

## DETERMINANTES DE LA LACTANCIA MATERNA Y SU ESTADO EN ARGENTINA

Alonso, Rosario; Contreras, M. Itatí; Manzella, M. Josefina; Olivares García, Sofía; Clacheo, Rodrigo.

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Escuela de Nutrición, Buenos Aires, Argentina.

### I. RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud, recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y la lactancia materna continuada hasta los 2 años con la incorporación de otros alimentos. La prevalencia de lactancia materna en Argentina en 2017, hasta los dos años de vida fue del 29%, y la de lactancia materna exclusiva del 33%.

El presente trabajo es un estudio descriptivo, analítico y exploratorio, que toma las características de una revisión bibliográfica. Tiene por objetivo conocer desde la perspectiva de la Salud Pública, los determinantes que influyen en la lactancia materna y su estado actual en la población argentina.

Dentro de ellos se analizaron los determinantes económicos, laborales, legales, socioculturales, que influyen en esta práctica incluyendo el papel que cumple el Estado en su protección y promoción.

Se obtuvo como conclusión que cuando aumenta la comercialización de sucedáneos disminuye la prevalencia de lactancia materna. Sumado a eso se observó que el Código de Comercialización de Sucédáneos sólo establece recomendaciones sin una regulación eficiente.

Por otro lado, la legislación que protege y promueve la lactancia materna es deficiente.

Además, se concluyó que la decisión de amamantar está influenciada por el tipo de información que reciben las madres de los profesionales de la salud. Esto denota la importancia de la valorización de la práctica de la lactancia materna por parte de dichos profesionales.

A partir de las conclusiones que se realizaron, se formularon propuestas con el objetivo de fomentar la protección y promoción de la lactancia materna.

**Palabras claves:** Lactancia Materna, determinantes, Salud Pública, sucedáneos, Argentina.

## ABSTRACT

The World Health Organization recommends exclusive breastfeeding up to 6 months of age and breastfeeding continued until 2 years with the addition of other foods. The prevalence of breastfeeding in Argentina in 2017, up to two years of life was 29% and exclusive breastfeeding 33%.

The present work is a descriptive, analytical and exploratory study, which takes the characteristics of a bibliographic review. Its objective is to know from the perspective of Public Health, the determinants that influence breastfeeding and its current status in the Argentine population.

Among them, the economic, labor, legal, and sociocultural determinants that influence this practice were analyzed, including the role played by the State in its protection and promotion.

It was concluded that when the commercialization of substitutes increases, the prevalence of breastfeeding decreases. Added to that, it was observed that the Substitute Marketing Code only establishes recommendations without efficient regulation.

On the other hand, the legislation that protects and promotes breastfeeding is deficient.

It was also concluded that breastfeeding decisions are influenced by the type of information received by mothers, from health professionals. This denotes the importance of valuing the practice of breastfeeding by these professionals.

From the conclusions that were made, proposals are formulated with the objective of promoting the protection and promotion of breastfeeding.

**Key Words:** Breastfeeding, determinants, Public Health, substitutes, Argentina.

## II. ABREVIATURAS

DHA: Ácido Docosahexaenoico.

DINAMIA: Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia.

EAN: Primera Encuesta Alimentaria y Nutricional.

ECNT: Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

ECV: Enfermedad Cardiovascular.

FPP: Fecha Probable de Parto.

HDL: High density lipoprotein.

HTA: Hipertensión Arterial.

IGF-1: Factor de Crecimiento Insulínico 1

IMC: Índice de Masa Corporal.

INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

LM: Lactancia Materna.

LME: Lactancia Materna Exclusiva.

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

## III. INTRODUCCIÓN

*“Imaginemos que el mundo hubiera inventado el “producto ideal” para alimentar e inmunizar a todos los bebés. Imaginemos también que ese producto estuviera al alcance de todos, que no requiriera almacenamiento ni distribución y que ayudará a las madres a planificar sus familias y redujera al mismo tiempo el*

*riesgo de cáncer. E imaginemos ahora que el mundo se negara a aprovecharlo. Hacia el fin de este siglo de descubrimientos e invenciones sin precedentes, en una época en que los científicos descubren los orígenes de la vida, la situación descrita no es ficticia. El “producto ideal” es la leche materna, a la que todos tenemos acceso al nacer, y la que, sin embargo, no estamos aprovechando.” (1)*

Uno de los desafíos frente a la llegada de un niño o una niña, va a ser lograr que pueda obtener la mejor calidad de vida. La complejidad del desarrollo humano implica abarcar distintos factores para lograrla. La primera infancia es una ventana de oportunidades, en la cual se pueden lograr grandes beneficios si se interviene adecuadamente y así alcanzar el máximo potencial de los niños y niñas. Las experiencias que viva el niño o la niña, tanto como su entorno, influirán en las etapas posteriores de su vida. (2)

El niño o la niña empiezan una etapa en la que presenta una gran velocidad de crecimiento y es importante cubrir sus requerimientos nutricionales adecuadamente.(2)

Sin una buena nutrición no hay salud, y sin salud no es posible alcanzar un buen estado nutricional. La alimentación no sólo satisface una de las

necesidades primarias del ser humano, sino también genera vínculos afectivos permitiendo el encuentro con otros, da sentimiento de pertenencia e identidad cultural, facilitando la integración social.

La leche materna es el primer alimento que reciben los seres humanos para poder subsistir una vez fuera del vientre materno. Ofrece la posibilidad de cubrir las necesidades nutricionales y psicoafectivas en los primeros meses de vida.

(3)

Es por ello que todos los niños y niñas tienen el derecho a ser alimentados/as, a recibir el mejor alimento acorde a su edad y sus requerimientos, y gozar de un ambiente que les procure bienestar. El Derecho a la Alimentación se relaciona con la calidad de vida en la que el niño o la niña pueden crecer y desarrollarse, más allá de los valores nutricionales que los alimentos puedan ofrecer. (3)

La OMS, recomienda la LME hasta los 6 meses y la LM continuada hasta los 2 años con la incorporación de otros alimentos. (4)

La prevalencia de LM en Argentina en 2017, hasta los dos años de vida fue del 29%, y la de LME del 33%. (5)

En el marco de la Salud Pública, compete abordar a la LM ya que es un derecho fundamental que integra el Derecho a la Salud y a la Alimentación; y es el Estado quien tiene la obligación de respetarlo, protegerlo, apoyarlo y asegurar su cumplimiento. No obstante, es necesario tener en cuenta que la decisión de amamantar es de cada una de las madres y del entorno que la acompañe. (6)

El considerarlo como un problema de Salud Pública, implica la necesidad de abordarlo de manera global, contemplando tanto el impacto que tiene en la calidad de vida de las madres, los niños y niñas, así como en el gasto en Salud Pública.

En efecto, la LM es una responsabilidad social y colectiva. Se ha visto que las mujeres están más dispuestas a alimentar exclusivamente con leche materna a sus hijos, si existen políticas y programas que las apoyen. (7)

## IV. OBJETIVOS

### Objetivo general

Conocer la situación de la Lactancia Materna en Argentina y sus determinantes.

### Objetivos específicos

- Describir la situación actual de la lactancia materna en Argentina.
- Analizar los determinantes que se relacionan con el adecuado cumplimiento de la LM.
- Proponer iniciativas que desde la Salud Pública, fomenten la lactancia materna.

## V. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, analítico y exploratorio, que toma las características de una revisión bibliográfica, a fin de conocer los determinantes que influyen en el desarrollo de la LM y su estado actual en Argentina.

Se consultaron distintas fuentes bibliográficas en el periodo de Agosto 2017 a Febrero 2018, tales como revistas científicas, metaanálisis, artículos y sitios web.

Los datos utilizados se obtuvieron de la literatura científica encontrada en las siguientes bases de datos: Medlars Online International Literature (MEDLINE); vía PubMed; Scientific Electronic Library Online (SciELO); Google Académico y LANCET, UNICEF y Organización Mundial de la Salud.

También se utilizaron datos aportados por la Primera Encuesta de Opinión Pública sobre LM realizada en el año 2015 y la Primera Encuesta Alimentaria y Nutricional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires realizada del año 2011.

Por otro lado para analizar la situación actual de LM en Argentina, se utilizaron datos del Informe elaborado por la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia titulado Situación de la LM en la Argentina; como así también datos del estudio realizado por la organización Global Breastfeeding Collective, dirigida por la OMS y UNICEF.

Clasificaciones de lactancia materna según OMS y UNICEF

-Lactancia materna exclusiva (amamantamiento exclusivo): Significa que el bebé recibe solamente leche de su madre, directamente de su pecho o



extraída. No recibe ningún otro alimento o bebida, ni agua, ni jugos, ni té. Puede recibir medicamentos y/o vitaminas.

-Lactancia materna predominante: Significa que el bebé es amamantado pero también recibe pequeñas cantidades de agua o bebidas a base de agua como el té.

-Lactancia materna completa: Significa que el bebé es alimentado exclusiva o predominantemente al pecho.

-Alimentación con biberón: Significa que el bebé se alimenta con biberón, sin importar el contenido del frasco, incluida la leche materna extraída.

-Alimentación artificial: Significa que el bebé se alimenta con alimentos artificiales y no recibe nada de leche materna.

-Lactancia materna parcial: Significa que el bebé amamanta algunas veces, y otras ingiere otros alimentos, ya sea leche, cereales u otros.

