveza aumentan la producción de leche materna.		
		56
Es necesario utilizar leche de fórmula para brindarle al bebé los nutrientes que no proporciona la leche materna		
		58
Hay fórmulas para bebés iguales o mejores que la leche materna		
		60
Si existe un nuevo embarazo lo recomendable es que se suspenda la lactancia		
		61
Las mujeres pueden amamantar en cualquier sitio sin necesidad de cubrirse		
		66
Un bebé de un año ya debe ser capaz de dormir durante toda la noche		
		67
Un niño de tres años que continúa con la lactancia seguramente tendrá problemas de todo tipo cuando sea mayor		

Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario para madres.

Tabla 26. Ítems sobre la variable "atención perinatal" del cuestionario para madres.

Variable	Dimensión	Ítem
Atención perinatal	Tipo de nacimiento	11
¿Cómo fue el nacimiento de su bebé?		
	Inicio de la lactancia	12
¿Su bebé comenzó la lactancia en la primera hora de vida?		
	Hospital de nacimiento	13
¿En qué hospital nació su bebé?		
	Información posnatal	16
¿Luego del nacimiento, recibió apoyo sobre cómo iniciar la lactancia?		
	Cohabitación inmediata	17
¿Su bebé estuvo en cuneros o se mantuvo a su lado durante el embarazo?		
	Suplementación hospitalaria	18
¿Su bebé recibió fórmula durante su estancia en el hospital?		

Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario para madres.

Tabla 27. Ítems sobre la variable "situación laboral" del cuestionario para madres.

Variable	Dimensión	Ítem
Situación laboral	Lactancia y trabajo	2
Lugar de trabajo al momento del nacimiento de su hijo(a)		
	Extracción y manejo de la leche materna	15
¿Alguien le informó sobre cómo mantener la lactancia luego del regreso al trabajo?		
	Extracción actitudes	39
La extracción de leche materna mientras se trabaja:		
	Regreso al trabajo	42
Si una madre debe regresar a trabajar:		
		65
Con información y el apoyo adecuado es posible trabajar y continuar con éxito la lactancia		

Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario para madres.

Tabla 28. Ítems sobre la variable "respeto al CICSLM" del cuestionario para madres.

Variable	Dimensión	Ítem
Respeto al Código	Muestras gratis	19
¿Se le ofreció una muestra gratis de fórmula o algún regalo como cobijitas, peluches o pañaleras con el nombre de algún laboratorio en el hospital?		
	Receta fórmula	20
¿Fue dada de alta con una receta con el nombre de alguna fórmula para su bebé?		
		58
Hay fórmulas para bebés iguales o mejores que la leche materna		

Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario para madres.

Tabla 29. Ítems sobre la variable "diseño institucional" del cuestionario para madres.

Variable	Dimensión	Ítem
Diseño institucional	Dotación gratuita	21
¿El sector salud (IMSS, ISSSTE, Civil <u>y</u> Hospital de la Mujer) le proporcionaron fórmula gratuita?		
	Duración de la dotación	22
En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo se la proporcionaron?		
	Consumo de la dotación	23
¿Su bebé consumió la fórmula que le proporcionó el sector salud?		
	Cantidad proporcionada	24
¿La cantidad de leche que le proporcionaron fue suficiente?		

Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario para madres.

4.2.2.3. Acceso a los participantes.

Por medio de la Secretaría de Educación Pública se estableció comunicación con jefes de enseñanza con jefatura en Morelia y se les solicitó acceder a los grupos de primaria de 1ro. (2006) y 4to. (2009) grados y en el caso de preescolar a los grupos de 1er. año de kínder. Se buscó distribuir los grupos necesarios en toda la superficie geográfica de la ciudad, por lo que se trabajó en 4 primarias dentro del periférico de Morelia y 4 restantes fuera del mismo. En lo relativo al nivel preescolar, fue tomado en cuenta un preescolar por cada uno de los sectores de la ciudad.

Los cuestionarios para madres de bebés nacidos en el año 2015 se aplicaron hasta junio de 2016 para verificar la duración de la LME y la introducción adecuada de alimentación complementaria principalmente por medio de la plataforma de Google a través del vínculo https://docs.google.com/forms/d/1KNd1n_xEde9WkRrUT90-vx0d-4OtaqXwRQ9Wi8AC7SM/viewform?edit_requested=true en el que 65 madres contestaron la encuesta. Al resto de las madres se les aplicó el instrumento de manera directa en lugares públicos de la ciudad.

4.2.2.4. Procesamiento de datos.

Se cargó el cuestionario en el programa Microsoft Excel 2010 para que de manera automática se procese la información en una base de datos que se graficó y que también se introdujo en Eviews 7 y SPSS para correr modelos de correlación entre, por ejemplo, la calificación que se obtuvo entre la escolaridad de la madre y la tasa de LME.

4.2.2.5. Presentación de resultados.

Luego del análisis exhaustivo de los datos, se presentaron los datos más relevantes en torno a la aplicación del instrumento de manera gráfica. Ello sirvió para desarrollar estrategias que fomenten la lactancia materna en la ciudad, por ejemplo, capacitar en mayor medida a las enfermeras jóvenes o apoyarse de doulas y parteras para brindar capacitación.

Capítulo V:

Discusión y análisis de resultados.

En este sexto capítulo, se discuten y analizan los resultados obtenidos en esta investigación luego de su presentación en el capítulo anterior. El cálculo del coeficiente de correlación de Spearman, permite conocer la relación entre cada una de las variables independientes y la tasa de lactancia materna exclusiva, así como presentar el promedio de los coeficientes obtenidos para determinar qué tanto influyen en su conjunto las 5 variables independientes estudiadas.

Posteriormente se evaluaron los resultados obtenidos en base a un semáforo de 4 colores: rojo, amarillo, azul y verde como en el reporte de la WBTi, en donde se puede observar más fácilmente en qué situación se encuentra la variable.

Tabla 30. Clasificación por colores de las variables.

Calificación	Color	Estado
0-2.9		Malo
3-5.9		Regular
6-7.4		Suficiente
7.5-9		Excelente

Fuente: Elaboración propia con base al reporte de la situación de la lactancia en 33 países de la WBTi.

5.1. Cuestionario para personal de salud.

Dado que se levantaron encuestas únicamente en el año 2015, no se puede relacionar el resultado del cuestionario para el personal de salud, con la tasa de LME. Sin embargo, los datos obtenidos sirven para observar no sólo lo que pasa con las madres, sino la importancia que tiene el personal de salud. A continuación, se discuten los resultados obtenidos.

Información.

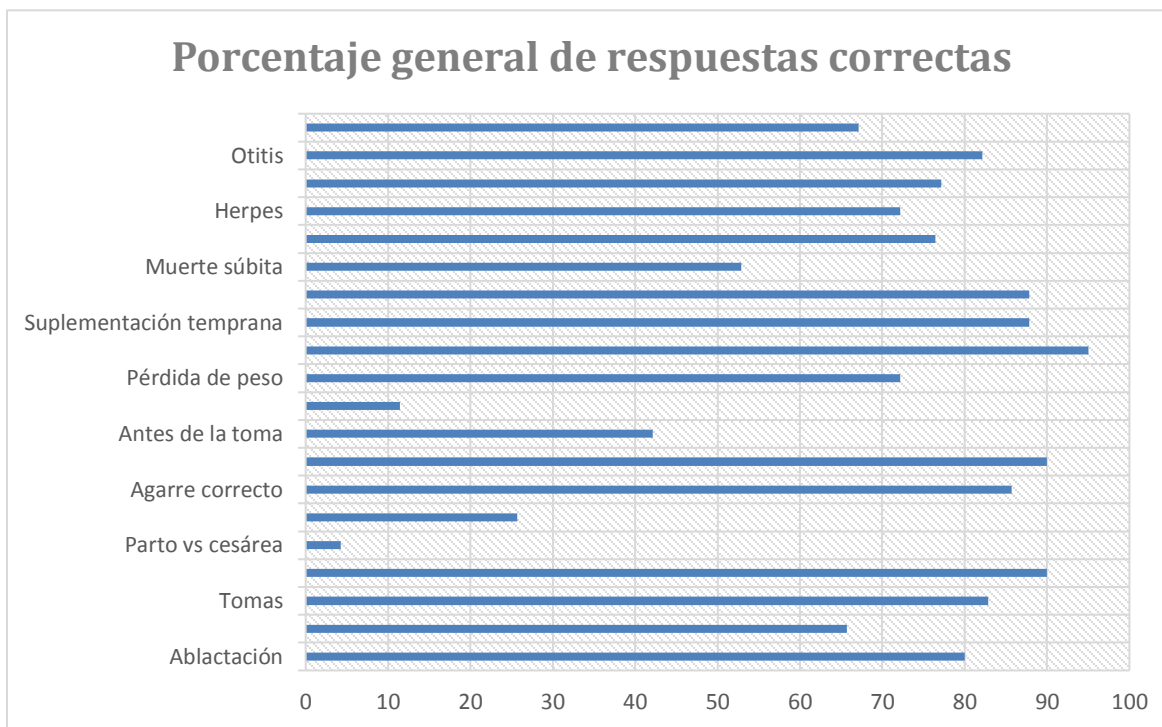
En el caso del cuestionario para personal de salud, la variable información se dividió en dos partes, la primera que buscó analizar el conocimiento que tiene el personal de salud y en donde se obtuvo una calificación promedio del personal de salud de apenas 6.7 puntos sobre un máximo de 10 en la siguiente gráfica se observan los resultados. Los resultados más bajos

son relativos el desconocimiento que tiene el personal médico sobre el aumento en el requerimiento calórico de las madres lactantes, lo que podría explicar una percepción de poca producción de leche, porque una pobre ingesta calórica sí puede afectar la cantidad de leche materna que llegan a producir las mamás y por otro lado, la preocupación que muchos médicos y nutriólogos sienten por la pérdida de peso acelerada que sufren muchas de las madres que tienen LME, porque sus necesidades nutricionales son incluso mayores a las del último trimestre del embarazo. Además, casi ningún profesional de la salud respondió que exista una diferencia entre el tipo de nacimiento y la iniciación de la lactancia materna. En este sentido, un meta análisis señaló que hay una diferencia significativa entre el comienzo oportuno de la lactancia y el número de mujeres que deciden comenzar a amamantar, dependiendo si el nacimiento fue por parto o cesárea (Prior, y otros, 2012).

Otras preguntas con calificaciones muy bajas son las relacionadas con el colecho como medida de reducción del riesgo de muerte súbita del lactante sobre todo en bebés amamantados de manera exclusiva. La práctica del colecho, además, favorece la continuación de la lactancia materna, porque facilita que las madres la lleven a cabo y aumenta la cantidad y calidad de sueño para madres e hijos. Además, los profesionales de la salud recomendaron en primer lugar, dar a los lactantes alimentación complementaria y posteriormente ofrecer leche materna, con lo que se reduce la cantidad de leche que la madre produce y la preferencia del bebé por la leche materna. Al menos durante el segundo medio año de vida, la recomendación es siempre ofrecer el seno materno antes de otras comidas con alimentos adecuados para la edad y no al revés; que los profesionales de la salud no sepan esto, ocasiona que se pierdan muchas lactancias de manera temprana; lo que se ve reflejado en el lugar que ocupa México en el reporte de la WBTi en cuanto a la duración promedio de la lactancia se refiere, siendo el indicador mínimo para alcanzar el puntaje “suficiente” el lograr una lactancia promedio de entre 23-24 meses.

Por último, los resultados indicaron que el personal de la salud no está de acuerdo en que los bebés continúen haciendo tomas nocturnas después de cierta edad, aunque esté demostrado que la LM tiene factores de crecimiento en mayor cantidad durante la noche y su concentración de grasa aumenta para favorecer el correcto desarrollo cerebral de los bebés.

Gráfica 9. Resultados generales sobre conocimiento en LM.



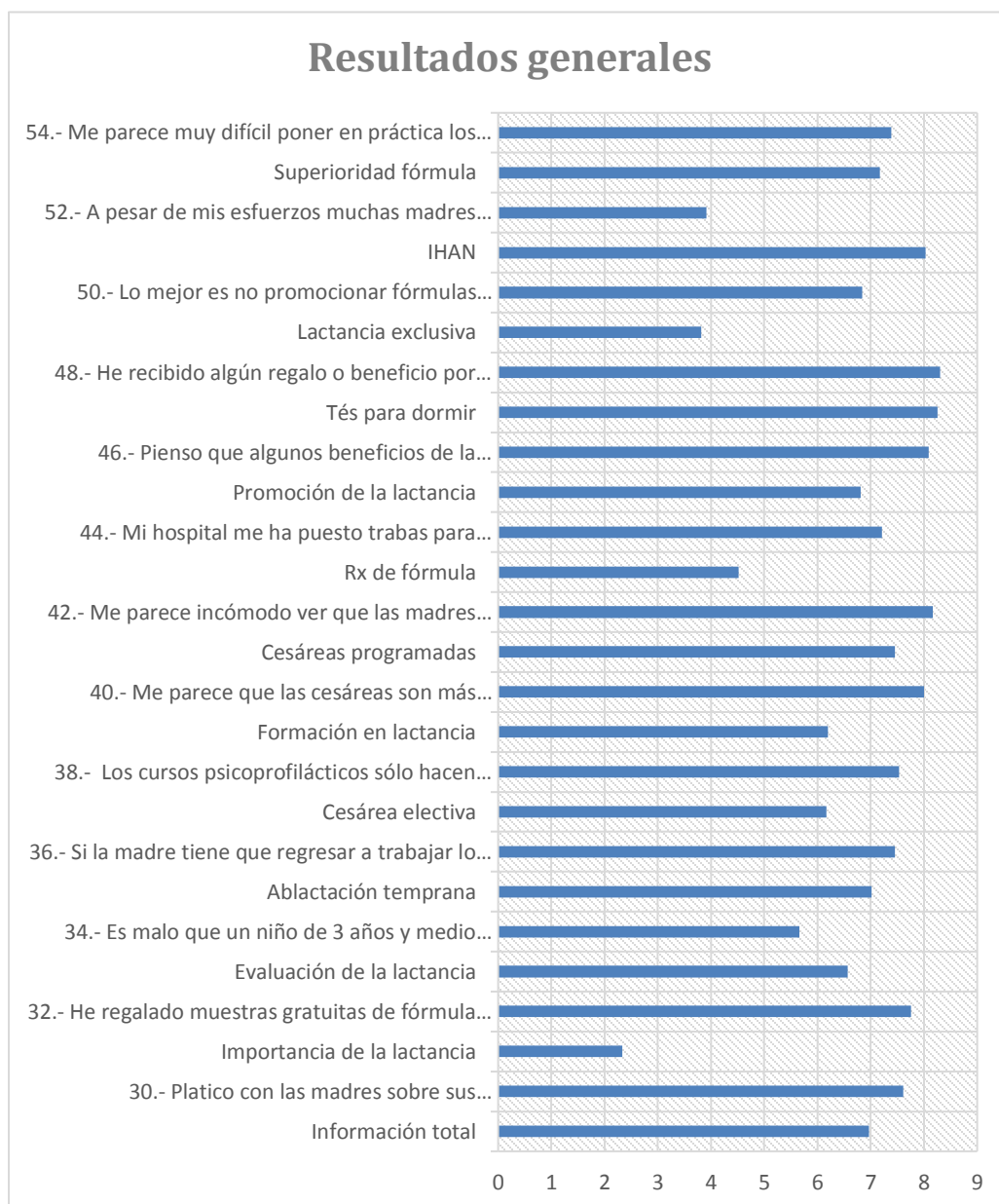
Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

La segunda parte, busca analizar las actitudes del personal de salud en torno a la lactancia materna con una calificación promedio de 6.74, es decir, apenas suficiente. En este apartado, se evaluaron las preguntas por medio de una escala tipo Likert, en donde 9 es la calificación que más favorece a la lactancia y el 1 es la que menos lo hace. Los resultados generales buscan identificar puntos subjetivos en lo relativo a la información que otorgan los profesionales de la salud sobre la lactancia materna.

Dentro de las observaciones más relevantes sería que los profesionales de la salud consideran que las madres son las que deciden no amamantar y que ellos hacen un gran esfuerzo intentando promover la lactancia; también, muchos de ellos declararon haber recetado un sucedáneo de la leche materna por si acaso la madre presentaba dificultades con la lactancia. También dijeron no conocer el CICSML y otro tanto no consideró importante la LME durante los primeros 6 meses de vida, a pesar de las recomendaciones de la OMS y del gobierno mexicano a través de la NOM-043.

Más preocupante aún, varias respuestas coincidían en que en su opinión, los beneficios de la lactancia materna se han exagerado. Si el personal de salud no está plenamente convencido de la superioridad plena de la leche materna sobre los sucedáneos, no logrará tampoco convencer a las madres durante la etapa perinatal.

Gráfica 10. Resultados generales de actitudes.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

5.2. Cuestionario para madres.

5.2.1. Tasa de lactancia materna exclusiva en Morelia.

Para obtener la tasa de lactancia materna en el cuestionario para madres, se tomaron en cuenta dos preguntas: la número 18 que determina si se introdujo algún sucedáneo de la leche materna durante la estancia hospitalaria, y la número 26 que pregunta cuándo se introdujo la fórmula por parte de las madres. Para establecer la práctica de la LME se tenía que descartar el uso de fórmula en la estancia hospitalaria y se debía declarar la introducción de la fórmula después del 5to. mes de vida o nunca haberla utilizado. Posteriormente se separaron las encuestas por año de nacimiento del hijo y se determinó la tasa de lactancia materna exclusiva por cada periodo estudiado.

Tabla 31. Tasa de Lactancia materna exclusiva en Morelia, Michoacán. 2006-2012.

Año	Tasa de LME
2006	40 %
2009	29 %
2012	16 %
2015	39 %
Promedio	31 %

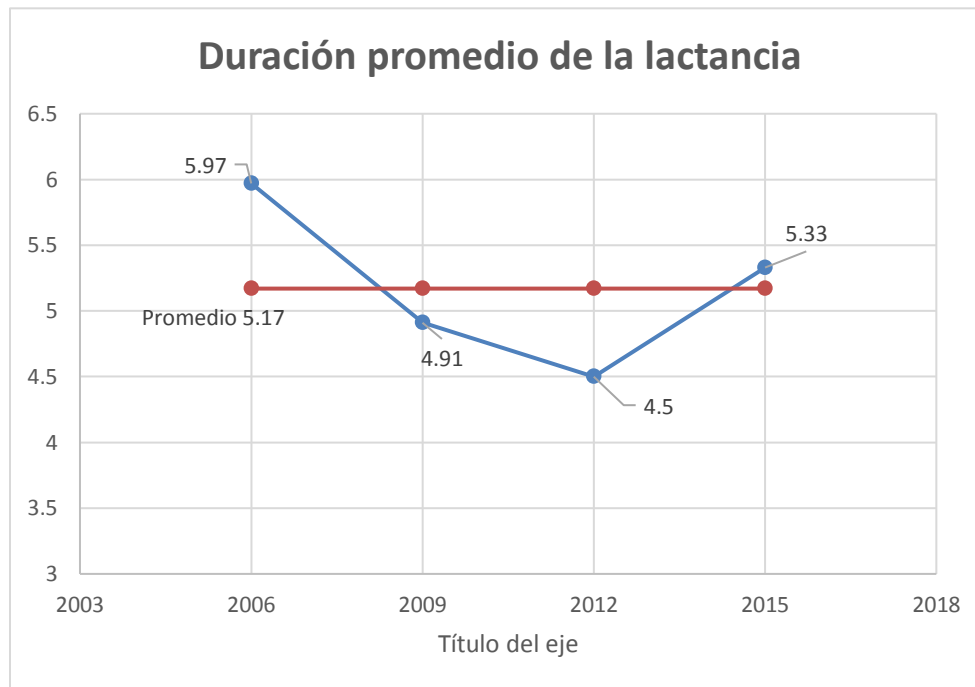
Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Estos resultados, aunque mayores al promedio nacional, guardan el mismo comportamiento, notándose un descenso a partir del año 2006 que continúa de manera clara hasta 2012 y repuntando en el año 2015 cuando el gobierno federal reportó que la tasa de LME se duplicó entre un periodo y otro.

Siendo la tasa de lactancia materna exclusiva la variable dependiente en que se basa esta investigación, es a partir de su cálculo que se pueden responder las preguntas planteadas al inicio de esta investigación.

Es importante señalar que se pudo observar un comportamiento similar en cuanto a la duración promedio de cualquier tipo de lactancia, ya fuera exclusiva o mixta en los años estudiados y que, si bien no se puede equiparar a la tasa de LME que es la variable dependiente de esta tesis, su estudio puede también ser una referencia para la discusión de los resultados obtenidos.

Gráfica 11. Duración promedio de la lactancia.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

En la gráfica se pueden observar las distintas duraciones promedio por cada periodo estudiado declaradas en el cuestionario para madres y su comparación con la duración promedio general.

Para responder a la pregunta general de investigación se realizó el cálculo del coeficiente de correlación de Spearman (Rho de Spearman) promedio:

Tabla 32. Correlación promedio.

Coeficiente de correlación r		
	Tasa de lactancia	Variables
Tasa de lactancia	1	
Variables	0.65	1

Fuente: Elaboración propia con base a la investigación de campo.

Con la obtención de la rho de Spearman promedio se puede comprobar la hipótesis general de investigación, ya que el valor obtenido indica que las variables independientes elegidas (información, situación laboral, atención perinatal, respeto al CICSLM y diseño

institucional), tienen un nivel de correlación promedio fuerte ($r = 0.65$) con la tasa de lactancia materna exclusiva en Morelia, Michoacán, dentro del periodo 2006-2015.

Del mismo modo, con respecto a las hipótesis específicas se presenta la matriz con todas las variables de manera conjunta para poder discutir los resultados.

Tabla 33. Matriz del coeficiente de correlación de Spearman (r).

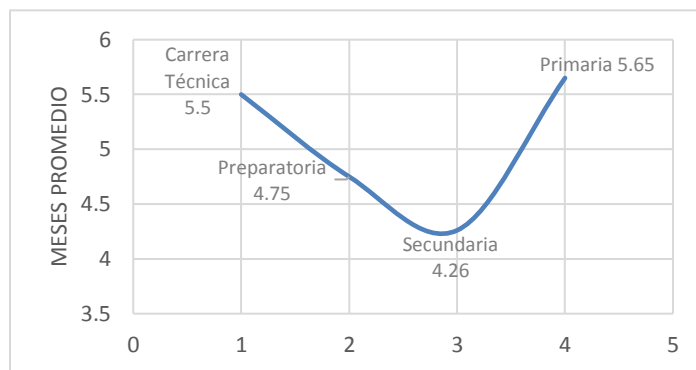
	Coeficiente de correlación					
	Tasa de lactancia	Información	Atención perinatal	Situación laboral	CICSLM	Diseño institucional
Tasa de lactancia	1					
Información	0.80	1				
Atención perinatal	0.39	0.63	1			
Situación laboral	1	0.80	0.36	1		
CICSLM	-0.80	-0.40	0.36	-0.80	1	
Diseño institucional	-0.6	-0.10	-0.63	0.50	0.95	1

Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

5.2.2. Información.

Correlacionando las variables, se obtiene que la información está fuertemente relacionada ($r=0.80$) con la tasa de lactancia de manera positiva, es decir, que mientras más información posean las madres, mayor será la tasa de lactancia materna exclusiva. Este resultado se ve reforzado con el análisis del grado de escolaridad de las madres, observándose una curva en forma de “U” en donde las madres con primaria y carrera técnica son las que logran una mayor duración de la lactancia. Por supuesto, relacionando estos resultados a la situación laboral de la madre, se puede suponer que la carga de trabajo o simplemente el combinar en algún punto la maternidad con el estudio evita que, en las madres con licenciatura o posgrado, se observen tasas de LME mayores y que la duración de la lactancia se vea reducida.

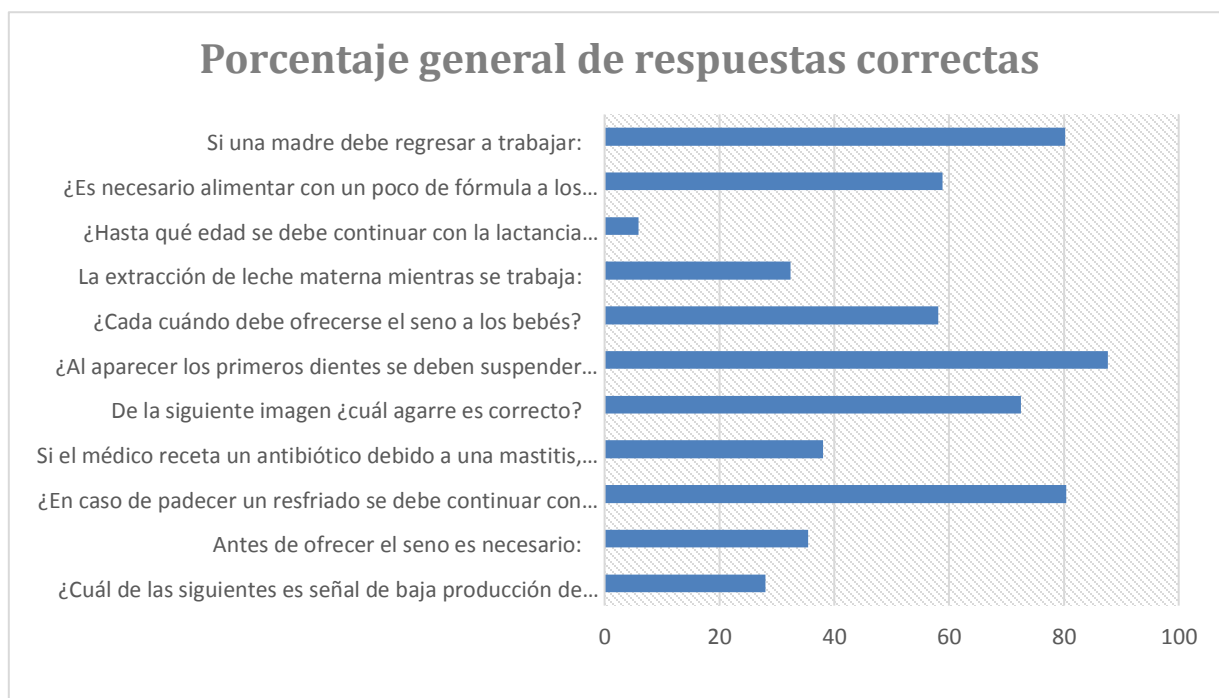
Gráfica 12. Duración de la lactancia según escolaridad al momento del nacimiento.



Fuente: Elaboración propia con base a la investigación de campo.

Nuevamente se dividió la variable información en dos partes, la primera que buscó recabar datos en torno a los conocimientos que poseen las madres sobre la LM y la segunda que busca identificar los mitos más comunes considerados dentro de la práctica social de la lactancia materna. En cuanto al conocimiento, el porcentaje general de respuestas correctas por cada pregunta resultó en una calificación promedio de tan solo 5.3 puntos sobre 10, lo que pone de manera muy clara que las madres necesitan mayor información sobre la lactancia materna.

Gráfica 13. Porcentaje general de respuestas correctas sobre el conocimiento de las madres.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Dentro de las preguntas con más respuestas incorrectas se puede observar que las madres no están informadas de que la lactancia se debe practicar por lo menos durante los primeros dos años de vida como lo recomienda la OMS. Organismos como la Asociación Española de Pediatría se apega a esta recomendación y no pone límite máximo a la duración de la lactancia sugiriendo que continúe hasta que madre e hijo lo deseen.

Las madres tampoco saben que no es necesario lavar los senos entre cada toma porque el pezón está equipado con unas glándulas que lubrican, limpian y humectan los pezones de manera natural. El realizar lavados constantes, únicamente romperá el equilibrio natural del pezón y ocasionará grietas dolorosas o infecciones.

Por otro lado, las madres no supieron identificar las señales de baja producción de leche, lo que explicaría por qué en la ENSANUT 2012 se considera la percepción de baja producción de leche junto con otras respuestas como “mi bebé no se llena” como la principal causante de la introducción de sucedáneos o inclusive, del abandono total de la LM.

Para la segunda parte en donde se evalúa la práctica social y los mitos en torno a la LM, la calificación promedio alcanzada fue de 5.5 en donde 9 es la calificación que más favorece a la lactancia y el 1 es la que menos lo hace.

Llama la atención que las madres sigan considerando que un susto o un coraje pueden hacer que desaparezca por completo la producción de leche, cuando en realidad únicamente dificultan por un lapso breve el reflejo de eyección de la misma. Las respuestas también contemplan que un gran número de mamás utilizaron biberón aún y cuando la OMS desaconseja su uso y que el biberón se convierte en un instrumento para alimentar de manera temprana a los bebés generalmente con comida poco nutritiva; de las madres que contestaron la encuesta, muchas consideraron adecuado dar té o jugos por medio del biberón y más de la mitad de las mamás que utilizaron biberón, lo usaron además para proporcionar otro tipo de líquidos. Es de vital importancia que las madres sepan que el mayor beneficio en la salud de sus bebés se da mediante la práctica de la LME durante los primeros 6 meses de vida sin adicionar ningún otro tipo de líquido o alimento ya que no son nutritivos ni necesarios.

La lactancia en público tampoco parece bien aceptada entre las mismas madres, esto ocasiona que se descontinúe la lactancia cuando los bebés empiezan a ser más grandes y hábiles con

sus manos y se retiran con facilidad cualquier sábano o manta que la madre utilice con el fin de cubrirse.

Gráfica 14. Resultados generales sobre actitudes y la práctica de la lactancia.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

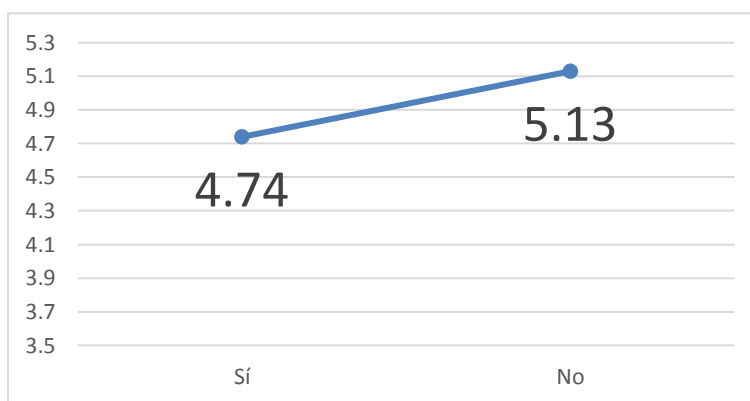
5.2.3. Atención perinatal.

En cuanto a la atención perinatal se aprecia una correlación moderada ($r = 0.39$) que solo explicaría la variable dependiente de en poca medida. Esto puede haberse porque al contrario de lo indicado en la literatura, en los datos recabados no hay diferencia entre la tasa de LME y el tipo de nacimiento a pesar de que en teoría es más probable el inicio temprano de la

lactancia (facilitando así su correcto establecimiento) en el caso de los nacimientos por parto. Es posible que haya una alta medicalización de los partos en la ciudad por lo que la diferencia se haya disminuido. Sin embargo, otras correlaciones en preguntas dirigidas a la atención perinatal resultan en correlaciones más evidentes, como el inicio temprano de la lactancia o la cohabitación desde el hospital.

En la gráfica se observa que el inicio temprano de la lactancia logró aumentar la lactancia en un 8% con respecto a las madres que no la establecieron.

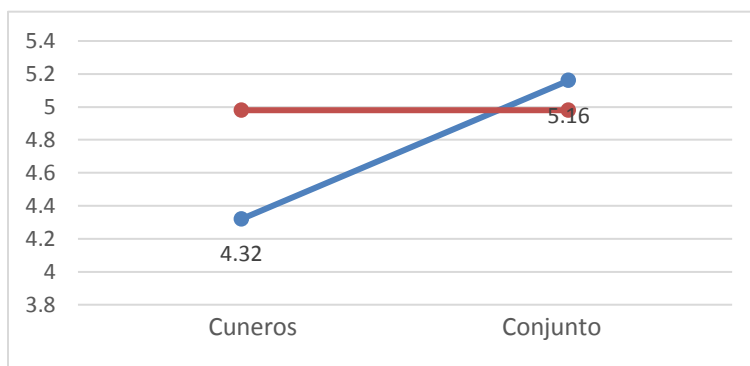
Gráfica 15. Duración de la lactancia en el caso de inicio temprano de la lactancia.



Fuente: Elaboración propia con base a los datos obtenidos durante el trabajo de campo.

Los datos recogidos también muestran un aumento de casi el 20% en la duración de la lactancia en el caso de las mujeres que no fueron separadas de sus bebés y mantuvieron hasta el alta el alojamiento conjunto.

Gráfica 16. Duración de la lactancia según el tipo de alojamiento.



Fuente: Elaboración propia con base a los datos obtenidos durante el trabajo de campo.

Por estas razones, a pesar de no mostrarse una correlación fuerte, es recomendable que se hagan recomendaciones que fortalezcan el cuidado y la atención prenatal y fomenten la lactancia desde el embarazo y tan pronto se posible tras el nacimiento como lo recomienda la OMS.

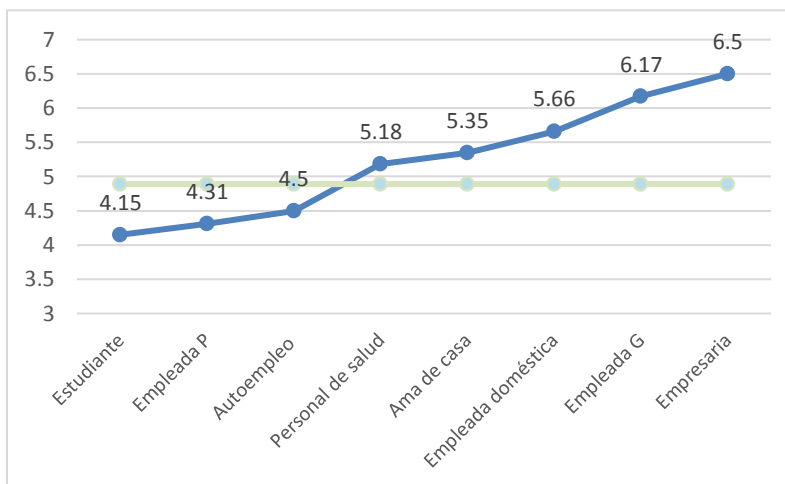
5.2.4. Situación laboral de las madres.

Esta variable presenta una correlación perfecta ($r = 1$) al intentar explicar la variable dependiente, al intentar analizar cómo se relacionan la tasa de LME y la situación laboral de las madres al momento del nacimiento del bebé, se observa un comportamiento similar. Es por esto que es de gran importancia fortalecer las leyes secundarias al Decreto a Favor de la Lactancia Materna de abril de 2014 para que en las entidades federativas se dé seguimiento a los ordenamientos federales y se proteja la lactancia luego de la incorporación de las madres al trabajo pero que también se reduzca la informalidad laboral para que más mujeres logren tener acceso a la seguridad social.

En la siguiente gráfica se observa cómo varía la duración de la LME según el tipo de empleo al momento del nacimiento, siendo las empleadas de gobierno y las empresarias las que lograron amantar durante mayor tiempo y las estudiantes las que tuvieron menor éxito en continuar con la lactancia (probablemente en combinación con la influencia de la edad). Se deben entonces educar sobre los beneficios de la lactancia a todas las mujeres desde el comienzo de la edad reproductiva y buscar estrategias que permitan la extracción de LM en los centros de estudio, por lo menos en los de nivel superior.

Otro punto importante, es lograr que las guarderías tanto públicas como privadas, permitan la alimentación con leche materna de manera directa e indirecta y por supuesto, buscar reducir en lo posible el número de embarazos en mujeres adolescentes.

Gráfica 17. Duración de la lactancia según el tipo de empleo al momento del nacimiento.



Fuente: Elaboración propia con base a los datos obtenidos durante el trabajo de campo.

5.2.5. Respeto al CICSLM.

El resultado de la variable que busca analizar la relación negativa que guarda la publicidad indebida de sucedáneos y la tasa de LME, se observa una pendiente negativa que explicaría que a menor número de violaciones al CICSLM, aumentaría la tasa de LME al observarse un coeficiente de correlación fuerte ($r = -0.8$).

Un gran tema a tratar en México, ya que hasta el momento no se manejan sanciones ante una violación al código sino únicamente llamados de atención al cumplimiento. Ante mayor número de violaciones al CICSLM, menor es la tasa de LME. Muchas mamás consideraron que algunas fórmulas eran mejores que la leche materna, esto debido a la publicidad indebida que se practica en México y que suele otorgar cualidades extraordinarias a los sucedáneos. Otro tanto declaró haber recibido regalos por parte de algún laboratorio de fórmulas luego de la atención del nacimiento de su bebé lo que es una estrategia para que las madres se identifiquen desde un inicio con la fórmula. En el caso del personal de salud, aún sin haber problemas identificados en la lactancia, muchas veces se receta una fórmula determinada lo que merma la confianza de la madre en cuanto a la calidad y cantidad de leche que produce y evita que busque ayuda de algún profesional de la lactancia porque la opción más sencilla será surtir la receta que ya tiene en sus manos.

5.2.6. Diseño Institucional.

El diseño institucional aparece también relacionado de manera negativa fuerte ($r = -0.6$) con la tasa de lactancia materna exclusiva que se explica por la dotación de sucedáneos de la leche materna desde el nacimiento de los bebés en lugar de promover el correcto y oportuno establecimiento de la lactancia. Cuanto mayor sea el número de mujeres que recibe sucedáneos, menor será la tasa de LME porque, aunque muchas de ellas no los necesiten por una razón fisiológica o de salud de ellas o sus hijos, el hecho de tener un sucedáneo a su alcance, de manera gratuita y por algún tiempo, ocasiona que las madres lo utilicen y vayan poco a poco perdiendo la lactancia. El otorgar sucedáneos en lugar de informar a las madres sobre cómo combinar la lactancia y el regreso al trabajo y sobre todo, de respetar sus derechos laborales, no favorece la salud y la nutrición de los lactantes porque una vez que se termina la dotación, muchas de estas madres trabajadoras no cuentan con el recurso para adquirir más fórmula. En otras ocasiones la fórmula básica que proporciona el SS no es la adecuada para el hijo de determinada madre trabajadora o peor aún, la dotación que se brinda no es suficiente para cubrir las necesidades de alimentación del bebé.

Capítulo VI:

**Propuesta para
aumentar la tasa de
lactancia materna
exclusiva en Morelia.
Recomendaciones de
políticas públicas.**

En este sexto y último capítulo, se realizan comentarios a la propuesta de Ley de Fomento a la Lactancia Materna en Michoacán y se realizan recomendaciones basadas en los resultados del trabajo de campo para aumentar la tasa de LME y la duración óptima de la lactancia.

A pesar de haber asesorado al promotor de la propuesta de Ley, no se pudieron plasmar todas las sugerencias hechas sino solamente atender la petición federal de regular de manera secundaria las leyes que se modificaron a partir del Decreto a Favor de la Lactancia Materna de 2014.

Para las recomendaciones, se priorizaron de acuerdo a los resultados de las encuestas y se presentan haciendo mayor énfasis en las variables independientes que reportaron una mayor influencia en la tasa de LME, siendo la principal, la situación laboral de las madres.

6.1. Comentarios a la propuesta de Ley de Fomento a la Lactancia Materna en Michoacán.¹⁸

La siguiente iniciativa apareció publicada en la gaceta parlamentaria del Estado de Michoacán de Ocampo el día 16 de marzo de 2016. Para su elaboración se contactó a La Liga de la Leche Michoacán para asesorar al equipo de trabajo del Dip. Ernesto Núñez. Fue así que la información hasta entonces recabada en esta tesis, sirvió para desarrollar la propuesta de Ley como queda asentado en la exposición de motivos que cita a la presente tesis doctoral, señalando la importancia de proponer y publicar una ley secundaria al decreto federal de abril de 2014 que busca promover la lactancia en todo el país y que además pide a las legislaturas estatales que se legisle en este sentido.

En el primer capítulo del este proyecto de decreto se dan las disposiciones generales y se explican los principales conceptos incluidos en él, se señala la obligatoriedad de la Ley y el derecho a la mujer de establecer la lactancia materna y de tomar decisiones relativas a la alimentación de sus hijos de manera informada, sin embargo establece que la responsabilidad de la lactancia materna recae en las madres, padres y quienes ostenten la patria potestad sin

¹⁸ Se puede consultar el documento completo en http://congresomich.gob.mx/cem/wp-content/uploads/iniciativa_107_16-03-16.pdf (recuperado el 10 de agosto de 2017)

tomar en cuenta la responsabilidad que tiene también el personal de salud, las instituciones y los patrones quienes muchas veces evitan el establecimiento y continuación de la lactancia.

Dentro de las definiciones, se dice que el lactante es el niño hasta los dos años de edad y el niño pequeños hasta los tres sin considerar que el destete biológico se da por lo general en niños entre los 2.5 y 7 años de edad (Dettwyler, 1995). Al cuestionar este planteamiento al equipo de trabajo, mencionaron que sería imposible para el estado garantizar apoyos nutricionales a las madres por más de 3 años, aunque se encontraran en periodo de lactancia y que al verse reducido el número de madres que amamanta más allá de los 3 años, era mejor que se lograra la aprobación de la Ley a entrar en discusión por un punto que beneficiaría a tan pocas mujeres.