-Alimentación complementaria adecuada y oportuna: Significa que el bebé ingiere otros alimentos apropiados, además de la leche materna, después de los 6 meses de edad.(8)

## VI. IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

La OMS *“recomienda a todas las madres la LME durante los primeros 6 meses, con el fin de ofrecer a sus hijos un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. Posteriormente, hasta los 2 años o más, los lactantes deben seguir con la LM, complementada con otros alimentos nutritivos.”* (9) La LM aporta la energía y los nutrientes que se necesitan en los primeros 6 meses de vida y hasta un tercio aproximadamente durante el segundo año de vida. La OMS entiende por LME a aquella que consiste en dar únicamente leche materna (esto quiere decir que no se le darán otros líquidos ni sólidos), exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes en caso necesario. (10)

En este contexto, es importante resaltar los beneficios de la LM. Para la madre, contribuye a recuperar el peso previo al embarazo, podría mejorar el espaciamiento entre embarazos, favorece la reducción del riesgo de depresión posparto, fortalece el vínculo con su hijo o hija, podría reducir el riesgo de diabetes, de osteoporosis y prevenir el cáncer de mama y ovario. Para el niño o niña, previene la mortalidad y morbilidad relacionada con enfermedades infecciosas, episodios de diarrea, infecciones respiratorias, contribuye a una reducción de la desnutrición infantil, se relaciona con un mayor desarrollo de la inteligencia en relación a aquellos que no son amamantados/as o que lo hacen en un corto tiempo, podría disminuir el riesgo de desarrollar sobrepeso y diabetes en un futuro y favorece la relación afectiva con su madre.

La LM reduce las hospitalizaciones en los niños y niñas ya que mediante ésta se los/las protege de las enfermedades anteriormente mencionadas, lo que resulta en un menor gasto en Salud Pública.

Durante los primeros años de vida, la adecuada alimentación es esencial, no sólo para el crecimiento y desarrollo físico, mental y biológico sino también para el desarrollo emocional. El amamantamiento, sostener al niño o a la niña en brazos, acunarlo/a y hablarle, son acciones que estimulan el cerebro, brindan el afecto y la tranquilidad fundamentales para el desarrollo psicoafectivo. El inicio de la LM precoz y el desarrollo del vínculo temprano entre la madre y el hijo o la hija, propician la adquisición de capacidades y habilidades que irá desarrollando y perfeccionando a lo largo de su vida. Entre ellas: la seguridad en sí mismo/a, facilita el proceso de aprendizaje y el establecimiento de habilidades sociales positivas que le permitirán en instancias futuras generar buenas relaciones interpersonales y sentido de la empatía. (11)

La LM cuando es comenzada a tiempo, es decir, dentro de la primera hora posparto, estimula la producción de leche materna. Al mismo tiempo, protege al niño o a la niña de contraer infecciones, fortalece el vínculo emocional de la díada madre-hijo/a y esto contribuye a reducir el estrés posparto del recién nacido o la recién nacida. A su vez reduce la mortalidad infantil y tiene un impacto positivo en la duración de la LM. Esto se relaciona con la importancia de ayudar a las madres a iniciar la LM durante la hora siguiente al parto. (1)

La leche materna es un alimento que está al alcance de la población, es gratuito y está a disposición del recién nacido o la recién nacida siempre que lo necesite.

Es un fluido compuesto por distintos nutrientes, células, hormonas, factores de crecimiento, inmunoglobulinas, enzimas, entre otros.

A lo largo del día, la leche varía su composición, como así también a lo largo de la mamada y a lo largo de la lactancia. A su vez presenta variaciones entre individuos, siendo éstas funcionales a las necesidades de cada lactante.

Dentro de los beneficios de la leche materna, es importante destacar cuáles son específicamente los nutrientes que hacen de ella un alimento tan valioso.

### **Hidratos de carbono**

Estos aportan aproximadamente el 40% de la energía necesaria para el normal crecimiento y desarrollo del/la bebé, siendo la lactosa el principal glúcido.

Ésta favorece la implantación de una flora acidófila y promueve la absorción del calcio.

Se encuentran también en la leche oligosacáridos, los que representan el tercer componente mayoritario de la misma. Existe gran interés en relación con su papel en la salud y el desarrollo del/la lactante, ya que cumplen en el organismo un rol similar al de la fibra soluble de la dieta: ejercen un efecto probiótico, al promover el desarrollo de bifidobacterias en el intestino, lo que genera un pH ácido que inhibe el crecimiento de microorganismos patógenos. También se postula su papel como fuente de ácido siálico y galactosa para el desarrollo cerebral.

### **Proteínas**

El contenido proteico de la leche humana es 0,9 g de proteínas cada 100 ml, este valor es el necesario para un buen crecimiento sin producir una

sobrecarga renal de nitrógeno. Las proteínas de la leche de vaca, son diferentes de las proteínas de la leche humana y pueden generar respuestas antigénicas.

Dentro de la fracción proteica se destacan dos grandes grupos:

*Caseína:* constituye el 40 % de las proteínas totales pero puede llegar hasta tan sólo el 20%, y desde el punto de vista nutricional no sólo cumple funciones como proteína sino que fragmentos de la misma formarían parte del factor bífidus y otros tendrían funciones inmunomoduladoras.

#### *Proteínas del suero*

*Alfa-lactoalbúmina:* Es una de las proteínas más abundante del suero lácteo, interviene en la síntesis de la lactosa y es específica del humano. La proteína predominante en la leche de vaca es la Beta-globulina bovina que puede aparecer en el suero de mujeres que consumen muchos productos lácteos y ha demostrado tener un potencial antigénico que puede sensibilizar a la/el lactante.

*Lactoferrina:* Es una proteína que tiene la capacidad de ligarse al hierro, y se encuentra en grandes cantidades en la leche materna. Participa en la protección del recién nacido o la recién nacida frente a los microorganismos, como por ejemplo Escherichia Coli y Cándida Albicans que requieren hierro libre para su crecimiento. La lactoferrina se une al hierro, generando un efecto bacteriostático, ya que no permite que los microorganismos se unan a él, y de esta manera no permite su crecimiento.

### **Lípidos**

Aportan aproximadamente el 50% de las calorías totales. Son fuente de ácidos grasos esenciales y vehículo de las vitaminas liposolubles, favoreciendo su absorción. Contiene una alta proporción de PUFA de cadena larga W3 (ácido

linolénico), W6 (ácido linoleico) y otros de cadena aún más larga como el araquidónico y DHA. Estos últimos son precursores de tromboxanos, leucotrienos y prostaglandinas que intervienen en el desarrollo de la retina y en el proceso de mielinización del SNC previniendo su posterior degradación. Para ello es necesario que sean ingeridos con la dieta ya que los mamíferos no los producen.

El perfil de ácidos grasos se modifica con la dieta materna, de modo tal que la composición de la grasa ingerida se refleja en la grasa láctea.

Además presenta variaciones:

-A lo largo del día, el contenido de lípidos es superior a la mañana probablemente relacionado con el ritmo circadiano de la secreción de prolactina.

-A lo largo de la mamada, el contenido va aumentando.

-A lo largo de la lactancia, se observa una disminución hacia el final de la misma.

### **Hierro**

Su concentración en la leche materna es baja. Se encuentra ligado a:

-La fracción lipídica: su concentración en la leche varía durante la lactada y guarda las mismas fluctuaciones que tienen los lípidos.

-Compuestos de bajo peso molecular

-Lactoferrina.

El bajo contenido de hierro se compensa por su elevada absorción (llega al 50 %). Esto se debe a que contiene elementos facilitadores como la lactoferrina, lactosa, ácido ascórbico y bajo contenido en fósforo.

### **Compuestos celulares y bioactivos**

Se incluyen:

-Nucleótidos y nucleósidos, tienen una acción predominante en la proliferación y diferenciación del epitelio intestinal. La concentración de los primeros disminuye considerablemente a partir de la terminación de la etapa del calostro. Dentro de sus beneficios se encuentran: la estimulación del crecimiento de bifidobacterias, la mejora en la respuesta inmunológica, el aumento de los PUFA y colesterol HDL y favorecer la absorción de hierro.

-Hormonas y péptidos tróficos, por ejemplo hormona de crecimiento, insulina y factores de crecimiento.

-Linfocitos T y B, leucocitos, neutrófilos y células epiteliales. (12)

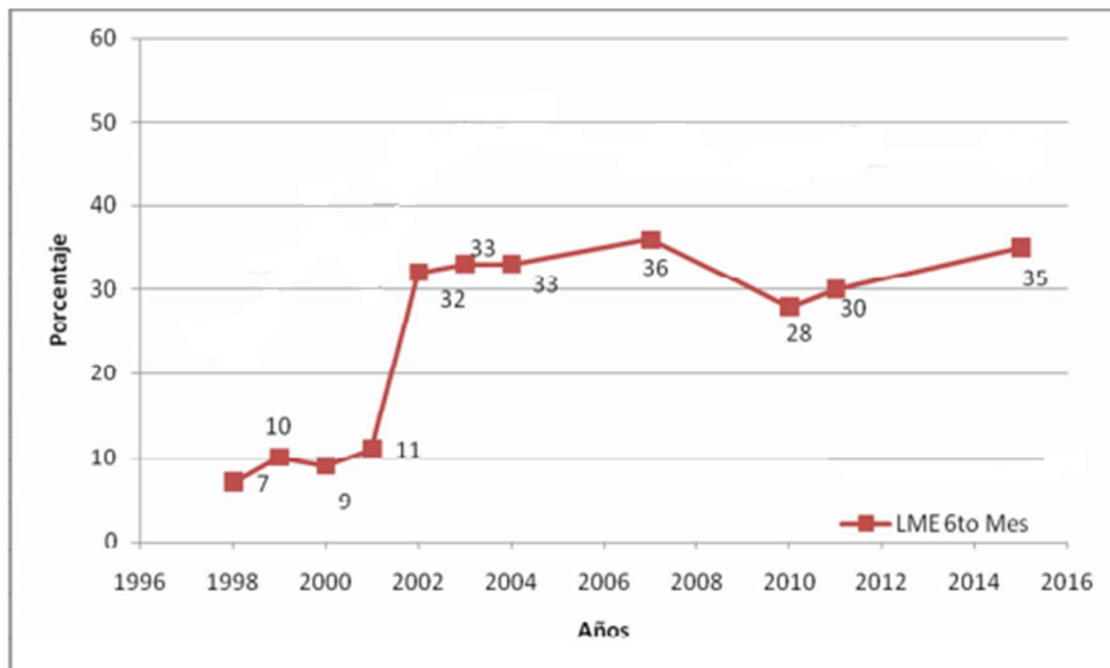
## VII. ESTADO DE LA LACTANCIA MATERNA

Según un estudio realizado por la organización Global Breastfeeding Collective, dirigido por la OMS y el UNICEF (5) en Julio del 2017, la tasa de LME en Argentina, durante los primeros 6 meses de vida, fue del 33%. En cuanto a los niños o niñas que continúan con LM en el primer año la cifra fue de 47%, y la tasa de aquellos/as que continúan hasta los dos años de vida fue del 29%.

Según el Informe elaborado por la DINAMIA (13) del Ministerio de Salud de la Nación, titulado “Situación de la LM en la Argentina del año 2015”, a los 6 meses de edad, el porcentaje de niños o niñas que recibieron sólo leche materna el día anterior a la encuesta fue un 35%, para el año 2011 fue un 30%, en 2010 se encontraba en 28%, y en 2007 dicho porcentaje fue de 36%. (14) (15)

Título: Evolución de los porcentajes de LME al sexto mes de vida. Argentina, años 1998-2015





Fuente: DINAMIA

La prevalencia de LM en Argentina fue variando a lo largo de los años. En cuanto a la cantidad de niños que continuaron con LM entre los 12 y 15 meses de vida, dicho informe muestra que el porcentaje fue de 60% para el año 2010, y 71% para el año 2015.

Así mismo son relevantes los datos arrojados por la Primera Encuesta de Opinión Pública sobre LM realizada en el año 2015. La misma se realizó en la población general a partir de los 16 años, por lo que se encuestó tanto a hombres y mujeres, quienes no necesariamente eran padres, por lo que no se redujo a un sólo sector sino que también se buscó reflejar la opinión de grupos de diversas características (como edad, género, nivel socioeconómico y zona de residencia), y no excluyentemente de madres. (16)

El 95% de los/as encuestados/as consideró entre muy y bastante importante la promoción de la LM. A la pregunta sobre los beneficios asociados a la LM un 40% la relaciona con evitar enfermedades y un 20% con que es saludable. Un

dato a destacar es que un 9% la relacionó con la mejora en el vínculo con la madre y un 6% la relacionó con que es lo mejor para el/la bebé.

La mitad de los/as encuestados/as consideró estar informado/a sobre la LM y sus beneficios. Se destaca que del total de mujeres encuestadas, el 66% refirió estar muy o bastante informadas, contrastando con el grupo de los hombres, en donde el número se reduce a casi la mitad (32%). Y al mismo tiempo casi la mitad de la población encuestada afirma que está muy o bastante interesada en recibir dicha información, siendo 6 de cada 10 mujeres y 4 de cada 10 hombres.

Un 5% de la población respondió que el periodo de lactancia debe durar hasta los 2 años, concordando con las recomendaciones de la OMS.

El 94% afirma que es mucho más saludable o bastante más saludable la leche materna que la leche de fórmula. De hecho, ninguna persona respondió que la LM sea menos saludable que la artificial.

Un 56 % cree que es común que las mujeres no tengan suficiente leche para amamantar o dejen de tener leche.

Si bien el presente trabajo pretende abarcar la situación actual de la LM en Argentina, cabe mencionar la situación particular de la Ciudad de Buenos Aires ya que se cuenta con la Primera EAN de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires realizada en el año 2011. En ella se abarcan una gran cantidad de variables relacionadas a la alimentación, nutrición y salud de madres con hijos o hijas lactantes, en primera infancia, en etapa escolar, en la adolescencia, mujeres en edad fértil y adultos mayores.(17)

En base a la información relevada por la misma, se observó que en el recordatorio de 24 hs realizado el día anterior a la entrevista, el 82% de niños/as menores de 6 meses había recibido leche materna. Pero al preguntar si se había tratado exclusivamente de esta, sólo el 35,3% la había recibido.

Es importante destacar que hubo diferencias entre las madres que fueron informadas sobre la importancia de la LM antes del embarazo, de aquellas que recibieron información durante el embarazo o después del parto, siendo mayor la prevalencia de la LM en aquellas madres que fueron informadas antes del embarazo. Como así también se vio menor prevalencia de LM en aquellas madres que pasan más de 4 horas fuera del hogar.

Siguiendo con los resultados arrojados por el recordatorio de 24 horas, del total de niños y niñas menores de 6 meses, un 41,5% recibió LM parcial, el 13,7% recibió lactancia artificial y el 4,4% restante recibió lactancia artificial y alimentos el día anterior a la entrevista.

En los hogares pobres, con NBI y con bajo nivel educativo, se observó que la LM tiene mayor prevalencia que en otros estratos. Igualmente, no se pudo asegurar que dicha relación sea directamente proporcional, debido a que no se contó con las herramientas metodológicas adecuadas.

En relación a las causas del abandono se encontró que un 55,7% refería que se había quedado sin leche, un 8,1% lo relacionó a cuestiones laborales y un 7,1% refirió que tenía que ver con un mal progreso del peso del/ de la niño/a.

De la encuesta se obtuvo que el 74,8% inició la LM en la primera hora de vida. Esta práctica favorece el apego entre la madre y el hijo o la hija; mejora la prendida al pecho y permite el aprovechamiento del calostro. Esto es

importante ya que además de alimentar, brinda inmunidad al niño/niña. La cantidad de leche que la mamá produce es la suficiente para el niño/niña y, para estimular su producción, durante este periodo y a lo largo de toda la lactancia.

. Aquellos casos donde la LM no pudo ser iniciada dentro de la primera hora posparto se debió en un 67,2% a los niños o niñas nacidos/as por cesárea, un 43,8% a los/las nacidos/as pretérmino y un 34,8% a complicaciones al nacer.

El porcentaje de niños o niñas que inician la LM es de un 97,1 %, pero se observa como un problema prevalente que gran parte de ellos inician tempranamente la incorporación de otras leches diferentes a la materna, así como también infusiones y otros tipos de alimentos. La edad promedio en la que los niños o niñas comienzan la ingesta de alimentos diferentes a la leche materna es de 3,7 +/- 1,9 meses. Dentro de las razones que refirieron las madres sobre la incorporación temprana de estos alimentos fueron atribuidas en un 59,3% a indicaciones médicas, le siguió en un 24,2% la decisión propia de la madre y un 16% refirió haber recibido indicación de algún familiar, amigo/a o vecino/a.

Un 62,6% de los niños o las niñas, fue alimentado con leche de vaca o fórmula láctea, siendo esta utilizada como sustituto o complemento de la leche materna. Del total de los casos, un 80,3 % estuvo indicado por algún integrante del equipo de salud, mientras que un 16,6% de los casos estuvieron vinculados a una decisión de la madre. Un dato importante es que, 4 de cada 10 niños/niñas que introdujeron alimentos diferentes a la leche materna, lo hicieron durante el primer mes de vida.

A la hora de preguntar sobre el tipo de sucedáneo utilizado, se obtuvo que el 67,4% de las madres utilizaba fórmulas infantiles líquidas, el 39,5 % las fórmulas infantiles en polvo y el 4,5% leche de vaca.

En relación a esto último, se obtuvo que el 1,4% de los/las lactantes recibía la leche en polvo distribuida por el plan materno infantil<sup>1</sup>. (7)

---

<sup>1</sup> : El plan materno infantil incluye, a partir de la certificación del embarazo y realizado el trámite correspondiente, entre otros beneficios, alimentación suplementaria que consta de 4 kg. de leche maternizada o medicinal por mes, durante los tres primeros meses por indicación médica y con evaluaciones de Auditoría Médica. (18)

## VIII. ROL DEL ESTADO Y ACCIONES RELACIONADAS CON LA LACTANCIA MATERNA EN ARGENTINA

Todas las madres tienen el derecho de amamantar a sus hijos/as, y éste debe ser reconocido por el Estado y la sociedad como un derecho humano propio de las mujeres. El Estado tiene la obligación de respetarlo, protegerlo, promoverlo y apoyarlo.

La LM abarca el Derecho a la Alimentación del niño y la niña y el Derecho a la Salud de la madre y el hijo o la hija, y si bien practicarla es decisión de las madres, los gobiernos de manera conjunta con la sociedad, tienen el deber de garantizar que aquellas mujeres que deseen amamantar, lo puedan hacer plenamente.

En este marco, es el Estado quien debe formular políticas públicas en los distintos ámbitos para proteger la LM. Argentina, al igual que la mayoría de los estados a nivel mundial, formula e incorpora en su sistema normativo herramientas que le permitirían bregar por su total y correcto cumplimiento.

Así, los derechos previamente mencionados se encuentran contemplados en las siguientes normativas:

- Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (19)

La misma fue incorporada en la Constitución Nacional, artículo 75, inciso 22.

Allí se reconoce el derecho de todos los niños y niñas a gozar del más alto grado de salud alcanzable, al mismo tiempo que se establece la necesidad de que los gobiernos aseguren provisiones de alimentos protegiendo la niñez. A esto se

suma la necesidad de que todas las familias puedan acceder a la información necesaria sobre nutrición y las ventajas de la leche materna.

- Pacto Internacional sobre Derechos Sociales, Económicos y Culturales.

Artículo 11 (20)

Al igual que el anterior fue incorporado en la Constitución Nacional, en el artículo 75, inciso 22. En el mismo se enfatiza el derecho a la alimentación adecuada, entendiendo por ésta, aquella que mantenga, se adapte y fortalezca la diversidad dietética, respetando los diversos patrones de alimentación, incluyendo la LM.