Además, no se indica una vinculación con la Secretaría del Trabajo para evaluar las condiciones de lactancia y el funcionamiento de los lactarios en los centros de trabajo así como tampoco se busca desarrollar junto con la Secretaría de Educación, materias formativas en la educación superior para promover la práctica de la lactancia materna como ya se ha hecho en CDMX y en el estado de México.

Se señala también la creación de la Coordinación Estatal de Lactancia Materna, órgano dependiente de la Secretaría de Salud al que se le dan facultades de gestión, supervisión, evaluación y seguimiento.

En el capítulo II se habla de los derechos y obligaciones inherentes a la lactancia materna, señalando que la lactancia es un derecho fundamental de niños, niñas y mujeres que debe ser protegido y apoyado por el Estado, quien tiene obligación de legislar en este sentido y vigilar el cumplimiento de las normas que para tal efecto cree. Señala como derecho de las madres el practicar la lactancia en cualquier ámbito y en cualquier lugar pero no especifica si las mujeres podrán continuar con su lactancia en caso de ingresar a una unidad de salud como lo sugiere la OMS en su informe del WBTi ya que la mayoría no están adaptadas y aumentan el riesgo de los menores de padecer enfermedades infectocontagiosas.

Por otro lado, la ley beneficiaría a las mujeres que acrediten la práctica de la lactancia continua para poder prolongar la licencia por maternidad hasta por un plazo de 6 meses sin goce de sueldo. Esta era el primer proyecto de ley que además proponía regresar al puesto de trabajo

durante medio turno con la mitad de su sueldo por hasta seis meses. Dentro del proyecto original, el artículo 10 apoyaba la recomendación de aumentar la licencia por maternidad para que la madre pueda gozarla como mínimo por 26 semanas pero no apoyaba la recomendación de que sea pagada. La OMS indica que el aumento en la licencia por maternidad incrementa las tasas de LME y refuerza la recomendación de llevar a cabo esta práctica durante los primeros 6 meses de vida. Países como Chile han tenido particular éxito al aumentar sus licencias tras la maternidad y han visto un incremento notable en sus tasas de lactancia.

Los resultados de esta investigación demuestran que la situación laboral de la madre es particularmente importante para lograr alcanzar la LME, sin embargo, en el proyecto de ley que continúa en discusión, se retiró el incremento a la licencia por maternidad por no convenir a los intereses empresariales. Sin quitar mérito al resto de la propuesta de ley, este era el punto que daba más fortaleza porque además haría que las madres buscaran llegar a la LME durante los primeros 6 meses para gozar de esta prolongación de la licencia por maternidad.

Dentro de los otros puntos fuertes del proyecto de ley se encuentran las sanciones que podrían aplicarse a establecimientos de salud públicos, privados y a patrones en caso de que no se acataran los lineamientos en ella establecida. Por ejemplo, no instalar lactarios o salas de lactancia o evitar que las mujeres gocen de su hora adicional por maternidad. Otra parte interesante es la relativa a las obligaciones que tendrían las instituciones de salud sobre todo en el sentido de fomentar la lactancia y el contacto piel con piel de manera oportuna, dentro de los resultados obtenidos en este trabajo, se observa un aumento en la duración de cualquier tipo de lactancia del 8% en las mujeres que iniciaron la lactancia en la primera media hora de vida y de casi un 20% en las mujeres que tuvieron alojamiento conjunto desde el nacimiento.

El proyecto de ley también prevé que se capacite al personal de salud y evitar que las empresas productoras de sucedáneos sean las encargadas de hacerlo y propone que la Coordinación Estatal sea la encargada de hacerlo. En este sentido, la Coordinación aparece meramente de manera nominal porque se contempla la creación de un reglamento para lograr asignarle funciones y determinar la estructura que debería de llevar. Resulta interesante que

se dé cabida a la sociedad civil quienes podrán formar parte de las decisiones en torno a la lactancia materna, por supuesto, únicamente de manera honoraria.

Este proyecto de ley también es novedoso en el sentido que no solo pide promover a la lactancia materna sino informar sobre los riesgos que existen ante el uso de biberones y sucedáneos, justo como lo pide la OMS en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Además, no solo habla de regular los establecimientos públicos que presten servicios de salud, sino también los privados que son donde más violaciones al CICSIM se realizan y en donde menos se capacita al personal en torno al tema de la lactancia materna. A estos establecimientos también se les pide que logren la certificación Amigo del Niño y de la Niña aunque no se les da un plazo perentorio para lograrlo. Las sanciones que aparecen en este proyecto de ley son pecuniarias y van desde cincuenta hasta quinientas veces el salario mínimo vigente en Michoacán, para ejecutar las sanciones, la Coordinación podrá auxiliarse de la autoridad administrativa competente y ejecutar por medio de la fuerza pública si así fuera necesario.

También, este proyecto de Ley busca apoyar la creación de bancos de leche, lactarios y salas de lactancia, pero no aclara dónde se localizarán y ante qué requisitos deberá instalarse uno. Entonces, la crítica más fuerte que se puede hacer al citado proyecto es que no existen indicadores para todas las obligaciones que señala y de este modo no podría ser evaluada. La evaluación es una de las partes más importantes de toda política pública y si bien, no toda ley puede ser considerada al menos parte de una política pública, aunque ésta en particular sí tiene las características necesarias para considerar que puede ser evaluada al ser puesta en marcha para conocer cómo se está desarrollando ante su aplicación. ¿Qué porcentaje de hospitales públicos deberían conseguir la nominación (Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña) IHAN y en cuánto tiempo? ¿Se deberían nominar el mismo porcentaje de hospitales públicos que particulares? ¿Qué tipo de empresas y con cuántas mujeres en edad reproductiva trabajando deberían ser las que instalen lactarios? ¿Qué plazo se les da para hacerlo?

Por otro lado, ¿cómo se manejará el recurso obtenido de las multas? ¿qué objetivos llevan prioridad? Crear una Coordinación que únicamente contribuya a aumentar las filas de funcionarios en el gobierno de estado y que se preste a sancionar de manera exagerada e

indiscriminada no favorecería las tasas de lactancia materna sino el descontento y la imposibilidad de cumplir con una normativa irracional.

Así pues, el proyecto de Ley lleva ya casi dos años debatiéndose y no se ha logrado publicar a pesar de que el estado debió cumplir con el requisito de publicar una ley que reglamentara el decreto desde el año 2015, y de que otros estados de la República ya lo han logrado.

6.2. Recomendaciones para aumentar la tasa de lactancia materna en Morelia.

Luego de analizar los resultados obtenidos y observar las áreas de oportunidad y las deficiencias en cuanto a las variables se presentan algunas recomendaciones que buscan contrarrestar la problemática encontrada en los instrumentos de investigación.

6.2.1. Información.

Debido a que la información demostró una correlación muy fuerte con la tasa de lactancia, se sugiere:

1. Modificar los planes de estudio a nivel básico para que se tenga claro que la lactancia es además de la norma biológica en cuanto alimentación del recién nacido, la opción más saludable, económica y práctica en cuanto a la nutrición infantil.
2. Implementar programas de capacitación específica en lactancia materna de manera obligatoria para el personal de salud con el fin de mantenerlos actualizados en lo relativo al fomento a la lactancia materna, sus beneficios y su duración óptima.
3. Capacitar a las mujeres en edad reproductiva desde antes, durante y después del embarazo en todo lo relacionado con la práctica de la lactancia materna.
4. Reducir la tasa de embarazo adolescente, ya que la edad y el nivel de estudios de la madre tienen relación con la tasa de LME.
5. Consolidar la información que se proporciona a través de los servicios de salud para evitar que sea contradictoria y que sea de fácil comprensión para las mujeres en edad reproductiva.
6. Organizar sesiones de apoyo a la lactancia en todos los servicios de salud que puedan reunir a las madres lactantes beneficiarias, para aclarar de manera oportuna sus dudas.

7. Promover no solo los beneficios de la LME sino también reconocer los riesgos asociados al uso del biberón y de los sucedáneos.
8. Informar a las madres sobre cómo es posible revertir la decisión de no amamantar.
9. Hacer énfasis en el gasto económico adicional que implica la alimentación con sucedáneos de la leche materna.
10. Supervisar las certificaciones de los profesionales dedicados a dar asesoría sobre lactancia para buscar que la información sea oportuna y adecuada.

6.2.2. Atención perinatal.

Para esta variable existe evidencia que relaciona en gran medida la atención perinatal con la tasa de LME por lo que se sugiere:

1. Reducir el número de cesáreas tras implementar el cumplimiento de la NOM 007 que indica tasas de cesáreas alineadas a las aconsejables por la OMS. Es decir, que no superen el 25% en ningún tipo de establecimiento de salud.
2. Aumentar el porcentaje de bebés que inician la lactancia durante la primera hora de vida y mantenerlos en cohabitación con sus madres tras el nacimiento.
3. Evitar intervenciones innecesarias antes, durante y después del trabajo de parto para lograr que la fisiología del parto desencadene de manera natural la lactancia materna.
4. Lograr que el personal de salud informe adecuadamente a las madres sobre la técnica de la lactancia materna, sus beneficios y la duración óptima de la misma.
5. Generalizar la cohabitación en caso de ser posible e informar a las madres sobre el colecho seguro luego del alta hospitalaria.
6. Hacer factibles los partos en maternidades y reforzar la figura de la partera profesional para atender partos de bajo riesgo, siempre con supervisión de médicos.
7. Reforzar la capacitación de las enfermeras que según los datos recabados, son quienes tienen mayor contacto con las madres en el periodo perinatal. Sin embargo, sus conocimientos eran inferiores a los de los obstetras, educadoras perinatales y asesoras de lactancia.

8. Solicitar consentimiento informado en el caso de la suplementación hospitalaria con cualquier sucedáneo de la leche materna en donde haga saber a las madres sobre las consecuencias que puede llegar a tener el uso de fórmulas

6.2.3. Situación laboral de la madre.

Tratándose de la situación laboral de la madre, variable que expuso una correlación muy fuerte con la tasa de LME. Se sugiere:

1. Apegarse a las recomendaciones de la OMS en donde se aconseja que la licencia por maternidad sea de al menos 26 semanas, es decir, el doble de la que tiene actualmente México.
2. Buscar que el proyecto de Ley de Fomento a la Lactancia Materna en Michoacán retome el apoyo a la licencia por lactancia bajo probada continuación de la misa.
3. Adecuar los formatos de supervisión de la STPS en lo relativo a la asignación de un espacio de extracción y el otorgamiento del horario de lactancia.
4. Favorecer la producción de leche materna al ofrecer 3 recesos de 20 minutos a lo largo de la jornada laboral.
5. Permitir la lactancia materna directa o indirecta, en las guarderías sin límite de edad en caso de que las madres así lo decidan. Particularmente las del sector público; buscando dentro de lo posible, alimentar a los bebés sin usar biberones y teniendo en cuenta que el volumen de ingesta de un bebé que recibe LME, difiere en gran medida del de un bebé alimentado con sucedáneos.
6. Mantener informadas a las madres trabajadoras sobre sus derechos laborales en lo relativo a la práctica de la lactancia materna.
7. Recordar a los empleadores sus obligaciones en cuanto al periodo de lactancia de sus empleadas.
8. Lograr que el personal de salud esté capacitado y fomente la práctica de la LM indirecta en caso necesario. Con buen conocimiento de la técnica de extracción y manejo adecuado de la leche materna.
9. Buscar la instalación de lactarios en centros educativos de nivel superior, ya que a las estudiantes se les dificulta encontrar espacios para lograr la extracción.

10. Evaluar adecuadamente si una madre trabajadora ocupa o no que le sea proporcionado algún tipo de sucedáneo y no otorgarlos de manera generalizada sino por indicación médica.
11. Determinar qué empresas y centros de trabajo tendrían obligación de tener a disposición de sus empleadas, un lactario o una sala de lactancia.

6.2.4. Respeto al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

En tanto al respeto al CICSML, variable que presentó un coeficiente de correlación moderadamente significativo, las sugerencias son:

1. Buscar la publicación y entrada en vigor de la Ley de Fomento a la Lactancia Materna en Michoacán.
2. Enviar información actualizada al WBTi y a IBFAN para monitorear con prontitud el comportamiento de la práctica de la lactancia.
3. Buscar supervisar la publicidad en redes sociales y en establecimientos comerciales de pequeña escala.
4. Aplicar el CICSML no solo en establecimientos de salud públicos sino en privados.
5. Evitar que los productores de sucedáneos continúen entregando material publicitario a madres y prestadores de salud.
6. Supervisar los patrocinios de los congresos, en especial los de pediatría y el de la Asociación Pro Lactancia Materna (APROLAM).
7. Dejar de tener conflictos de intereses, en especial con la empresa Nestlé, quien proporciona la mayoría de los sucedáneos que se distribuyen por medio del Sector Salud. Idealmente se deberían entregar sucedáneos en caso necesario con etiquetado genérico.
8. Cuidar no solo la publicidad de las fórmulas para lactantes sino también los instrumentos con las que se proporcionan como biberones, mamilas y chupones tal y como lo indica el CICSML.
9. Capacitar al personal de salud en cuanto a la importancia y alcance del CICSML para reducir las infracciones que se hacen al mismo.

10. Determinar y aplicar sanciones ante las violaciones que se hagan al CICSIM por medio de la creación de un organismo que lo supervise y en donde se puedan reportar de manera rápida y sencilla su incumplimiento.

6.2.5. Diseño institucional.

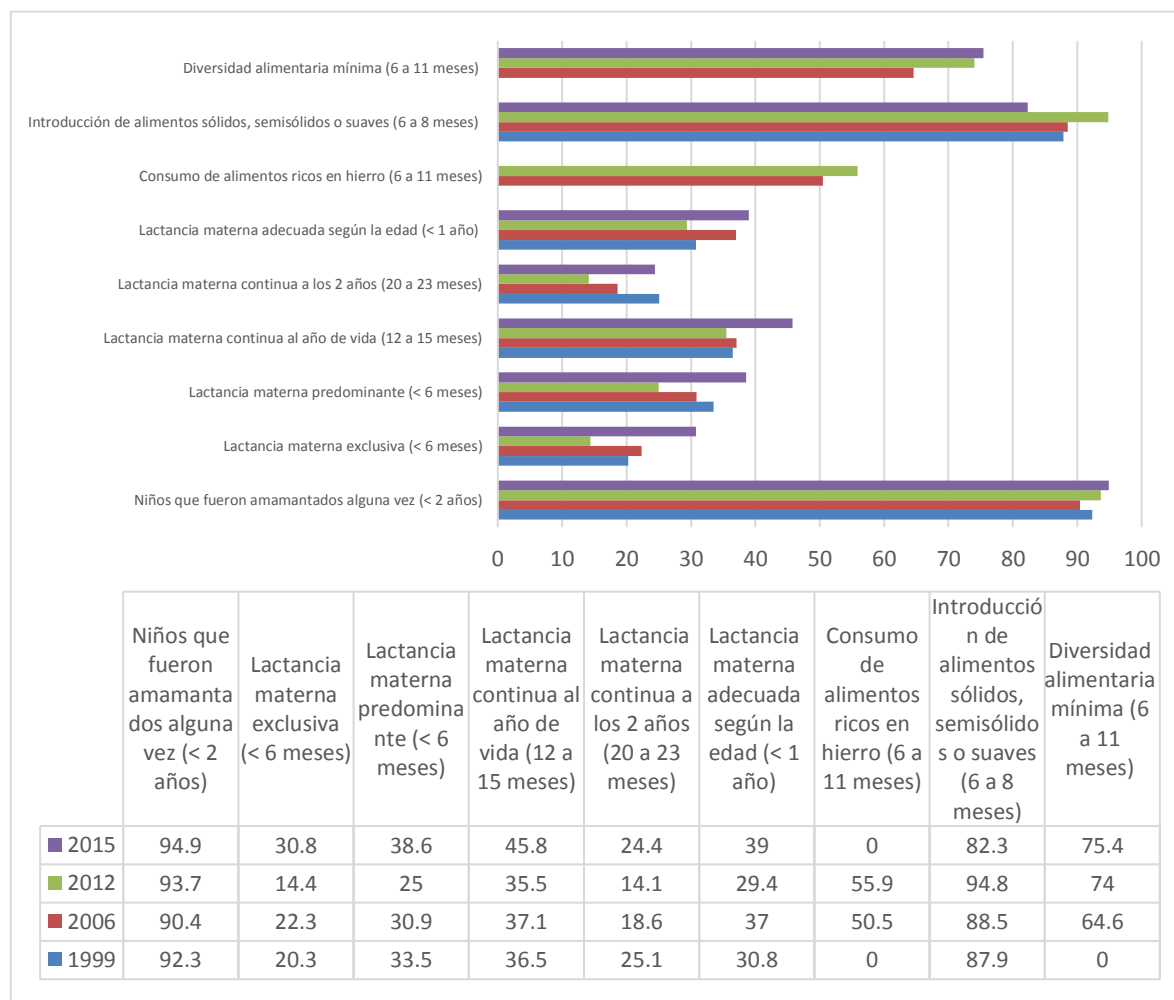
La última variable contemplada, el diseño institucional en donde se sugiere que puede mejorarse a través de:

1. Certificar al menos un 75% de los hospitales del sector público como Hospitales Amigos del Niño y de la Niña en los próximos 3 años.
2. Alentar la certificación como Hospitales Amigos del Niño y de la Niña en los centros de salud particulares.
3. Establecer cursos de actualización en LM con contenido revisado y avalado por el sector salud, que sean acordes con la Estrategia Nacional para Promover la Lactancia Materna.
4. Capacitar al personal de salud en torno a la legislación relativa a la práctica de la lactancia materna y a los tratados internacionales que ha suscrito México.
5. Fortalecer la figura del consultor profesional de lactancia materna y regular el ejercicio de esta actividad a través de la SEP y la STPS.
6. Crear centros de información en salud en clínicas y hospitales en donde se pueda acceder a textos actualizados y orientación en lactancia para el personal de salud.
7. Recabar datos sobre la práctica de la lactancia materna a nivel municipal y estatal para reconocer en qué estado se encuentra la lactancia en el estado y no solo en el país.

Conclusiones.

A pesar de que la reducción de la tasa de lactancia es un problema multifactorial, la presente investigación demostró que sí existe una relación entre las variables propuestas en las hipótesis y el aumento o disminución de la tasa de lactancia en la ciudad de Morelia, Michoacán. Resulta interesante haber tomado en cuenta el municipio de Morelia para recolectar datos en serie de tiempo, no solo por ser la ciudad más grande del estado de Michoacán y donde se registra el mayor número de nacimientos por el número de servicios de salud que se concentran en la capital sino porque en la ciudad se puede encontrar una gran diversidad poblacional y conviven junto con el asentamiento urbano principal, varias tenencias semi urbanas y urbanas. La posibilidad de que esta investigación sea replicable aumenta por las características del municipio.

Gráfica 18. Estado de la lactancia entre los años 2006-2015.



Fuente: Elaboración propia con base a la ENSANUT 2012 y la ENIM 2015

Información

Quedando bien establecida una correlación entre el conocimiento en torno a la lactancia materna y una práctica de la lactancia alejada de mitos sobre la tasa de LME. Es importante buscar que todas las mujeres en edad reproductiva accedan a información basada en evidencia y actualizada, pudiendo ser desde el entorno escolar pero sin dejar de lado sus consultas obstétricas. Dado que las madres validan la información que les proporcionan sus propias madres, difundir información para las abuelas también podría ser una buena medida para buscar aumentar la tasa de LME.

Los grupos de apoyo, gratuitos en su mayoría o de muy bajo costo, operados por voluntarias bien capacitadas como es el caso de las Líderes de La Liga de la Leche también logran que las mujeres se informen y se convenzan más de los beneficios de la LME. Además, el convivir con otras mujeres que han logrado alimentar a sus bebés con LME les da certeza de que ellas también pueden lograrlo. En especial porque muy probablemente no haya sido la práctica que tuvieron sus madres con ellas mismas.

El personal de salud también debe capacitarse, en especial las enfermeras y los médicos generales porque no es común que los médicos especialistas tengan tiempo o se den el tiempo para apoyar a las madres en poder alcanzar la LME.

Atención perinatal

Otro punto de interés fue el hecho de que muchas madres no consideraran como interrupción de la LME el suministro de biberones desde el nacimiento de sus bebés, hasta el alta. Esta situación demuestra que hay que capacitar al personal de salud para evitar que se suplemente a los bebés y lograr que se inicie la lactancia en la primera hora de vida como lo sugiere la OMS. En un claro efecto bola de nieve, la falta de lactancia materna en generaciones anteriores está dificultando la práctica en la actualidad debido a que las madres padecen con mayor frecuencia problemas metabólicos como obesidad, hipertensión y diabetes que se ha demostrado pueden ser menos frecuentes en la población que recibe LME y continúa recibiendo LM hasta el destete natural. El nacimiento frecuente de bebés macrosómicos y la indicación necesaria de suplementar con sucedáneos para estabilizar sus niveles de glucosa antes de prever la extracción de calostro por parte de las madres en la última semana de

embarazo, hace que todos estos bebés se pierdan la oportunidad de comenzar la lactancia en la primera hora de vida, mantener el apego inmediato y establecer la LME.

Que en México exista una NOM para la atención al nacimiento que solo señala ideales pero no premios ni sanciones ante su cumplimiento o la falta de este, hace que solo se exhiba en papel y no haga una diferencia significativa en la manera en que están naciendo los bebés en México. Sobre todo en el caso de intervenciones innecesarias y generalizadas como las maniobras de Hamilton, Kristeller y el uso de la episiotomía antes siquiera de comenzar con el periodo expulsivo. El aceleramiento del parto por medio de oxitocina sintética y la falta de acompañamiento a las madres a pesar de estar permitido y hasta aconsejado en la citada NOM. Y por supuesto, el alto número de cesáreas que puede llegar a triplicar la tasa sugerida por la OMS.

Situación laboral de las madres

Es de vital importancia que se regule el decreto a favor de la lactancia materna publicado en 2014, presionando a las legislaturas estatales que aún no lo han hecho y buscando en la medida de lo posible que los beneficios mínimos sean estandarizados. Además, habría que adaptar las leyes secundarias estatales a lo que dicta el decreto.

Por otra parte, la STPS a nivel federal y las ST estatales deberán coordinar esfuerzos para supervisar no solo la licencia por maternidad como se viene haciendo hasta ahora sino que realmente las madres puedan gozar de sus permisos de lactancia. Señalando como lo dice la normativa federal, que el impedir esta práctica por parte del patrón, constituye violencia de género.

La variable información resultó con gran peso en los dos instrumentos empleados y resultó interesante que también se correlacionara con la situación laboral de las madres, pudiendo concluir que las madres que tienen mayor información lograrán con mayor frecuencia continuar su lactancia luego del regreso al trabajo.

Respeto al CICSMLM

A pesar de que México está haciendo esfuerzos para por fin aplicar el CICSMLM, los avances han sido lentos y se ha demostrado un enorme conflicto de intereses en donde las multinacionales, principalmente Nestlé, intervienen en la política de salud del país.

Mientras que no se deje de lado la opinión mercantilista de los mismos productores de sucedáneos que son quienes tristemente se encargan de capacitar al personal de salud y hasta la población en general. Como en el caso de México en donde la SS firmó junto con Nestlé el programa Unidos por Niños Saludables y Los Primeros 1000 días que busca informar a las madres sobre cuidados, crianza y alimentación de lactantes y niños pequeños o la organización y patrocinio de congresos como el Congreso Internacional de LM de la APROLAM o los congresos de nutrición pediátrica Nestlé. Es bien sabido en el ámbito médico que estas empresas siguen patrocinando premios, viajes y congresos e inclusive que en hospitales del sector privado pagan por mantener su marca en el área de cuneros y posteriormente proporcionar regalos a las nuevas madres.

Es importante concientizar a los médicos sobre sus obligaciones con la salud de sus pacientes y la responsabilidad ética que implica el aceptar dádivas por parte de estas grandes empresas. Mientras los médicos no conozcan el contenido y alcance del CICSMLM y por supuesto, temen a alguna sanción. Será imposible reducir el impacto de las violaciones al código sobre la LM óptima.

Diseño Institucional

Por supuesto que el diseño institucional juega un papel muy importante sobre todo en el personal de salud. Una de las mejores estrategias para fortalecer esta variable es la demostrada importancia de lograr certificar al mayor número de hospitales, tanto públicos como privados, con la Certificación Amigo del Niño y de la Madre. Para esto habría que tener muy claro las metas a mediano y largo plazo y determinar qué porcentajes deberían alcanzarse para considerarse adecuados.

Buscar que el personal de salud esté capacitado y actualizado por lo menos de manera general en lo relativo a la LME, sobre todo teniendo en cuenta que la mayoría de los prestadores de

servicios de salud ni siquiera fueron alimentados con LME ni la lograron al tener a sus hijos. Siendo esta una generación en donde por dos generaciones previas el uso de sucedáneos ha sido la norma, es importante que se revierta la tendencia y que el personal de salud se convierta en promotor de la misma, ya que en muchas ocasiones son ellos mismos quienes difunden mitos y no se apegan a las recomendaciones de la OMS y de la misma normativa en México.

Fuentes de información.

Bibliografía y artículos científicos

Aldunante, E., Córdoba, J. (2011) Formulación de programas con la metodología de marco lógico. Serie Manuales 68 Santiago de Chile, CEPAL/ONU

American Public Health Association (2007) A Call to Action on Breastfeeding: A Fundamental Public Health Issue. APHA.Policy number: 200714. USA

Ball TM, Wright AL. (1999) Health care costs of formula-feeding in the first year of life. Pediatrics. 103(4 Pt 2):870-6. US National Library of Medicine National Institutes of Health Pediatrics. USA.

Bartick M (2011), Breastfeeding and the U.S. economy. Breastfeed Medicine;6:313-8. USA

Baumslag Naomi, M.D. & Michels Dia L., (1995), Milk, Money, and Madness: The Culture and Politics of Breastfeeding, Westport: Greenwood Press. USA.

Bernier, N. F., & Clavier, C. (2011). Public health policy research: Making the case for a political science approach. Health Promotion International, 26(1), 109–116.

Blum Linda M., At the Breast: Ideologies of Breastfeeding and Motherhood in the Contemporary United States. USA.

Castro, C., & Figueiredo, B. (2015). Breastfeeding and depression : A systematic review of the literature, Journal of Affective Disorders,171, 142–154.

Cohen R, Mrtek MB, Mrtek RG. (1995) Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations. American Journal of Health Promotion;10(2):148-53.

Colchero, A., Contreras-Loya, D., & Lopez-Gatell, H. (2015). The costs of inadequate breastfeeding infants in Mexico, The American Journal of Clinical Nutrition, 2015, 579-583.

Golden Janet, A Social History of Wet Nursing in America: From Breast to Bottle,

González de Cossío Teresita, Escobar Zaragoza Leticia (2013) Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apegarse a lo básico Evidencia para la política pública en salud Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México.

González, T., Zaragoza, L., González L., & Hernández, M. (2012). Evidencia para la política pública en salud. Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apegarse a lo básico. Salud Pública de México, 2012, 18–21.

Hausman Bernice (2003), Mother's Milk: Breastfeeding Controversies in American Culture, New York: Routledge. USA.

ILPES-CEPAL (2004) Metodología del Marco Lógico. Boletín 15. Santiago de Chile. CEPAL/ONU

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México) Mujeres y hombres en México 2012 México: INEGI, c2013.

Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México. 2016. Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015 - Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México

Jacqueling H. Wolf (2001), Don't Kill Your Baby: Public Health and the Decline of Breastfeeding in the Nineteenth and Twentieth Centuries. Ohio: Ohio University Press USA.

Lee N, RN, BSN, MS, IBCLC, CCE, CIMI, ANLC, (2013) Thoughts on the Monetary Value of Human Milk, Clinical Lactation; 4(4) United States Lactation Consultant Association. USA.

Leonor, L., & López, C. (2010). Impacto en la economía familiar por uso de sucedáneos de leche materna en bebés sanos y uso de fórmulas especiales, Pediatría de México Vol. 12, 23–28.

Maher Vanessa A. (1992), Anthropology of Breast-Feeding: Natural Law or Social Construct, New York: Bloomsbury Academic. USA.

Navarro, F. M. (2012) La Utilización de las Encuestas de Uso de Tiempo en la Políticas Públicas. División de Asuntos de Género, CEPAL

Newell, L. (2013) Disentangling the politics of breastfeeding. Children's Geographies, 11(2), 256–261.

Newman Jack, MD (2000), The Ultimate Breastfeeding Book of Answers, Montréal: Prima Lifestyles. Canadá.

Ortegón, E., Pacheco, J. F., & Prieto, A. (2005). Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Serie Manuales 42. Santiago de Chile, CEPAL/ONU

Page, DC. (2001) Breastfeeding is early functional jaw orthopedics (an introduction). The Functional Orthodontist [Funct Orthod] 2001 Fall; Vol. 18 (3), pp. 24-7.

Palmer Gabrielle (2009), The Politics of Breastfeeding: When Breast are Bad for Business (3rd ed.), New York: Pinter & Martin Ltd. USA.

Pokhrel S, et al. (2014) Potential economic impacts from improving breastfeeding rates in the UK, Archives of Disease in Childhood. Royal College of Paediatrics and Child Health. United Kingdom.

Quinn, V., Guyon, A., Martin, L., Neka-tebeb, H., Martines, J., & Sagoe-moses, C. (2003). Nutrition and breastfeeding promotion. Africa. World Health Organization

Riordan JM, (1997) The cost of not breastfeeding: a commentary. Journal of Human Lactation;13(2):93-7. USA.

Rocha, A. M., Oliveira, R. V, & Leal, I. (2014). The influence of breastfeeding on children's health, well-being and development: A theoretical and empirical review. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2014; 32(2): 103-114

Sevilla, R., Soldán, P., Zalles, L., & Cruz, C. (2011). Lactancia Materna vs Nuevas Fórmulas Lácteas Artificiales: Evaluación Del Impacto En El Desarrollo, Inmunidad, Composición Corporal En El Par Madre/Niño, Gaceta Médica Boliviana, 6–10.

Smyth, L. (2012). The Social Politics of Breastfeeding: Norms, Situations and Policy Implications. Ethics and Social Welfare, 6(2), 182–194.

Thulier, D. (2009). Breastfeeding in America: a history of influencing factors. Journal of Human Lactation : Official Journal of International Lactation Consultant Association, 85–94.

UNICEF (1999) L'allaitement maternel: Pour grandir en bonne santé. Division de la communication³ United Nations Plaza. USA

Victora, C., Horta, B., de Mola, C., Quevedo, L., Pinheiro, R. T., Gigante, D. P., ... Barros, F. C. (2015). Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. The Lancet Global Health

Weaver Gillian (2012) Cashing in on breastmilk? From wet nursing to milk banks to internet distribution, Breastfeeding Briefs, 52, Geneva Infant Feeding Association (GIFA), an affiliate of the International Baby Food Action Network (IBFAN) Suiza.

Weimer Jon (2012), The Economic Benefits of Breastfeeding: A Review and Analysis, Washington: Bibliogov. USA.

Wiessinger Diane (2010), The Womanly Art of Breastfeeding (8th ed.), New York: Ballantine Books. USA.

Yalom Marilyn (1998), History of the Breast, New York: Ballantine Books. USA.

Leyes, normas y códigos

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación, Ciudad de México, 23 de agosto de 2017.
- Ley Federal del Trabajo. Diario Oficial de la Federación. México, D.F., 12 de junio de 2015.
- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado. Diario Oficial de la Federación, México, D.F., 2 de abril de 2014.
- Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Diario Oficial de la Federación, México, D.F., 17 de febrero de 2016.
- Norma Oficial Mexicana 043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Diario Oficial de la Federación, México, D.F., 27 de julio de 2012.
- Norma Oficial Mexicana 131-SSA1-2012, Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba. Diario Oficial de la Federación, México, D.F., 13 de febrero de 2012.
- Decreto por el que se adicionan y reforman diversas disposiciones de la Ley General de Salud; de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del artículo 123 Constitucional; de la Ley del Seguro Social; de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, y de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Diario Oficial de la Federación, México, D.F., 4 de abril de 2014.
- Lineamientos generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal, Diario Oficial de la Federación. México, D.F. 30 de marzo de 2007.
- Norma que establece las disposiciones para la operación del servicio de guardería del IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F., 15 de octubre de 2015.

-
- Reglamento de los servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil del instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado. Diario Oficial de la Federación. México, D.F., 15 de mayo de 2012.
 - Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 27 de abril de 2016.
 - Declaración de Innocenti, Organización Mundial de la Salud, Florencia, Italia, 22 de noviembre de 2005.
 - Estrategia Mundial para la Alimentación del lactante y del niño pequeño, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2010.

Internet

BBC News(2008), Diet 'can flavour mother's milk'[Internet] BBC News website. Disponible en <<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/7521750.stm> > [Consultado el 16 de junio de 2014]

Bottle Babies (2010) How much formula milk does my baby need? [Internet], Bottle Babies, USA. Disponible en <<http://www.bottlebabies.org/how-much-formula-milk-does-my-baby-need/>> [Consultado el 3 de julio de 2014]

Brewer MD y Bates MR Postpartum changes in maternal weight and body fat depots in lactating vs nonlactating women. [Internet] American Journal of Clinical Nutrition, Vol. 49 No. 2, p.259-265 Disponible en <<http://ajcn.nutrition.org/content/49/2/259.short>> [Consultado el 10 de julio de 2014]

Dixley A., (2013) Formula Feeding and Obesity [Internet], The Alpha Parent, USA. Disponible en <<http://www.thealphaparent.com/2013/02/formula-feeding-and-obesity.html>> [Consultado el 23 de junio de 2014]

El poder del Consumidor, (2013) Meganegocio, con poca ética, los alimentos para bebé, [Internet]. El Poder del Consumidor, México, D.F Disponible en <<http://elpoderdelconsumidor.org/saludnutricional/meganegocio-con-poca-etica-los-alimentos-para-bebe/>> [Consultado el 10 de julio de 2014]

Hatsu IE, McDougald DM, Anderson AK (2008).Effect of infant feeding on maternal body composition [Internet]. Int Breastfeed Journal, USA. 3: 18. Disponible en <<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/3/1/18> > [Consultado el 1ro de julio de 2014]

KellyMom (2011). Calorie and fat content of various milks [Internet]. KellyMom, USA. Disponible en <<http://kellymom.com/nutrition/milk/milkcalories/>>[Consultado el 1ro de julio de 2014]

KellyMom (2011). How much expressed milk will my baby need? [Internet], KellyMom, USA. Disponible en <<http://kellymom.com/bf/pumpingmoms/pumping/milkcalc/>> [Consultado el 1ro de julio de 2014]

Kramer, M.D, (1981) Do breast-feeding and delayed introduction of solid foods protect against subsequent obesity? [Internet] Volume 98, Issue 6 , p. 883-887 The Journal of Pediatrics. Disponible en <<http://www.jpeds.com/article/S0022-3476%2881%2980579-3/abstract>> [Consultado el 2 de julio de 2014]

Libierman, T. (2012) Booby Traps Series: Which growth charts is your pediatrician using? [Internet] Best For Babes, USA, Disponible en <<http://www.bestforbabes.org/booby-traps-series-which-growth-charts-is-your-pediatrician-using/>> [Consultado el 8 de julio de 2014]

McCrory C. (2012) Breastfeeding and risk of overweight and obesity at nine-years of age. [Internet] National Institute of Health, USA. Disponible en <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22560796>> [Consultado el 13 de julio de 2014]

Oddy WH, (2012) Infant feeding and obesity risk in the child. [Internet], National Institute of Health, USA. Disponible en <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22946146>> [Consultado el 13 de julio de 2014]

Page DC. Breastfeeding is early functional jaw orthopedics (an introduction). [Internet] Disponible en <<http://europepmc.org/abstract/med/11799699>> [Consultado el 9 de julio de 2014]

Prolacter, (2014) Tamaño del estómago de un bebé [Internet], Prolacter, Guadalajara, México < <http://www.prolacter.com/siento-que-mi-leche-no-llena-a-mi-bebe/>> [Consultado el 2 de julio de 2014]

Schuman, A. (2003) A concise history of infant formula (twists and turns included) [Internet] Contemporary Pediatrics, USA. Disponible en <<http://contemporarypediatrics.modernmedicine.com/contemporary-pediatrics/news/clinical/pediatrics/concise-history-infant-formula-twists-and-turns-inc>> [Consultado el 4 de julio de 2014]

Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar - Fórmulas lácteas para sustitución de Lactancia materna [Internet] Disponible en <http://www.saluddealtura.com/fileadmin/PDF/VADEMECUM/2_vade_11.pdf> [Consultado el 8 de julio de 2014]

Wels,h J. (2011) For Food Junkies, Brains React to Milkshakes Like Drugs[Internet] Live Sciencie USA. Disponible en <<http://www.livescience.com/13552-overeating-brain-food-addiction-110404.html>> [Consultado el 7 de julio de 2014]

Leon-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. The Linkages Project. Washington DC: Pan American Health Organization; 2002. <Disponible en: <http://www.linkagesproject.org/media/publications/Technical%20Reports/BOB.pdf>> [Consultado el 30 de diciembre de 2016)

Anexos.

Anexo I Cuestionario para personal de salud.

El presente instrumento forma parte de la tesis doctoral en Políticas Públicas de la Mtra. Karla Atenea Arciga Anzo que se titula “Factores que Incidieron en la Tasa de Lactancia Materna en Morelia, Michoacán. 2006-2015. Definición y Diseño de Políticas de Salud”.

La información que de aquí se obtenga tendrá un uso meramente académico. Los datos personales no son requeridos y los datos generales únicamente se utilizarán con la finalidad de procesar adecuadamente los resultados. El objetivo de esta tesis es formular recomendaciones de política pública para el fomento a la lactancia.

Cuestionario I

Datos generales

1.- Actividad:

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| ☐ Médico general | ☐ Nutriólogo (a) | ☐ Educadora Perinatal |
| ☐ Gineco obstetra | ☐ Trabajador (a) Social | ☐ Doula |
| ☐ Pediatra | ☐ Enfermera (o) | ☐ Consejera de Lactancia |

2.-Lugar de trabajo:

- | | | |
|--|------------------------------|--|
| ☐ Independiente | ☐ IMSS | ☐ Hospital de la Salud |
| ☐ Hospital de la Mujer | ☐ ISSSTE | ☐ Hospital Star Médica |
| ☐ Hospital Civil | ☐ FEMEDI | ☐ Clínica Renacimiento |
| ☐ Otro (Especificar) | | |

3.-Sexo:

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| ☐ Hombre | ☐ Mujer |
|------------------------------|-----------------------------|

4.-Edad:

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| ☐ < 25 | ☐ 31- 35 | ☐ 41 -50 |
| ☐ 25 – 30 | ☐ 36 - 40 | ☐ > 50 |

5.- Años de experiencia:

- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| ☐ 0-5 | ☐ 6-10 | ☐ 11-15 | ☐ >15 |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|

6.- ¿Ha tenido capacitación específica en temas de lactancia materna?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| ☐ Sí | ☐ No |
|--------------------------|--------------------------|

7.- ¿Ha tenido alguna experiencia personal exitosa en torno lactar

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| ☐ Sí, propia | ☐ Sí, pareja | ☐ No, mis hijos se alimentaron solo con fórmula o de forma mixta |
| ☐ No tengo hijos | ☐ No, mis hijos se alimentaron de manera mixta | |

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| ☐ Licenciatura | ☐ Autoaprendizaje | ☐ Práctica profesional |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|

- ☐ Residencia ☐ Grupo de apoyo ☐ Crianza de los hijos
☐ Diplomado específico ☐ Talleres ☐ No tengo conocimiento

8.- ¿Dónde obtuvo sus conocimientos en torno a la lactancia materna?

LACTANCIA MATERNA

9.- ¿A qué edad se recomienda comenzar con la ablactación?

- ☐ A los 2 meses ☐ Entre el 4to y 6to mes ☐ Alrededor de los seis meses

10.- ¿Hasta cuándo debe continuarse la lactancia junto con la alimentación complementaria?

- ☐ 6 meses ☐ 12 meses ☐ Menos de 24 meses ☐ Al menos 2 años

11.- ¿Cada cuándo se deben ofrecer el seno a los bebés amamantados de manera exclusiva?

- ☐ Cada 3 horas ☐ Cada 2 horas ☐ Cada 4 horas
☐ Cada que el bebé lo pida

12.- ¿Cuál es el mejor momento para que inicie la lactancia materna?

- ☐ Luego de la revisión médica ☐ Luego del lavado gástrico ☐ Dentro de la primera media hora de vida
☐ Cuando la mamá ya tiene leche ☐ Cuando la mamá ya se ha recuperado de la anestesia

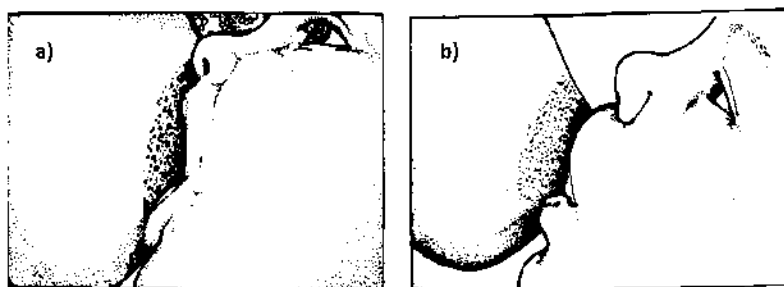
13.- ¿Las madres a las que se les practica una cesárea tienen las mismas posibilidades de lograr la lactancia materna exclusiva?