- Ley 25.929: “Ley de Parto Humanizado”.

La misma establece en el Artículo 2°, inciso “i” que toda mujer tiene derecho a ser informada desde el embarazo, sobre los beneficios de la LM y recibir apoyo para amamantar. (21)

- Ley 26.873: “Lactancia Materna. Promoción y Concientización Pública”

(22)

Esta fue sancionada el 3 de Julio de 2013 y promulgada el día 5 de Agosto de dicho año. En ella se incluyen acciones como:

- Promoción de LME y LM continuada, acompañada de prácticas óptimas de alimentación en niños y niñas de hasta los seis meses de edad, al mismo tiempo que promueve una oportuna alimentación complementaria hasta dos años. Para esto establece la necesidad de fomentar acciones en los subsectores públicos, estatales y privados, en relación a las condiciones adecuadas de LM, y formular recomendaciones para incentivar, en los casos que así lo requieran, su incorporación.

- Difusión de información completa, adecuada y accesible con el propósito de generar concientización pública, fundamentalmente en las mujeres embarazadas quienes deben conocer tanto la importancia de su estado nutricional, como así también el de sus hijos/as.
- Promoción y apoyo de Centros de Lactancia Materna y Bancos de Leche.
  - a) Centros de Lactancia Materna

Se trata de espacios dentro de las instituciones de Salud, cuyo principal objetivo es facilitar la extracción de leche por parte de la madre, para poder recolectarla, conservarla y posteriormente brindársela a su propio hijo o hija. Además, se incluyen actividades de investigación, información y educación. (22)

b) Bancos de Leche

Se realizan actividades de recolección, procesamiento, conservación y distribución de la leche, fundamentalmente orientada a la administración de la

misma a aquellos/as lactantes cuya situación así lo requiera, como por ejemplo, los Recién Nacidos de Riesgo, dentro de los que se encuentran los/las prematuros/as, nacidos/as con bajo peso o aquellos/as que no pueden recibir leche de su propia madre por diversos motivos y que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad. En estos casos, la administración de leche materna resulta eficaz para alimentar y contribuir a mejorar su estado de salud. Si bien a partir de la década del 80' su funcionamiento y promoción comienza a disminuir, coincidiendo esta etapa con la creciente preocupación por la eventual transmisión vertical de infecciones a través de la leche materna (fundamentalmente el VIH) y el auge de la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, este declive fue transitorio y en la actualidad se encuentran



extendidos en una gran cantidad de países a lo largo del mundo, siendo la red brasileña la mayor y más compleja en el mundo, considerada por la OMS. (22)

En el año 2003, con el apoyo de la OPS, se inicia un proceso basado en la experiencia brasileña, pero orientado a la ampliación de este proyecto para su aplicación a toda América Latina.

Finalmente a través de la Carta de Brasilia, firmada en 2005 y elaborada por profesionales de 13 países, queda asentado el compromiso para la creación de una Red Latinoamericana de Bancos de Leche Humana.

La Carta de Brasilia fue presentada ante la XVIIª Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, realizada en el 2007, en Santiago de Chile. Comenzó a configurarse, entonces, la Red Iberoamericana de Bancos de Leche Humana, de la cual Argentina participa.

El Acuerdo Básico de Cooperación Técnica entre Brasil y Argentina, fue firmado en el año 1996, con el objetivo de promover la cooperación técnica en las áreas consideradas prioritarias por ambos países, pero fue recién en el 2006 que Argentina inició la capacitación para la instalación y funcionamiento de Bancos de Leche Humana.

El Banco de Leche Humana del Hospital San Martín, La Plata, inaugurado el 15 de mayo de 2007, fue el primero en entrar en funcionamiento.

En la actualidad, nuestro país cuenta con 5 Bancos de leche Humana más:

- Hospital "Dr. Julio C. Perrando", Resistencia, Chaco
- Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá", Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Hospital Materno Neonatal "Dr. Ramón Carrillo", Ciudad de Córdoba
- Hospital Lagomaggiore, Ciudad de Mendoza -Hospital Cutral Co-Plaza Huincul

En este contexto el Ministerio de Salud de la Nación plantea el trabajo de los Bancos de Leche Materna dentro de una Red definida entre maternidades cercanas que posean Centros de Lactancia Materna. (23)

A partir de esta iniciativa, se impulsó la conformación de una Comisión Técnica Asesora en Bancos de Leche Materna (Res. 2208/2010).

Cabe señalar que para que esta iniciativa se vuelva eficaz, resulta necesario complementarla con intervenciones que fomenten la donación voluntaria y gratuita de leche materna para abastecer a los Bancos.

Dentro de esta Ley, se impulsa también, la adhesión al programa “Hospital Amigo de la Madre y el Niño” por parte de los hospitales y Centros de Atención Primaria de la Salud. (1)

Esta iniciativa es una propuesta llevada a cabo por UNICEF y OMS, con el objetivo de fomentar en los hospitales, servicios de salud y, sobretudo, en los padres y las madres, que la lactancia materna brinda el mejor comienzo a la vida de los/las bebés.

Argentina se unió a los Hospitales Amigos en el año 1994 y cuenta actualmente con 26 instituciones que llevan a cabo esta propuesta.

El hospital se vuelve un lugar clave para fomentar y educar en materia de LM porque es allí donde médicos, enfermeros y otros integrantes del equipo de salud, deciden y discuten los lineamientos a seguir en la atención de la salud.

No obstante muchos hospitales no favorecen que la madre amamante a su hijo/a. Esto se debe a que en algunos hospitales, separan a el/ la bebé de la madre inmediatamente antes de que tenga oportunidad de amamantarlo/a, y le ofrecen sucedáneos u otros líquidos. (1) También la madre se ve influenciada por la

oferta gratuita o bajos precios de los sucedáneos de la leche materna. Es por esto que se creó la iniciativa de Hospitales Amigos: para dar prioridad a las necesidades de la madre y del recién nacido.

Para considerarse “Hospital Amigo” se debe cumplir con los siguientes diez pasos hacia una lactancia natural, elaborados por UNICEF y la OMS: (referencia)

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural.
2. Capacitar a todo el personal de salud para que pueda poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia natural.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar a el/la niña.
6. No dar a los/las recién nacidos/as más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, salvo cuando medie indicación médica.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños o las niñas durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia natural cada vez que el/la niño/a la pida.
9. No dar a los/las niños/as alimentados al pecho, chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos.

Para dar continuidad a la promoción y protección la LM en los centros de salud una vez que los niños son dados de alta en las maternidades surge la iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño de origen nacional. Actualmente, Argentina cuenta con veinte Centros acreditados de los cuales uno realizó la

reacreditación (provincia de Neuquén. Son diez las provincias que tienen al menos un Centro de Salud Amigo de la Madre y el niño, y dos (San Juan y San Luis) las que cuentan con más de dos Centros certificados. (24)

## IX. DETERMINANTES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE LA LACTANCIA MATERNA.

*“Virtualmente todas las mujeres son biológicamente capaces de amamantar excepto las muy pocas con trastornos médicos severos que son limitantes”.* (7)

Sin embargo, hay una amplia variedad de factores que actúan en distintos niveles, influyendo en las decisiones y el desarrollo de la LM a lo largo del tiempo, ya sea condicionando positiva o negativamente esta práctica.

La OMS refiere que las tasas inadecuadas de LME son el resultado de acciones sociales, culturales, del sistema de salud y comerciales. Incluyen: las creencias sociales y de el/la cuidador/a que favorece la incorporación de líquidos o sólidos antes de los 6 meses; las prácticas y políticas hospitalarias y de atención médica que no apoyan la LM; la falta de apoyo calificado adecuado; la promoción agresiva de preparados para lactantes, leche en polvo y otros sucedáneos de la leche materna; la inadecuada legislación sobre las licencias laborales para la maternidad y paternidad y otras políticas laborales que respalden la capacidad de amamantar cuando la madre vuelve al trabajo; la falta de conocimiento sobre los peligros de no amamantar exclusivamente y de las técnicas apropiadas de amamantamiento no sólo entre las mujeres, sus parejas, familias, sino también entre los proveedores de servicios de salud y responsables políticos. (25)

En este contexto, se podría pensar que las razones por las cuales una mujer decide suspender la LM, continuarla o no iniciarla, son múltiples y complejas,

siendo una responsabilidad social colectiva, ya que derivan de la interacción de los diversos factores que se mencionan a continuación.

#### **a. Económicos**

Dentro de este determinante se puede ver la relación entre el nivel económico de los distintos países y la LM, en donde incluso se observan diferencias entre las distintas clases socioeconómicas dentro de un mismo país.

En los países subdesarrollados las mujeres de niveles socioeconómicos más bajos, amamantan durante períodos más prolongados, lo que contribuiría a reducir las brechas sanitarias entre los niños y las niñas de los distintos estratos dentro de esos países. Por el contrario en países de altos ingresos, la prevalencia de LM es más elevada entre las mujeres de mayor nivel económico y educativo, que las de menores niveles. (26)

De acuerdo con el artículo de la OMS titulado “Lactancia Materna en el siglo XXI” la LM es uno de los pocos comportamientos positivos para la salud, cuya prevalencia en los países pobres es mayor que en los ricos (26). Se observa que si bien la adquisición de sucedáneos requiere contar con una buena situación económica, excepcionalmente en Argentina, existe el Plan Materno Infantil, que ofrece la posibilidad de disponer de sucedáneos gratuitos con previa indicación médica en los casos en que haya alguna situación clínica que lo justifique.

Por otro lado, se destaca la influencia de la LM en la mejora del coeficiente intelectual ya que contribuye al desarrollo del capital humano. Esto podría estar relacionado a la duración de la LM, al menos hasta los 6 meses, ya que permite brindar los nutrientes necesarios que favorecen el máximo desarrollo cerebral en los niños y las niñas para desenvolverse con mayor habilidad en las etapas venideras. (27) Esto no quiere decir que quienes no son amamantados a pecho

hasta los seis meses no puedan alcanzar a desenvolverse de la misma forma, pero sí podría ocurrir que lo hagan en un tiempo mayor.