- ☐ Sí ☐ No

14.- ¿Durante cuánto tiempo puede almacenarse leche materna dentro del refrigerador?

- ☐ Hasta 3 días ☐ Hasta 8 días ☐ Máximo 24 hrs.

15.- De la siguiente imagen ¿cuál agarre es correcto?



- ☐ a) ☐ b) ☐ a) y b) son correctos ☐ Ninguno es correcto

16.- ¿Considera que un nuevo embarazo es una contraindicación absoluta para continuar con la lactancia materna?

O Sí O No

17.- Antes de ofrecer el seno en cada toma es necesario:

- O Lavar con agua y jabón O Limpiar con agua y lubricar con un poco de leche
O Limpiar con agua tibia O Con el baño diario es suficiente

18.- Durante la lactancia materna exclusiva los requerimientos maternos de las madres:

- O No cambian O Hacen que requieran suplementos de hierro y calcio
O Aumentan en 500 calorías O Aumentan en 750 calorías

19.- ¿Qué le recomendaría a una mamá de un bebé de dos semanas de edad que aún no ha recuperado su peso de nacimiento?

- O Suplementar con fórmula O Alimentar exclusivamente con fórmula
O Esperar a que se llenen sus senos O Realizar una evaluación de la lactancia

20.- ¿Un bebé amamantado de manera exclusiva durante los primeros seis meses reduce en gran medida sus posibilidades de morir?

O Sí O No

21.- Suplementar con fórmula en los primeros días de vida conlleva a un mayor riesgo de abandono de la lactancia materna O Sí O No

22.- Si una mamá se queja de que su bebé de alrededor de 12 semanas ha estado pidiendo tetadas cada hora desde hace un par de días y que se siente muy cansada, usted le dice que debería:

- O Suplementar con fórmula mientras pasa el brote de crecimiento O Suplementar con fórmula y cereal para bebé
O Esperar a que se llenen sus senos O Tener paciencia y seguir amamantando a libre demanda

23.- ¿Cuál de los siguientes es un factor de reducción del riesgo del Síndrome de Muerte Súbita para un bebé sano y nacido a término que recibe lactancia materna exclusiva?

- O Compartir la cama con los padres O Dar una toma de fórmula por la noche
O Introducir el chupón a las 4 semanas O Dormir solo en su cuna y en su cuarto

24.- ¿Qué es lo primero que debe hacerse cuando una madre se queja de grietas y dolor al amamantar?

- O Suplementar con fórmula O Utilizar temporalmente una pezonera
O Extraer leche materna y ofrecerla en vasito, jeringa o cuchara O Revisar la succión y el posicionamiento del bebé durante las tomas.

25.- ¿Se puede continuar la lactancia cuando una mamá padece herpes simple en un seno si sólo se alimenta del otro? O Sí O No

26.- Para un bebé con lactancia exclusiva, nacido a término y con un peso superior a 2.8 kgs. que presenta ictericia a los 5 días de vida, además de la fototerapia se indica:

- ☐ Suplementar con fórmula mientras deja de presentarla ☐ Ofrecer más tomas y de ser posible, suplementar con leche extraída de la propia madre
- ☐ Alimentar sólo con fórmula ☐ Administrar únicamente solución glucosada

27.- ¿Si una madre amamanta a su bebé de manera horizontal es probable que el bebé desarrolle otitis media?

- ☐ Sí ☐ No



28.- Los bebés deben dejar de hacer tomas nocturnas:

- ☐ Antes de los doce meses ☐ Cuando estén listos
- ☐ Antes de que aparezca el primer diente porque la LM causa caries ☐ Cuando empiecen con la alimentación complementaria

29.- Discuto con mis pacientes/clientes los beneficios y ventajas de la lactancia

- ☐ Nunca ☐ Casi nunca ☐ A veces ☐ Casi siempre ☐ Siempre

30.- Platico con las madres sobre sus expectativas en torno a la lactancia y las ayudo a cumplirlas

- ☐ Nunca ☐ Casi nunca ☐ A veces ☐ Casi siempre ☐ Siempre

31.- Me parece que la lactancia materna no es importante para la salud y nutrición de los bebés

- ☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

Nota aclaratoria: Algunas de las preguntas de este instrumento fueron tomadas de:

Pound, C. M., Williams, K., Grenon, R., Aglipay, M., & Plint, A. C. (2014). Breastfeeding Knowledge, Confidence, Beliefs, and Attitudes of Canadian Physicians. *Journal of Human Lactation : Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 30, 298–309. <http://doi.org/10.1177/0890334414535507> (traducción propia)

ACTITUDES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

32.- He regalado muestras gratuitas de fórmula a mis pacientes/clientes

O Nunca O Casi nunca O A veces O Casi siempre O Siempre

33.- Antes de recetar alguna fórmula me tomo el tiempo de revisar cómo se está llevando a cabo la lactancia y doy indicaciones para mejorarla.

O Nunca O Casi nunca O A veces O Casi siempre O Siempre

34.- Es malo que un niño de 3 años y medio tome leche materna

O Nunca O Casi nunca O A veces O Casi siempre O Siempre

35.- Recomendando que los bebés comiencen con la ablactación antes de los 6 meses.

O Nunca O Casi nunca O A veces O Casi siempre O Siempre

36.- Si la madre tiene que regresar a trabajar lo mejor es recetarle fórmula a su bebé

O Muy de acuerdo O De acuerdo O Ni de acuerdo ni en desacuerdo O En desacuerdo O Muy en desacuerdo

37.- Si una paciente me pide una cesárea electiva, converso con ella sobre los riesgos que conlleva esta cirugía incluyendo los relacionados a la lactancia

O Muy de acuerdo O De acuerdo O Ni de acuerdo ni en desacuerdo O En desacuerdo O Muy en desacuerdo

38.- Los cursos psicoprofilácticos sólo hacen que las mamás sean más quejumbrosas cuando las atiendo

O Muy de acuerdo O De acuerdo O Ni de acuerdo ni en desacuerdo O En desacuerdo O Muy en desacuerdo

39.- He leído al menos un libro específico en el tema de la lactancia materna.

O Sí O No

40.- Me parece que las cesáreas son más seguras para los bebés que un parto

O Muy de acuerdo O De acuerdo O Ni de acuerdo ni en desacuerdo O En desacuerdo O Muy en desacuerdo

41.- He programado cesáreas (o sé de alguien que lo haya hecho) porque tengo algo que hacer en la fecha probable de parto (vacaciones, congresos, etc.)

O Muy de acuerdo O De acuerdo O Ni de acuerdo ni en desacuerdo O En desacuerdo O Muy en desacuerdo

42.- Me parece incómodo ver que las madres amamantan en la calle sin cubrirse.

O Muy de acuerdo O De acuerdo O Ni de acuerdo ni en desacuerdo O En desacuerdo O Muy en desacuerdo

43.- Lo ideal es recetar fórmula solo mientras se atiende el problema de lactancia que ocasionó que se requiriera

O Muy de acuerdo O De acuerdo O Ni de acuerdo ni en desacuerdo O En desacuerdo O Muy en desacuerdo

44.- Mi hospital me ha puesto trabas para atender partos sin intervenciones

O Muy de acuerdo O De acuerdo O Ni de acuerdo ni en desacuerdo O En desacuerdo O Muy en desacuerdo

45.- Me he convertido en un(a) promotor(a) de la lactancia

☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

46.- Pienso que algunos beneficios de la lactancia se han exagerado

☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

47.- Si un bebé de menos de 6 meses no duerme al menos 6 horas continuas durante la noche, aconsejo a su mamá que le dé algún alimento o infusión antes de dormir para que lo logre.

☐ Nunca ☐ Casi nunca ☐ A veces ☐ Casi siempre ☐ Siempre

48.- He recibido algún regalo o beneficio por parte de los laboratorios que producen fórmula para bebé

☐ Nunca ☐ Casi nunca ☐ A veces ☐ Casi siempre ☐ Siempre

49.- Cuando no se logra la lactancia materna exclusiva es sobre todo por causa de:

☐ Madre ☐ Médico ☐ Familiares ☐ Comerciales ☐ Bebé

☐ Otro (especifique) _____

50.- Lo mejor es no promocionar fórmulas lácteas para bebés menores de 1 año.

☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

51.- Considero que es bueno que más hospitales estén nominados como Hospital Amigo del Niño y de la Niña

☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

52.- A pesar de mis esfuerzos muchas madres no ponen de su parte para lograr la lactancia

☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

53.- A partir de determinada edad la leche materna deja de ser nutritiva y es mejor recomendar la fórmula

☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

54.- Me parece muy difícil poner en práctica los 10 pasos de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña en mi práctica profesional

☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

¡Gracias por sus respuestas!

Anexo II Cuestionario para madres.

El presente instrumento forma parte de la tesis doctoral de la Mtra. Karla Atenea Arciga Anzo que se titula "Factores que Incidieron en la Tasa de Lactancia Materna en Morelia, Michoacán. 2006-2015. Definición y Diseño de Políticas de Salud". La información que de aquí se obtenga tendrá un uso meramente académico. Los datos personales no son requeridos y los datos generales únicamente se utilizarán con la finalidad de procesar adecuadamente los resultados. El objetivo de esta tesis es formular recomendaciones de política pública para el fomento a la lactancia.

Cuestionario II

Para madres de niños nacidos en los años 2006, 2009, 2012 y 2015

Datos generales

1.- Escolaridad al momento del nacimiento de su hijo(a):

- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Primaria | ☐ Preparatoria | ☐ Licenciatura |
| ☐ Secundaria | ☐ Carrera técnica | ☐ Posgrado |

2.- Lugar de trabajo al momento del nacimiento de su hijo(a):

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Autoempleo | ☐ Empleada en empresa | ☐ Empleada federal |
| ☐ Ama de casa | ☐ Empleada estatal | ☐ Empresaria |
| ☐ Empleada doméstica | ☐ Estudiante | ☐ Personal de salud |

3.- Edad al momento del nacimiento de su hijo(a):

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| ☐ < 18 | ☐ 26- 30 | ☐ 46 -50 |
| ☐ 19 - 25 | ☐ 31 - 45 | ☐ > 50 |

4.- Año de nacimiento de su hijo:

- | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ☐ 2006 | ☐ 2009 | ☐ 2012 | ☐ 2015 |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

5.- Sexo de su hijo (a)

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Masculino | ☐ Femenino |
|---------------------------------|--------------------------------|

6.- Distrito de residencia al momento del nacimiento de su hijo(a):

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ Morelia Noroeste | ☐ Morelia Noreste |
| ☐ Morelia Suroeste | ☐ Morelia Sureste |

7.- Nombre de la escuela a donde acude su hijo (a):

8.- ¿Lugar que ocupa su hijo(a)?

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Primero/único | ☐ Segundo | ☐ Tercero o más |
|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|

9.- ¿Cómo fueron sus experiencias anteriores de lactancia?

- | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--|
| ☐ Buena (s) | ☐ Regular (s) | ☐ Mala (s) | ☐ Sin experiencia previa |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--|

10.- ¿Dónde obtuvo sus conocimientos en torno a la lactancia materna?

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| ☐ Escuela | ☐ Autoaprendizaje | ☐ Curso para parto |
| ☐ Madre/Suegra | ☐ Grupo de apoyo | ☐ Crianza de los hijos |
| ☐ Hermana/Cuñada | ☐ Curso o taller específico | ☐ No tengo conocimiento |

11.- ¿Cómo fue el nacimiento de su bebé?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ Parto | ☐ Cesárea |
|-----------------------------|-------------------------------|

12.- ¿Su bebé comenzó la lactancia en su primera hora de vida?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| ☐ Sí | ☐ No |
|--------------------------|--------------------------|

13.- ¿En qué hospital nació su bebé?

- | | | |
|--|------------------------------|--|
| ☐ Casa | ☐ IMSS | ☐ Hospital de la Salud |
| ☐ Hospital de la Mujer | ☐ ISSSTE | ☐ Hospital Star Médica |
| ☐ Hospital Civil | ☐ FEMEDI | ☐ Clínica Renacimiento |
| ☐ Otro (especifique) | | |

14.- ¿Alguien le informó sobre la técnica de la lactancia durante el embarazo?

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| ☐ Médico general | ☐ Enfermera (o) | ☐ Educadora Perinatal/Doula |
| ☐ Gineco obstetra | ☐ Familiar | ☐ Consejera de Lactancia (LLL) |
| ☐ Pediatra | ☐ Autoaprendizaje | ☐ Nadie |

15.- ¿Alguien le informó sobre cómo mantener la lactancia luego del regreso al trabajo?

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| ☐ Médico general | ☐ Enfermera (o) | ☐ Educadora Perinatal/Doula |
| ☐ Gineco obstetra | ☐ Familiar | ☐ Consejera de Lactancia (LLL) |
| ☐ Pediatra | ☐ Autoaprendizaje | ☐ Nadie |

16.- ¿Luego del nacimiento, recibió apoyo sobre cómo iniciar la lactancia?

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| ☐ Médico general | ☐ Enfermera (o) | ☐ Educadora Perinatal/Doula |
| ☐ Gineco obstetra | ☐ Trabajador (a) Social | ☐ Consejera de Lactancia (LLL) |
| ☐ Pediatra | ☐ Familiar | ☐ Nadie |

17.- ¿Su bebé estuvo en cuneros o se mantuvo a su lado durante su estancia post-parto?

- | | |
|---|---|
| ☐ Cuneros (separados) | ☐ Cohabitación (juntos) |
|---|---|

18.- ¿Su bebé recibió fórmula durante su estancia en el hospital?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| ☐ Sí | ☐ No | ☐ No sé |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|

19.- ¿Se le ofreció una muestra gratis de fórmula o regalo como cobijitas o pañaleras con el nombre de algún laboratorio?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| ☐ Sí | ☐ No |
|--------------------------|--------------------------|

20.- ¿Se le recetó una fórmula específica dentro de su estancia post-parto?

☐ Sí ☐ No

21.- ¿El sector salud (IMSS, ISSSTE, Civil o Hospital de la mujer) le proporcionaron fórmula gratuita?

☐ Sí ☐ No

22.- ¿Por cuánto tiempo se la proporcionaron?

☐ Menos de 4 meses ☐ De 4 a 6 meses ☐ Más de 6 meses

23.- ¿Su bebé consumió la fórmula que le proporcionó el sector salud?

☐ Sí ☐ No

24.- ¿La cantidad de leche que le proporcionó la institución de salud fue suficiente?

☐ Sí, no necesité más ☐ No, tuve que comprar más botes

25.- ¿Cuántos tiempo alimentó a su bebé con leche materna/fórmula a su bebé sin ningún otro tipo de alimentos o líquidos adicionales? (Sin agua, té, atole, cereales o probaditas)

☐ Menos de 1 mes ☐ Alrededor de 2 meses ☐ Alrededor de 3 o 4 meses
☐ Alrededor de 5 meses ☐ A partir de 6 meses ☐ Más de 7 meses

26.- ¿Cuándo comenzó a darle fórmula a su bebé?

☐ Desde el nacimiento (hospital) ☐ En la primera semana
☐ En el primer mes ☐ Entre el segundo y cuarto mes
☐ Entre el quinto y sexto mes ☐ Después del sexto mes
☐ Nunca

27.- En caso de haber utilizado biberón, ¿alguna vez ofreció algún alimento distinto a la leche o fórmula en él?

☐ Sí ☐ No ☐ No utilicé biberón

¿Qué alimento (s)? _____

28.- ¿Cómo consideró la salud de su hijo(a) en los primeros dos años?

☐ Sano ☐ Enfermizo

29.- ¿Por cuántos meses continuó con la lactancia aún junto con otros alimentos o complementando con fórmula?

_____ (Ejemplo: 1 año 4 meses o 16 meses)

30.- ¿Cómo considera la experiencia de lactancia que tuvo con este (a) hijo (a) ?

☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ Pésima

31.- Señale el motivo principal por el que comenzó a utilizar fórmula

☐ Mi bebé se quedaba con hambre /No dormía ☐ No me gustó ☐ La fórmula le caía mejor a mi bebé

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Me dolía amamantarlo | ☐ Regresé al trabajo | ☐ Me lo indicó el médico |
| ☐ Yo estuve enferma | ☐ Mi bebé enfermó | ☐ Mi bebé no subía de peso |
| ☐ Comencé a utilizar fórmula y ya no quiso LM | ☐ Mi bebé no quiso/Era intolerante | ☐ No necesité utilizar fórmula |
| ☐ Otra (especifique) | | |

LACTANCIA MATERNA

32.- ¿Cuál de las siguientes es señal de baja producción de leche?

- | | |
|---|--|
| ☐ El bebé llora mucho y no duerme en la noche | ☐ El bebé pide frecuentemente el seno |
| ☐ No sentir los senos "llenos" o no mojar la ropa | ☐ Extraerse poca leche después de una toma |
| ☐ Todas las anteriores | ☐ Ninguna de las anteriores |

33.- Antes de ofrecer el seno es necesario:

- | | |
|--|--|
| ☐ Lavar con agua y jabón | ☐ Limpiar con agua y lubricar con un poco de leche |
| ☐ Limpiar con agua tibia | ☐ Con el baño diario es suficiente |

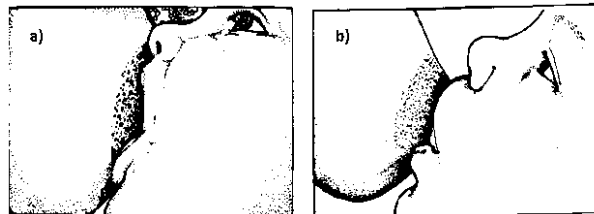
34.- ¿En caso de padecer un resfriado se debe continuar con la lactancia?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| ☐ Sí | ☐ No |
|--------------------------|--------------------------|

35.- Si el médico receta un antibiótico debido a una mastitis, ¿se puede continuar con la lactancia?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| ☐ Sí | ☐ No |
|--------------------------|--------------------------|

36.- De la siguiente imagen ¿cuál agarre es correcto?



- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|---|
| ☐ a) | ☐ b) | ☐ a) y b) son correctos | ☐ Ninguno es correcto |
|--------------------------|--------------------------|---|---|

37.- ¿Al aparecer los primeros dientes se deben suspender las tomas nocturnas debido a que la lactancia favorece las caries?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| ☐ Cierto | ☐ Falso |
|------------------------------|-----------------------------|

38.- ¿Cada cuándo debe ofrecerse el seno a los bebés?

- | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Cada 3 horas | ☐ Cada 2 horas | ☐ Cada 4 horas |
| ☐ Cada que el bebé lo pida | | |

40.- ¿Hasta qué edad se debe continuar con la lactancia junto con alimentación complementaria?

- ☐ Hasta 6 meses ☐ Hasta 12 meses ☐ Hasta 2 años ☐ Al menos 2 años

41.- ¿Es necesario alimentar con un poco de fórmula a los bebés en los primeros días de vida mientras empieza a producirse leche?

- ☐ Sí ☐ No

42.- Si una madre debe regresar a trabajar:

- ☐ Es mejor no iniciar la lactancia para evitarse problemas ☐ Debe acostumbrar a su bebé a tomar fórmula dos semanas antes de regresar al trabajo
- ☐ En la guardería le pueden dar fórmula y la mamá el seno cuando pueda ☐ Se puede extraer la leche, almacenarla y que el bebé la tome en su ausencia

43.- Creencias culturales y prácticas sociales relacionadas con la lactancia materna

Elija la respuesta que más se ajuste a su opinión

44.- Descubrirse la espalda ocasiona que se deje de producir leche materna

- ☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

45.- No se debe dar ningún alimento diferente a la leche materna/fórmula antes de los 6 meses de vida

- ☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

46.- No se debe ofrecer el pecho cuando se ha tenido un susto muy fuerte

- ☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

47.- Todos los bebés necesitan tomar un poco de agua desde que nacen para mantenerse hidratados

- ☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

48.- Para que los bebés no tengan hambre es necesario darles un poco de fórmula en lo que “baja la leche”

- ☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

49.- Si se carga mucho a los bebés se pueden “embracilar”

- ☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

50.- Los téis no son nutritivos y pueden causar alergias a los bebés

- ☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

51.- Lo mejor para un bebé amamantado es que comparta la cama con su mamá si los dos están sanos

- ☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

52.- Es bueno ofrecer pequeñas probaditas de comida desde los cuatro meses para que los bebés se acostumbren a los nuevos sabores.

- ☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

53.- La lactancia “a libre demanda” significa leche materna por todo el tiempo que el bebé lo desee pero cada 3 o 4 horas

- ☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

54.- Para que el papá también participe en la crianza y cree un vínculo con su bebé le debe dar biberón

☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

55.- Es posible que los bebés se “enlechen”

☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

56.- No existe evidencia que indique que ciertos alimentos como el atole o la cerveza aumenten la producción de leche

☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

57.- Es necesario utilizar leche de fórmula para brindarle al bebé los nutrientes que no proporciona la leche materna

☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

58.- Si se está tomando medicamento lo mejor es suspender la lactancia

☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

59.- Hay fórmulas para bebés iguales o mejores que la leche materna.

☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

60.- Cuando un bebé escupe o regurgita leche materna es porque le cae mal y es mejor darle sólo fórmula

☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

61.- Si existe un nuevo embarazo lo recomendable es que se suspenda la lactancia

☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

62.- Las mujeres pueden amamantar en cualquier lugar público sin necesidad de cubrirse

☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

63.- Demasiadas tomas de leche materna al día ocasionarán caries u obesidad en los bebés

☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

64.- Si un bebé de 4 meses está bajo de peso lo recomendable es comenzar a darle otros alimentos

☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

65.- Al comenzar con la alimentación complementario primero se da papilla y luego se ofrece el pecho

☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

66.- Con la información y el apoyo adecuado, es posible trabajar y continuar con éxito la lactancia exclusiva

☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

67.- Un bebé de un año ya debe ser capaz de dormir durante toda la noche.

☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

68.- Un niño de 3 años que continúa con la lactancia seguramente tendrá problemas de todo tipo cuando sea mayor.

☐ Muy de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Muy en desacuerdo

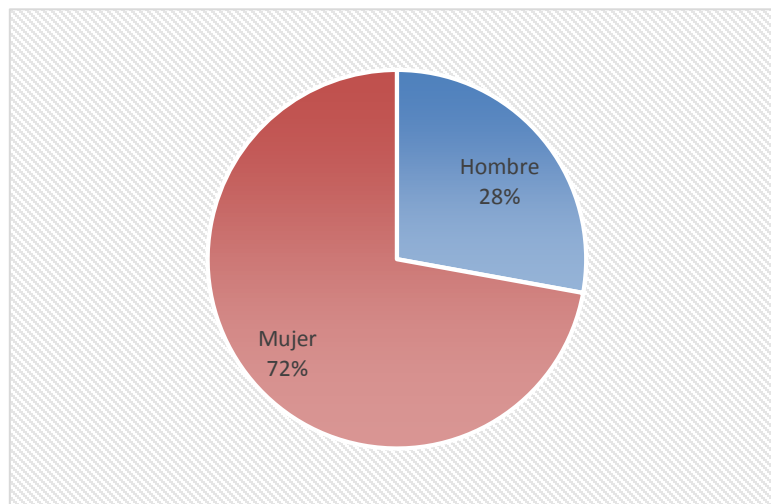
¡Gracias por sus respuestas!

Anexo III Resultados generales de la encuesta para personal de salud.

Datos estadísticos dentro del cuestionario para personal de salud.

Sexo:

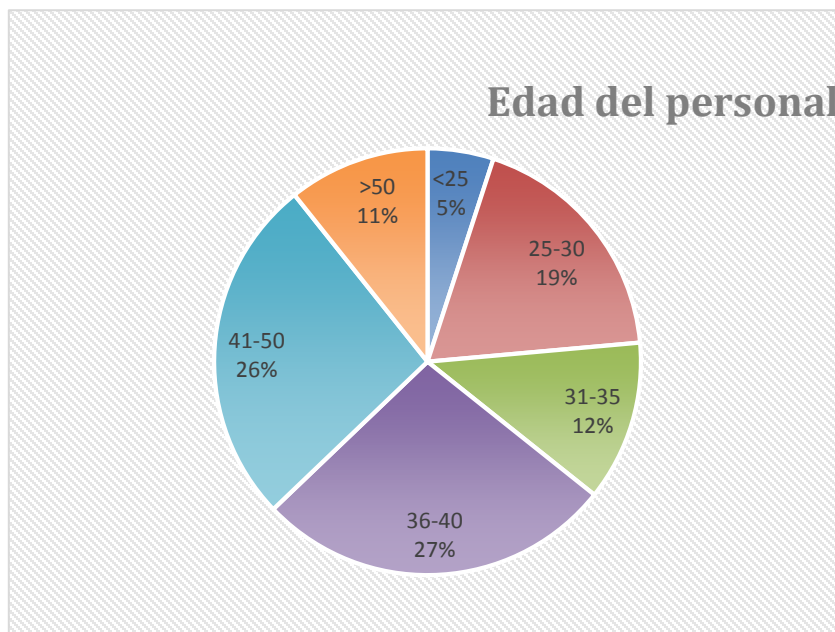
Gráfica 19. Sexo del personal de salud



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Edad:

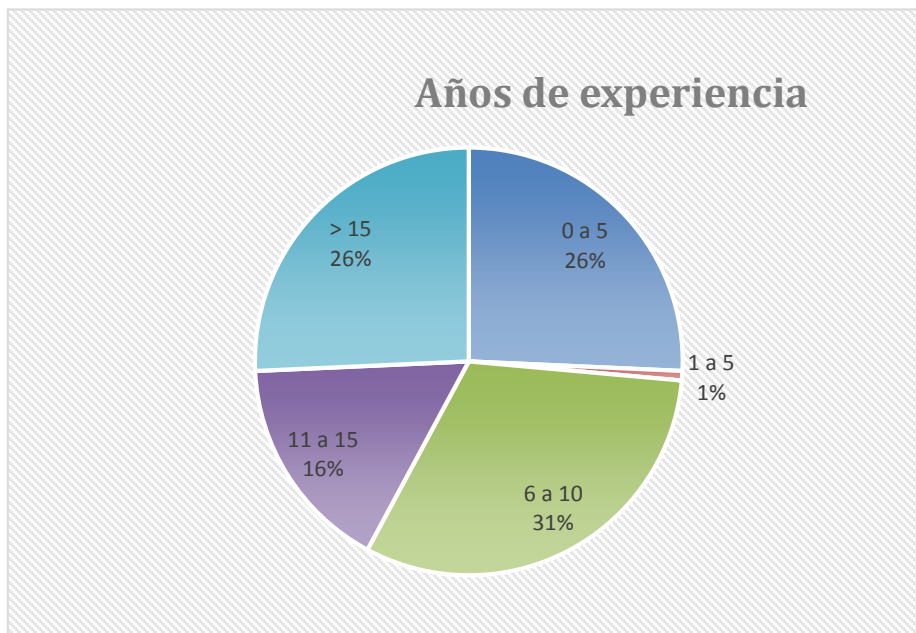
Gráfica 20. Edad del personal de salud



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Años de experiencia:

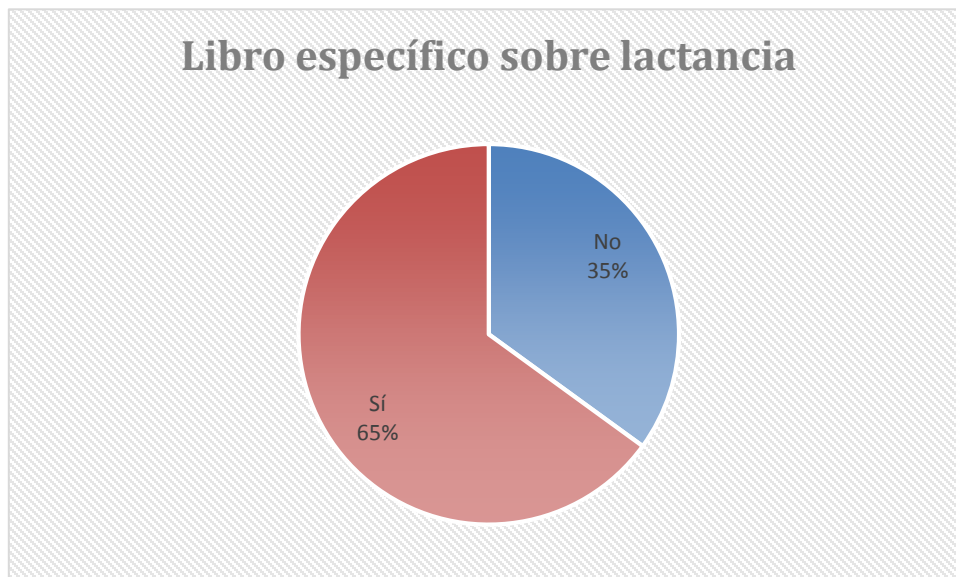
Gráfica 21. Años de experiencia laboral del personal de salud



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

He leído al menos un libro específico en el tema de la lactancia materna.

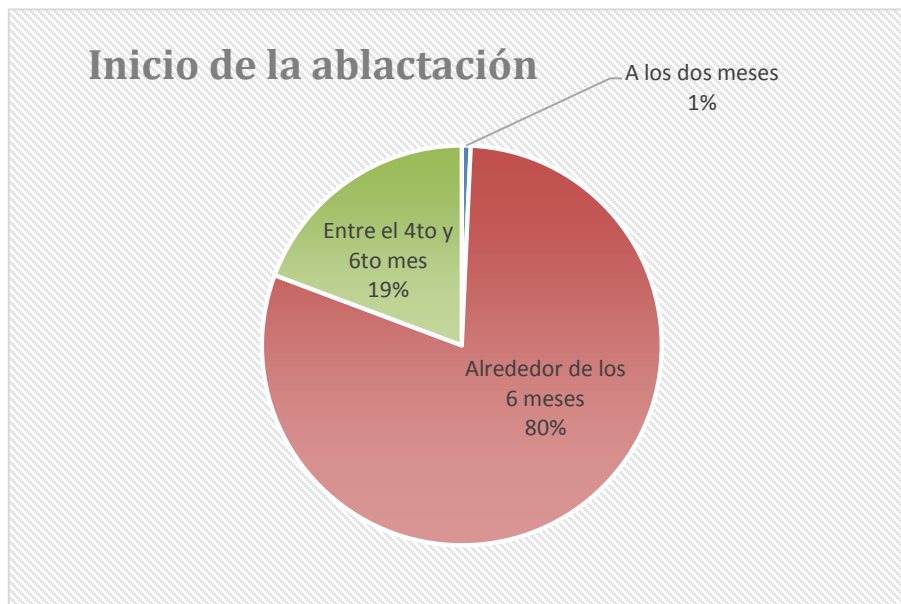
Gráfica 22. Lectura específica en lactancia materna.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿A qué edad se recomienda comenzar con la ablactación?

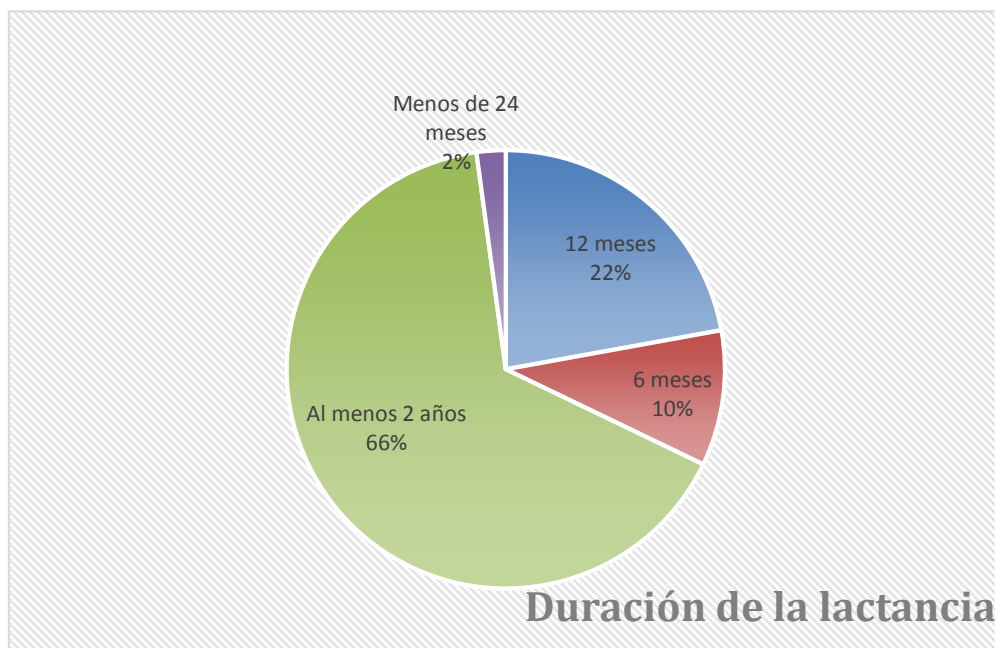
Gráfica 23. Recomendación del inicio de la ablactación.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Hasta cuándo debe continuarse la lactancia junto con la alimentación complementaria?

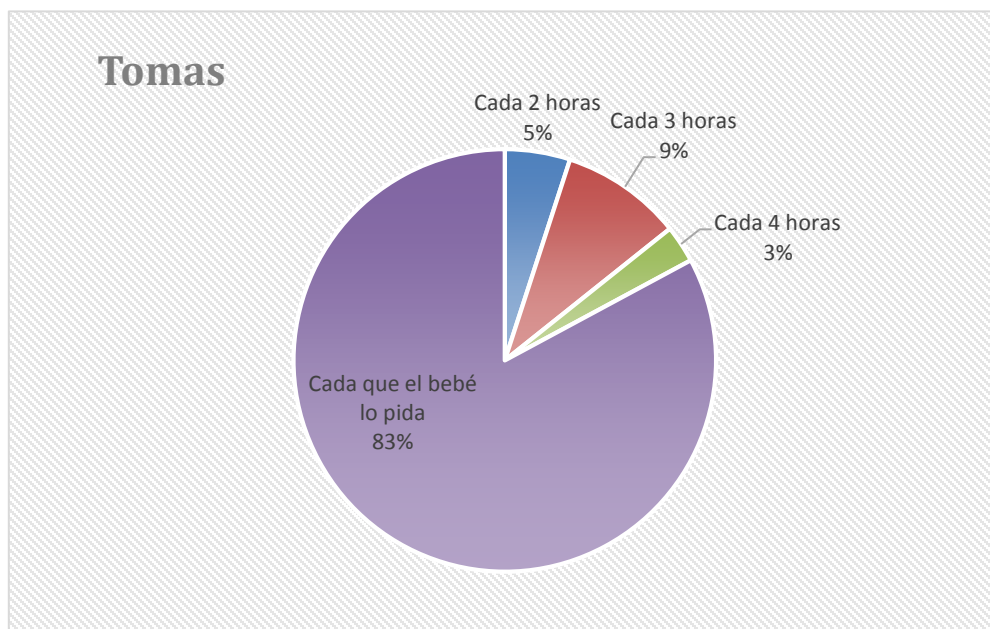
Gráfica 24. Duración óptima de la lactancia.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Cada cuándo se debe ofrecer el seno a los bebés amamantados de manera exclusiva?

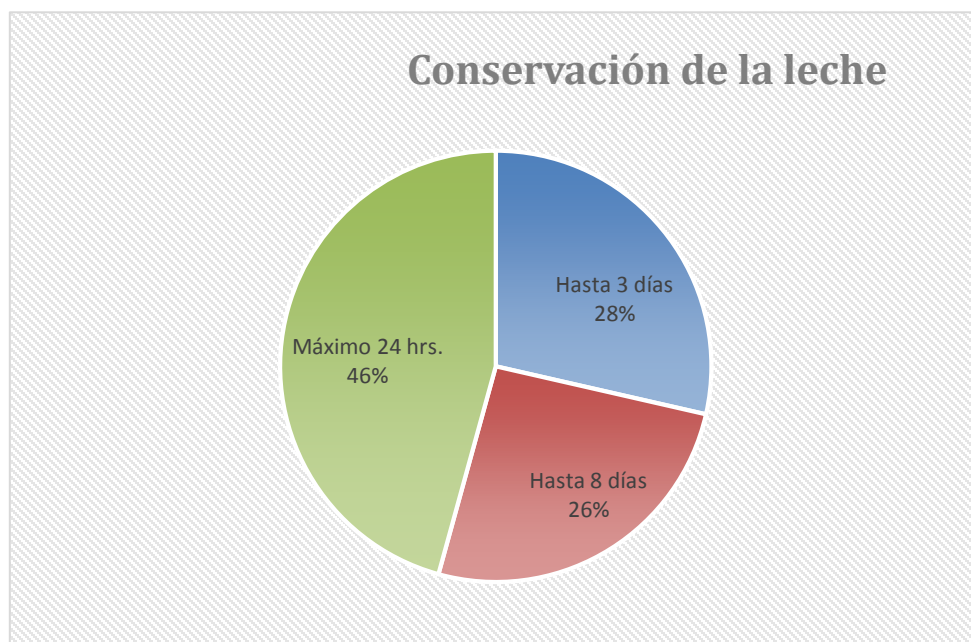
Gráfica 25. Frecuencia de las tomas.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Durante cuánto tiempo puede almacenarse leche materna dentro del refrigerador?

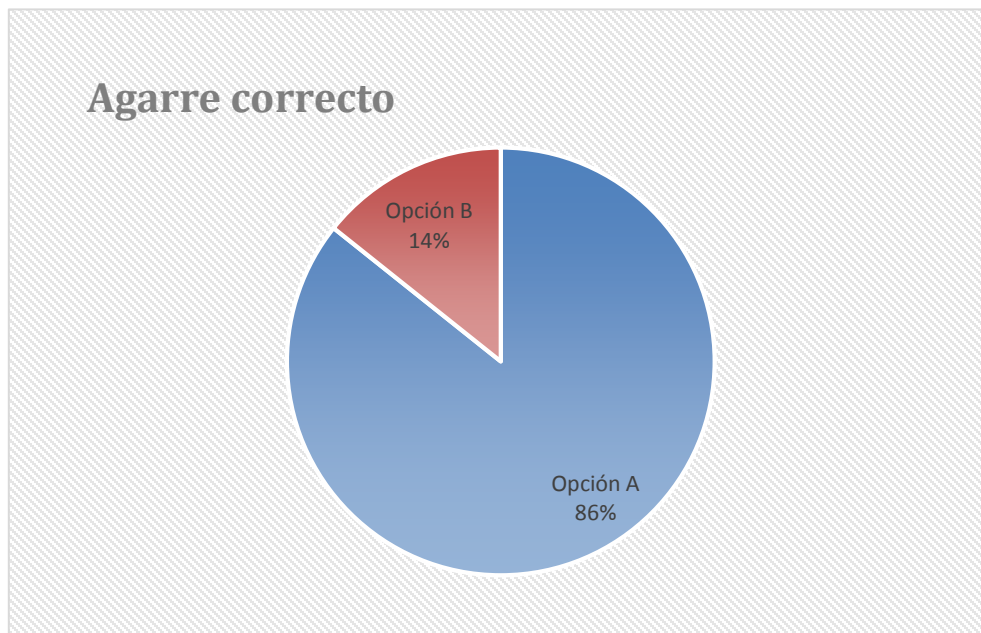
Gráfica 26. Conservación de la leche materna.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

De la siguiente imagen ¿cuál agarre es correcto?

Gráfica 27. Agarre correcto.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Antes de ofrecer el seno en cada toma es necesario:

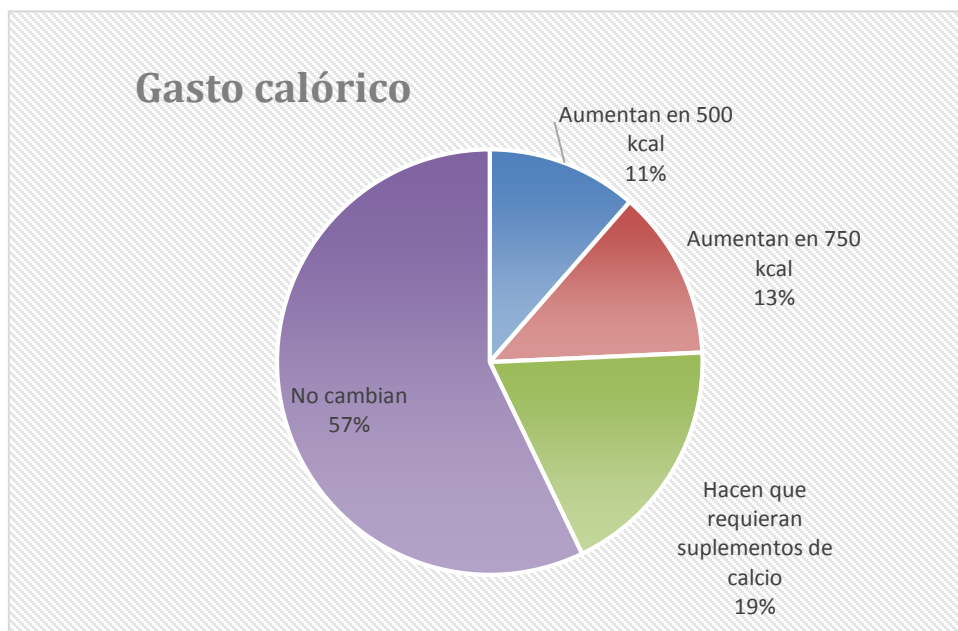
Gráfica 28. Higiene de los senos.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Durante la lactancia materna exclusiva los requerimientos maternos de las madres:

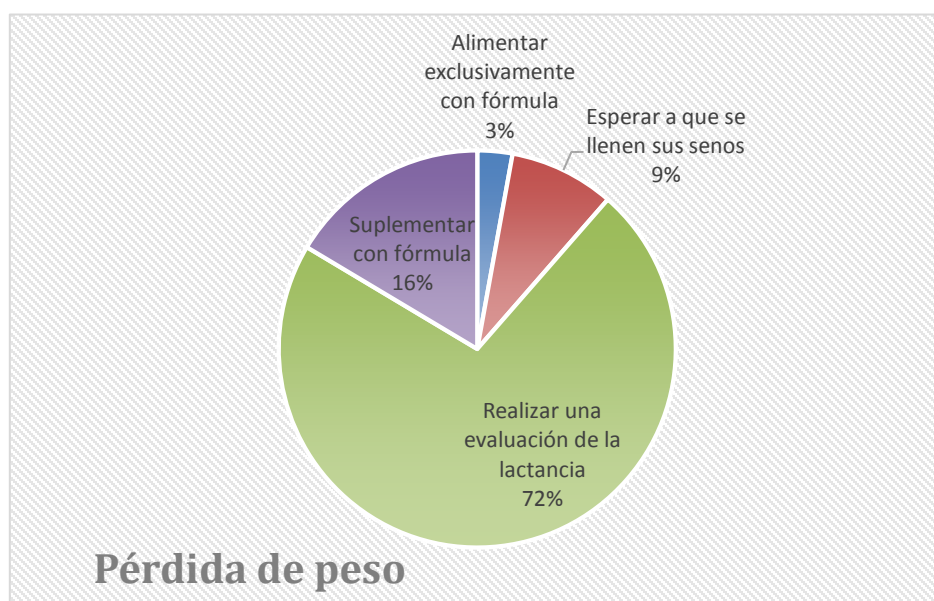
Gráfica 29. Requerimientos calóricos durante la LME.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Qué le recomendaría a una mamá de un bebé de dos semanas de edad que aún no ha recuperado su peso de nacimiento?

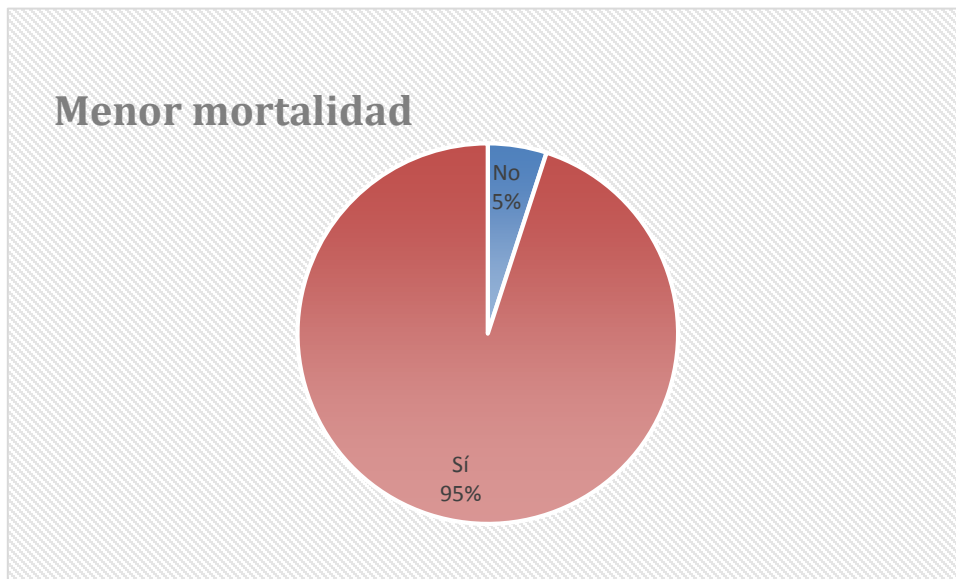
Gráfica 30. Recomendaciones para recuperar el peso de nacimiento.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Un bebé amamantado de manera exclusiva durante los primeros seis meses reduce en gran medida sus posibilidades de morir?

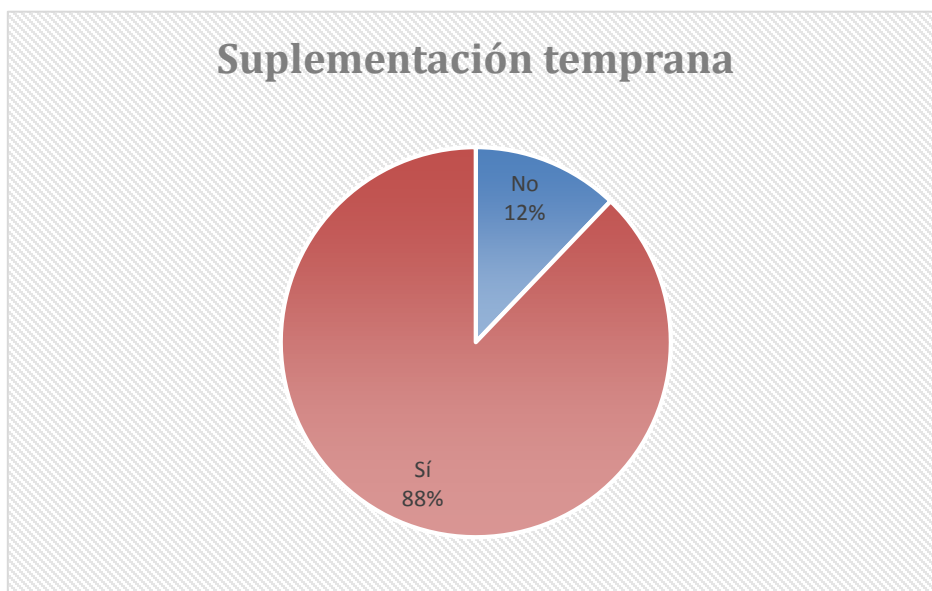
Gráfica 31. Lactancia y reducción de la mortalidad.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Suplementar con fórmula en los primeros días de vida conlleva a un mayor riesgo de abandono de la lactancia materna.

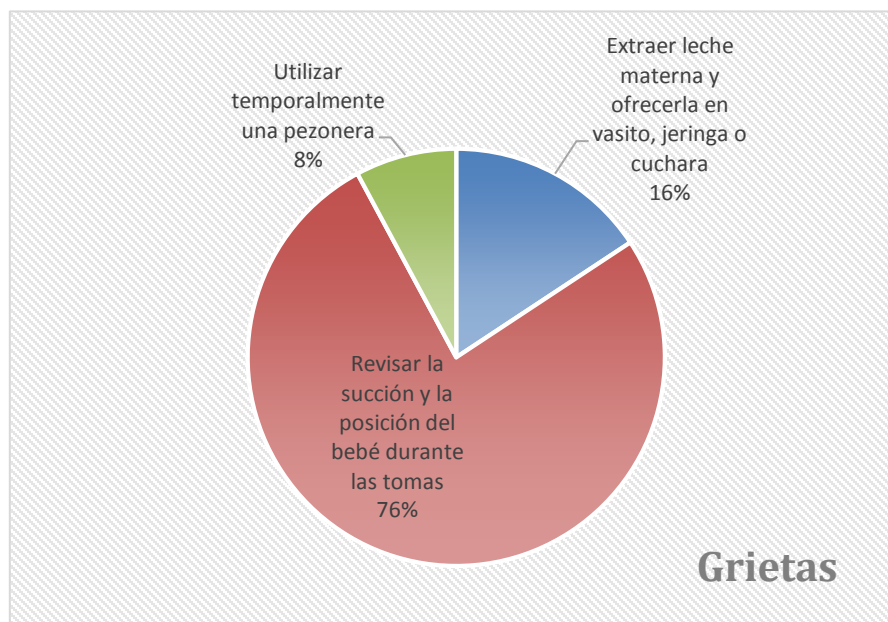
Gráfica 32. Suplementación temprana con sucedáneos.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Qué es lo primero que debe hacerse cuando una madre se queja de grietas y dolor al amamantar?

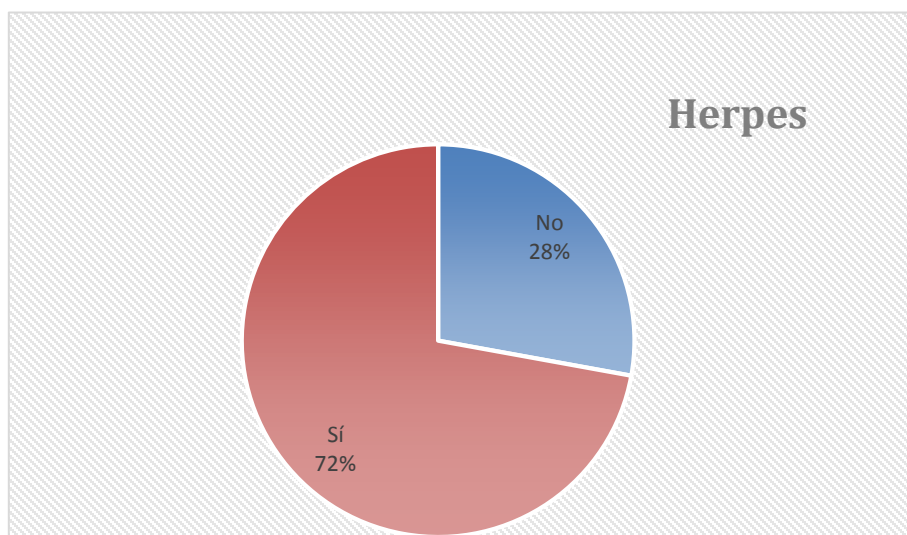
Gráfica 33. Atención de las dificultades de la lactancia.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Se puede continuar la lactancia cuando una mamá padece herpes simple en un seno si sólo se alimenta del otro?

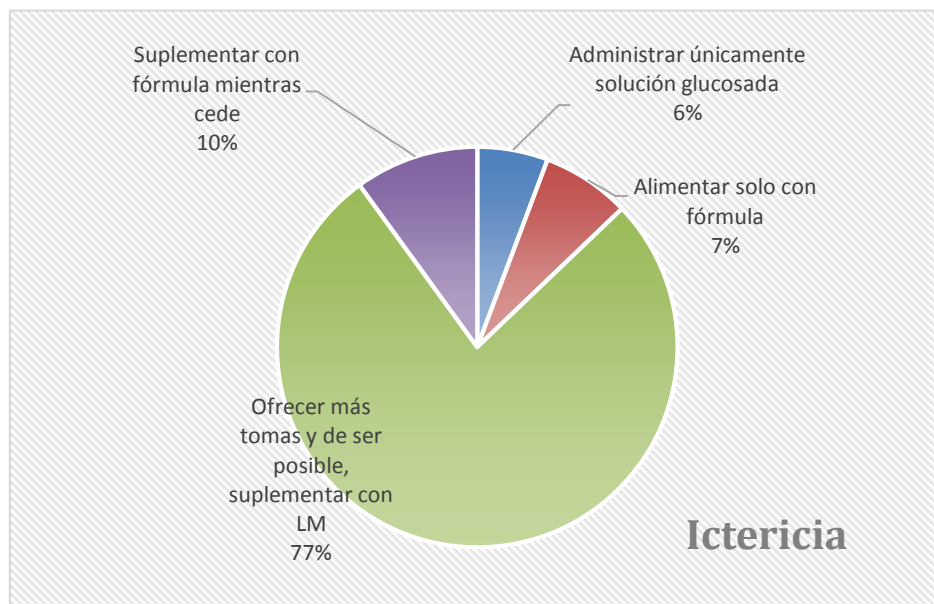
Gráfica 34. Lactancia y enfermedades.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Para un bebé con lactancia exclusiva, nacido a término y con un peso superior a 2.8 kgs. que presenta ictericia a los 5 días de vida, además de la fototerapia se indica:

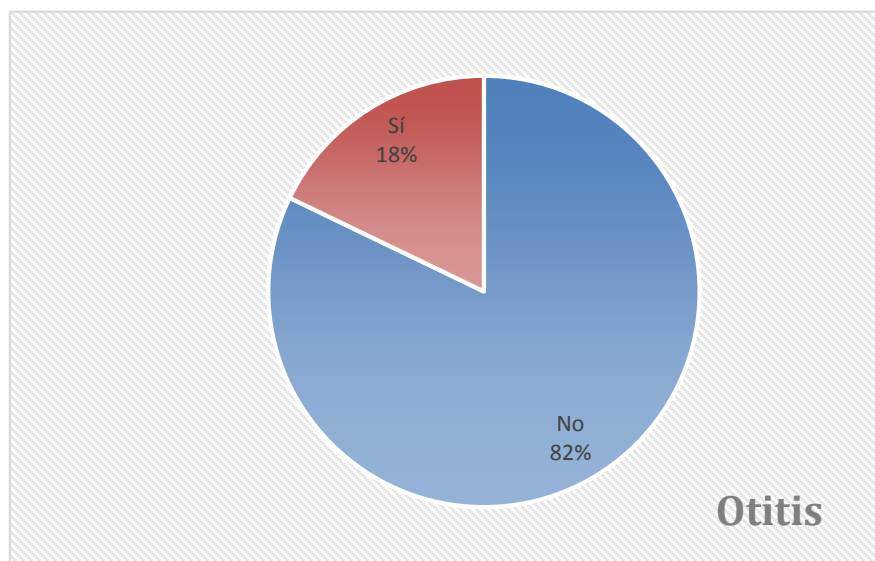
Gráfica 35. Tratamiento de la ictericia en bebés con LME.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿La lactancia materna en posiciones horizontales favorece la presentación de otitis media en los bebés?

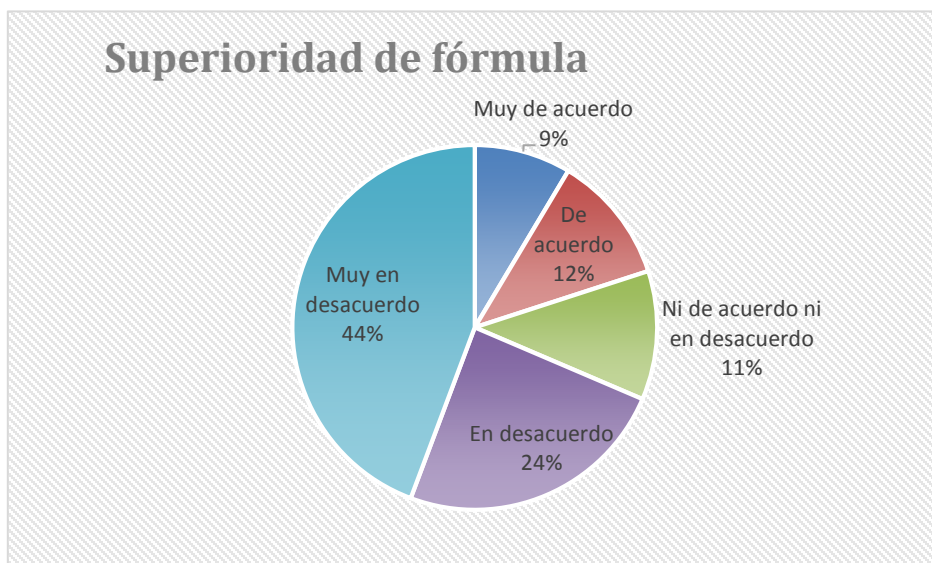
Gráfica 36. Lactancia y otitis.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

A partir de determinada edad la leche materna deja de ser nutritiva y es mejor recomendar la fórmula.

Gráfica 37. Superioridad de la fórmula.

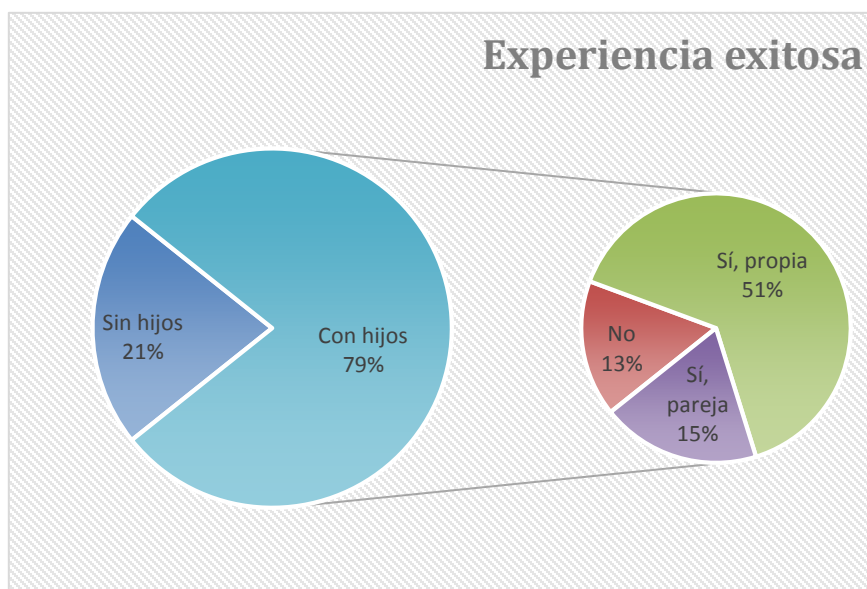


Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Actitudes en torno a la lactancia materna.

¿Ha tenido alguna experiencia personal exitosa en torno lactancia materna? (primeros 12 meses)

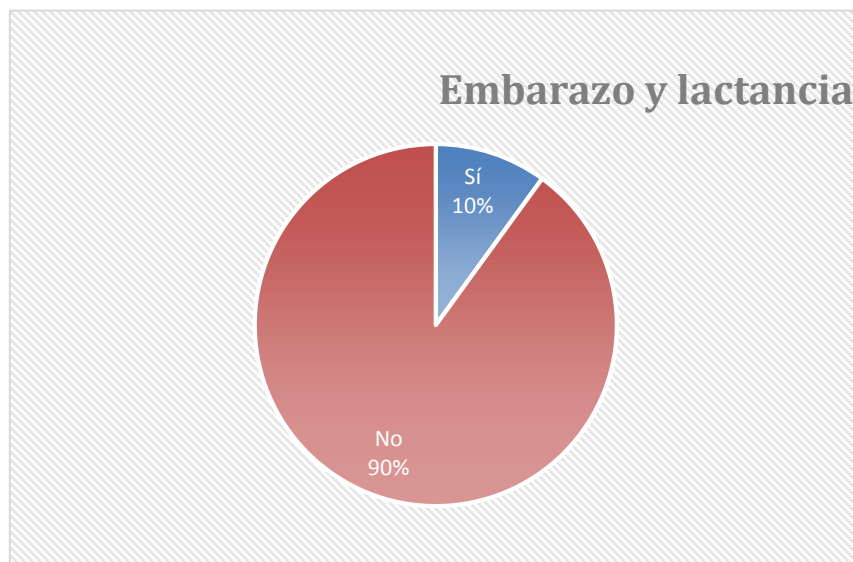
Gráfica 38. Experiencia personal exitosa en lactancia materna.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Considera que un nuevo embarazo es una contraindicación absoluta para continuar con la lactancia materna?

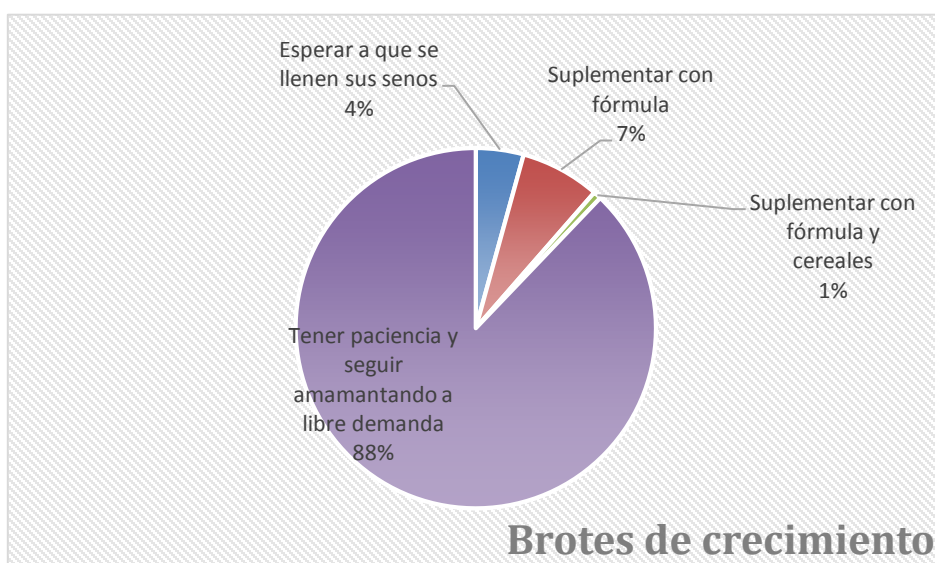
Gráfica 39. Lactancia en tándem.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Si una mamá se queja de que su bebé de alrededor de 12 semanas ha estado pidiendo tetadas cada hora desde hace un par de días y que se siente muy cansada, usted le dice que debería:

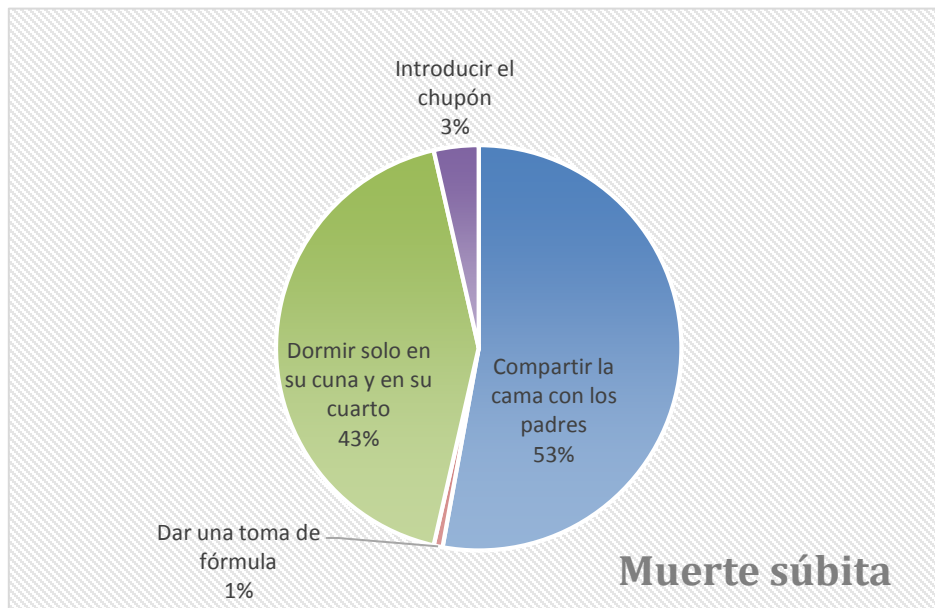
Gráfica 40. Atención a los brotes de crecimiento.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Cuál de los siguientes es un factor de reducción del riesgo del Síndrome de Muerte Súbita para un bebé sano y nacido a término que recibe lactancia materna exclusiva?

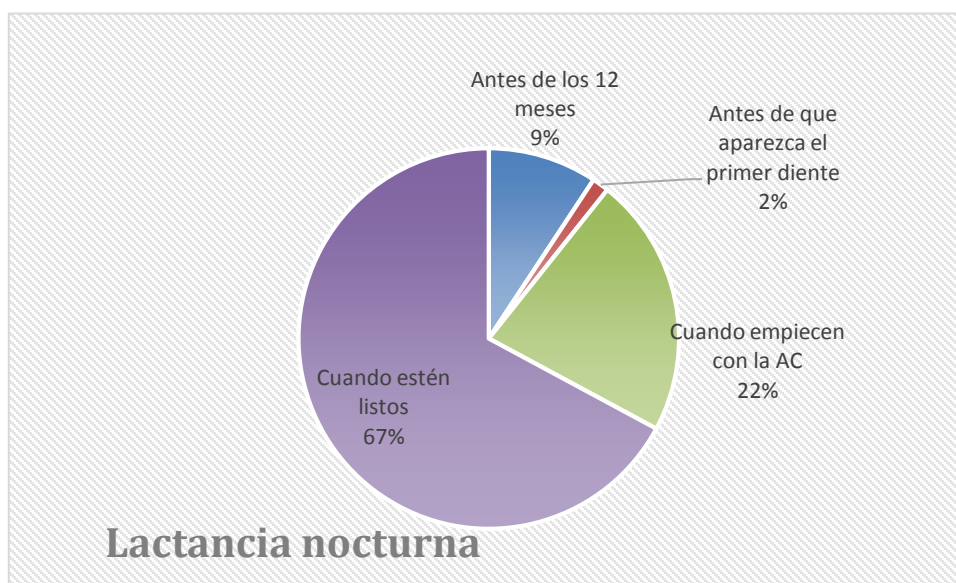
Gráfica 41. Reducción del riesgo de muerte súbita.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Los bebés deben dejar de hacer tomas nocturnas:

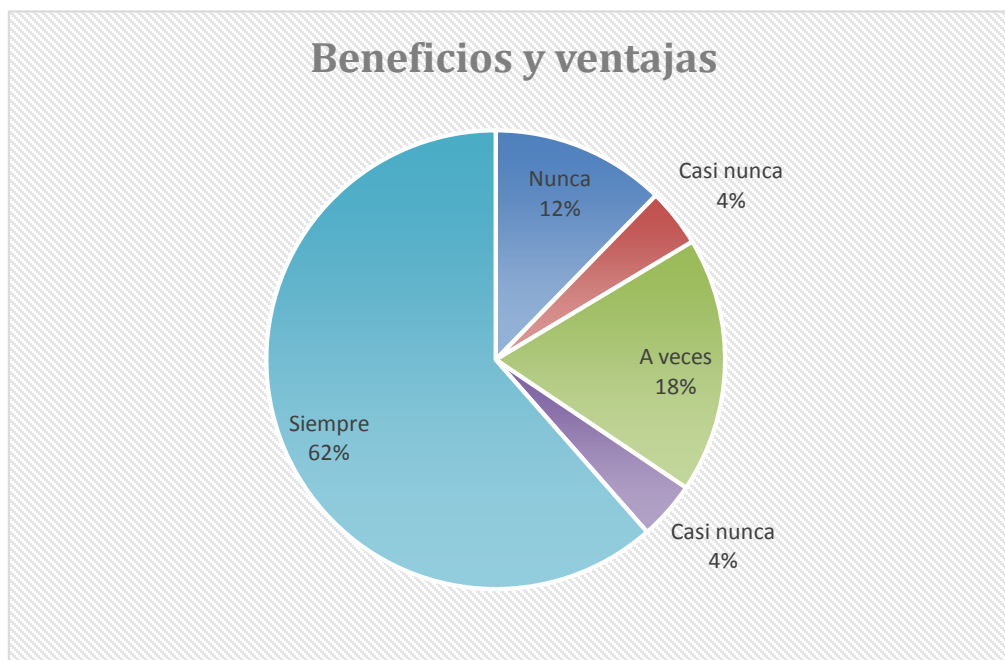
Gráfica 42. Tomas nocturnas en bebés con LME.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Discuto con mis pacientes/clientes los beneficios y ventajas de la lactancia.

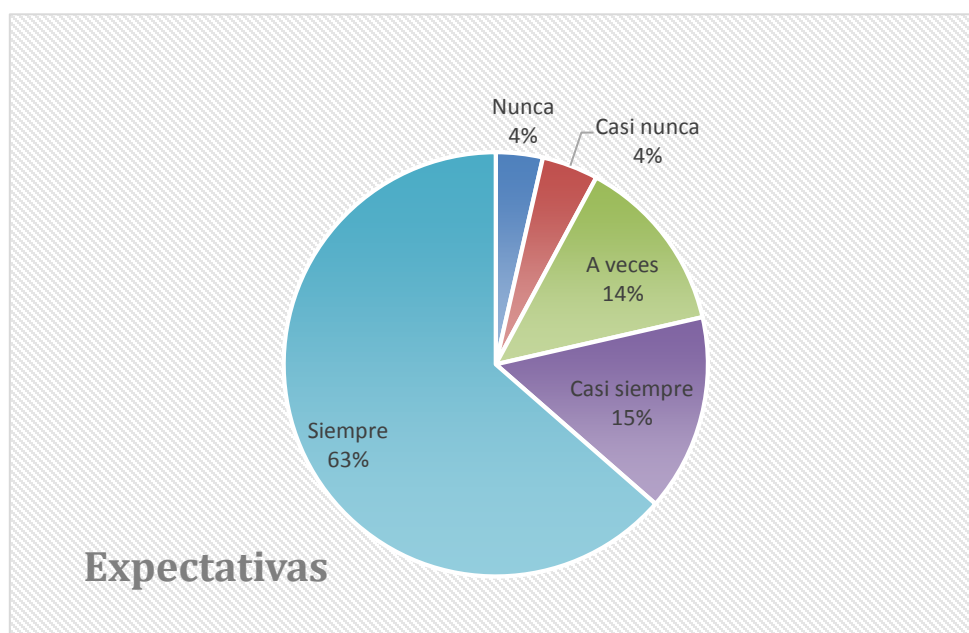
Gráfica 43. Discusión de beneficios y ventajas.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Platico con las madres sobre sus expectativas en torno a la lactancia y las ayudo a cumplirlas.

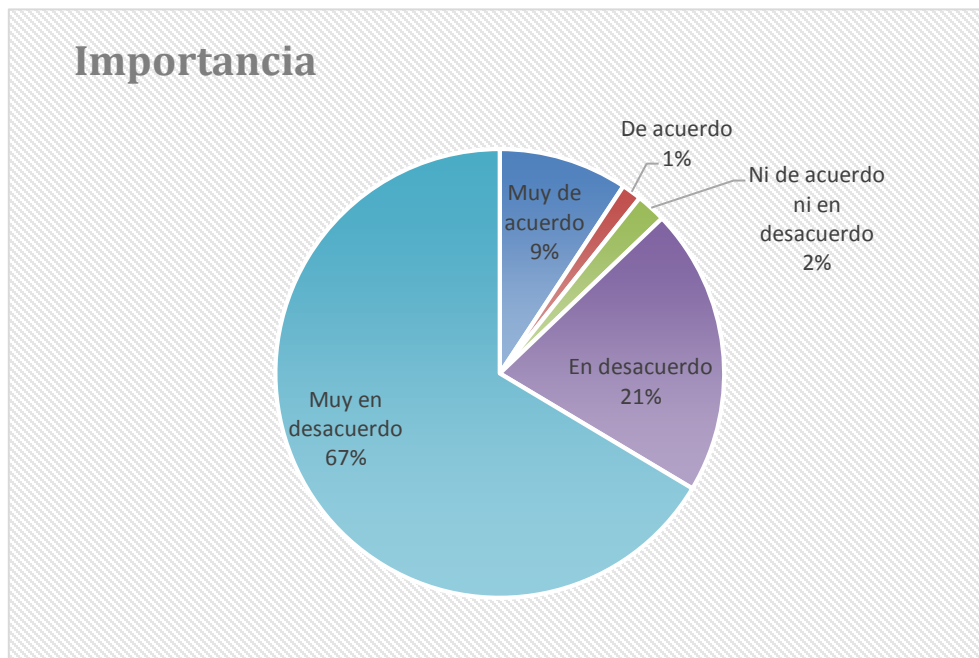
Gráfica 44. Apoyo a las expectativas.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Me parece que la lactancia materna no es importante para la salud y nutrición de los bebés.

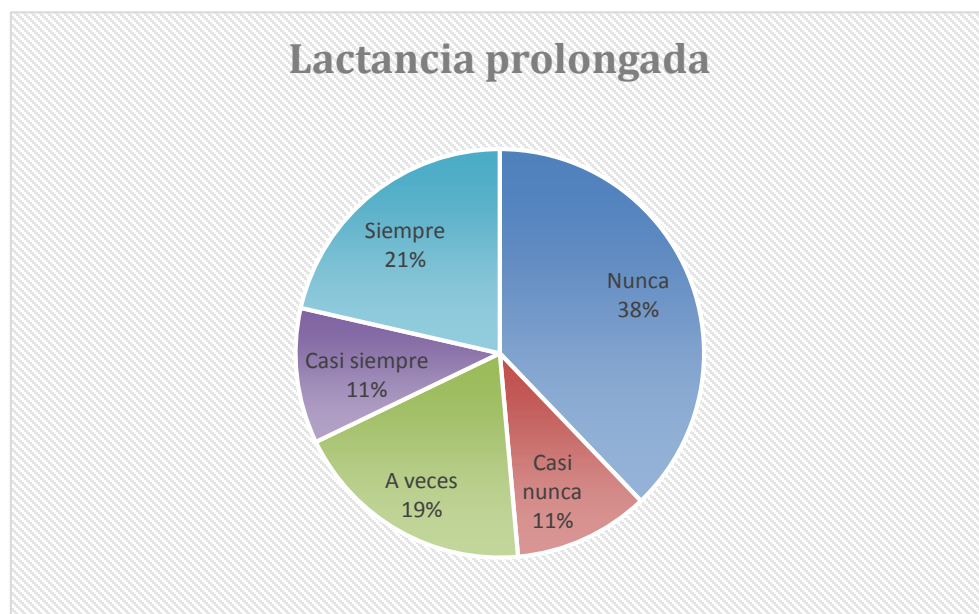
Gráfica 45. Importancia de la lactancia.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Es malo que un niño de 3 años y medio tome leche materna.

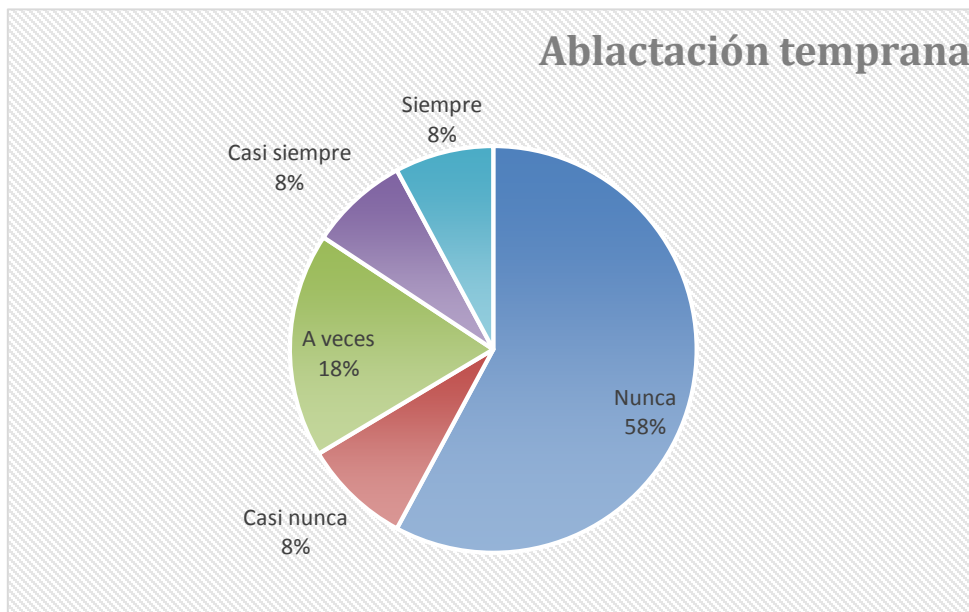
Gráfica 46. Lactancia en niños mayores.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Recomiendo que los bebés comiencen con la ablactación antes de los 6 meses.

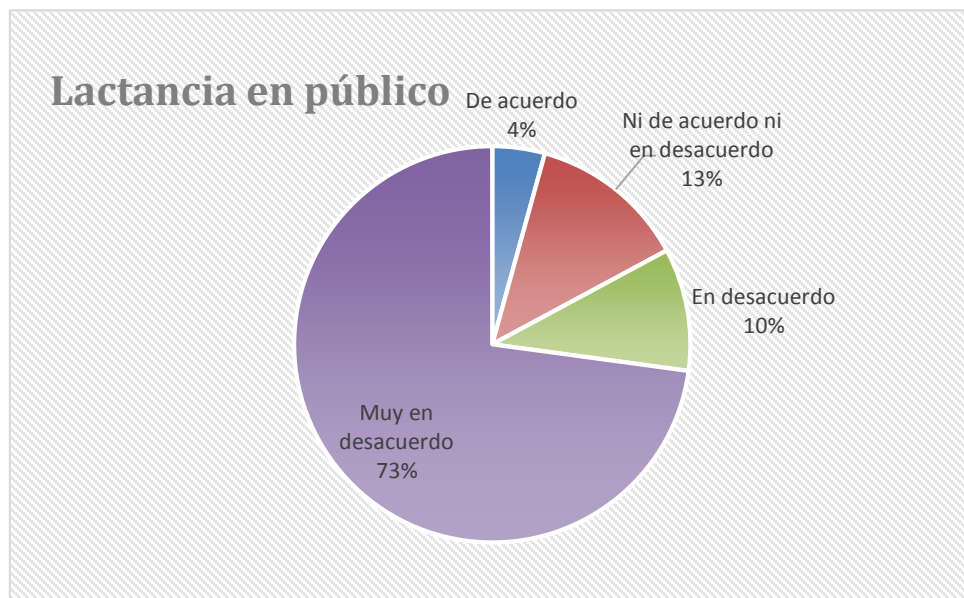
Gráfica 47. Inicio temprano de la ablactación.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Me parece incómodo ver que las madres amamantan en la calle sin cubrirse.

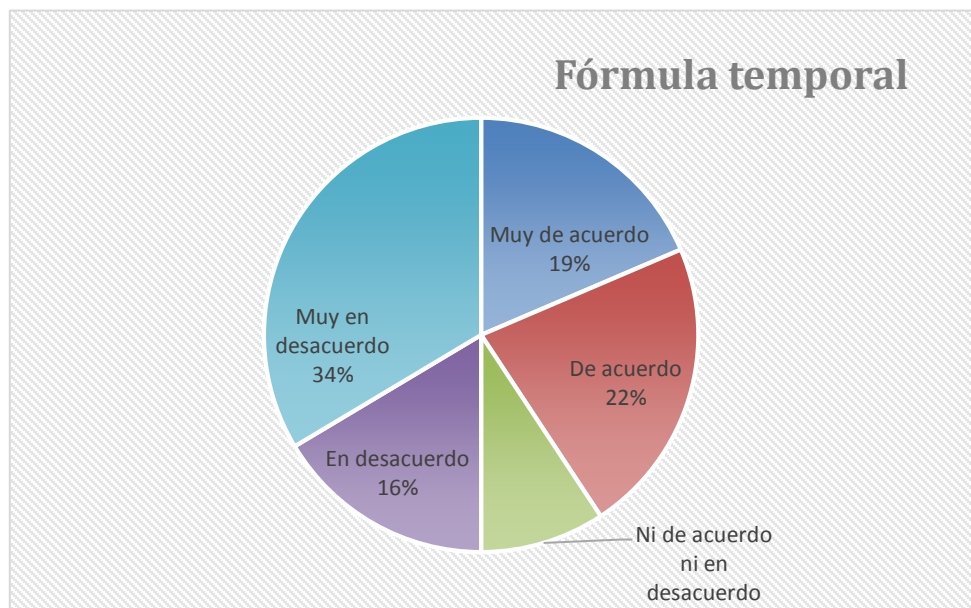
Gráfica 48. Lactancia en público.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Lo ideal es recetar fórmula solo mientras se atiende el problema de lactancia que ocasionó que se requiriera.

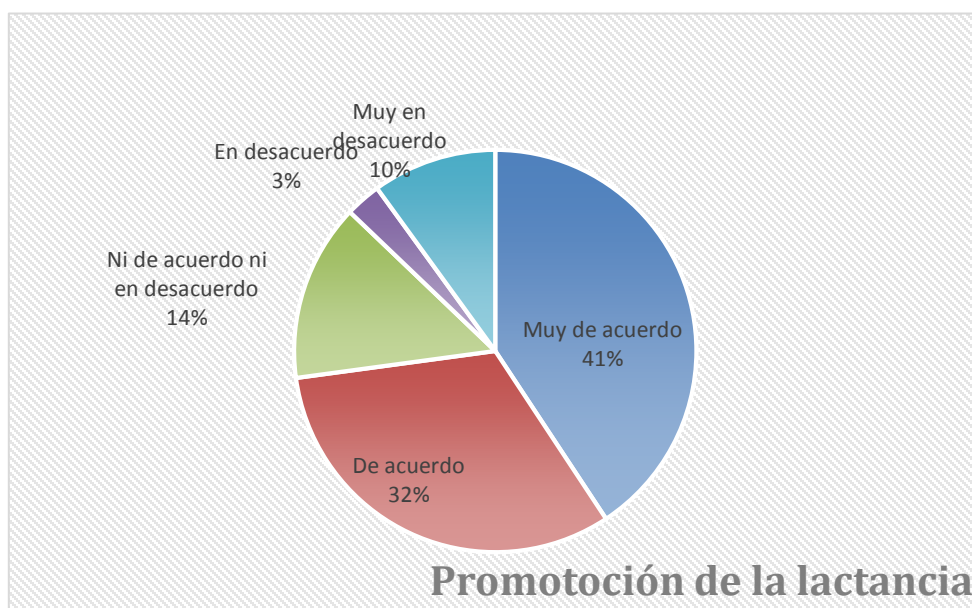
Gráfica 49. Indicación temporal de fórmula.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Me he convertido en un(a) promotor(a) de la lactancia.