Lo antes mencionado podría explicarse por el contenido de PUFA de la leche materna, que permite el crecimiento y maduración del sistema nervioso. Es importante destacar que la leche de vaca no los contiene, es por eso que no alimentar a el/la niño/a con leche materna podría traer menor desarrollo intelectual. (12)

Traducido a nivel país, produce menor desarrollo del capital humano y por ende, menores ingresos al país.

Al mismo tiempo, periodos prolongados de LM reducirían costos de tratamiento de enfermedades prevalentes en la infancia, así también enfermedades en la edad adulta como el sobrepeso y diabetes, entre otras. (11)

Los metaanálisis realizados en grandes estudios de cohorte revelan que la LM reduce la obesidad escolar en un 20%, en relación con aquellos/as niños/as que son alimentados/as con sucedáneos de la leche materna. Además cumpliría un rol protector de padecer obesidad en el futuro. Dicho efecto se explica en que las fórmulas lácteas contienen una cantidad de proteínas mayores a los requerimientos del lactante. Un exceso de los requerimientos metabólicos de proteínas puede aumentar la secreción de insulina e IGF-1, además de la carga renal de solutos que las proteínas producen. Esto estaría relacionado con un factor predictivo de aparición temprana del rebote adipositario y un alto IMC en la infancia. (28) Sumado a esto, es necesario destacar la importancia de la dieta y la evolución del peso, especialmente en el primer año de vida, ya que se vinculan con un aumento del riesgo para ECV, HTA y sobrepeso. (29)

En este sentido, la LM ahorraría gastos en Salud Pública al disminuir la prevalencia de obesidad en las generaciones futuras y por sobre todo, las ECNT relacionadas a ella. (26)

Siguiendo con los beneficios económicos, es importante destacar que la leche materna es un “alimento natural renovable”, ambientalmente seguro, gratuito, producido y entregado al consumidor sin contaminación, sin embalaje innecesario o residuos. (7) A diferencia de las fórmulas infantiles, que son costosas, principalmente en países donde no se producen y deben importarse, requieren de un cuidado especial en el preparado y por sobretodo, requieren una dependencia de su compra y su correcto almacenamiento.

El conocimiento de las prácticas del mercado y la comercialización de los sustitutos de la leche materna es esencial para comprender el entorno competitivo en el que operan los esfuerzos por proteger, promover y apoyar la LM. El valor de las ventas de la industria de la leche de fórmula infantil está creciendo. A diferencia de otros productos básicos ésta parece ser resistente a las caídas del mercado.

Llevar a cabo una LM en tiempo y forma, implica un menor gasto dentro del presupuesto familiar y a nivel global implicaría una reducción en los costos asociados a la importación de los productos alimenticios que no son producidos a nivel nacional. Evita, además, errores en los cálculos para la preparación de fórmulas, diluciones e higiene que las mismas requieren, las cuales generalmente, por no ser realizadas correctamente, producen las típicas enfermedades de la infancia: diarrea, infecciones, entre otras, reduciendo, los costos en salud relacionados a los ingresos hospitalarios. (30)



### **b. Comercialización de sucedáneos de la leche materna**

Éstos se podrían definir como aquellos alimentos comercializados o presentados como sustitutos parciales o totales de la leche materna, más allá de que sean adecuados o no para ese fin.

En los últimos años se ha elevado el consumo, especialmente en aquellos países desarrollados donde su utilización está directamente relacionada a un nivel de poder económico elevado que demuestra prestigio.

Estudios científicos demuestran que los sucedáneos no podrían igualar nunca a la leche materna y por ello deberían ser utilizados únicamente en los casos donde exista una razón clínica que los justifique. (31) Es por ello que en el año 1979 la OMS y UNICEF se reunieron en Suiza, con representantes de la industria, ONG y delegados de países seleccionados para discutir posibles regulaciones dirigidas a controlar la promoción de sucedáneos de la leche materna. Se decidió desarrollar un código de conducta para el cual establecieron sus principios más importantes.

El 21 de mayo de 1981, la OMS adoptó el Código Internacional para la Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna, que rige en todos sus estados miembros.

Sus principales directrices incluyen:

- no hacer publicidad en instituciones de salud;
- no promocionar en entidades de salud;
- no difundir información no científica a los/las trabajadores/as de la salud;
- no distribuir muestras gratis o a bajo costo para las salas de maternidad y para los hospitales;

- velar porque el etiquetado incluya una afirmación de la superioridad de la lactancia natural, una indicación en la que conste que el producto sólo debe utilizarse si un agente de salud lo considera necesario, entre otras.
- la vigilancia de la aplicación del Código correspondiente a los gobiernos.
- que los fabricantes y distribuidores se consideren obligados
- a vigilar sus prácticas de comercialización y a adoptar medidas para asegurar que su conducta resulte conforme a los principios del Código.

(32)

En Argentina, este código, forma parte de los tratados de la Constitución Nacional y del Código Alimentario Argentino, que es una Ley de la Nación. Si bien el organismo encargado de fiscalizar su cumplimiento es el Ministerio de Desarrollo y Salud, también es tarea de todos estar atentos y denunciar cuando se observan violaciones al mismo (31). El Código pretende evitar cualquier tipo de estrategia comercial que lleve a que una madre decida reemplazar total o parcialmente su propia leche por un producto artificial, pensando que ello aporte mayores beneficios.

Se cree que a medida que aumenta la promoción de los sucedáneos, disminuye directa y proporcionalmente la LM. (7)

Aun así los fabricantes continúan la publicidad dirigida a los/las profesionales de la salud; y las compañías promueven cada vez más al público el uso de productos manufacturados para el destete. En muchos países los fabricantes suministran todavía fórmulas gratuitas a los hospitales, y estos entregan las mismas, junto con folletos de la compañía a las madres al salir del hospital. Esta conducta, les da la impresión de apoyo médico a la alimentación con fórmula.

(32)

La LM debe ser protegida de las actividades de promoción de los sucedáneos de la leche materna, así no es desplazada por estos últimos. El Código, no prohíbe el uso de leches artificiales, ni sanciona a las industrias, sino que establece recomendaciones y deja a disposición de cada país para que haga sus propias reglas al respecto. (33)

### **c. Laborales**

La incorporación de la mujer al mercado laboral es una tendencia creciente en las últimas décadas. Según informa el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, la tasa de participación de las mujeres en el mercado de trabajo en nuestro país, en el año 1990 se encontraba en un 36,8 %, incrementándose al 48,1 % en el primer trimestre de 2017. (34)

Si bien la OMS recomienda la LME hasta los seis meses, las madres deben regresar a sus puestos de trabajo antes de que su hijo o hija cumpla los tres meses.

En este contexto, la continuidad de la LM, una vez que la mujer se reincorpora al trabajo fuera del hogar, está estrechamente vinculada a la presencia de entornos que apoyen a la madre y tiendan a la reducción de aquellos obstáculos vinculados al ámbito laboral, que podrían influir negativamente en el desarrollo de la LM, como por ejemplo guarderías para los niños/niñas, lugares acondicionados para extracción de leche, etc.

Esto implicaría un beneficio no solo para la madre y su hijo/a, sino también para las empresas ya que se vincula en primera instancia con una reducción del ausentismo a la mitad, por la menor incidencia de enfermedades en los hijos o

hijas amamantados/as, en comparación con las madres que los/las alimentan a través de fórmulas.

En segunda instancia, la existencia de un entorno propicio para la LM, traería aparejado una mayor productividad, ya que reduce la pérdida de personal calificado y favorece el retorno temprano de la madre al trabajo una vez finalizada la correspondiente licencia, sin la necesidad de extensión de la misma.

Argentina cuenta con legislación que tiende a proteger a las mujeres durante el embarazo y periodo de lactancia; la Ley Nacional 20.744 “Ley de contrato de trabajo” (35), en uno de sus artículos menciona que las trabajadoras tienen derecho a 90 días de licencia remunerada por el nacimiento de su hijo o hija, incluyendo en éstos los 30 días previos al parto, garantizando el derecho a la estabilidad del empleo a toda mujer durante la gestación, gozando a su vez de las asignaciones que le confieren los sistemas de seguridad social.

Asimismo la ley contiene disposiciones que protegen la LM: determina dos descansos diarios de media hora cada uno para amamantar a el/la bebé durante el transcurso de la jornada laboral.

Por otro lado, la ley 26.873, establece de manera explícita la importancia de impulsar la normativa necesaria para la protección de la madre en el período de lactancia, en el ámbito laboral. También se incentiva el establecimiento de lactarios<sup>2</sup> en los espacios de trabajo. (36)

---

2 Las Instituciones del Sector Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en las cuales trabajan veinte (20) o más mujeres en edad fértil, deben contar con un ambiente especialmente acondicionado y digno, para que las mujeres en período de lactancia puedan extraer su leche materna, y se asegure su adecuada conservación durante el horario de trabajo.(37)

A esto se suma que la licencia otorgada por el nacimiento de un hijo/hija, es de dos días en el caso de los hombres, por lo que el tiempo con el que cuentan para poder contribuir con la madre, es escaso.

Según datos del INDEC, del total de mujeres ocupadas, casi el 35 % se encuentran insertas en el mercado laboral informal, por lo cual no tienen acceso a la licencia por maternidad ni otro derecho, dificultando la posibilidad de amamantar.

Cuadro N°1 Tasa de empleo no registrado de la población de 16 años y más por región. Primer trimestre 2017.