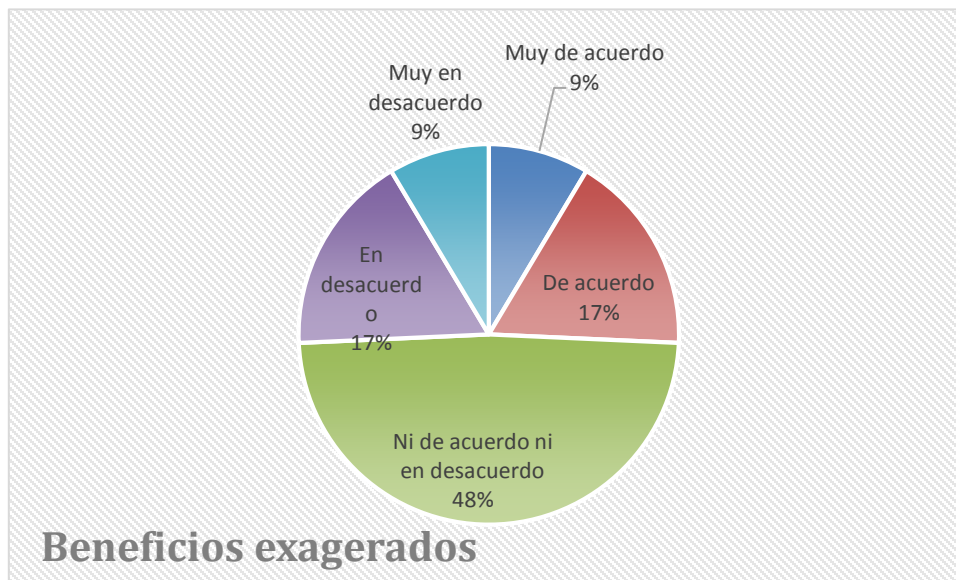
Gráfica 50. Promoción de la lactancia por parte del personal de salud.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Pienso que algunos beneficios de la lactancia se han exagerado.

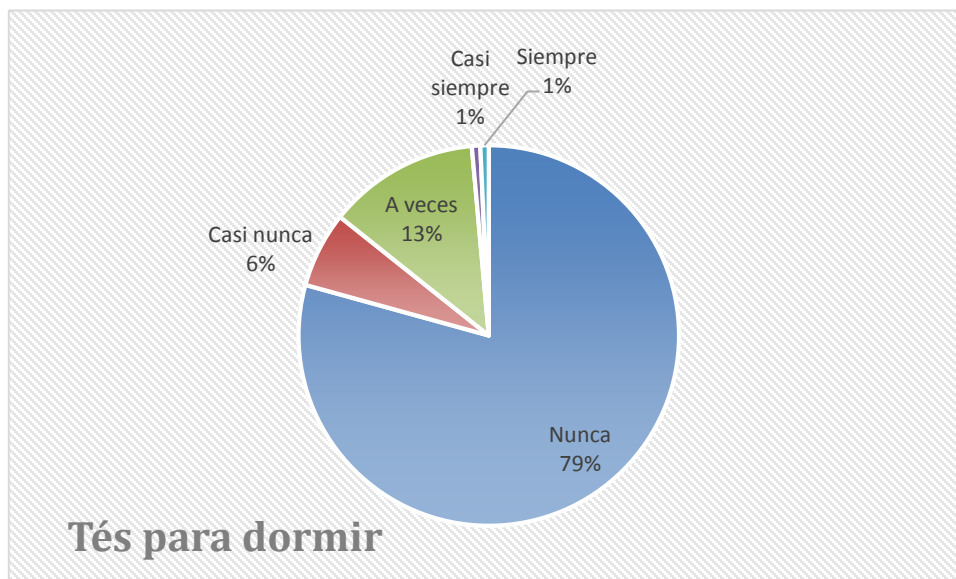
Gráfica 51. Exageración de los beneficios de la lactancia.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Si un bebé de menos de 6 meses no duerme al menos 6 horas continuas durante la noche, aconsejo a su mamá que le dé algún alimento o infusión antes de dormir para que lo logre.

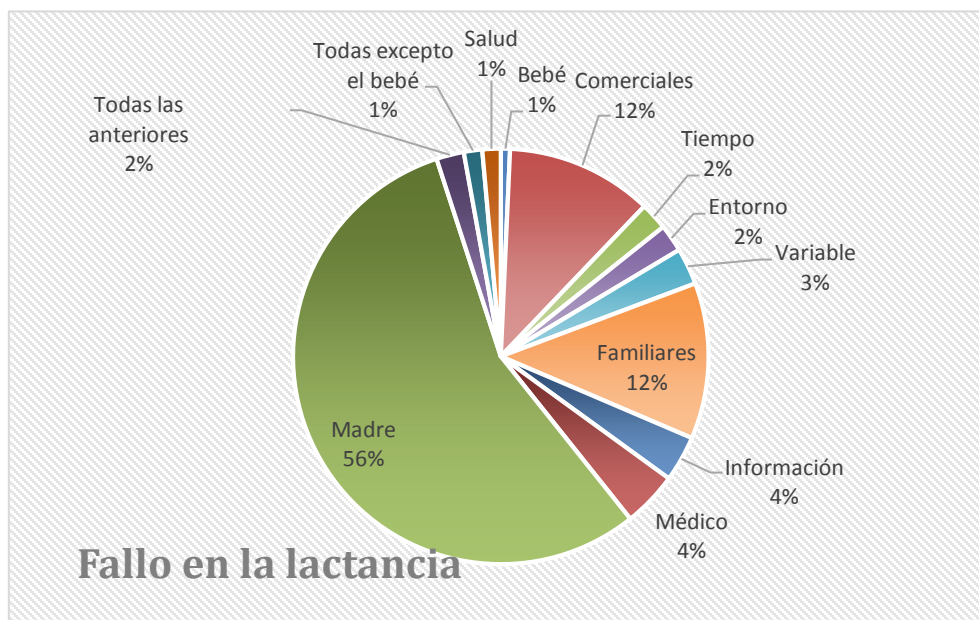
Gráfica 52. Uso de té para inducir el sueño.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Cuando no se logra la lactancia materna exclusiva es sobre todo por causa de:

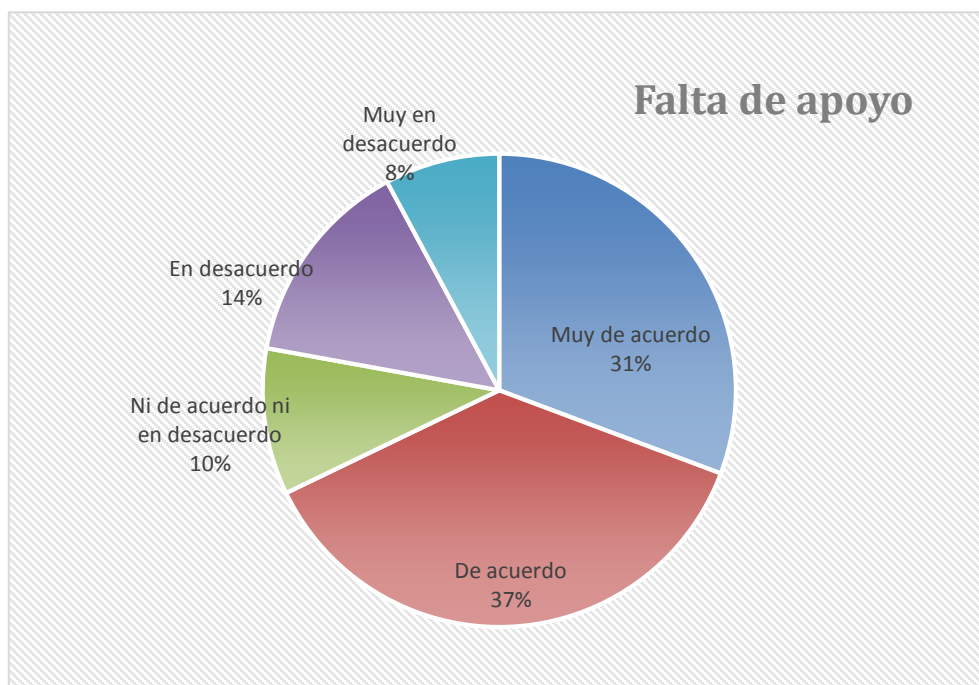
Gráfica 53. Fallo en la lactancia.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

A pesar de mis esfuerzos muchas madres no ponen de su parte para lograr la lactancia

Gráfica 54. Falta de apoyo en esfuerzos.

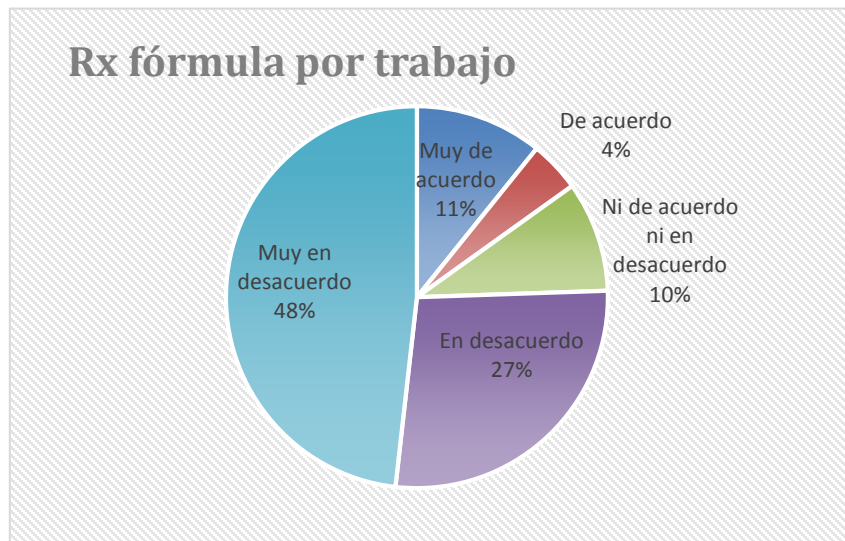


Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Situación laboral de la madre.

Si la madre tiene que regresar a trabajar lo mejor es recetarle fórmula a su bebé

Gráfica 55. Regreso al trabajo y continuación de la lactancia.

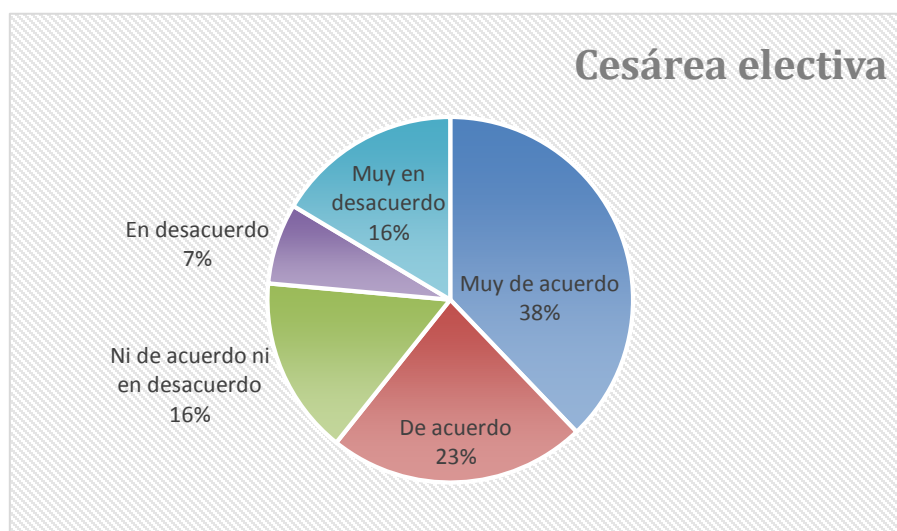


Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Atención perinatal.

Si una paciente me pide una cesárea electiva, converso con ella sobre los riesgos que conlleva esta cirugía incluyendo los relacionados a la lactancia

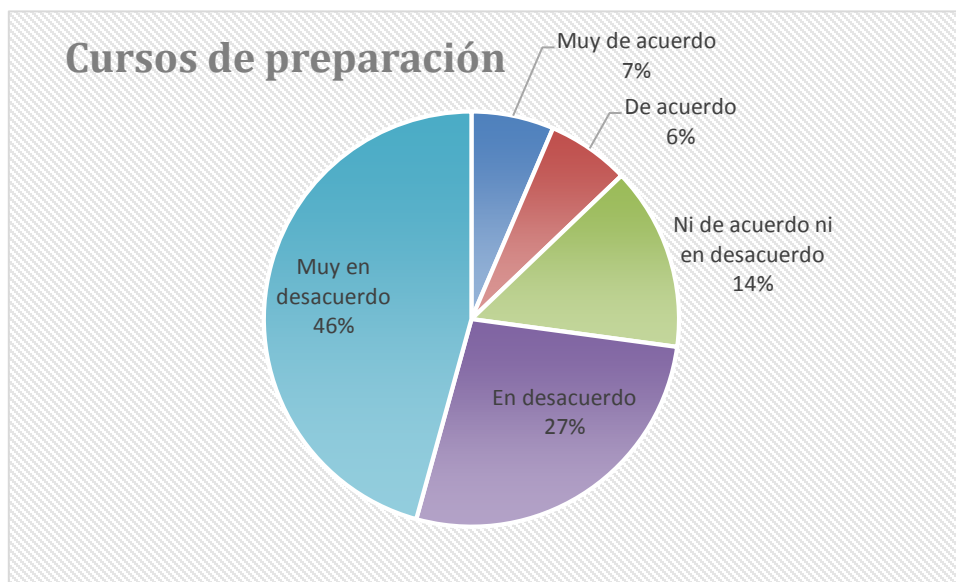
Gráfica 56. Cesárea electiva.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Los cursos psicoprofilácticos sólo hacen que las mamás sean más quejumbrosas cuando las atienden.

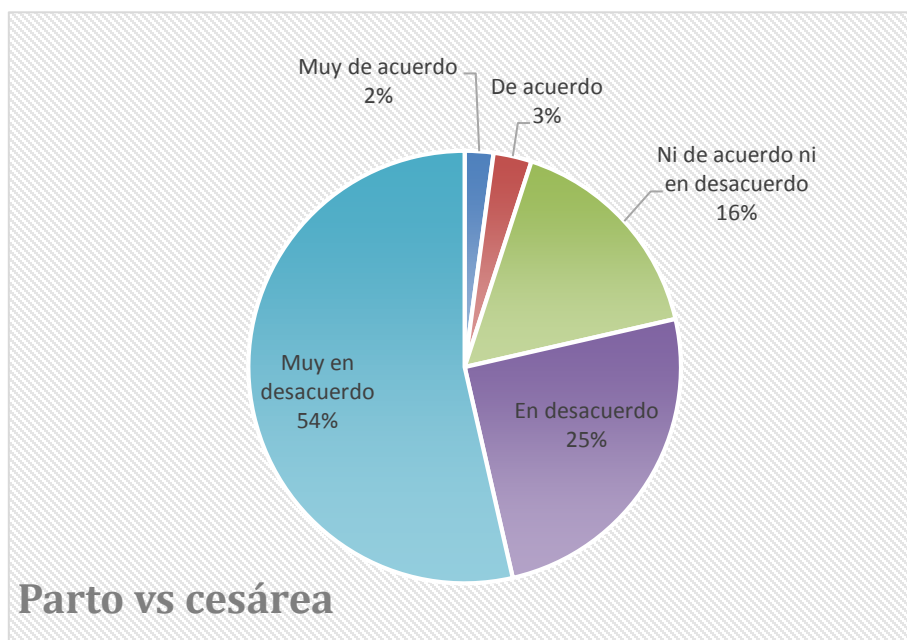
Gráfica 57. Curso de preparación para el nacimiento.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Me parece que las cesáreas son más seguras para los bebés que un parto

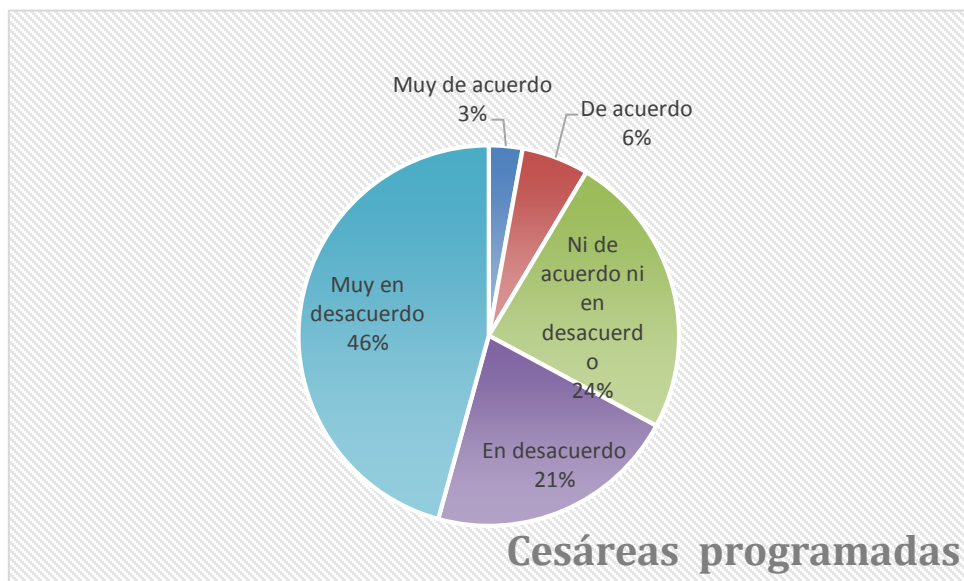
Gráfica 58. Preferencia por las cesáreas.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

He programado cesáreas (o sé de alguien que lo haya hecho) porque tengo algo que hacer en la fecha probable de parto (vacaciones, congresos, etc.)

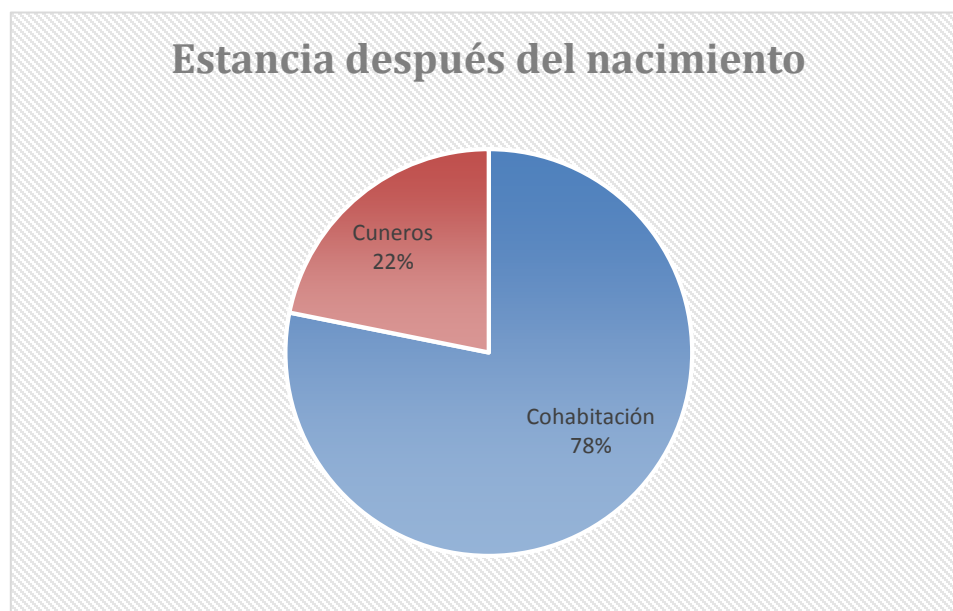
Gráfica 59. Programación de cesáreas.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Su bebé estuvo en cuneros o se mantuvo a su lado durante su estancia post-parto?

Gráfica 60. Cohabitación

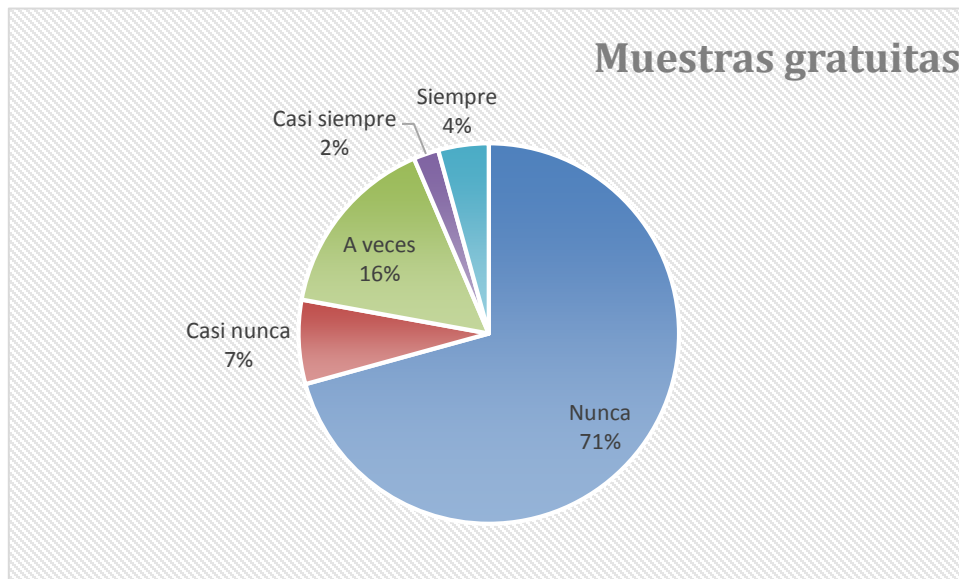


Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Respeto al CICSLM.

He regalado muestras gratuitas de fórmula a mis pacientes/clientes

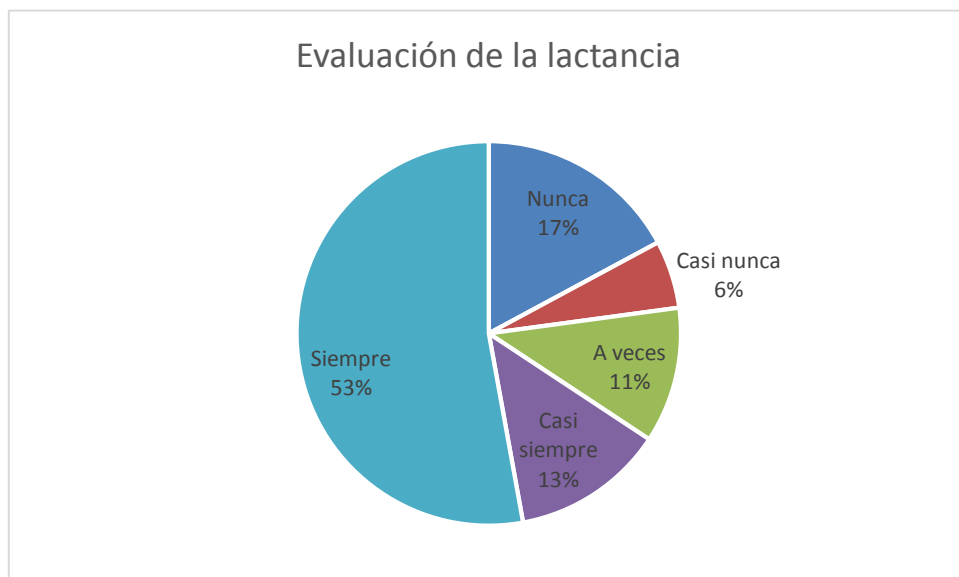
Gráfica 61. Fórmulas gratuitas.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Antes de recetar alguna fórmula me tomo el tiempo de revisar cómo se está llevando a cabo la lactancia y doy indicaciones para mejorarla.

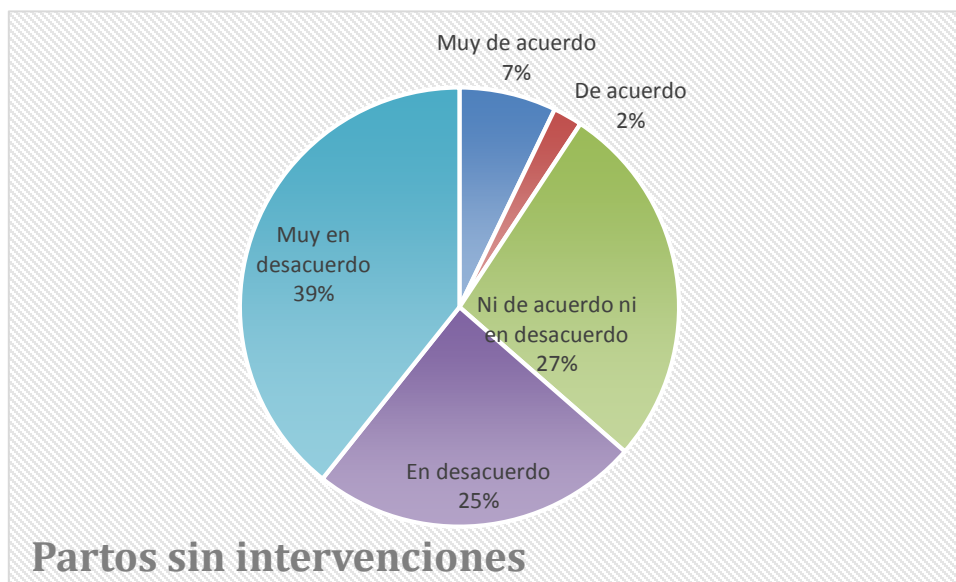
Gráfica 62. Evaluación de la lactancia.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Mi hospital me ha puesto trabas para atender partos sin intervenciones.

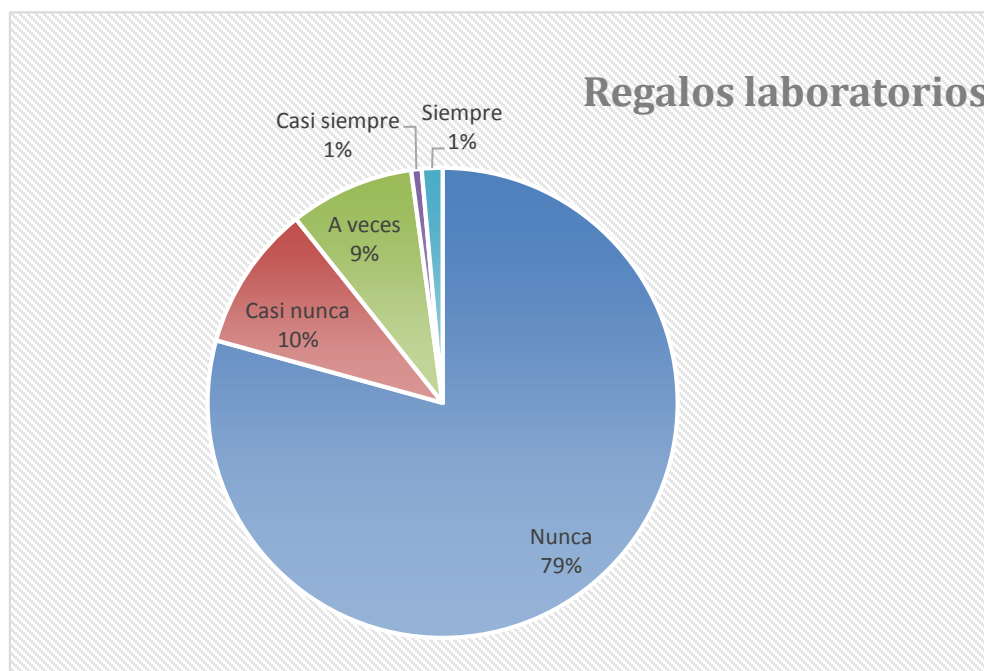
Gráfica 63. Facilidad de realizar partos sin intervenciones.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

He recibido algún regalo o beneficio por parte de los laboratorios que producen fórmula para bebé.

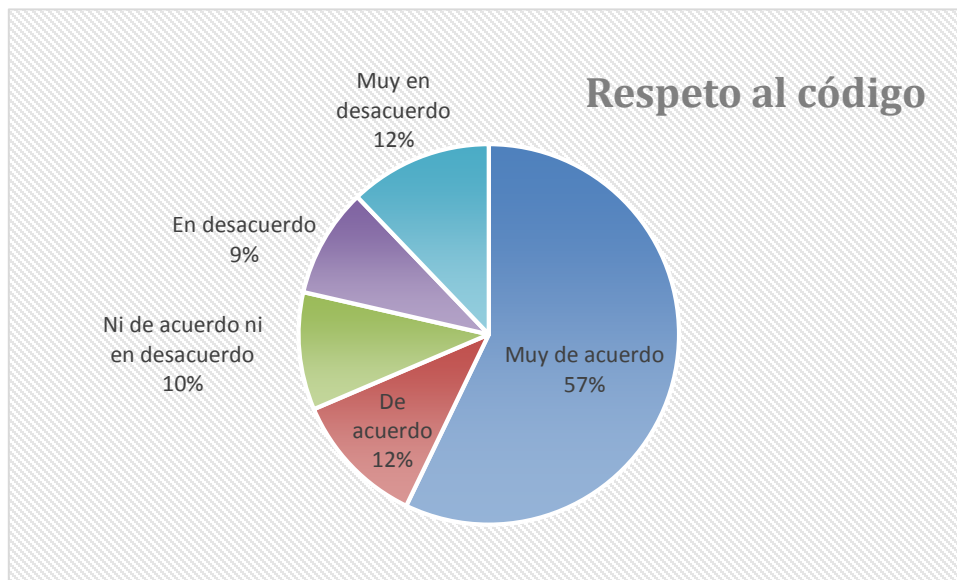
Gráfica 64. Regalos por parte de los productores de sucedáneos.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Lo mejor es no promocionar fórmulas lácteas para bebés menores de 1 año.

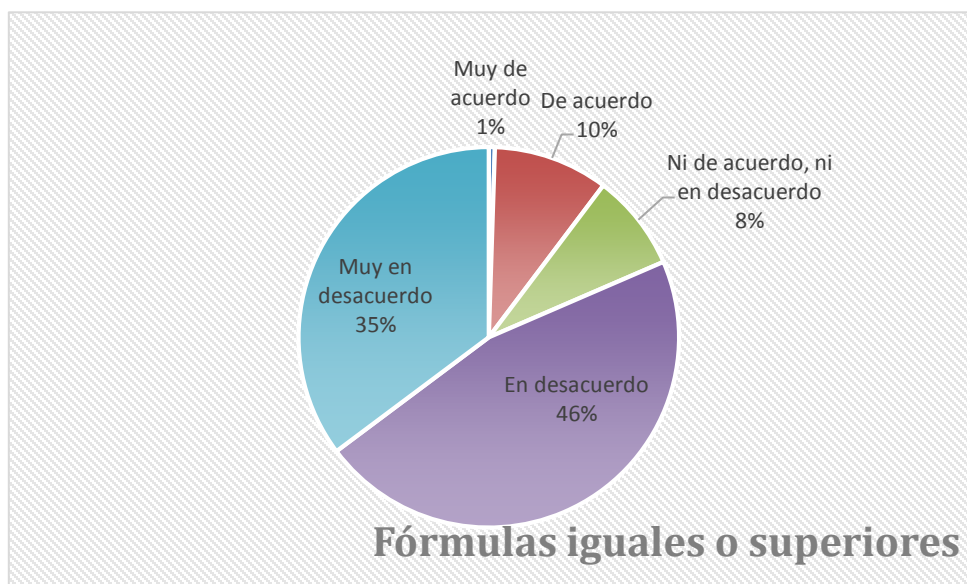
Gráfica 65. Respeto al Código.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Hay fórmulas para bebés iguales o mejores que la leche materna.

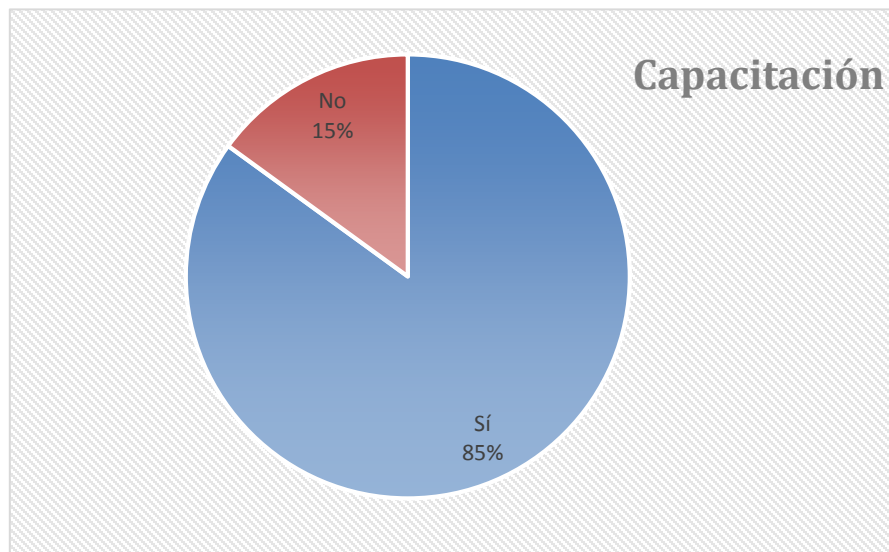
Gráfica 66. Igualdad o superioridad de las fórmulas.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Ha tenido capacitación específica en temas de lactancia materna?

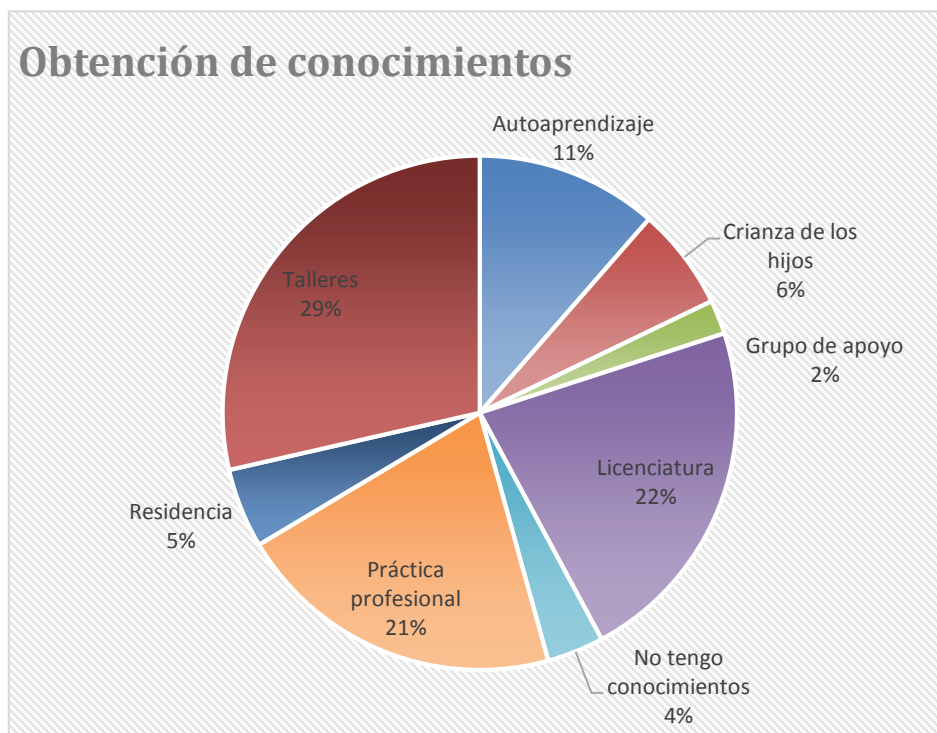
Gráfica 69. Capacitación específica en lactancia materna.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Dónde obtuvo sus conocimientos en torno a la lactancia materna?

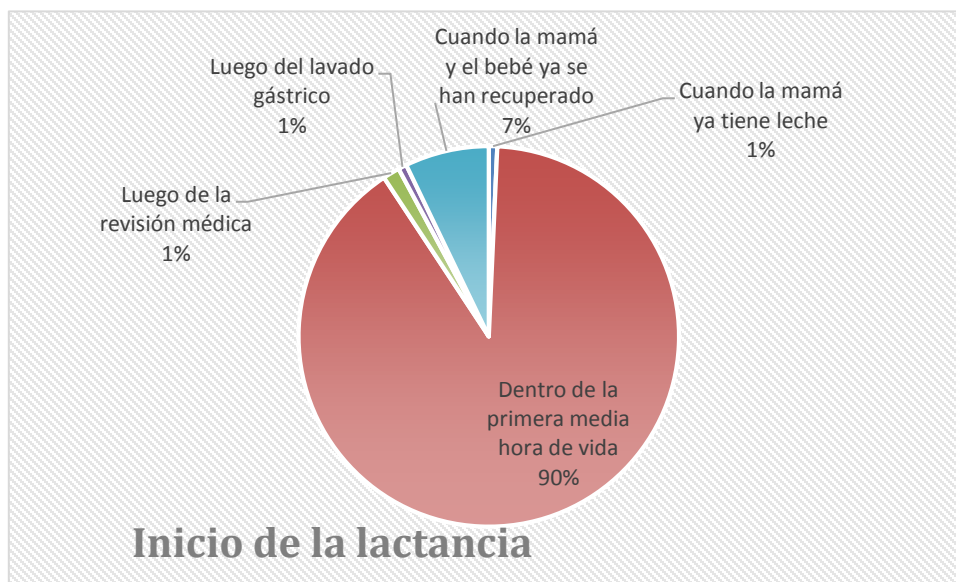
Gráfica 70. Obtención de conocimientos específicos en lactancia materna.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Cuál es el mejor momento para que inicie la lactancia materna?

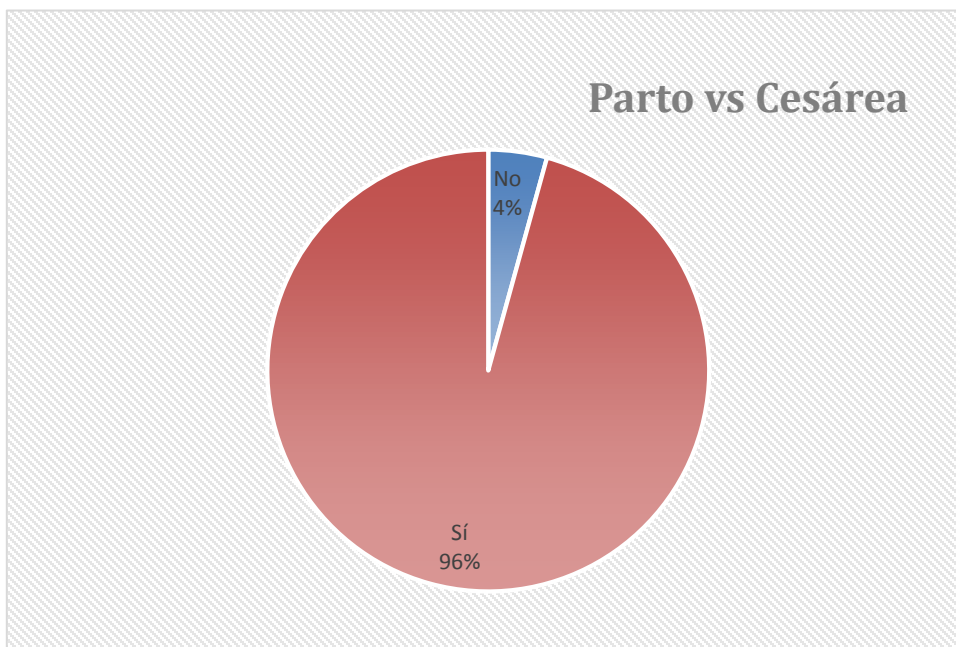
Gráfica 71. Inicio oportuno de la lactancia.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Las madres a las que se les practica una cesárea tienen las mismas posibilidades de lograr la lactancia materna exclusiva?

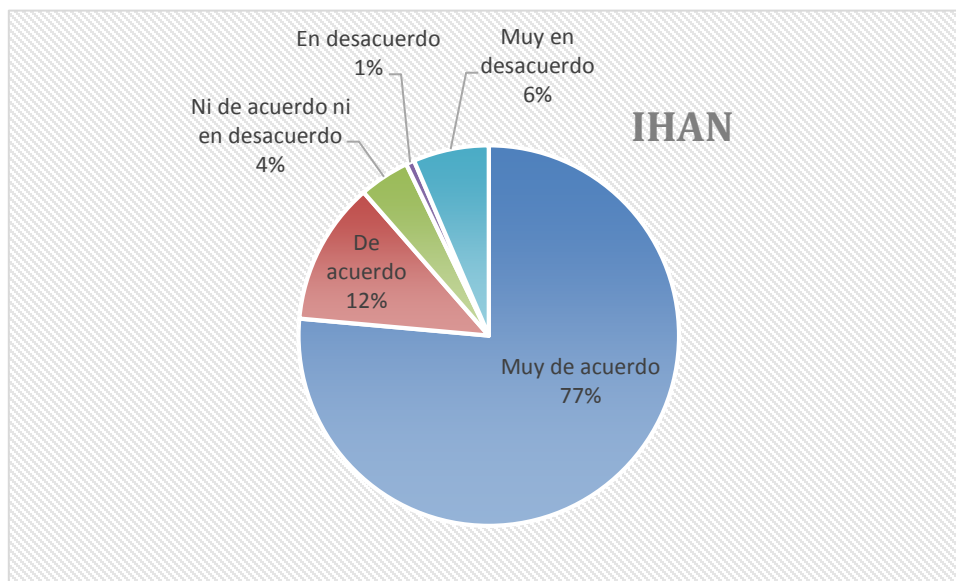
Gráfica 72. Lactancia y forma de nacimiento.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Considero que es bueno que más hospitales estén nominados como Hospital Amigo del Niño y de la Niña.