Región	Total	Varones	Mujeres
Gran Buenos Aires	32,8	31,1	35,0
■ Ciudad Autónoma de Buenos Aires	24,2	24,6	23,8
■ Partidos del Gran Buenos Aires	35,9	33,3	39,2
NOA	40,4	40,5	40,2
NEA	33,9	32,9	35,3
Cuyo	35,0	31,8	39,1
Pampeana	32,5	31,0	34,2
Patagónica	18,7	17,4	20,3
<b>Total</b>	<b>33,0</b>	<b>31,6</b>	<b>34,9</b>

Fuente: DGlyEL - SSPEyEL (MTEySS), en base a datos de la EPH - INDEC

#### d. Legales

En relación al ámbito legal, Argentina adoptó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna en 1997. Y en 2007, éste fue incorporado al Código Alimentario Argentino.

A su vez, a través de la ley 26.873 de “Promoción y Concientización pública sobre la Lactancia Materna” (36), sancionada en 2013, mediante acciones de promoción y difusión, se promueve la importancia de la LM y de las prácticas

óptimas de nutrición segura para lactantes y niños/as de 2 años de edad. Una de estas acciones es difundir el código y promover la adhesión de los hospitales y centros de atención primaria de salud a los programas “Hospital Amigo de la Madre y el Niño”, y a la “Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y del Niño”.

#### **e. Sistema de salud**

Si bien, el amamantamiento es una capacidad innata en los seres humanos, esto no implica que esté exenta de conocimientos necesarios para facilitarla. Tradicionalmente, eran las madres, familiares y personas cercanas quienes se encargaban de la tarea de aconsejar y acompañar a las madres, pero actualmente las mismas buscan ayuda en los profesionales de la salud y esto no es un dato menor ya que, como establece la OMS en su documento “Educación sobre LM para prolongar la duración de esta” recomienda el apoyo positivo y con conocimientos apropiados de la lactancia, por parte del personal sanitario. Esta práctica aumentaría la prevalencia, la duración y la exclusividad de la LM. (38) De esta manera, el papel de los/las profesionales de la salud resulta decisivo ya que representan para las madres y familias, una fuente confiable de información y tiene contacto directo con las mismas desde el embarazo, teniendo la posibilidad de brindarles información pertinente y oportuna para la toma de decisiones respecto de la mejor opción de alimentación para su bebé. También ocupan un rol fundamental en las etapas posteriores al embarazo, pudiendo brindarles el apoyo necesario que les permita resolver los problemas que surgen en esta instancia y tener una experiencia positiva, que sea compatible con una amamantamiento exitoso y sostenible durante el tiempo recomendado. Es fundamental que el equipo de salud que tiene contacto con las embarazadas,

promueva la LME como el alimento ideal para sus lactantes, informándoles sus múltiples beneficios. Teniendo en cuenta esto, aquellos/as que forman parte del sistema de salud deberían estar correctamente capacitados para poder transmitir a las madres determinación, seguridad y, en definitiva, la confianza necesaria para que inicien y continúen con la LM. Actualmente, esta gran oportunidad no es aprovechada en los centros salud, donde la nutrición infantil no es una prioridad para los/las profesionales que se encuentran inmersos/as en un sistema que prioriza la cura sobre la prevención. (39)

Por otro lado, de acuerdo a lo establecido por la Declaración de Innocenti, los hospitales e instituciones de salud, no deben fomentar la lactancia artificial, ya sea a través de publicidades de fórmulas infantiles, la entrega de muestras gratuitas, descuentos, etc. Tampoco se deben entregar muestras de elementos que estimulen técnicas incorrectas como tetinas, chupetes y biberones.

Así, la falta de conocimientos básicos de los/las profesionales de salud en relación a la LME y complementaria, hace que se formulen a las madres recomendaciones inconsistentes y se brinde información inexacta, lo que se suma al gran caudal de (des)información que circula y llega de manera masiva a la población, a través de los medios de comunicación, como publicidades en radios, revistas, televisión, redes sociales. Esto deriva en una mayor confusión por parte de las madres y en consecuencia, que se precipite un posible destete prematuro. (38)

#### **f. Socioculturales**

Considerando a la alimentación, no simplemente como un proceso bioquímico y fisiológico de la vida, sino más bien como un hecho complejo integrado por elementos de diferentes caracteres, entre ellos el social y el simbólico, se

observa que la misma es un hecho que vincula la dimensión sociocultural con la biológica. (40)

*“A diferencia de otros animales, en el ser humano la lactancia es una construcción social y, por tanto, depende del aprendizaje, creencias, valores, normas y condicionantes socioculturales que evolucionan o involucionan al compás de los tiempos y de los individuos que los viven y configuran”.* (41)

Es así como se observa que la significación de la LM varía a través del tiempo, lugar y contexto histórico.

Esto se puede observar desde la existencia de las nodrizas, que datan desde el siglo XIX a.C, encontrándose referencias de éstas en los textos babilónicos. (38)(39) Ellas eran quienes se encargaban de darle de mamar, además de cuidar y educar a hijos/as ajenos. Generalmente se correspondían con mujeres de bajos recursos que daban de mamar a hijos o hijas de reinas, princesas y mujeres de la nobleza. Con esta práctica se observaba que las mujeres de clases altas no tenían el efecto de espaciar los nacimientos, otorgada por el amamantamiento, por lo que les permitía tener más descendencia y así más herederos, mientras que, también como consecuencia de esta costumbre, las clases más bajas tenían una fertilidad limitada producto del efecto anticonceptivo de la LM. Es así como la práctica de la LM quedó relegada a los sectores más pobres, puesto que también, tiempo después, los sectores burgueses y acomodados, acudían a las nodrizas para la educación, cuidado y amamantamiento de sus hijos o hijas.

Más cercano en el tiempo, a mediados del siglo XX y principalmente después de la Segunda Guerra Mundial, se observa que comenzaron a tener mayor protagonismo los sucedáneos de la leche materna, desplazando así a la LM,



sobre todo en los sectores de ingresos más altos. En los países más ricos se observa el aumento de esta práctica durante dicho período de tiempo, pero también en aquellas mujeres mejor educadas, más ricas y urbanas de los países de medianos y bajos ingresos. Es así como los sucedáneos de la leche materna se percibían como algo moderno y prestigioso y la LM se asoció con ser pobre y poco refinada. (7).

Lo antes dicho se relaciona con la inserción de la mujer en el mercado laboral asalariado en el siglo XX, donde comienza a definirse como unidad económica independiente. Esto es así, ya que las madres que salían a trabajar, comenzaban a ver al amamantamiento como un problema, y empezaron a utilizar la leche de fórmula, porque encontraban en ella mayor comodidad. (42)

Además era una época de confianza ciega a cualquier avance tecnológico dada la nueva conciencia científica del mundo occidental. Todo esto dio como resultado en ese momento histórico, un aumento del uso de fórmulas lácteas industrializadas en detrimento de la LM, aprovechándose de esta situación los fabricantes de sucedáneos, jugando a favor de sus intereses económicos.

En la actualidad, sobre todo en las grandes ciudades industrializadas, donde se alienta al individualismo y a la realización personal como meta, y donde se vive a contra reloj, los sucedáneos y la alimentación por biberón fueron rápidamente incorporados. (42)

Por otro lado hay muchos factores como *“estilo de vida a velocidad vértigo, partos con intervención excesiva, mensajes mediáticos subliminales que incitan la inseguridad individual en favor de productos milagrosos, pérdida de lactancia natural como modelo de alimentación, profesionales de la salud sin formación en lactancia y técnicas de comercialización agresivas de la industria de alimentos*

*infantiles*” (42), que intervienen en la decisión de la madre de amamantar, que muchas veces tienen la sensación, real o percibida, de que producen poca leche o su leche no es lo suficientemente buena. También se observa que la madre tiene derecho a tomar la decisión de no lactar, siempre y cuando esté informada de todos los beneficios que el amamantamiento le otorga tanto a el/la bebé como a ella, pudiendo ser una decisión consciente, la cual debe ser respetada, tanto por la familia como por el personal de salud.

El éxito de la LM no es responsabilidad exclusiva de la mujer, por lo que el contexto social y cultural influye directamente en la misma. Por un lado se observa que la opinión, basada en sus prácticas y experiencias, de las mujeres cercanas a la madre, ya sean familiares o amistades, afectan en la incidencia y la duración de la LM (7). Por otro lado, se perciben problemas cuando una mujer decide amamantar en público, relacionándose con que el pecho está dotado de simbolismo sexual, está visto como objeto de deseo, dejando en segundo lugar a la función primordial de la glándula mamaria, alimentar. En la Primera Encuesta de Opinión Pública sobre Lactancia Materna en Argentina (16), se vieron los siguientes resultados:

- Ante la pregunta de si se sentían cómodas/os cuando una madre amamanta a su bebé en un lugar público:

- Un 76% afirmó estarlo y un 19% refirió sentirse incómodas/os. Del total de hombres un 68% refirió sentirse cómodo, porcentaje menor al de las mujeres que asciende a un 83%.

-Ante la afirmación si se piensa que a la gente le parece inapropiado que una mujer amamante en público:

- Las respuestas fueron 39% de acuerdo, mientras que un 57% está en desacuerdo.

-Ante la pregunta si están de acuerdo con que las madres que amamantan deberían hacerlo en privado:

- Un 27% de los encuestados está de acuerdo y un 68% estaba en desacuerdo con dicha información

## X.CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta que la prevalencia de la LME en Argentina en el 2017 fue del 33% y que la meta propuesta por la OMS para el 2025 es de *“incrementar hasta al menos un 50% la tasa de lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses”*, resulta relevante incluir la promoción de la LM en la agenda de Salud Pública.

Por otro lado, se observa que en nuestro país, la LM no sigue un comportamiento predecible, esto podría explicarse si se piensa a ésta como un hecho complejo, atravesado por múltiples factores vinculados íntimamente, en donde la modificación de uno, repercute en los otros.