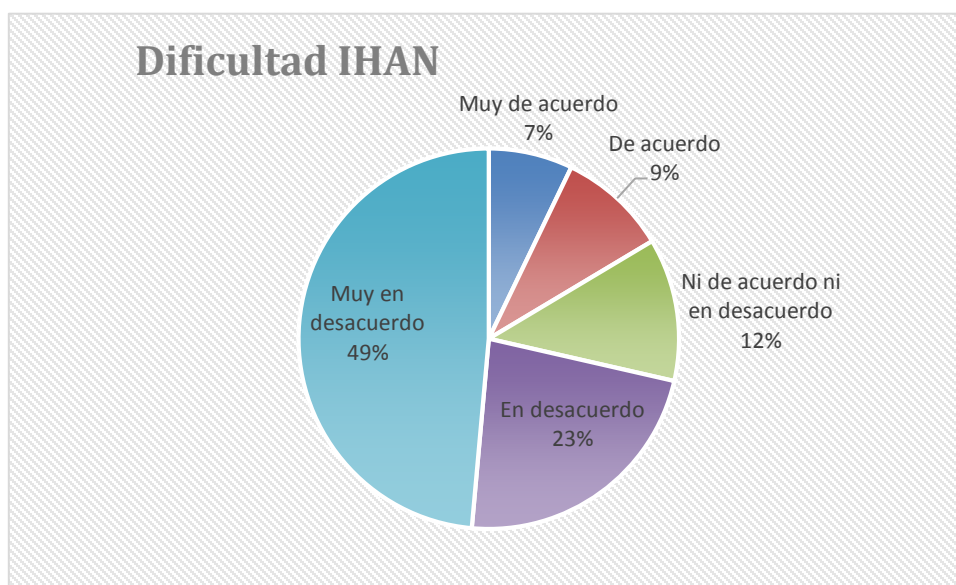
Gráfica 73. Nominación IHAN



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Me parece muy difícil poner en práctica los 10 pasos de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña en mi práctica profesional.

Gráfica 74. Dificultad para poner en práctica de la IHAN.



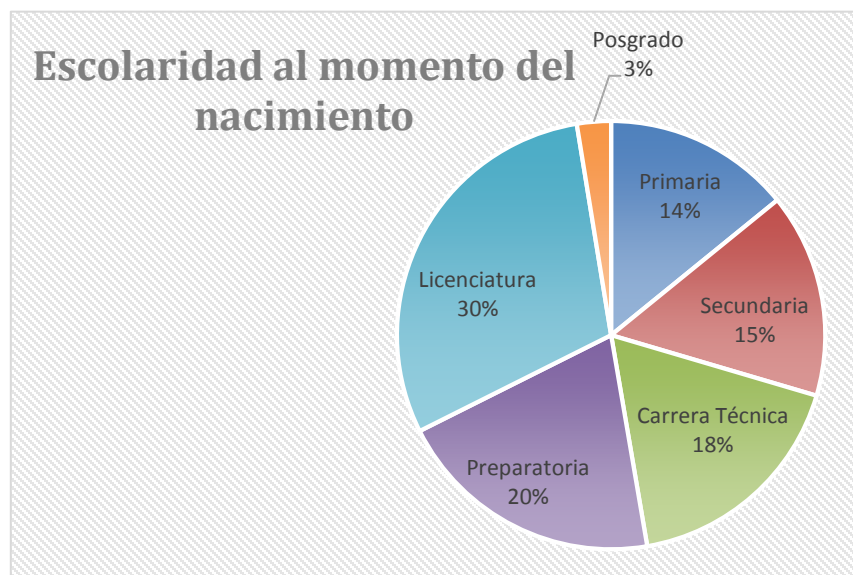
Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Anexo IV Resultados generales del cuestionario para madres.

Datos estadísticos dentro del cuestionario para madres.

Escolaridad al momento del nacimiento:

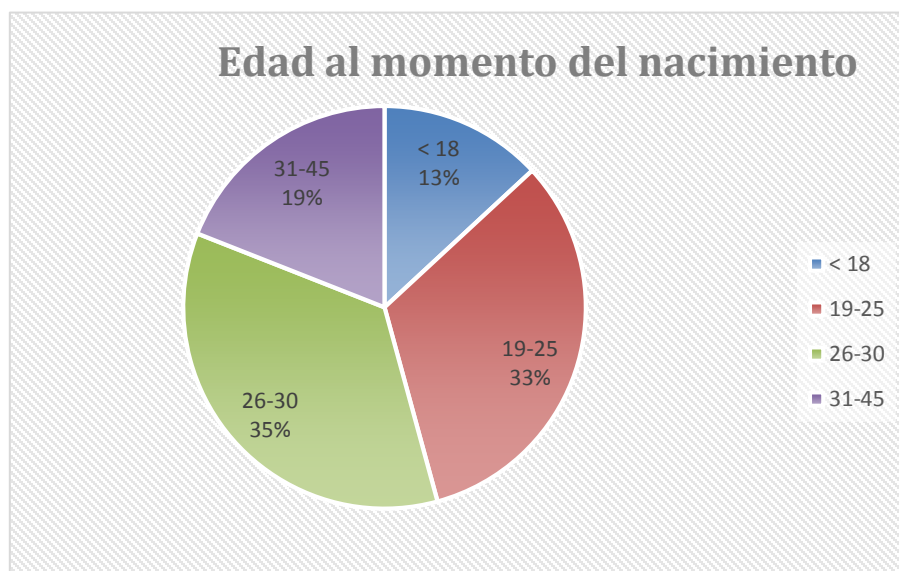
Gráfica 75. Escolaridad al momento del nacimiento.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Edad al momento del nacimiento.

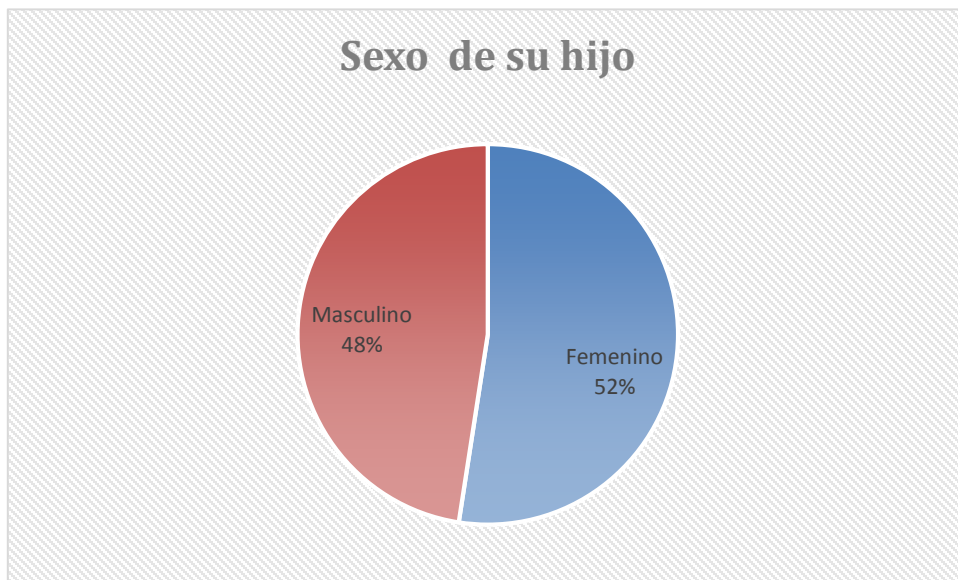
Gráfica 76. Edad de la madre al momento del nacimiento.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Sexo:

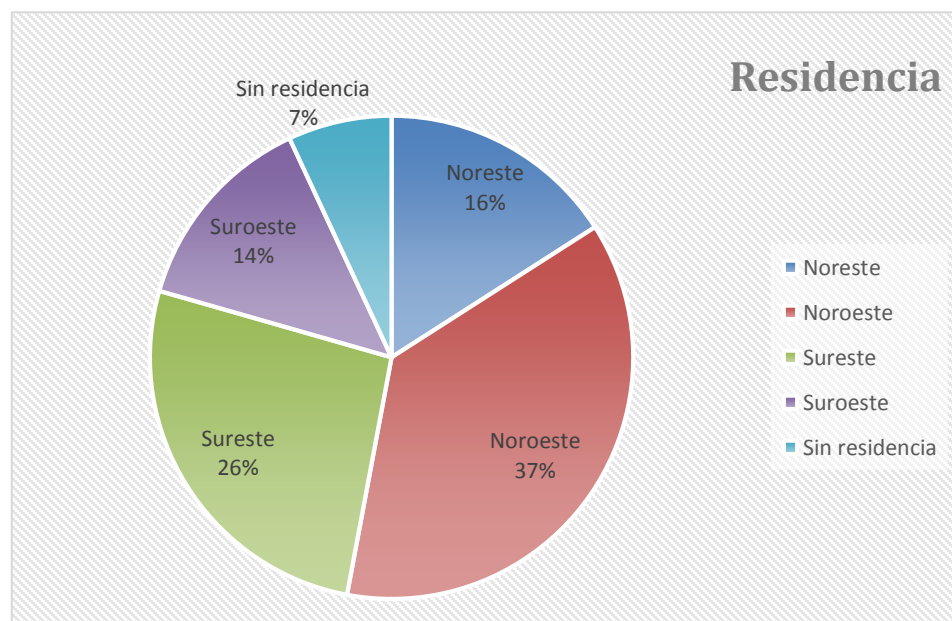
Gráfica 77. Sexo del hijo.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Residencia al momento del nacimiento:

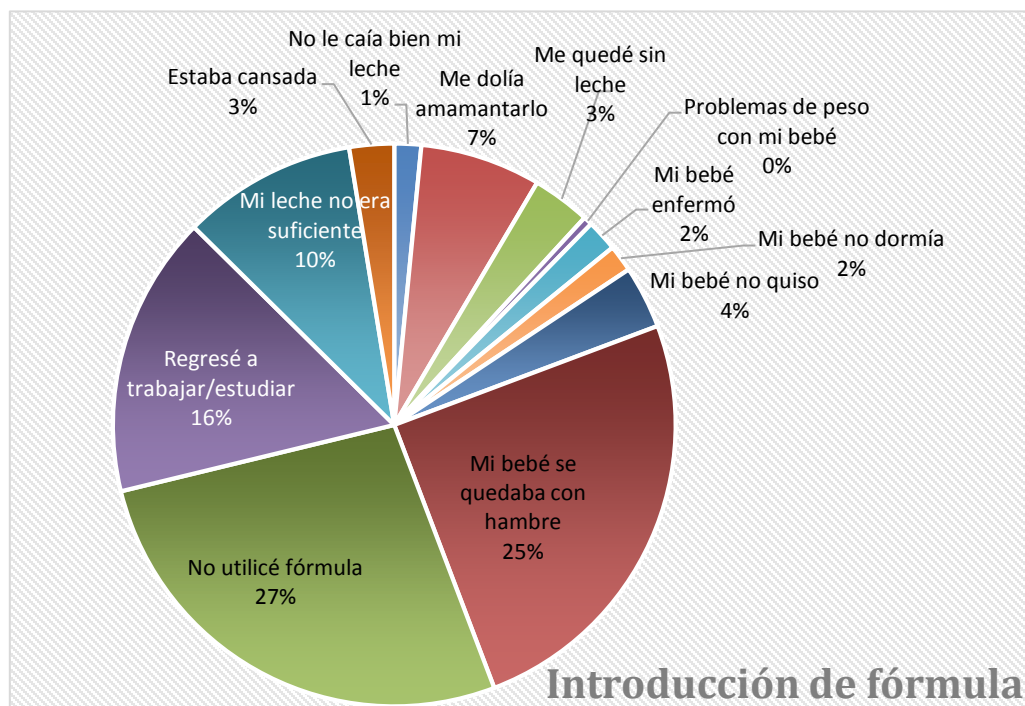
Gráfica 78. Residencia al momento del nacimiento.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Señale el motivo principal por el que comenzó a utilizar fórmula

Gráfica 79. Causas del uso de fórmula.

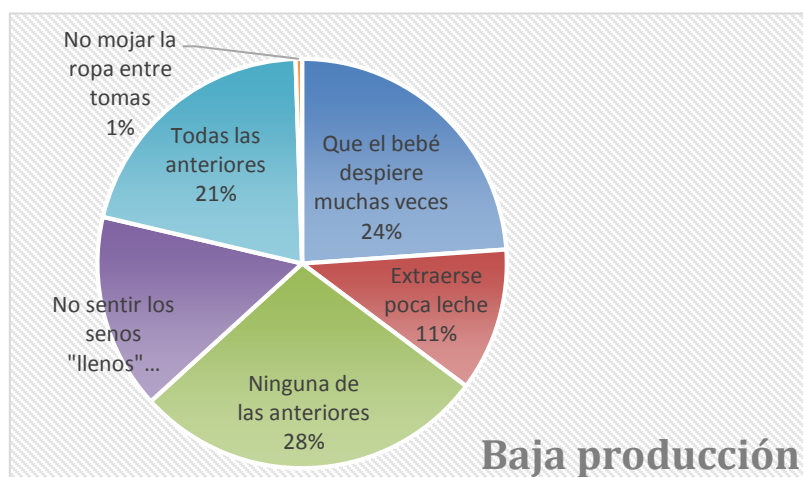


Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Conocimiento en torno a la lactancia materna

¿Cuál de las siguientes es señal de baja producción de leche?

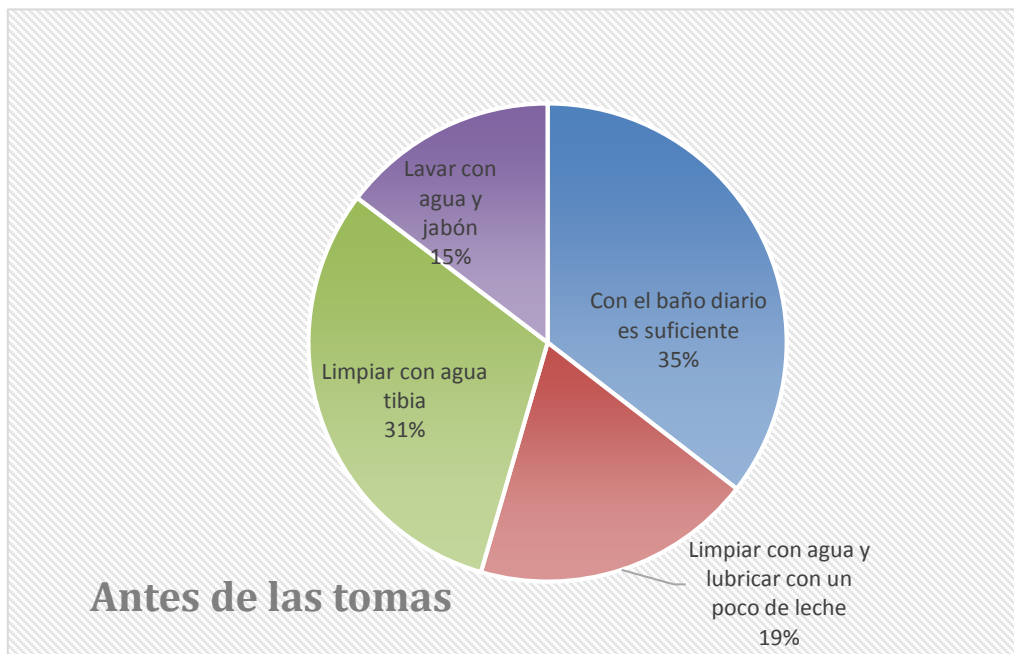
Gráfica 80. Percepción de baja producción de leche.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Antes de ofrecer el seno es necesario:

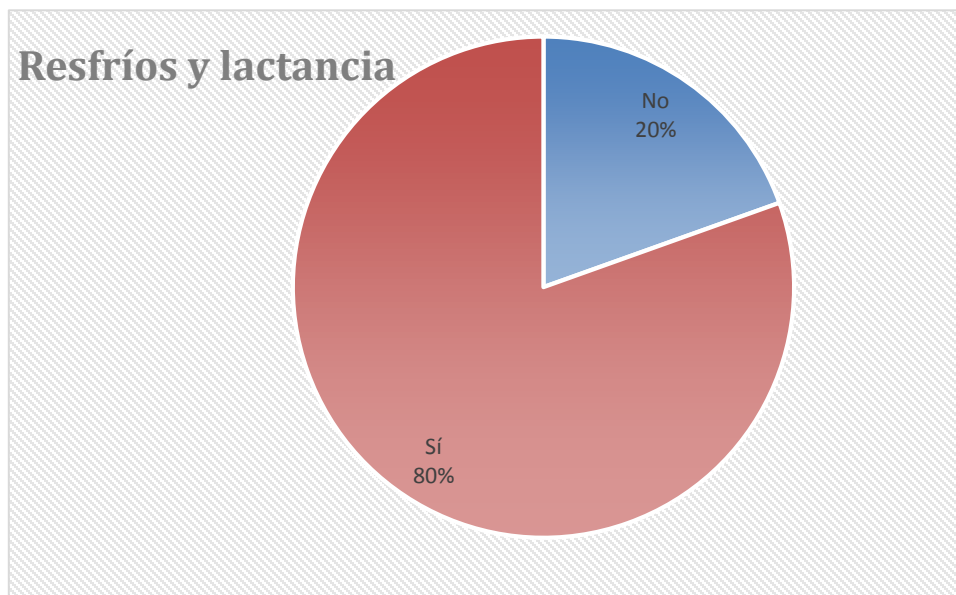
Gráfica 81. Higiene antes de la toma.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿En caso de padecer un resfriado se debe continuar con la lactancia?

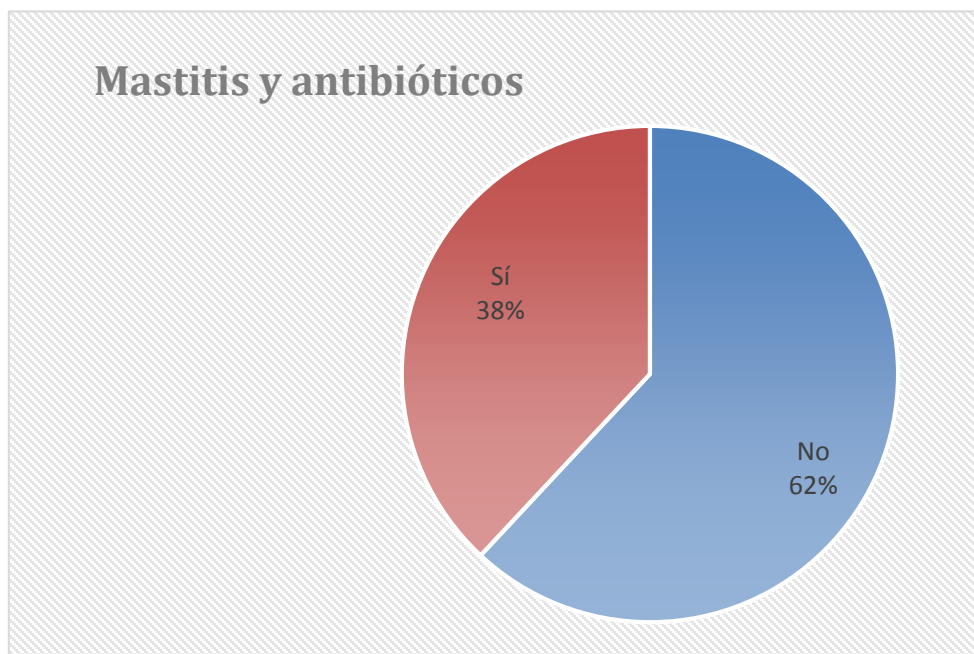
Gráfica 82. Lactancia y enfermedad.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Si el médico receta un antibiótico debido a una mastitis, ¿se puede continuar con la lactancia?

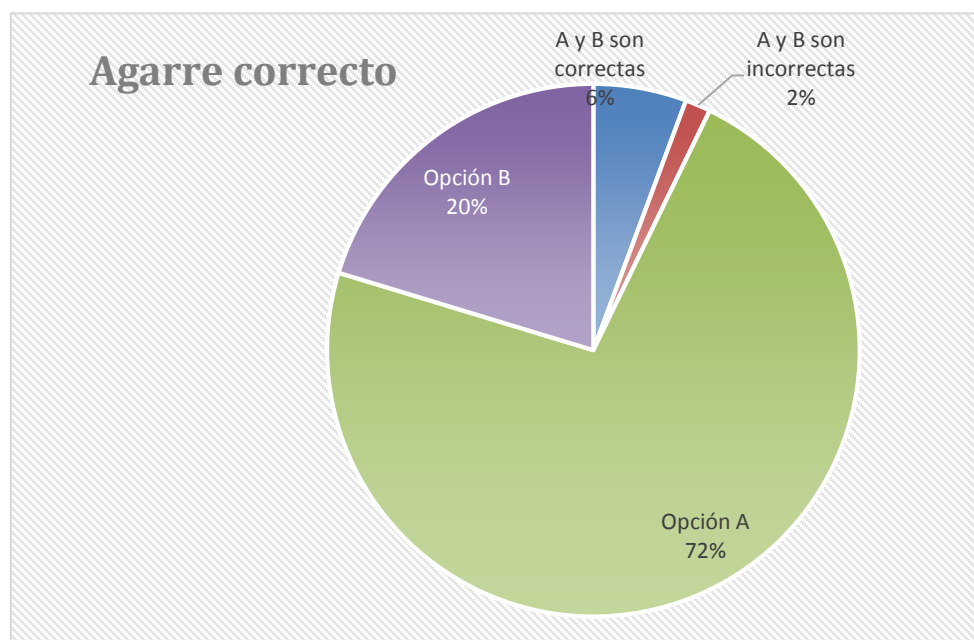
Gráfica 83. Lactancia y medicamentos.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

De la siguiente imagen ¿cuál agarre es correcto?

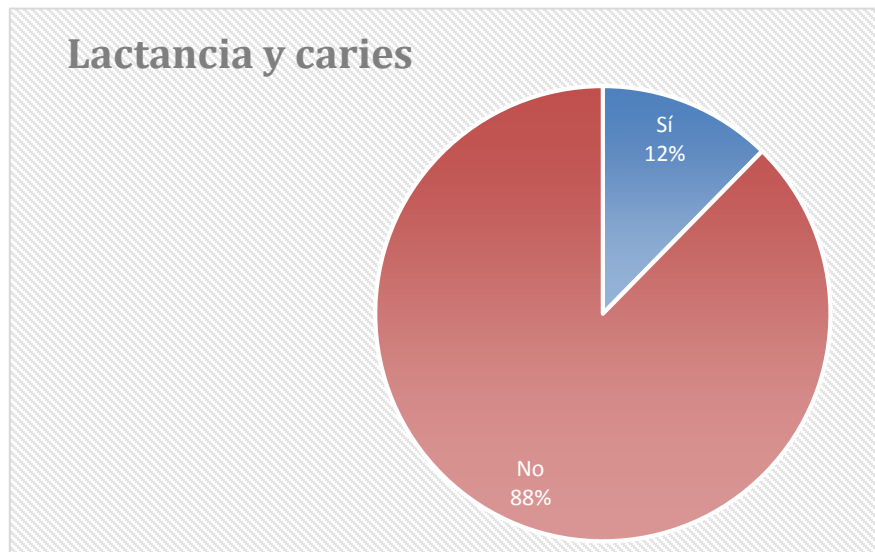
Gráfica 84. Conocimiento de la técnica de lactancia.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Al aparecer los primeros dientes se deben suspender las tomas nocturnas debido a que la lactancia favorece la aparición de caries?

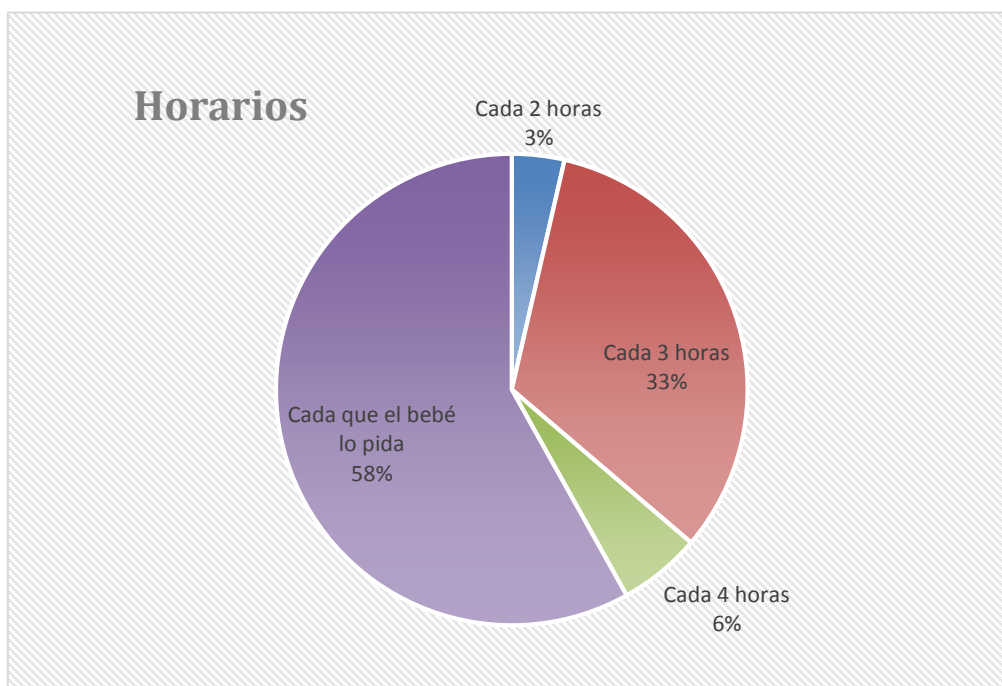
Gráfica 85. Lactancia y caries.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Cada cuándo debe ofrecerse el seno a los bebés?

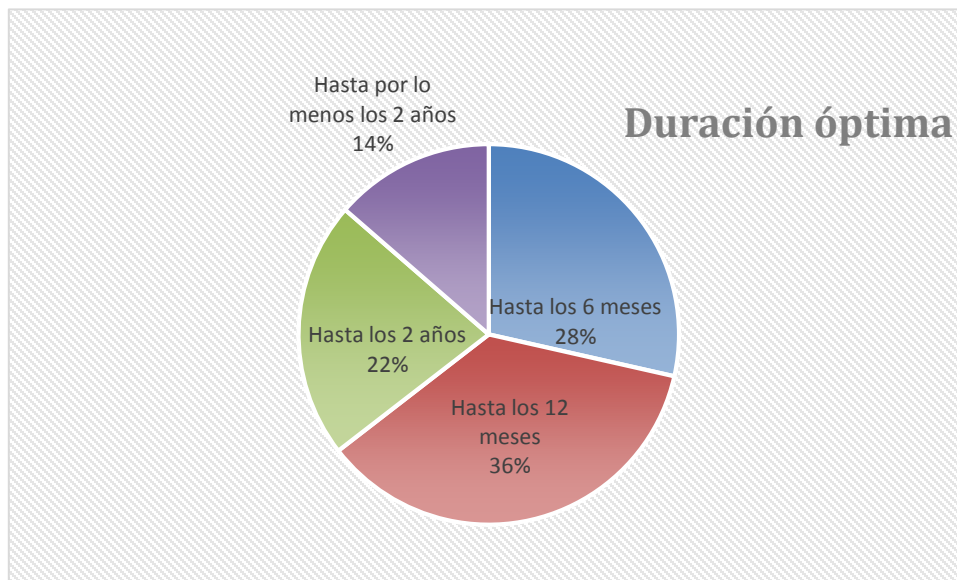
Gráfica 86. Lactancia a libre demanda.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Hasta qué edad se debe continuar con la lactancia junto con alimentación complementaria?

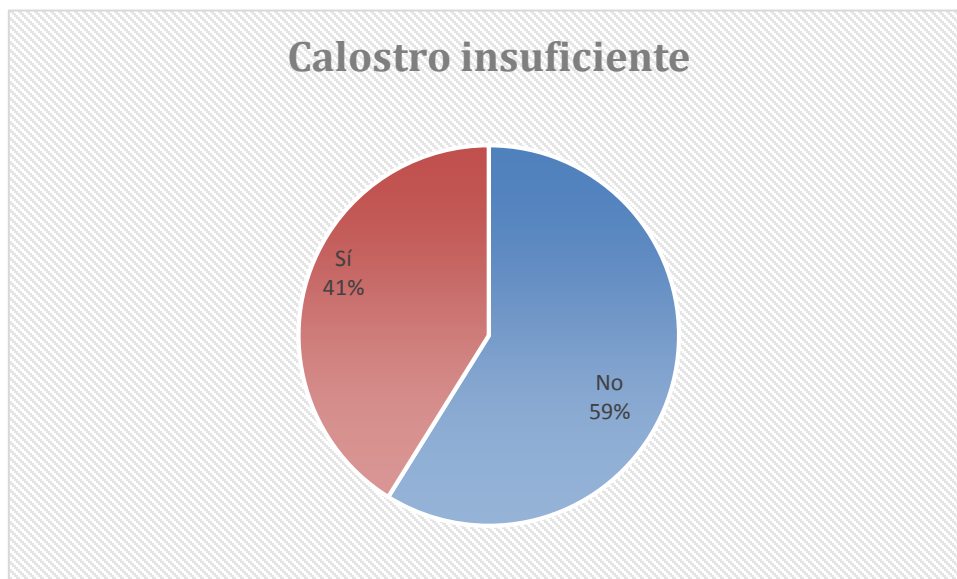
Gráfica 87. Duración óptima de la LM.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Es necesario alimentar con un poco de fórmula a los bebés en los primeros días de vida mientras empieza a producirse leche?

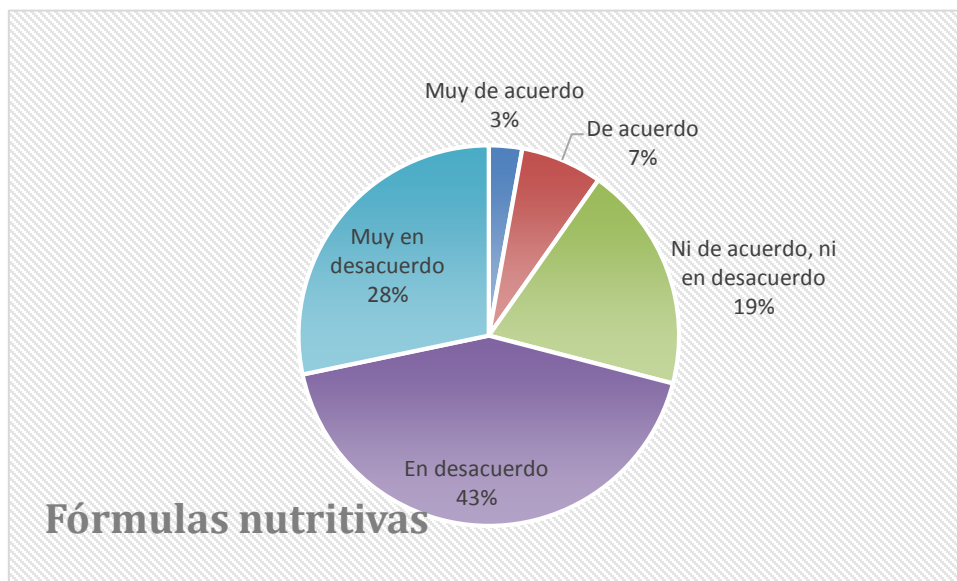
Gráfica 88. Lactancia durante los primeros días de vida.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Es necesario utilizar leche de fórmula para brindarle al bebé los nutrientes que no proporciona la leche materna.

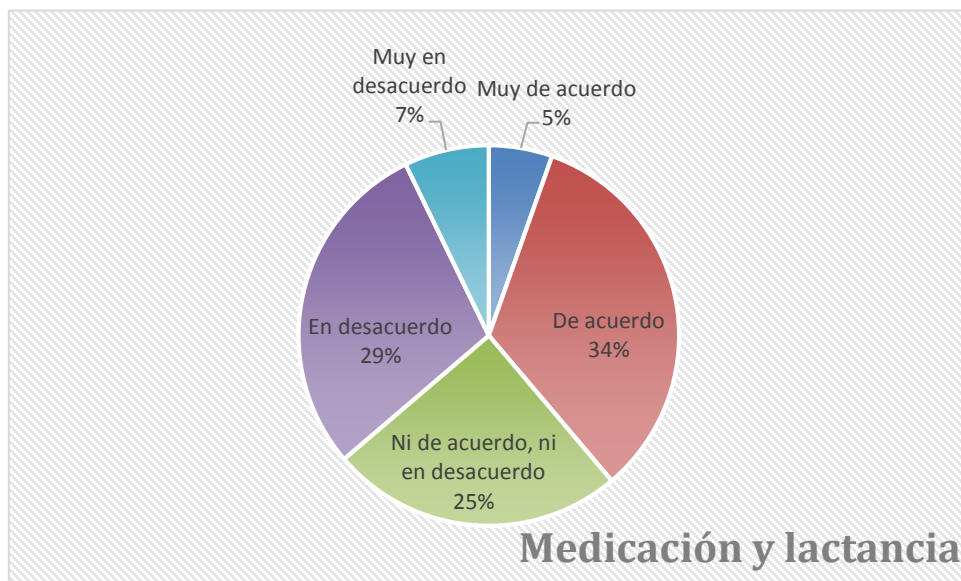
Gráfica 89. Creencia en la superioridad nutricional de las fórmulas.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Si se está tomando medicamento lo mejor es suspender la lactancia.

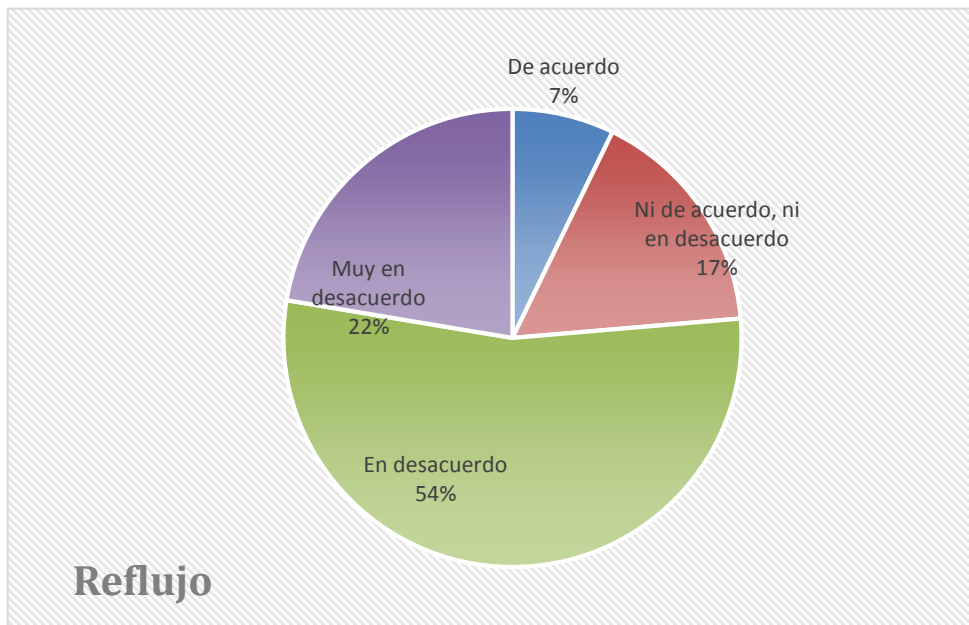
Gráfica 90. Medicación y lactancia.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Cuando un bebé escupe o regurgita leche materna es porque le cae mal y es mejor darle sólo fórmula.

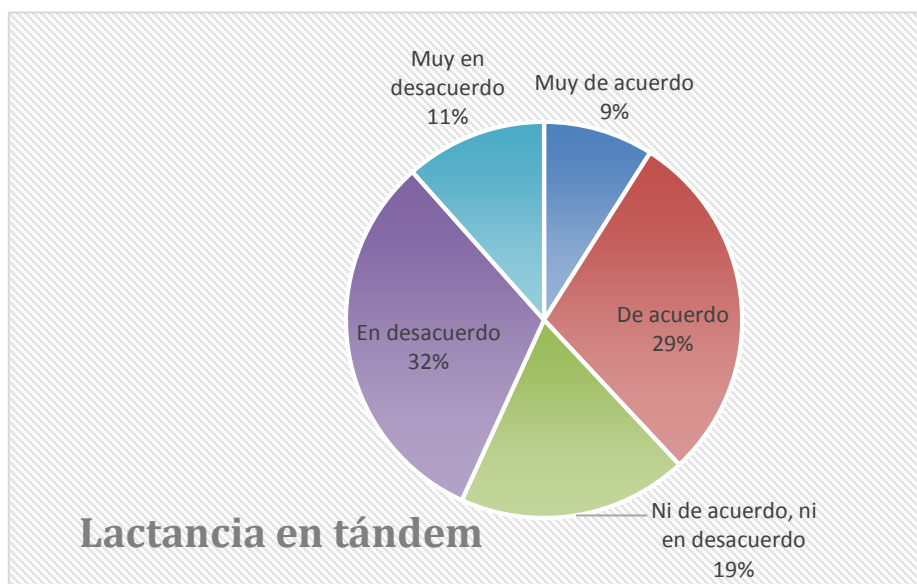
Gráfica 91. Reflujo vs. lactancia.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Si existe un nuevo embarazo lo recomendable es que se suspenda la lactancia.

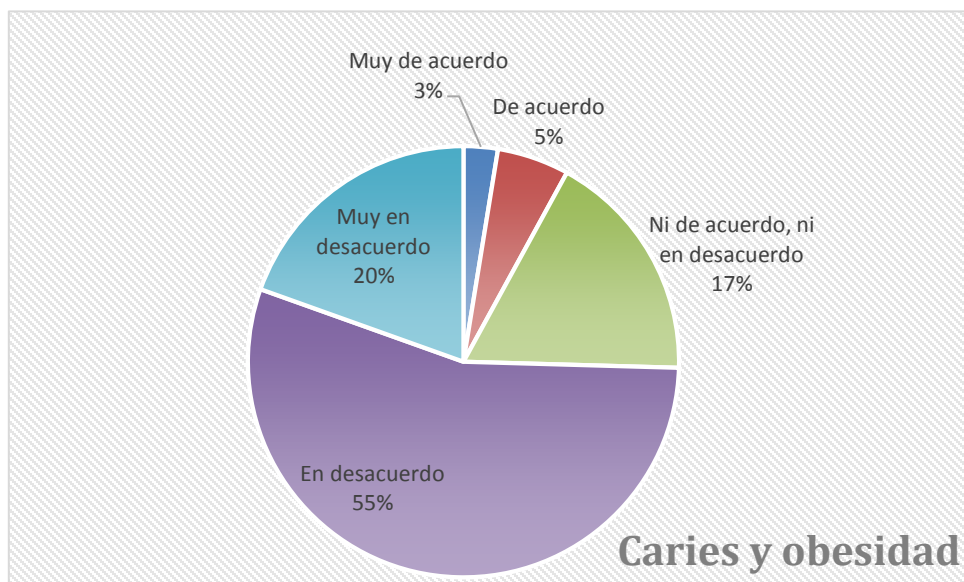
Gráfica 92. Lactancia en tandem.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Demasiadas tomas de leche materna al día ocasionarán caries u obesidad en los bebés.

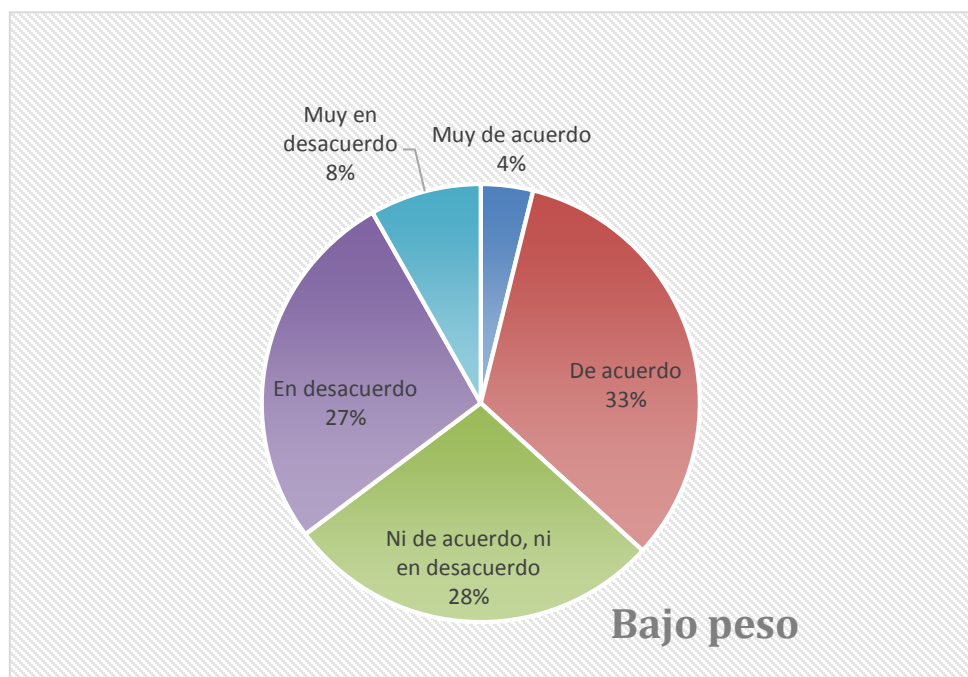
Gráfica 93. Lactancia nocturna.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Si un bebé de 4 meses está bajo de peso lo recomendable es comenzar a darle otros alimentos.

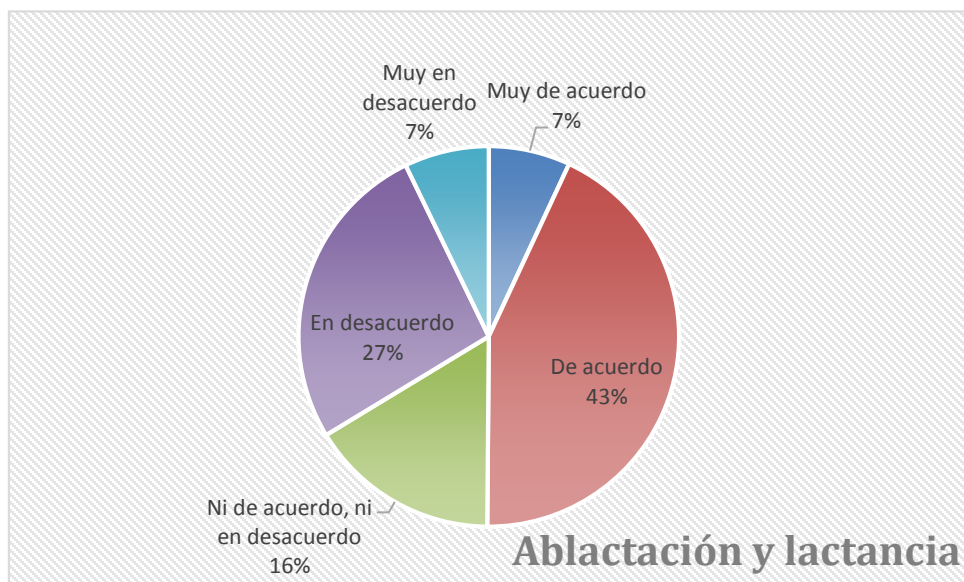
Gráfica 94. Lactancia y desnutrición.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Al comenzar con la alimentación complementario primero se da papilla y luego se ofrece el pecho.

Gráfica 95. Ablactación y lactancia.

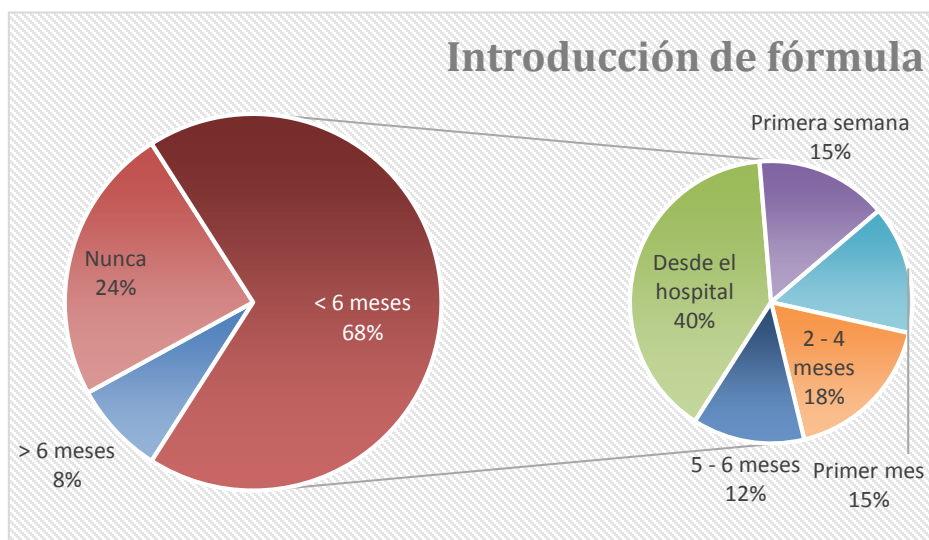


Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Creencias culturales y prácticas sociales relacionadas con la lactancia materna

¿Cuándo comenzó a darle fórmula a su bebé?

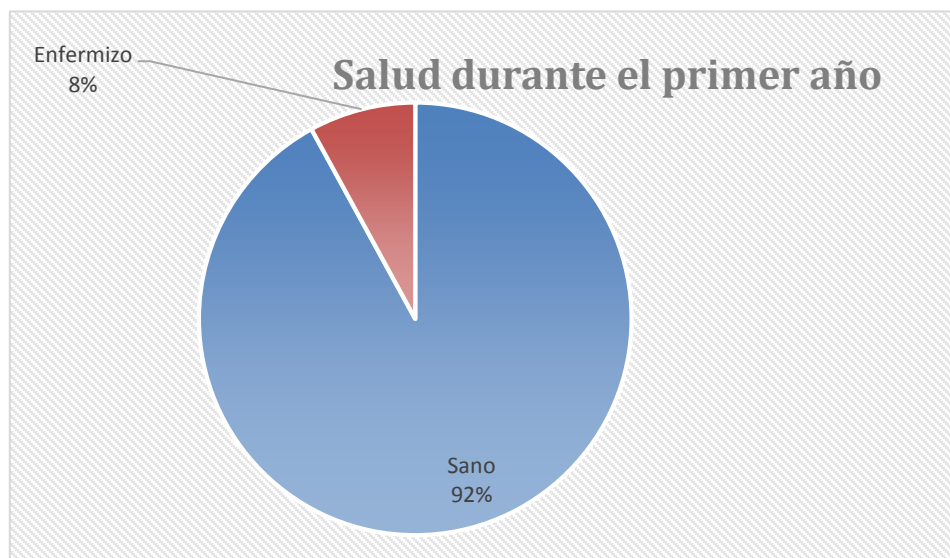
Gráfica 96. Introducción temprana de fórmula.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Cómo consideró la salud de su hijo(a) en los primeros dos años?

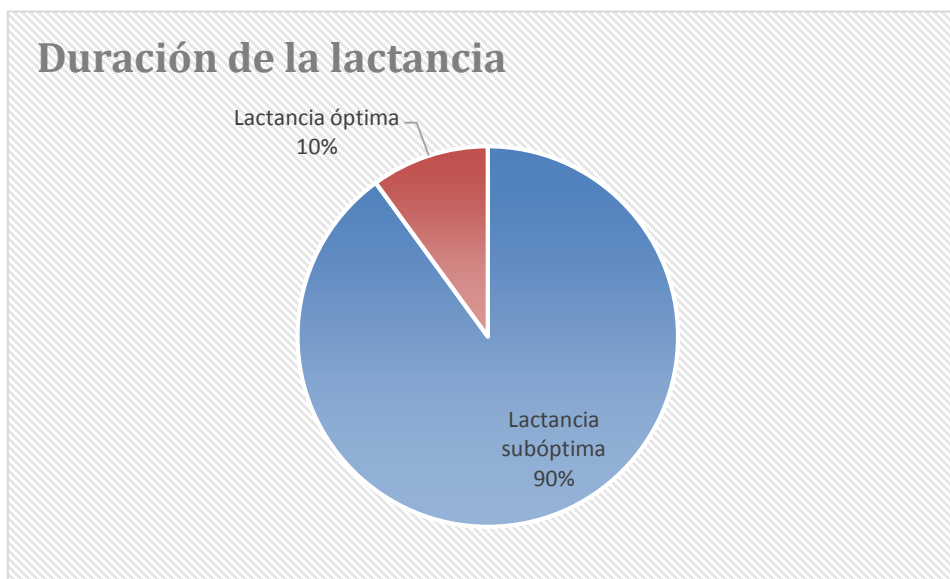
Gráfica 97. Salud durante el primer año de vida.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Por cuántos meses continuó con la lactancia aún junto con otros alimentos o complementando con fórmula?

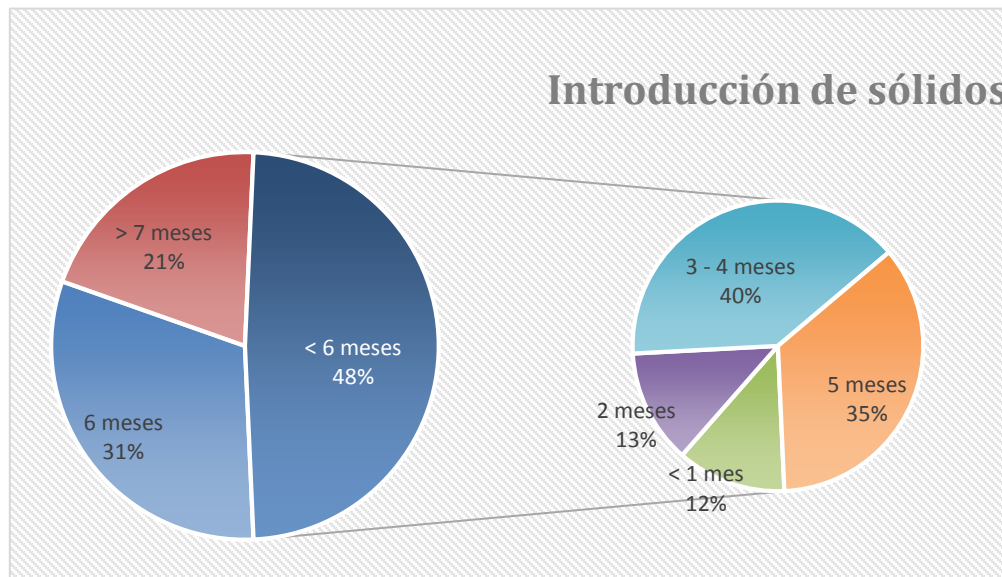
Gráfica 98. Duración promedio de la lactancia.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Cuánto tiempo alimentó a su bebé con leche materna/fórmula a su bebé sin ningún otro tipo de alimentos o líquidos adicionales? (Sin agua, té, atole, cereales o probaditas).

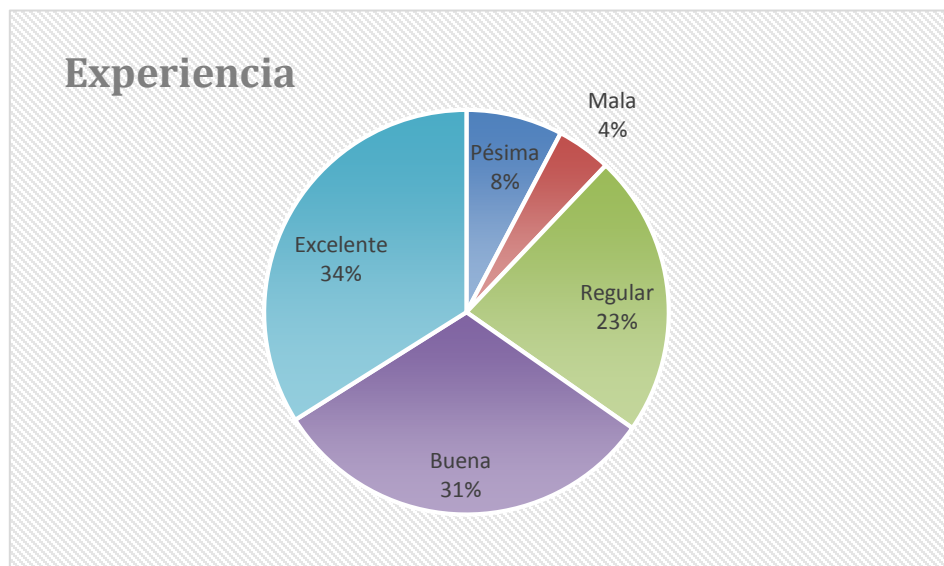
Gráfica 99. Introducción oportuna de sólidos.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Cómo considera la experiencia de lactancia que tuvo con este (a) hijo (a)?

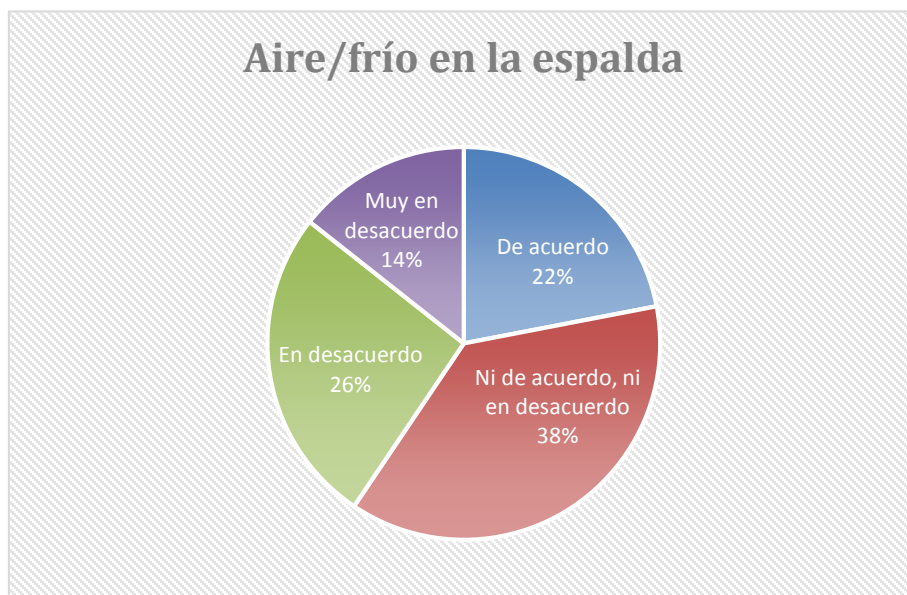
Gráfica 100. Experiencia de lactancia.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Descubrirse la espalda ocasiona que se deje de producir leche materna.

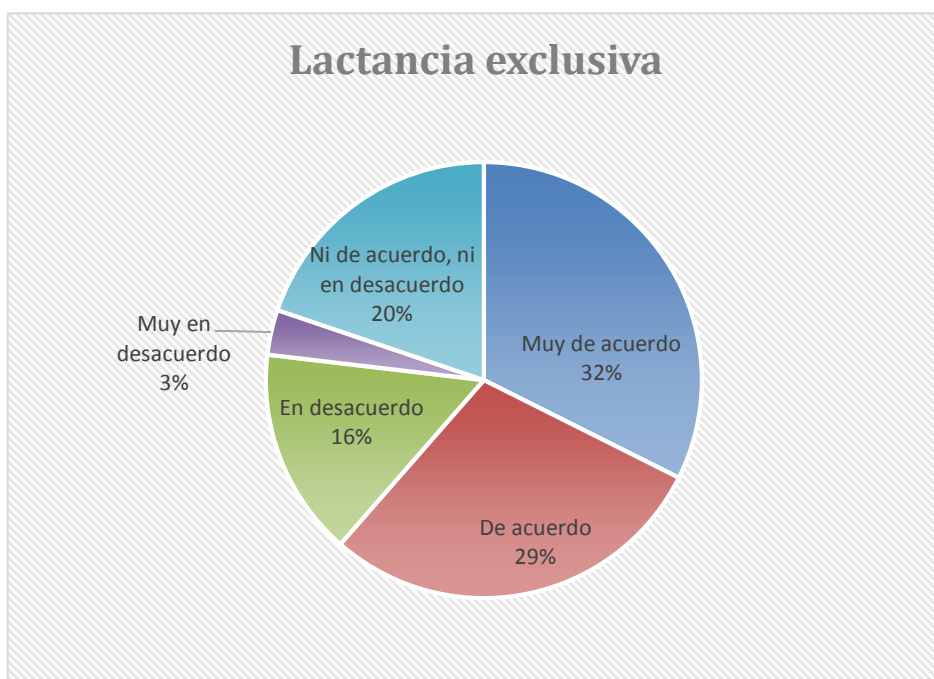
Gráfica 101. Mito lactancia: aire/frío.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

No se debe dar ningún alimento diferente a la leche materna/fórmula antes de los 6 meses de vida.

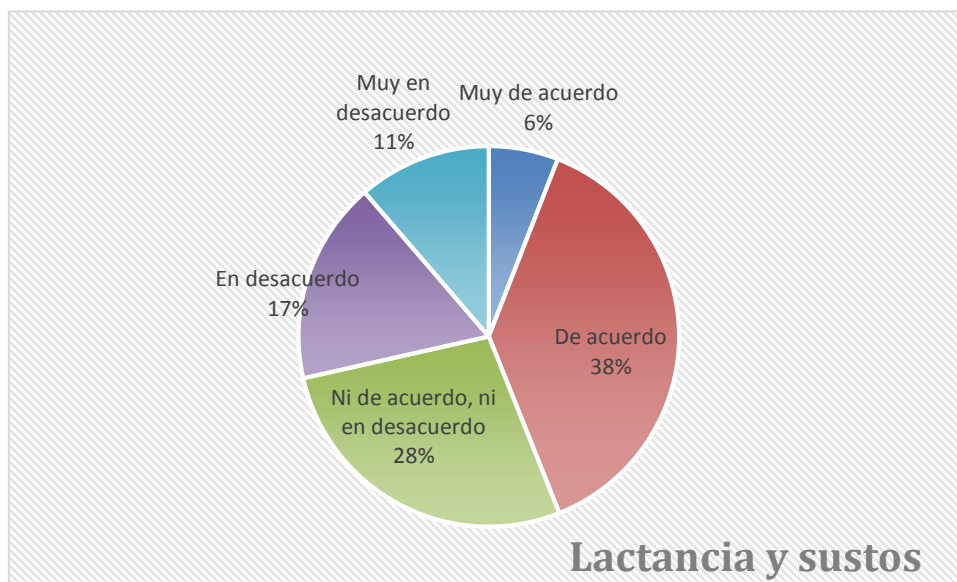
Gráfica 102. Lactancia materna exclusiva.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

No se debe ofrecer el pecho cuando se ha tenido un susto muy fuerte.

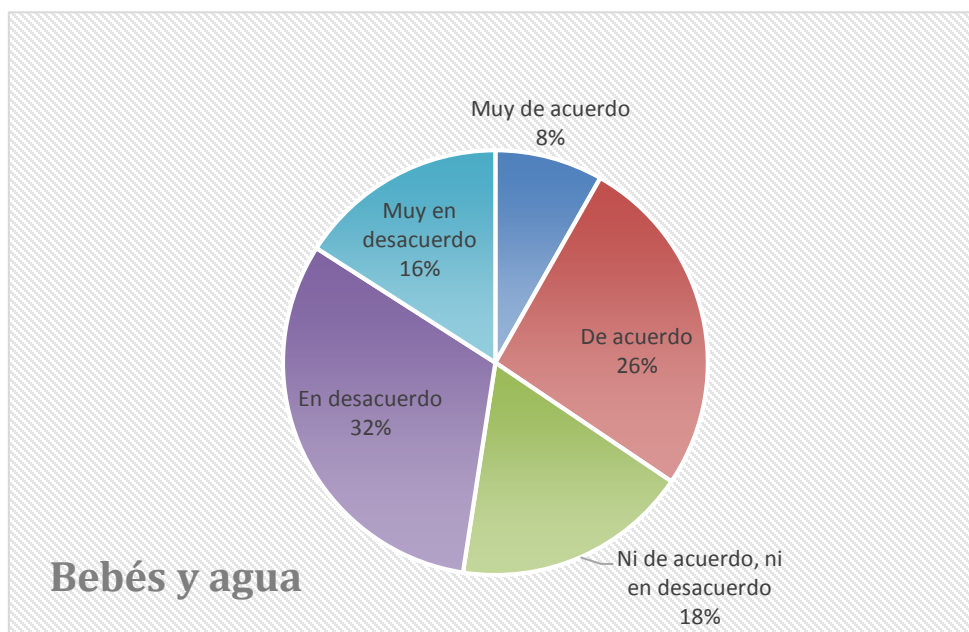
Gráfica 103. Mito lactancia: susto



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Todos los bebés necesitan tomar un poco de agua desde que nacen para mantenerse hidratados.

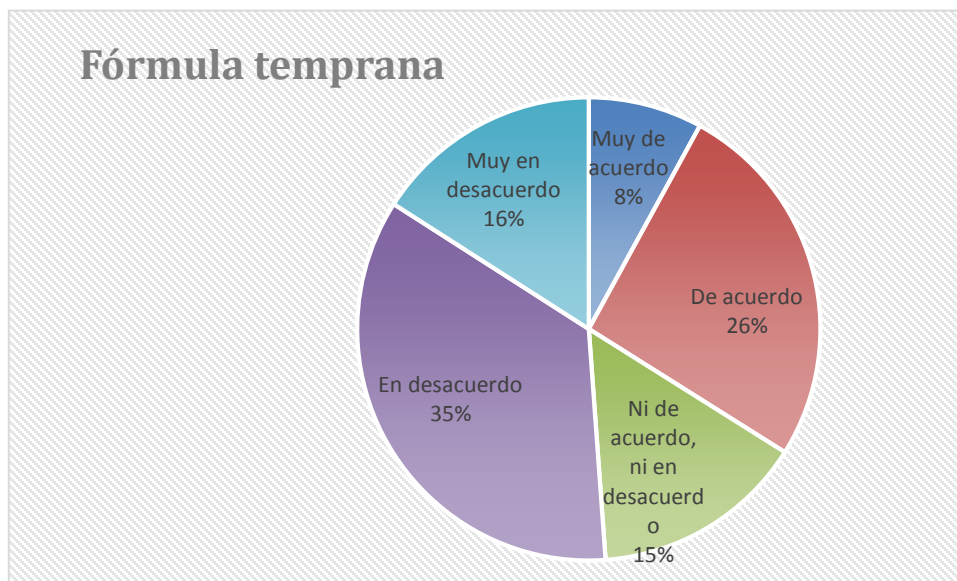
Gráfica 104. Mito lactancia: necesidad de agua.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Para que los bebés no tengan hambre es necesario darles un poco de fórmula en lo que “baja la leche”.

Gráfica 105. Mito lactancia: insuficiencia del calostro.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Si se carga mucho a los bebés se pueden “embracilar”.

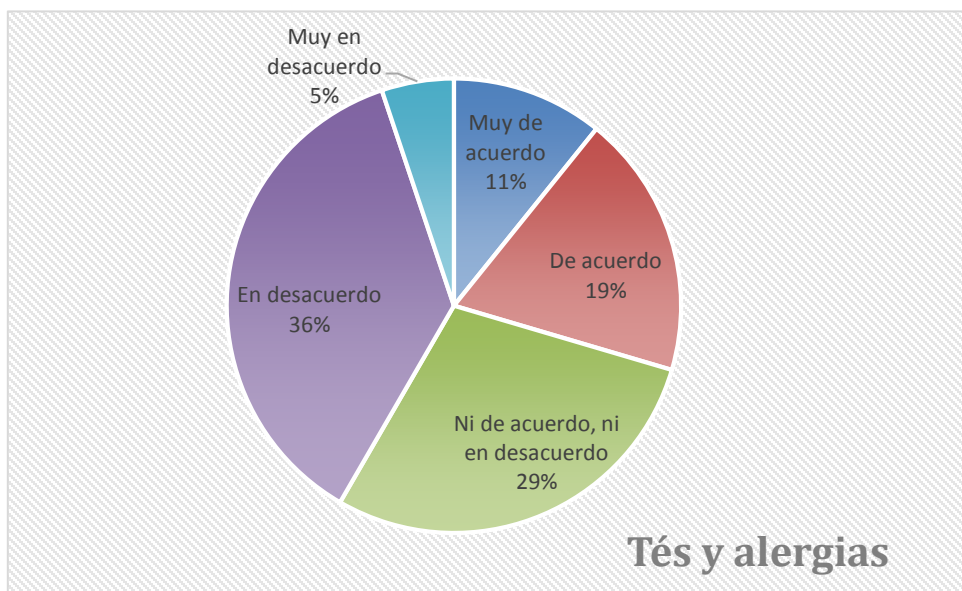
Gráfica 106. Mito lactancia: demasiado tiempo en brazos.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Los téis no son nutritivos y pueden causar alergias a los bebés.

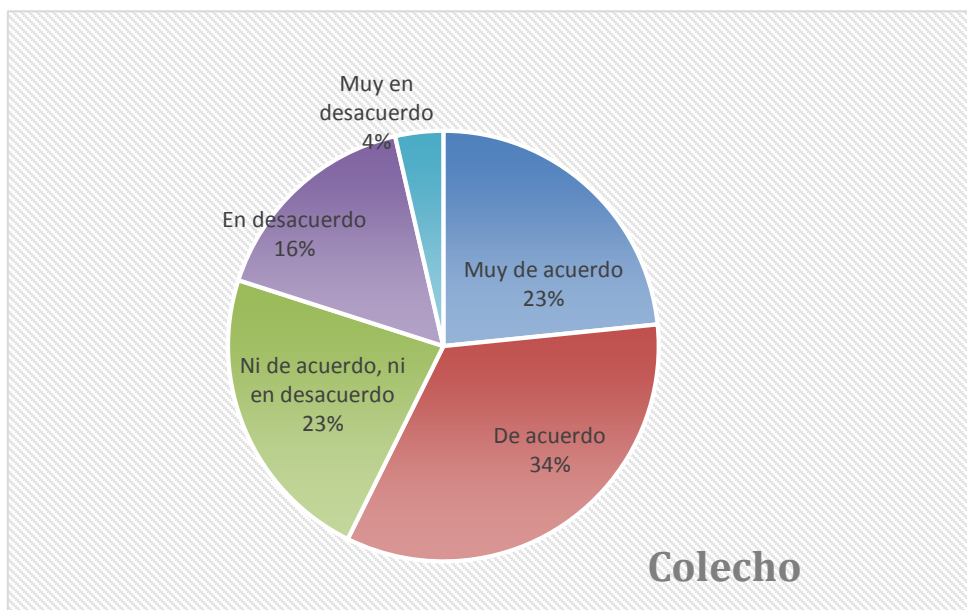
Gráfica 107. Mito lactancia: Té.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Lo mejor para un bebé amamantado es que comparta la cama con su mamá si los dos están sanos.

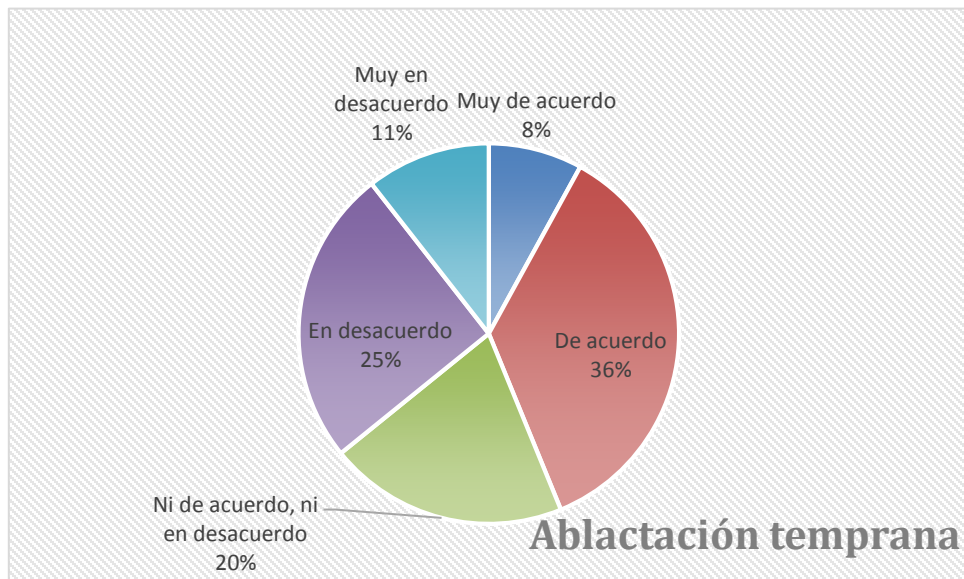
Gráfica 108. Colecho en bebés amamantados.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Es bueno ofrecer pequeñas probaditas de comida desde los cuatro meses para que los bebés se acostumbren a los nuevos sabores.

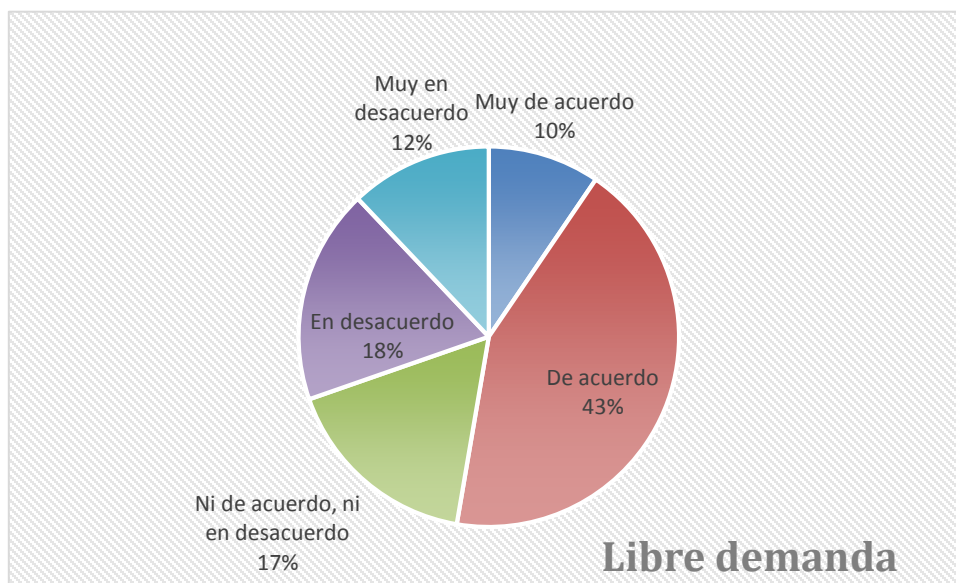
Gráfica 109. Ablactación temprana.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

La lactancia “a libre demanda” significa leche materna por todo el tiempo que el bebé lo desee, pero cada 3 o 4 horas.

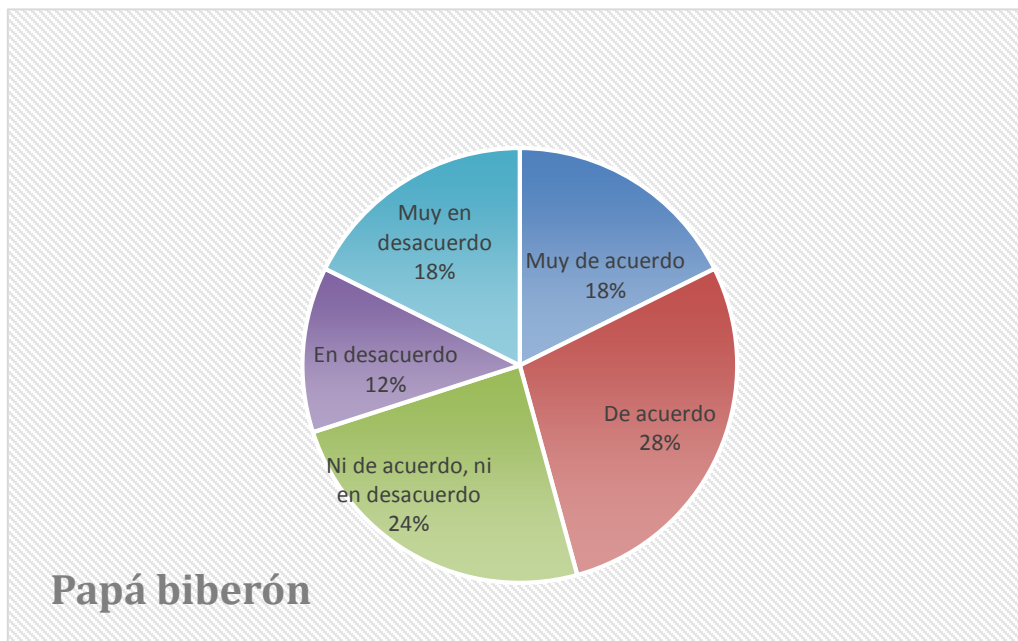
Gráfica 110. Incomprensión de la libre demanda:



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Para que el papá también participe en la crianza y cree un vínculo con su bebé le debe dar biberón

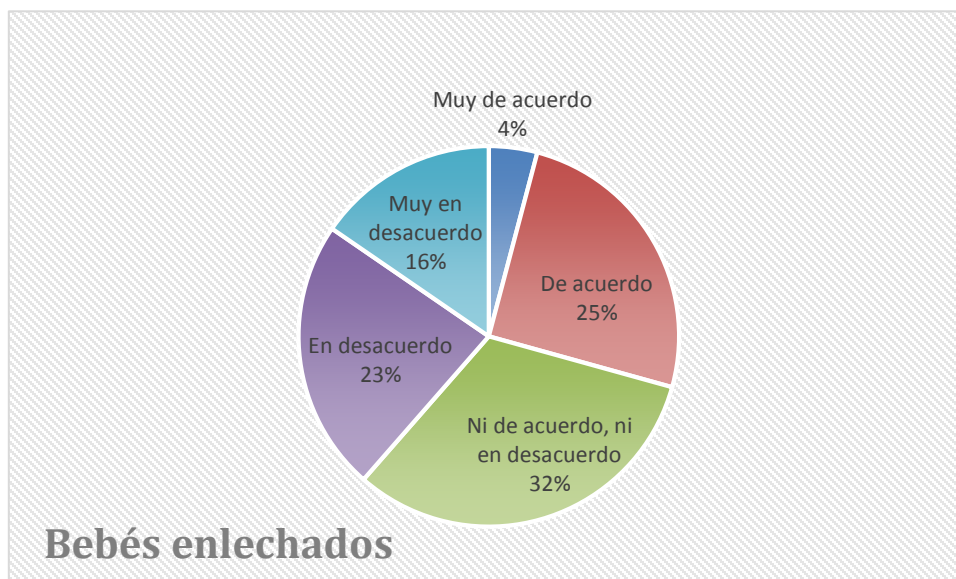
Gráfica 111. Vínculo a través del uso del biberón



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Es posible que los bebés se “enlechen”

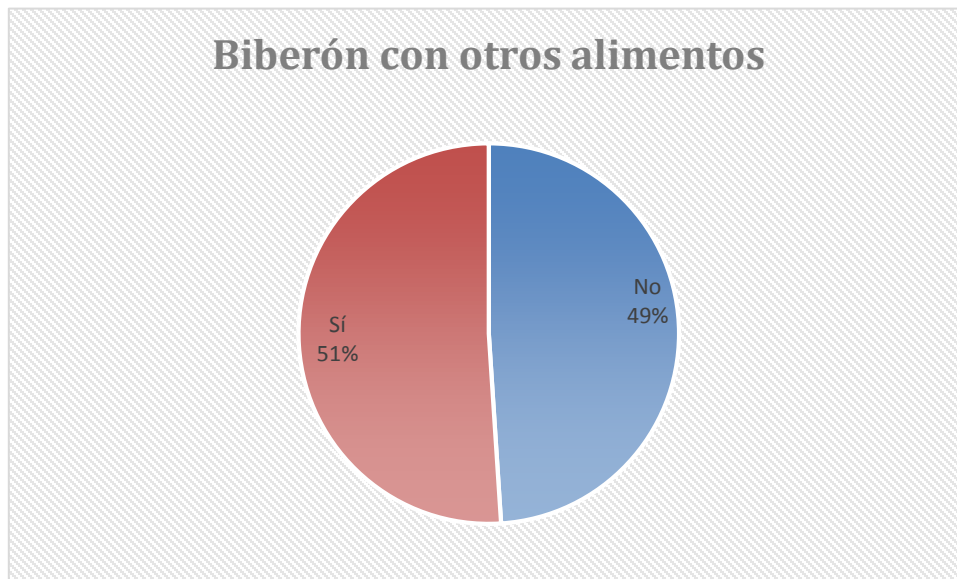
Gráfica 112. Mitos de la lactancia: bebé "enlechado".



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

En caso de haber utilizado biberón, ¿alguna vez ofreció algún alimento distinto a la leche materna o fórmula en él?

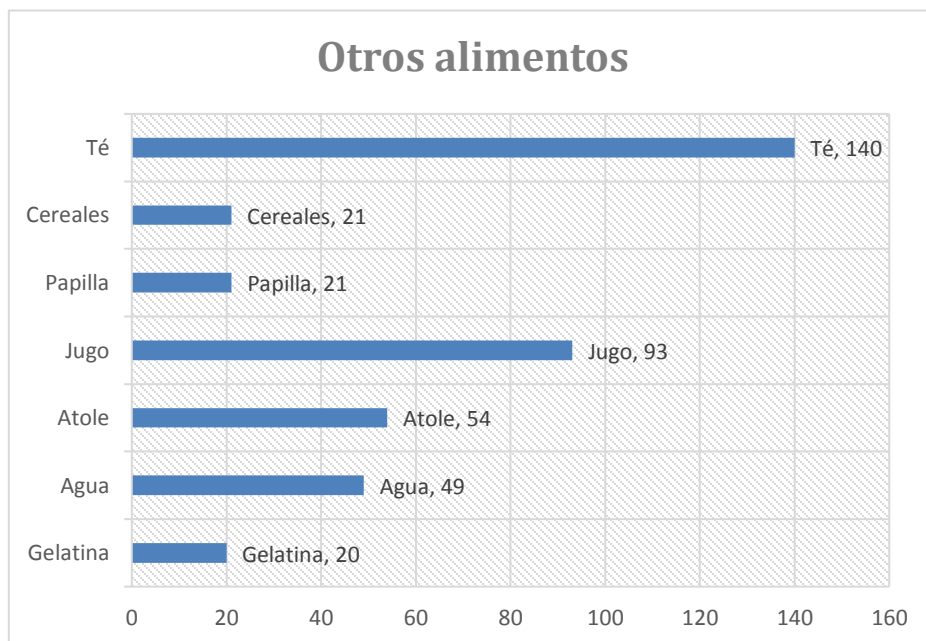
Gráfica 113. Uso inadecuado del biberón.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

*En caso afirmativo, ¿qué alimentos le ha dado en biberón? (opción múltiple)

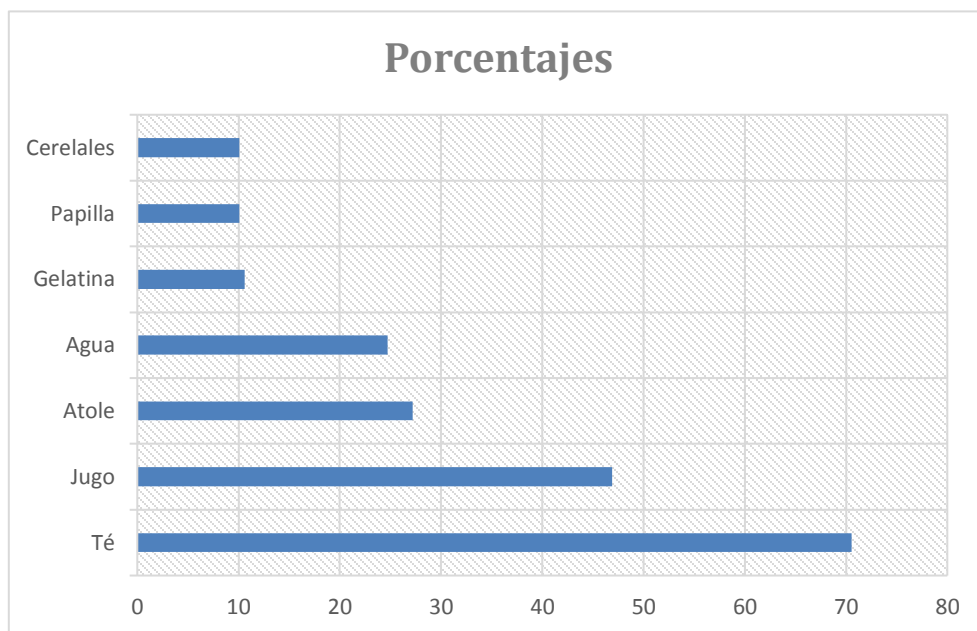
Gráfica 114. Alimentos introducidos de manera temprana por el uso del biberón.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Porcentajes de respuestas por alimento:

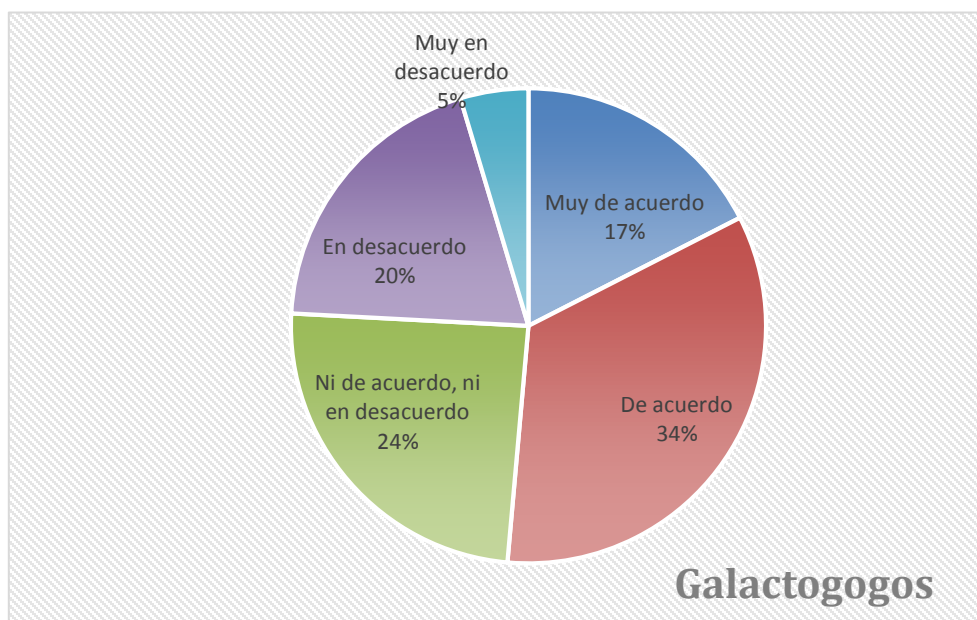
Gráfica 115. Porcentajes de respuestas por alimento.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

No existe evidencia que indique que ciertos alimentos como el atole o la cerveza aumenten la producción de leche.