En los países desarrollados, el acceso a los sucedáneos es más simple y al valorarlos como modernos y prestigios se refleja la relación que hay entre el factor económico y sociocultural. Por consiguiente, a medida que aumenta la comercialización de sucedáneos, disminuye la prevalencia de LM.

Desde nuestra perspectiva, creemos que el Código de Comercialización de Sucédáneos es una herramienta importante y positiva para la regulación de las fórmulas infantiles que afectan la LM. Pero hay que tener en cuenta que simplemente establece recomendaciones mediante directrices con diferentes pautas a seguir. Es por eso que no existe una actitud sancionadora ante el incumplimiento y creemos que sería una cuestión necesaria, al menos para los responsables de la Salud Pública, para que sea efectiva la regulación por parte del Estado. Además, el hecho de que no exista una regulación eficiente favorece a que la industria pueda avanzar en post del cumplimiento de sus intereses,

perjudicando la promoción de la LM. Sumado a esto, consideramos que las disposiciones del Código, referidas al etiquetado de los sucedáneos abarcan de manera superficial los requisitos a cumplir. Esto deja camino libre para que las industrias los interpreten a su favor.

Así mismo sería importante reflexionar respecto del lugar y el rol que le otorga el Código al Estado, ya que creemos que debería ser el responsable de controlar las prácticas de comercialización y las medidas adoptadas y que no quede en manos de los propios fabricantes y distribuidores la vigilancia de éstas.

Vinculado a ello, a lo largo del trabajo, hemos desarrollado las diferentes leyes que protegen y promocionan la LM en nuestro país, pero muchas de ellas cuentan con puntos débiles que hacen que no se produzcan los efectos deseados. Por ejemplo, la licencia por maternidad facilita la práctica de la LM pero consideramos que la reglamentación es acotada si tenemos en cuenta la duración de la misma recomendada por la OMS. Además no existe un monitoreo adecuado que asegure el cumplimiento de las mismas, y que no haya una evaluación que nos informe acerca de su cumplimiento o del impacto de dichas medidas, hace que no pueda regularse de la manera adecuada.

Nos parece importante remarcar, en este punto, que el alto porcentaje de trabajo informal hace que una parte de la población quede exenta de esta acotada posibilidad. Queremos resaltar, como hemos dicho anteriormente, que la relación de la LM con el coeficiente intelectual, no es sólo decisiva para el niño o niña, sino que es de gran interés económico para la mayoría de los países en desarrollo, ya que ayuda a que el cerebro se desarrolle en todo su potencial.

Por otra parte, hoy en día, por el modo de vida que llevamos, optamos por la rapidez y la eficacia, en donde los sucedáneos se adecuan “perfectamente” a

esta situación, generando, como consecuencia, una disminución de la LM. Tal es el caso de la madre que frente a la urgencia de volver a su trabajo encuentra en los sucedáneos, la “mejor” opción para seguir alimentando a su hijo/hija. En este sentido, creemos que la falta de políticas relacionadas al apoyo de la madre en el ámbito laboral no favorece la LM.

Además, teniendo en cuenta lo desarrollado en el determinante sociocultural, a veces pareciera resultar más cómodo para la madre ofrecer un biberón, que sentirse incómoda o avergonzada por ofrecer el pecho en público. En este sentido creemos que, la concientización y la valorización sobre la LM, tanto en la madre y su entorno, como en la comunidad en general, podrían contribuir a erradicar la connotación sexual del pecho y que éste sea visto como fuente de alimento en sí mismo. Tratándose de un tema tan complejo sería necesario indagar las raíces más profundas del cambio cultural que ha modificado una práctica no cuestionada durante siglos.

Las decisiones de amamantar también están influenciadas por el tipo de información que reciben los padres de los profesionales de la salud. Teniendo en cuenta el alto porcentaje de personas, entre quienes se involucra tanto a padres como al equipo de salud, que creen que es común que la madre se quede sin leche, los/las profesionales de la salud debemos interiorizarnos más sobre las diferentes situaciones que pueden alterar la producción normal, para luego indagar sobre ellas y dar una solución que no implique el abandono innecesario de la LM, en pos del uso de sucedáneos. El punto importante donde todos deberíamos insistir, es que más allá de la situación presente, la continuidad de la LM es necesaria para que la misma se reanude con éxito. La interrupción

momentánea de la LM por cualquier factor, no determina necesariamente la interrupción definitiva.

Como ya mencionamos, el cuarto paso hacia una lactancia natural, es ayudar a las madres a iniciar la LM durante la hora siguiente al parto. Una práctica que se contrapone a esta recomendación y que compete al sistema de salud, es el alto porcentaje de cesáreas que hoy en día se realizan. Como refleja la Encuesta Alimentaria Nutricional 2011, ésta es una de las principales causas que, por tratarse de una intervención quirúrgica, lleva al 67,2 % de las mujeres a no poder iniciar la LM en la primer hora postparto dificultando ese encuentro inicial piel a piel del niño/niña con la madre.

Se advierte una vez más, en esta situación, la importancia de la valorización que las/los profesionales de la salud tengan de la LM.

Por todo lo mencionado, podemos ver que la LM no es responsabilidad exclusiva de la mujer, sino también una responsabilidad social colectiva, en donde todos tenemos un papel que desempeñar, desde los miembros de la familia, hasta los encargados de formular políticas.

## XI.PROPUUESTAS

**-Extensión de la licencia por maternidad:** tomando como referencia la experiencia de Brasil (en donde la implementación de políticas públicas, de manera conjunta con la extensión de la licencia por maternidad, permitieron aumentar 2,5 veces el tiempo de LM a lo largo de tres décadas) proponemos que, en nuestro país la misma sea de seis meses a partir de la Fecha Probable de Parto sin incluir en ese período el tiempo previo al mismo.

**-Extensión de licencia por paternidad:** en este caso nos parece crucial cambiar la licencia de 2 días. Si bien existe un proyecto de ley con el objetivo de llevar este periodo a 15 días, en la actualidad el mismo no se encuentra aprobado. El objetivo de este, es proteger el derecho del niño/niña a ser cuidado/cuidada. De esta forma intenta establecer la posibilidad de que tanto la madre como el padre puedan hacerse cargo de sus funciones y avanzar así hacia la igualdad entre hombres y mujeres eliminando roles estereotipados.

**-Indicación médica para la compra de las fórmulas:** existe una serie de condiciones de salud que pueden referirse tanto a el/la recién nacido/nacida como a la madre, que podrían justificar el uso de sucedáneos de la leche materna y la consecuente interrupción temporal o permanente de la LM. Es necesario no juzgar la existencia de éstas como un factor negativo en sí mismo, sino contemplarlo como algo funcional en situaciones que así lo ameriten. Es por esto que proponemos la necesidad de que las fórmulas se prescriban mediante una indicación médica para limitar su uso a aquellos casos que sea estrictamente necesario.



En función de esto, nos resulta interesante pensar la comercialización de los sucedáneos de manera semejante a la de los fármacos, siendo necesaria la preexistencia de una patología o circunstancia particular que justifique su indicación. Con esto se busca limitar su uso indiscriminado y a la vez, restringir la oferta a establecimientos designados para tal fin, como, por ejemplo, las farmacias, evitando su comercialización en lugares a los que se concurre comúnmente, como lo son los supermercados.

**-Actualización del Código de Sucédáneos:** consideramos que sería conveniente modificar algunas disposiciones del Código para que se adapte a la situación actual y pueda cumplir con su propósito. Proponemos trabajar en las definiciones de los párrafos del Código referidos a etiquetado y vigilancia, mencionados previamente, para que los mismos sean más precisos, explicitando cuáles son los requisitos que deben cumplir las industrias, sin que esto quede a libre interpretación de las mismas.

Esto implicaría, por ejemplo, determinar el contenido de los etiquetados, el tamaño de la letra del mismo y su ubicación en los productos y conjuntamente hacer mayor hincapié en la regulación de la publicidad de los mismos.

De esta manera la actual autorregulación sería desplazada por una regulación estricta por parte del Estado. Esto se concretaría, a través de auditorías llevadas a cabo por un ente regulador, que dependa, por ejemplo de DINAMIA u otras instituciones vinculadas a la temática.

**-Rol del Licenciado de Nutrición:** el Ministerio de Desarrollo y Salud recomienda durante el embarazo un mínimo de cinco controles con el médico, para prevenir las complicaciones que puedan surgir durante el mismo. Si bien esta disposición es necesaria, creemos que se aboca demasiado al embarazo y

no contempla el resto de las dificultades que pueden surgir luego del parto, entre ellas las inherentes a la LM. En lo que nos compete, sería importante incluir de manera complementaria a los controles previamente mencionados, un control con un nutricionista, ya que es una instancia oportuna para lograr que el inicio de la alimentación del niño sea lo más natural y saludable posible.

Esto implicaría que las madres dispongan de una mayor cantidad de herramientas tanto, para reconocer el valor que la LM tiene en el desarrollo de sus hijos/hijas, como para resolver las complicaciones que podrían llegar a surgir, disminuyendo así la posibilidad de abandono innecesario de la LM.

Teniendo en cuenta la importancia que tiene la LM en la prevención de ECNT y enfermedades típicas del niño/a, esta estrategia permitiría de manera secundaria, reposicionar a la LM en el ámbito de la prevención. Por esto, consideramos que es importante que la información que la madre reciba relacionada a la misma, sea a lo largo del embarazo y no solo luego del nacimiento del niño.

Por tanto, el/la nutricionista sería un/una profesional idóneo para cumplir con esta tarea, siempre y cuando esté correctamente capacitado/a y sensibilizado/a en el tema. Para lograr esto, notamos que es necesario que existan espacios destinados específicamente a tal fin dentro de la carrera, ya que si bien es un tema que se incluye en nuestra formación como Licenciados/as en Nutrición, el mismo no se aborda con la suficiente profundidad. Dentro de esos espacios contemplamos la posibilidad de que se abra una Cátedra Libre. Esto ampliaría la población destinataria brindando la posibilidad de asistir a estudiantes o profesionales de otras áreas de la salud.