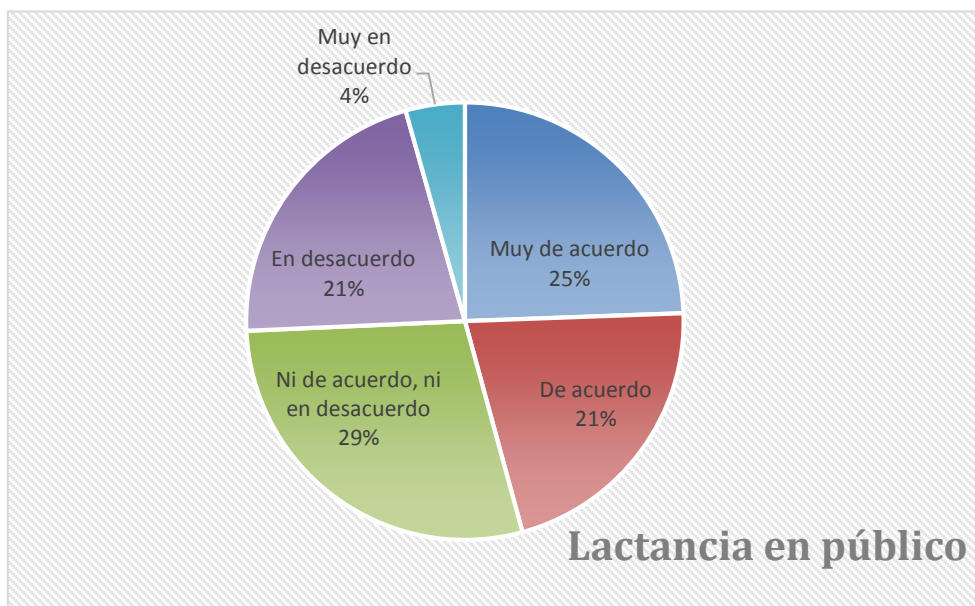
Gráfica 116. Alimentos galactogogos.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Las mujeres pueden amamantar en cualquier lugar público sin necesidad de cubrirse

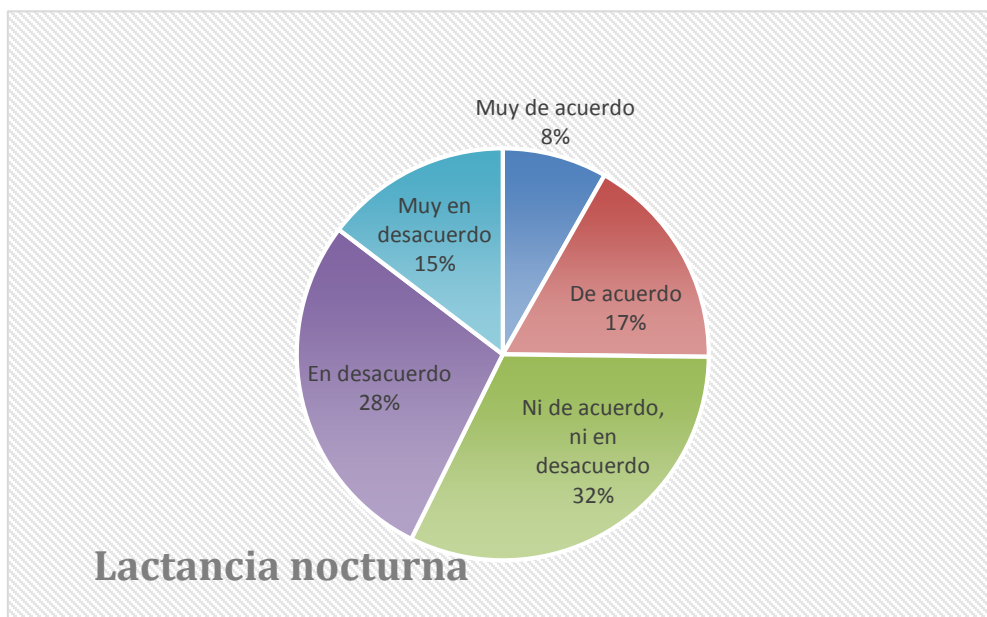
Gráfica 117. Lactancia en público.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Un bebé de un año ya debe ser capaz de dormir durante toda la noche.

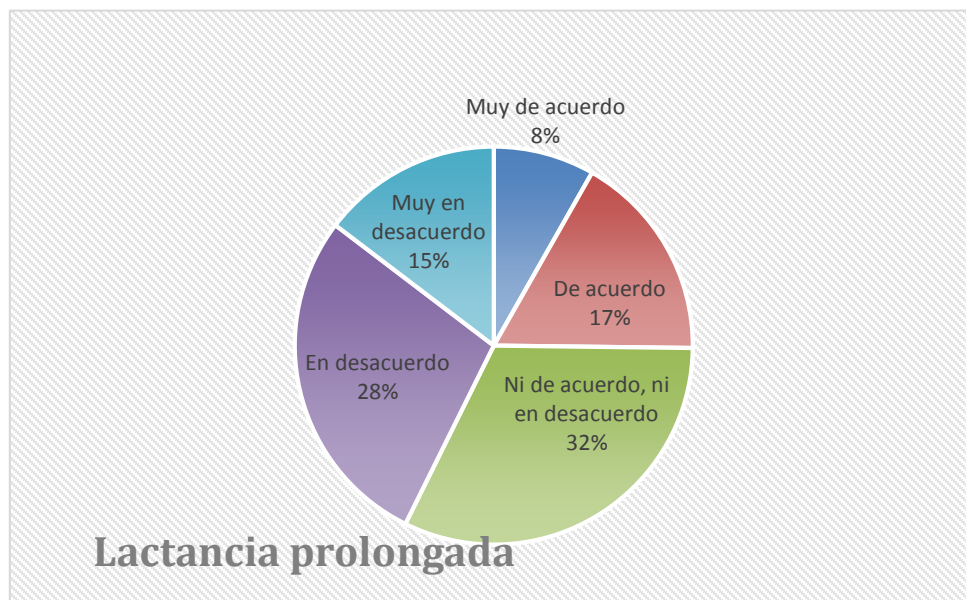
Gráfica 118. Lactancia y sueño nocturno.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Un niño de 3 años que continúa con la lactancia seguramente tendrá problemas de conducta cuando sea mayor.

Gráfica 119. Lactancia en niños mayores.

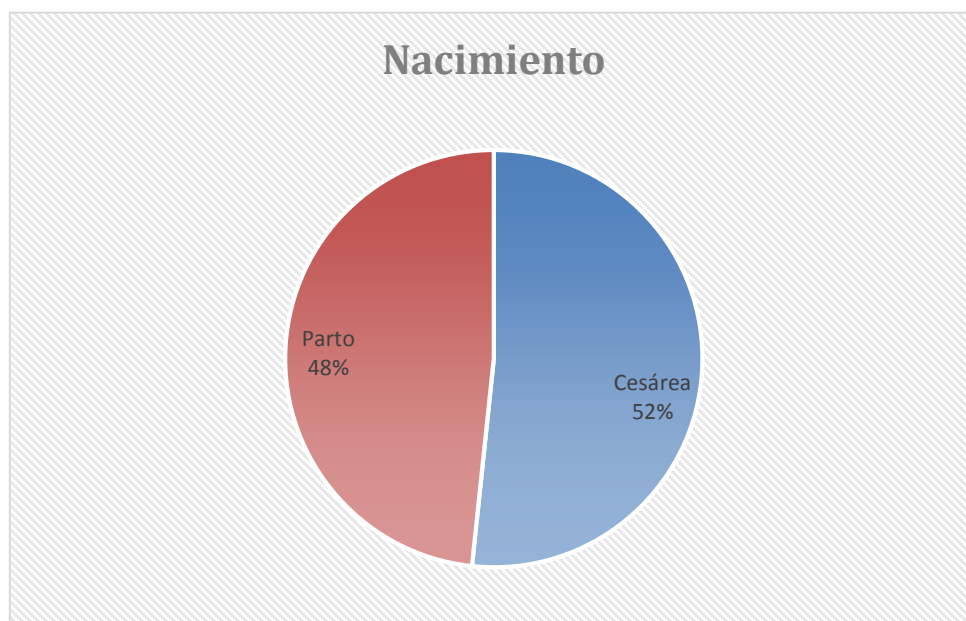


Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Atención perinatal.

¿Cómo fue el nacimiento de su bebé?

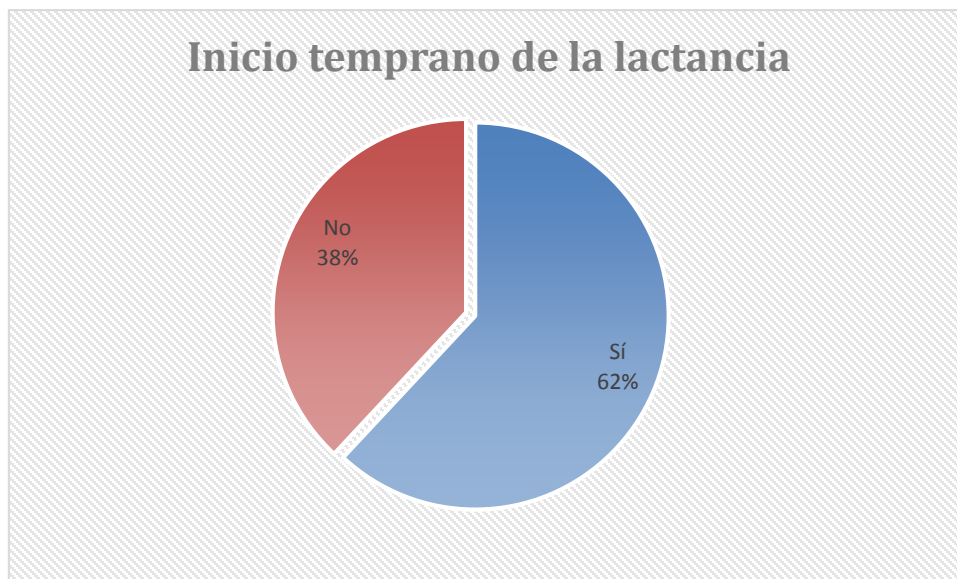
Gráfica 120. Tipo de nacimiento.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Inicio temprano de la lactancia:

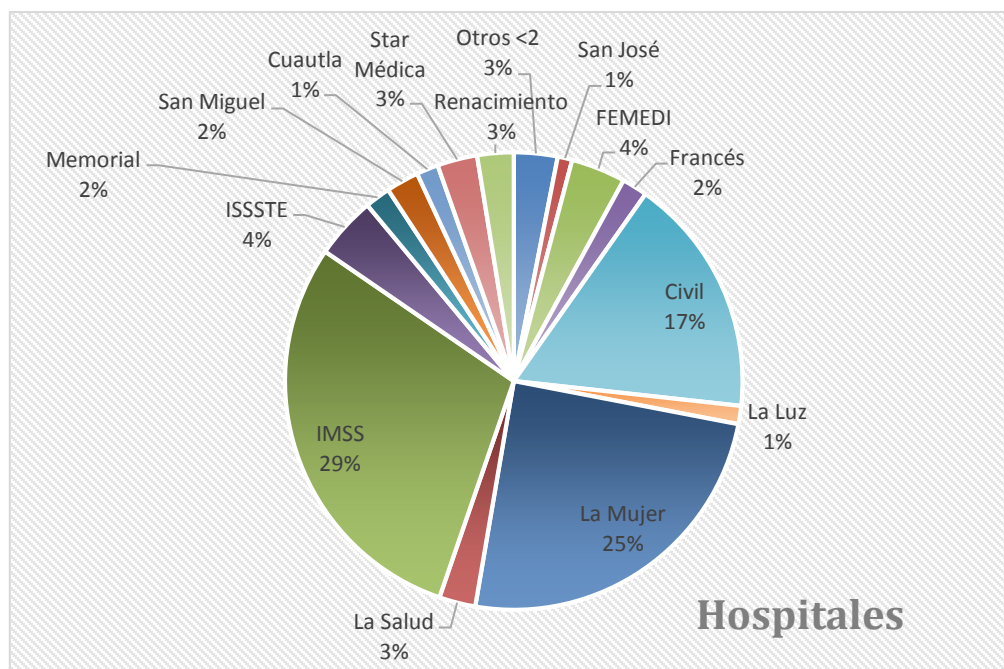
Gráfica 121. Inicio oportuno de la lactancia



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿En qué hospital nació su bebé?

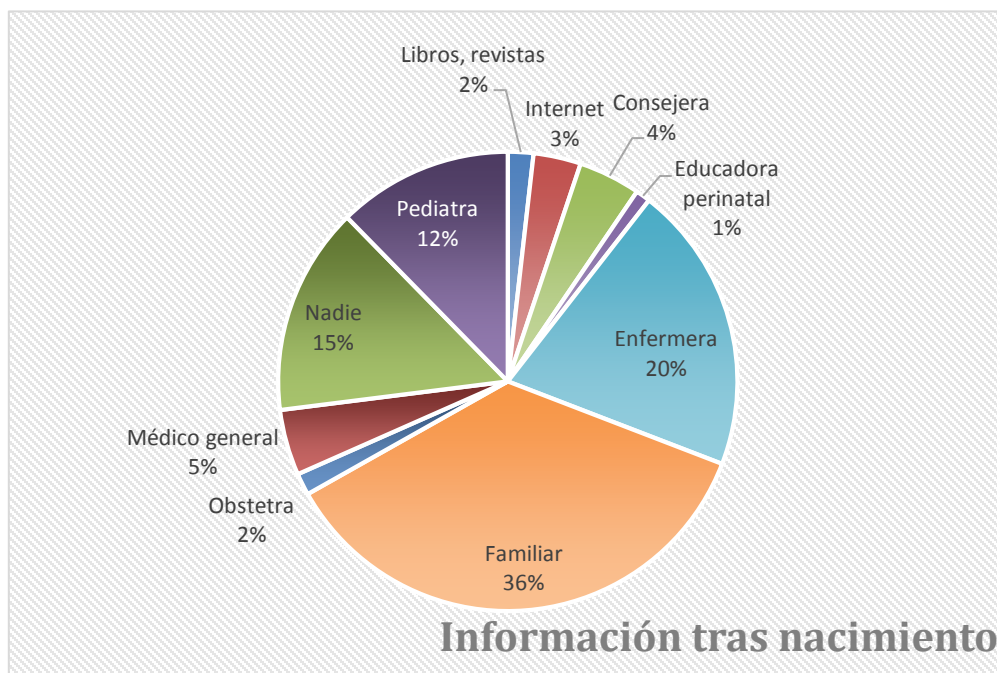
Gráfica 122. Hospitales de nacimiento.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Luego del nacimiento, quién le brindó apoyo sobre cómo iniciar la lactancia?

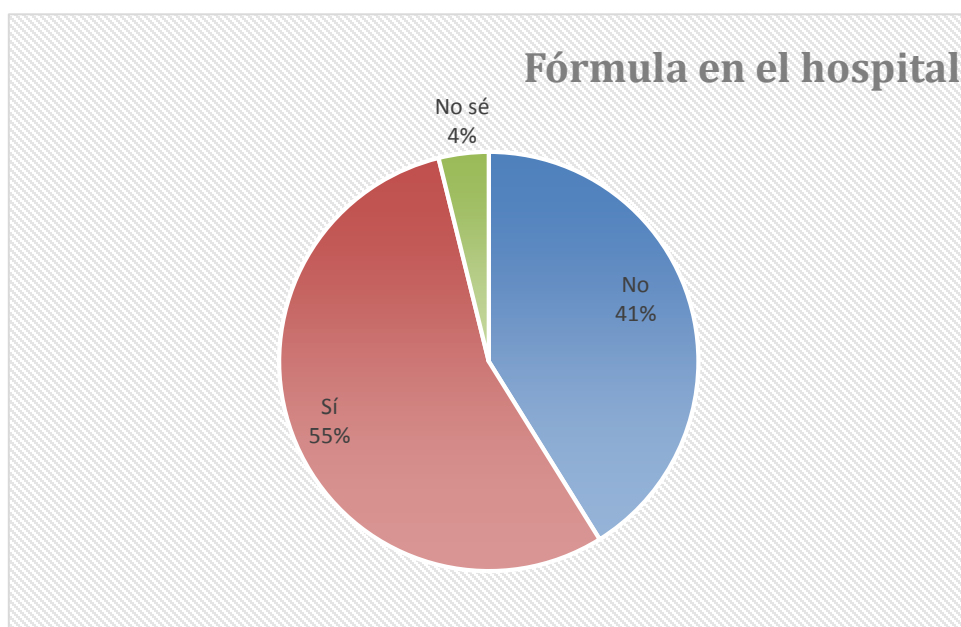
Gráfica 123. Información post natal.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Su bebé recibió fórmula durante su estancia en el hospital?

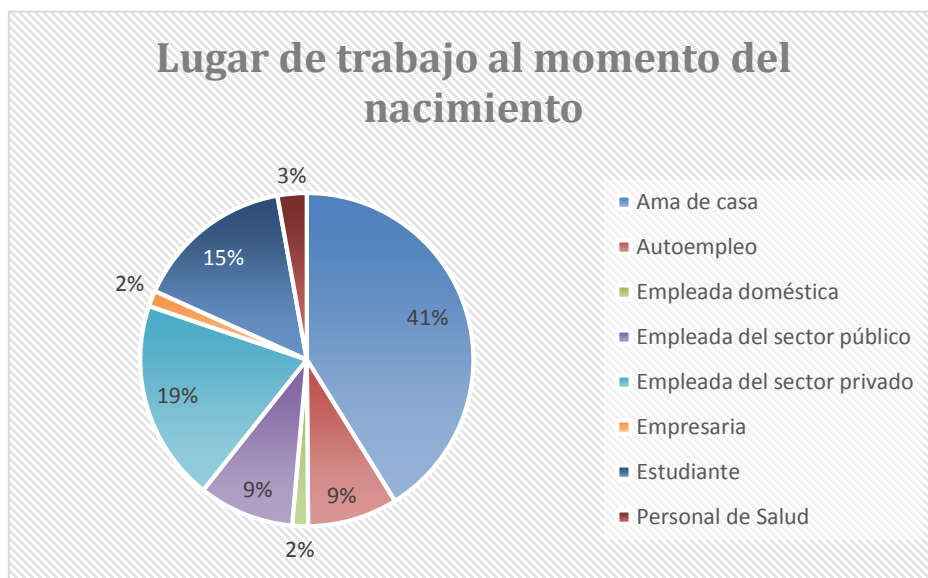
Gráfica 124. Introducción de fórmula desde el hospital.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Situación laboral de la madre.

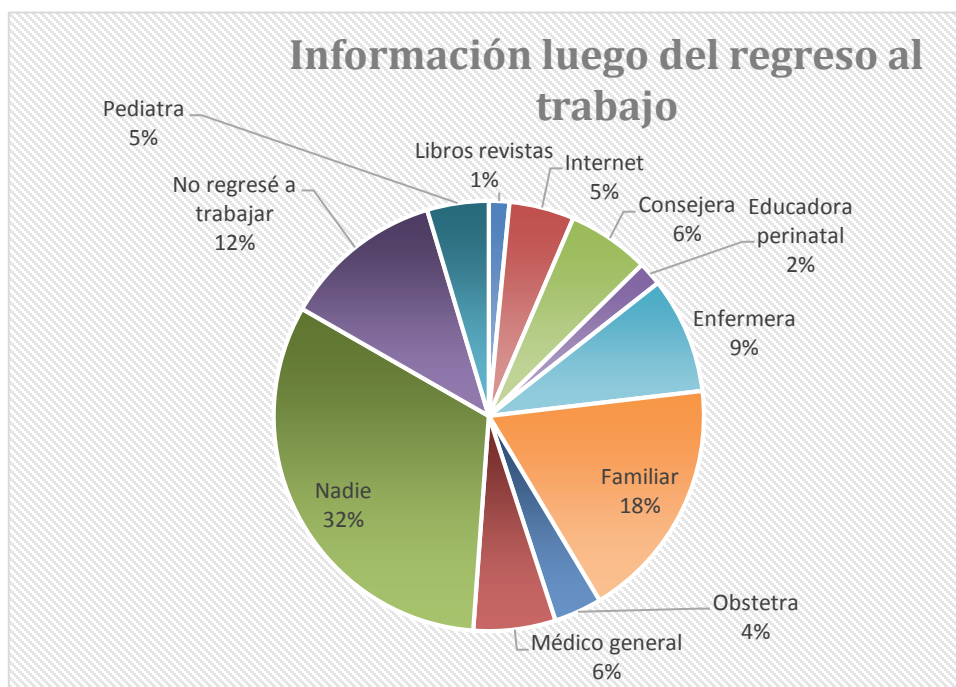
Lugar de trabajo al momento del nacimiento:



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Alguien le informó sobre cómo mantener la lactancia luego del regreso al trabajo?

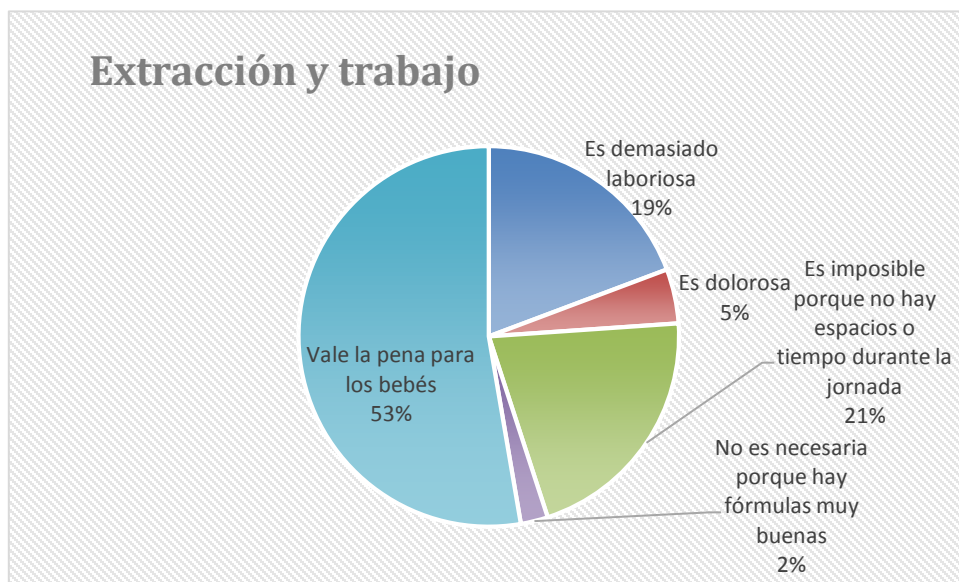
Gráfica. 125. Información para continuar la lactancia tras el regreso al trabajo.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

La extracción de leche materna mientras se trabaja

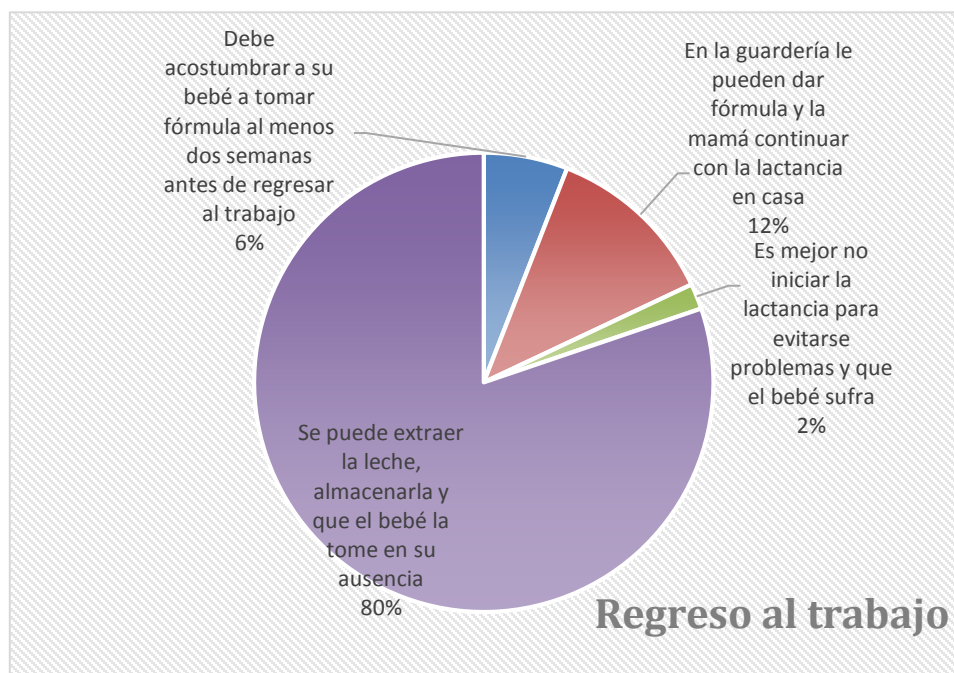
Gráfica 126. Extracción y trabajo.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Si una madre debe regresar a trabajar:

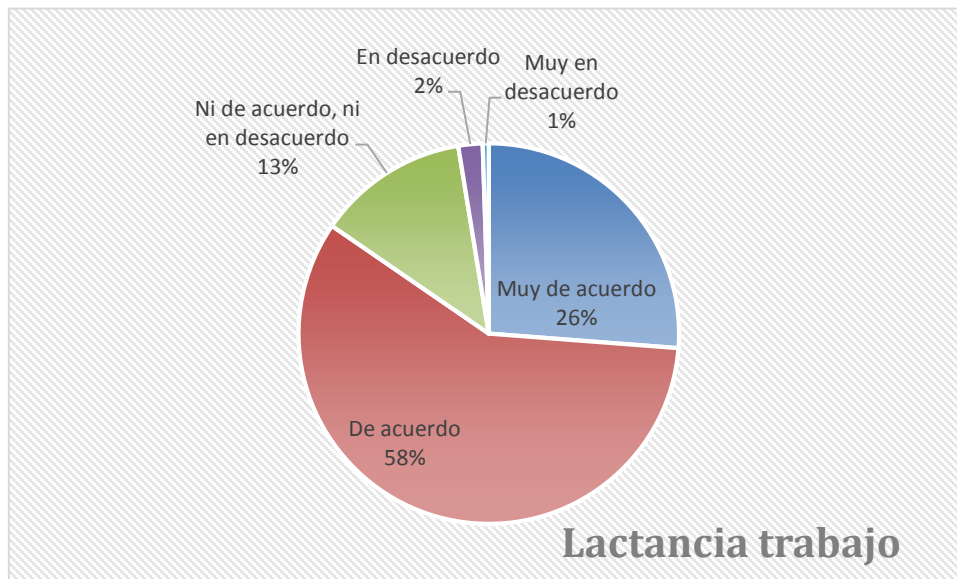
Gráfica 127. Lactancia y trabajo.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Con la información y el apoyo adecuado, es posible trabajar y continuar con éxito la lactancia exclusiva

Gráfica 128. Lactancia y trabajo.

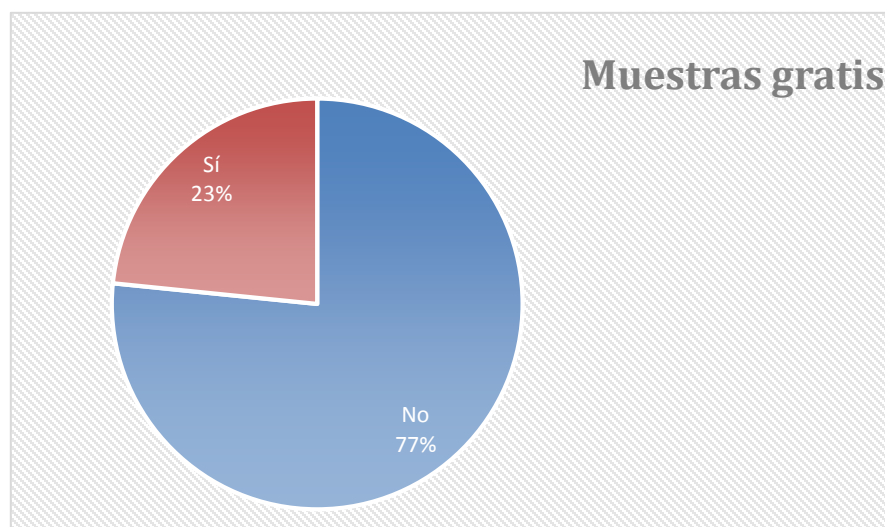


Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Respeto al CICSLM.

¿Se le ofreció una muestra gratis de fórmula o regalo como cobijitas o pañaleras con el nombre de algún laboratorio?

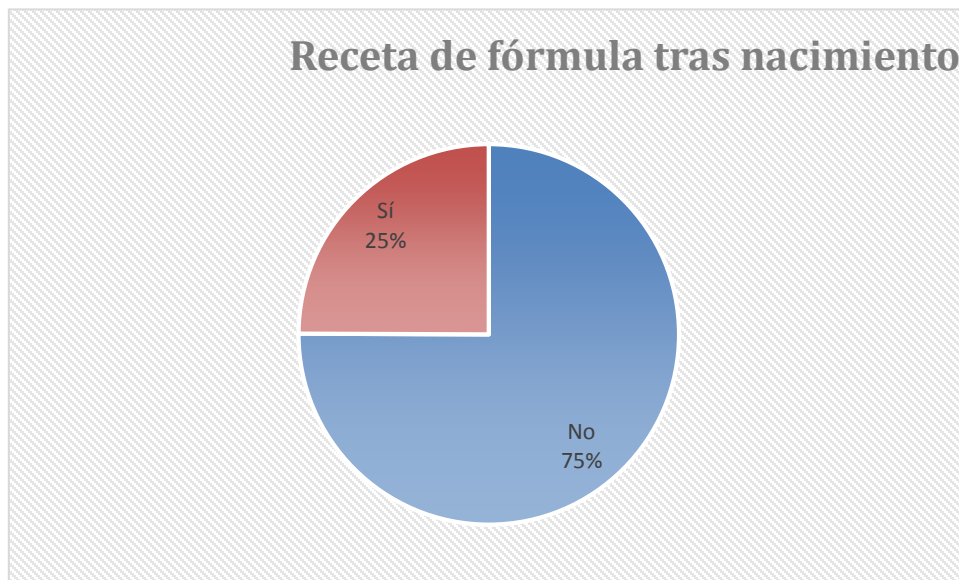
Gráfica 129. Regalos por parte de los laboratorios.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Se le recetó una fórmula específica dentro de su estancia post-parto?

Gráfica 130. Indicación de fórmula específica

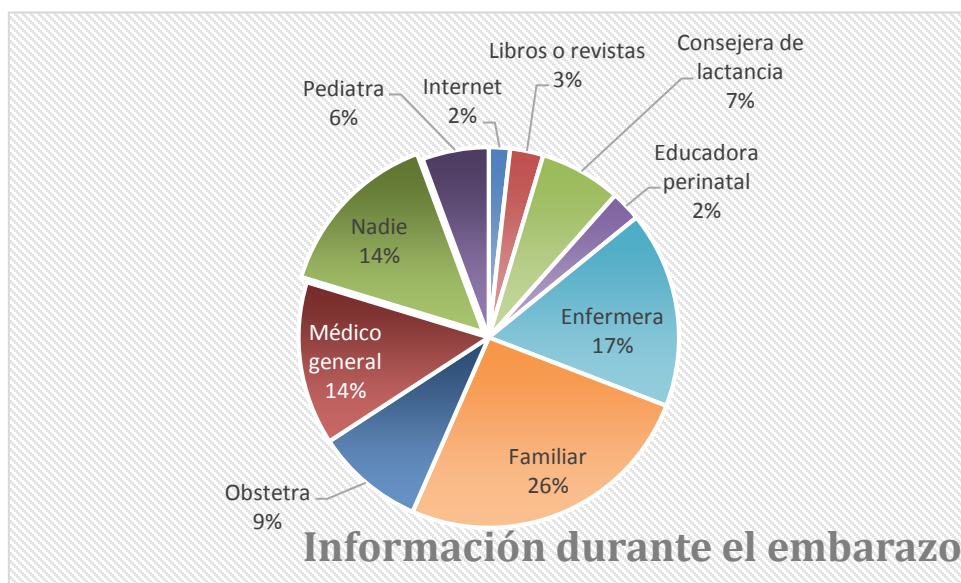


Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

Diseño institucional.

¿Alguien le informó sobre la técnica de la lactancia durante el embarazo?

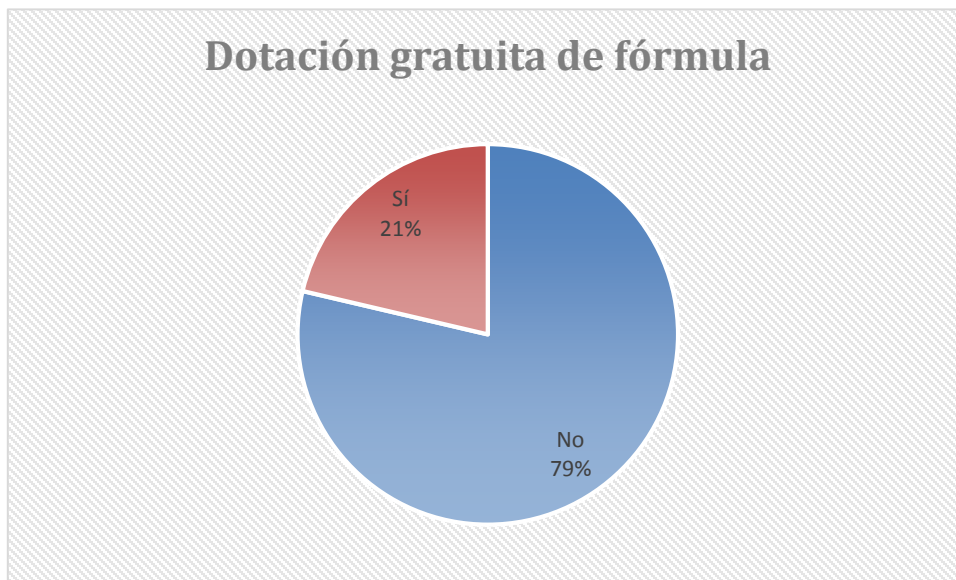
Gráfica 131. Información prenatal



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿El sector salud (IMSS, ISSSTE, Civil o Hospital de la mujer) le proporcionaron fórmula gratuita?

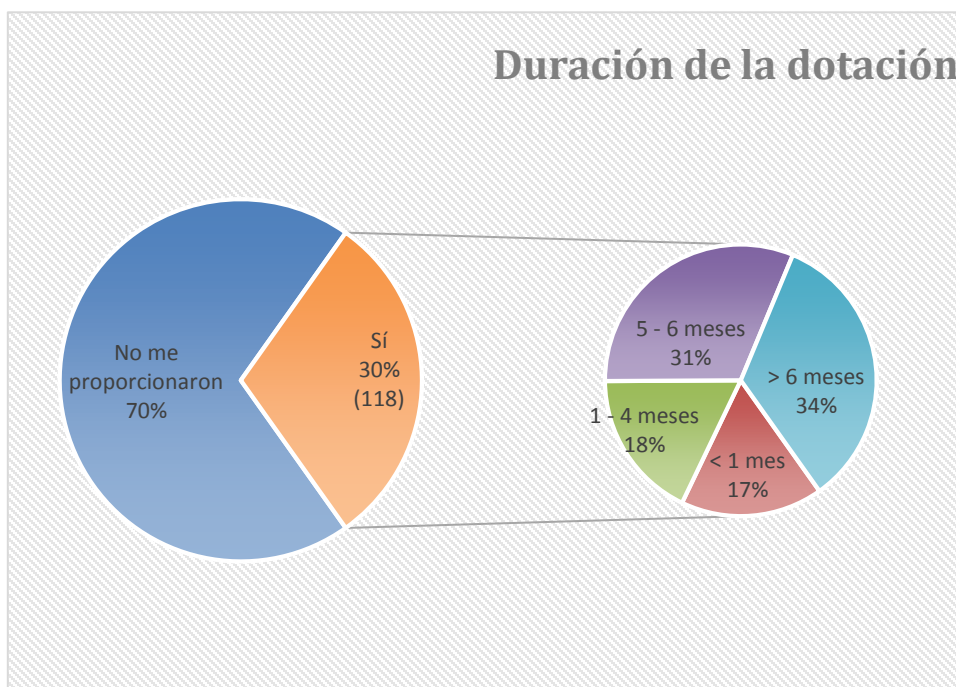
Gráfica 132. Dotación gratuita de sucedáneos.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Por cuánto tiempo se la proporcionaron?

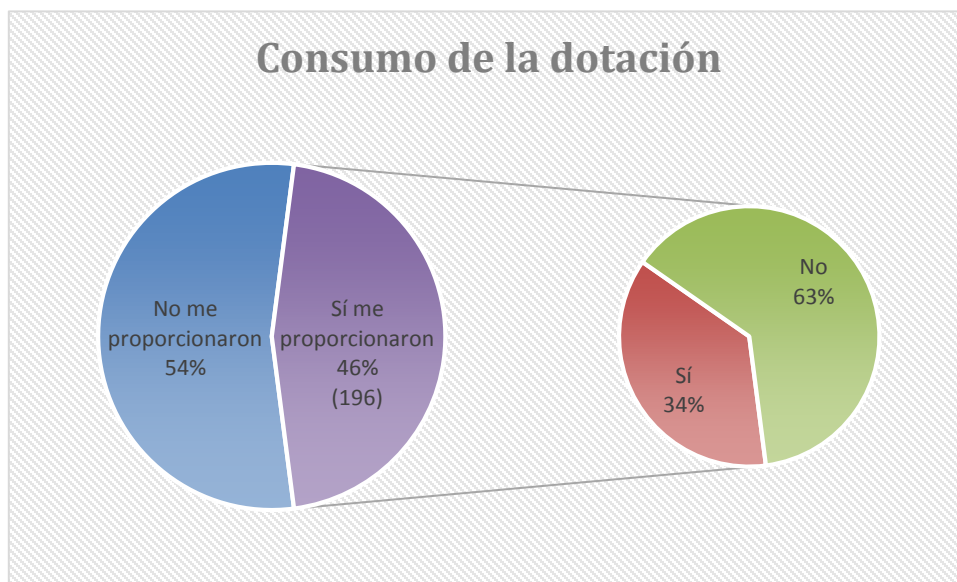
Gráfica 133. Duración de la dotación



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿Su bebé consumió la fórmula que le proporcionó el sector salud?

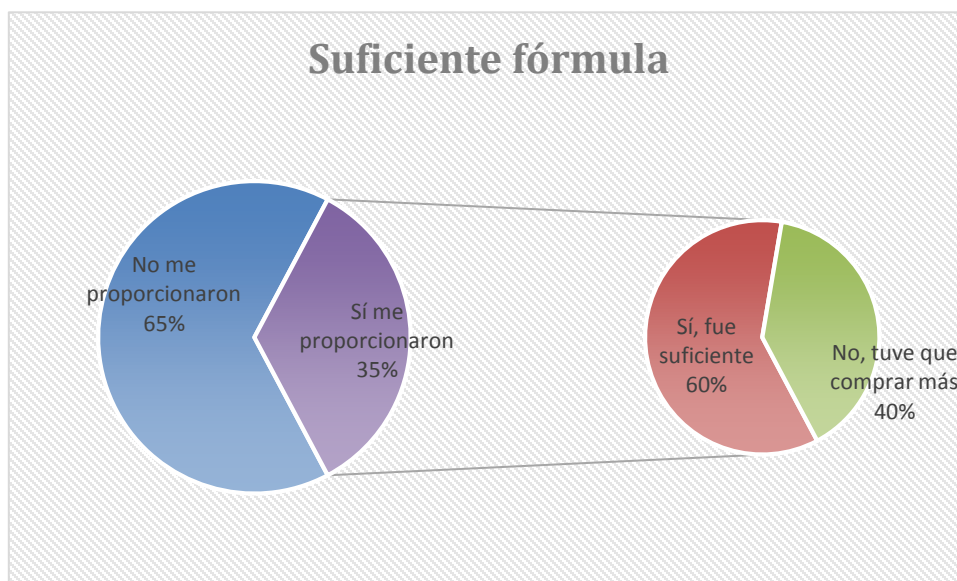
Gráfica 134. Consumo de la dotación



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.

¿La cantidad de leche que le proporcionó la institución de salud fue suficiente?

Gráfica 135. Dotación suficiente de sucedáneos.



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de campo.