Como segunda alternativa proponemos incluir una materia abocada al tema en el listado de asignaturas electivas de la última etapa de la carrera, de manera tal que aquellos/as que estén interesados/as en la LM, tengan la posibilidad de ampliar sus conocimientos.

**-Expansión de los Hospitales Amigos de la Madre y el Niño:** considerando que esta iniciativa es idónea para la promoción y protección de la LM, resulta relevante lograr una mayor adherencia por parte de las instituciones de salud, a lo largo de todo el país.

Vemos necesario que estas instituciones tengan una identificación distintiva de “Hospital Amigo de la Madre y el Niño” para ser reconocidas más fácilmente y a su vez que haya más información disponible acerca de las mismas.

A nuestra consideración sería de interés, trabajar en el fortalecimiento de dos de los diez pasos de manera integral. Esto implicaría la capacitación del personal de salud con el objetivo de conformar una red de contención, para abordar la problemática de manera interdisciplinaria, y además fomentar el establecimiento de los grupos de apoyo a la LM, que estén integrados por el personal de salud, puericultoras y las madres, generando un espacio participativo donde éstas últimas tengan un rol activo.

También, nos parece importante que se aliente a expandir la iniciativa de los Centros de Salud Amigos de la Madre y el Niño.

**-Creación de espacios publicitarios orientados a la promoción de la LM:** proponemos que durante la Semana de la Lactancia Materna, se destine de manera obligatoria en todos los medios de comunicación audiovisuales, espacios publicitarios, con el objetivo de promocionar la LM. Esto permitiría incluir pautas publicitarias en los distintos horarios y diferente medios como radio,

tv, y redes sociales, logrando ampliar la población destinataria. De manera complementaria se podría hacer extensiva esta propuesta a lo largo de todo el año.

## **XII. AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad de Buenos Aires, a la Escuela de Nutrición, y a los docentes que nos han formado durante todos estos años. Al licenciado Rodrigo Clacheo por guiarnos en la realización de este trabajo final de grado. A nuestras familias y amigos por su apoyo incondicional de siempre.

### XIII. BIBLIOGRAFÍA

- (1) La leche materna es el mejor alimento para el niño y no tiene sustituto. Lactancia materna, iniciativa hospital amigo de la madre y el niño [Internet]. UNICEF Argentina; 2011. Scribd. [Último acceso 14 Enero 2018]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/112561798/Ar-Insumos-LMHospitalAmigo>
- (2) Rainieri F, Confalone Gregorian M, Barbieri M, Zamorano M, Gorodisch R, Ortiz Z. Determinantes sociales y ambientales para el desarrollo de los niños y niñas desde el período del embarazo hasta los 5 años: bases para un diálogo deliberativo [Internet]. 1ra edición. Buenos Aires: UNICEF; 2015 [Último acceso 11 Enero 2018]. Disponible en: [https://cursos-puntodigital.paisdigital.modernizacion.gob.ar/pluginfile.php/15536/mod\\_resource/content/1/Determinantes%20sociales%20y%20ambientales%20para%20el%20desarrollo%20de%20los%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20desde%20el%20periodo%20del%20embarazo%20hasta%20los%205%20a%C3%B1os%20%281%29.pdf](https://cursos-puntodigital.paisdigital.modernizacion.gob.ar/pluginfile.php/15536/mod_resource/content/1/Determinantes%20sociales%20y%20ambientales%20para%20el%20desarrollo%20de%20los%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20desde%20el%20periodo%20del%20embarazo%20hasta%20los%205%20a%C3%B1os%20%281%29.pdf)
- (3) Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de maternidad e Infancia. Guías Alimentarias para la Población Infantil Consideraciones para los equipos de Salud. Lic. Maria del Carmen Mosteiro; 2010.
- (4) Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003. Disponible en: [http://www.who.int/nutrition/publications/gs\\_infant\\_feeding\\_text\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf)

- (5) For every child, breastfeeding [Internet]. UNICEF. 2018 [Último acceso 5 Septiembre 2017]. Disponible en: <https://www.unicef.org/breastfeeding/>
- (6) Amamantar es tu derecho. Semana mundial de la lactancia materna 2000. [Internet]. Buenos Aires,,: Ministerio de Salud de la Nación, Sociedad Argentina de Pediatría, Unicef.; 2000 [Último acceso 15 Diciembre 2017]. Disponible en: [https://www.unicef.org/argentina/spanish/ar\\_insumos\\_LMderecho.PDF](https://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_LMderecho.PDF)
- (7) La Serie 2016 sobre Lactancia Materna. The Lancet [Internet]. 2016 [Último acceso 9 Octubre 2017];387(1). Available from: [http://www.incap.int/index.php/es/publicaciones/publicaciones-conjuntas-con-otras-instituciones/doc\\_view/782-the-lancet-serie-sobre-lactancia-materna-2016-espanol](http://www.incap.int/index.php/es/publicaciones/publicaciones-conjuntas-con-otras-instituciones/doc_view/782-the-lancet-serie-sobre-lactancia-materna-2016-espanol)
- (8) Unicef.org. (2018). [Internet] Disponible en: [https://www.unicef.org/elsalvador/Consejeria\\_en\\_Lactancia\\_Materna.pdf](https://www.unicef.org/elsalvador/Consejeria_en_Lactancia_Materna.pdf) [Último acceso 12 Oct. 2018].
- (9) Organización Mundial de la Salud. La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses es lo mejor para todos los niños [Internet]. 2011. Available from: [http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding\\_20110115/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/es/)
- (10) OMS | Lactancia materna exclusiva [Internet]. Who.int. 2018 [Último acceso 7 Enero 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/)
- (11) Ramos M. La leche materna salva vidas [Internet]. México: UNICEF México; 2015 [Último acceso 12 Diciembre 2017]. Disponible en:

[https://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF\\_SuplementoAbril2015.p](https://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF_SuplementoAbril2015.pdf)

[df](#)

- (12) Lorenzo J, Guidoni M, Diaz M, Marenzi M, Lestingi M, Lasivita J et al. Nutrición del niño sano. 1st ed. Rosario: Corpus; 2007.
- (13) Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia. Situación de la lactancia materna en Argentina. Año 2015.
- (14) Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia. Situación de la lactancia materna en la Argentina [Internet]. Ministerio de Salud; 2011. Disponible en: <http://datos.dinami.gov.ar/produccion/nutricion/material/A11a.pdf>
- (15) Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia. Situación de la lactancia materna en la Argentina [Internet]. Ministerio de Salud; 2007. Disponible en: <http://datos.dinami.gov.ar/produccion/nutricion/material/A11c.pdf>
- (16) Mitos y creencias acerca de la lactancia materna en la Argentina [Internet]. Voces; 2015 [Último acceso 5 Noviembre 2017]. Disponible en: [http://www.sap.org.ar/docs/congresos\\_2015/Lactancia/Cilley\\_Encuesta\\_opinion\\_publica.pdf](http://www.sap.org.ar/docs/congresos_2015/Lactancia/Cilley_Encuesta_opinion_publica.pdf)
- (17) Primera Encuesta Alimentaria y Nutricional de la Ciudad de Buenos Aires (EAN-CABA) 2011. En prensa.
- (18) Ministerio de Salud. Plan Médico Obligatorio- Resolución 939/00. 2000 p. 9-10.



- (19) Ley N° 24.430. Argentina: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; 1995. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>
- (20) Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural; 2016. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/derechoshumanos\\_publicaciones\\_colecciondebolsillo\\_07\\_derechos\\_economicos\\_sociales\\_culturales.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/derechoshumanos_publicaciones_colecciondebolsillo_07_derechos_economicos_sociales_culturales.pdf)
- (21) Ley de Parto Humanizado. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación; 2004. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>
- (22) Ley N° 26.873. Lactancia Materna. Promoción y Concientización Pública. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación; 2013. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/218212/norma.htm>
- (23) Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano [Internet]. Redeblih.fiocruz.br. 2018 [Último acceso 3 Diciembre 2017]. Disponible en: [http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?UserActiveTemplate=redeblh\\_espanhol&sid=288](http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?UserActiveTemplate=redeblh_espanhol&sid=288)

- (24) Presidencia de la Nación (2018). *Salud y UNICEF celebraron la semana del prematuro 2016*. [online] Msal.gob.ar. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/2016-12\\_b04/noti2.php](http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/2016-12_b04/noti2.php) [Último acceso 10 Oct. 2018].
- (25) Metas mundiales de nutrición 2025: Documento Normativo sobre Lactancia Materna [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2017 [Último acceso 20 Diciembre 2017]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255731/1/WHO\\_NMH\\_NHD\\_14.7\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255731/1/WHO_NMH_NHD_14.7_spa.pdf?ua=1)
- (26) Lactancia materna en el siglo xxi. Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud; 2015.
- (27) Pérez Ruiz Juan Manuel, Iribar Ibabe M.<sup>a</sup> Concepción, Peinado Herreros José María, Miranda León M.<sup>a</sup> Teresa, Campoy Folgoso Cristina. Lactancia materna y desarrollo cognitivo: valoración de la respuesta a la interferencia mediante el "test de los 5 dígitos". *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2014 Abr [Último acceso Febrero 2018] ; 29( 4 ): 852-857. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112014000400018&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014000400018&lng=es).  
<http://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.29.4.7211>.
- (28) Mini-Symposium "Early Nutrition Programming of Long-Term Health" [Internet]. Fundacjanutricia.pl. 2014 [Último acceso 15 Enero 2018]. Disponible en: <http://fundacjanutricia.pl/wp-content/uploads/2014/12/Ksi%C4%85%C5%BCka-abstrakt%C3%B3w.pdf>

- (29) Cabana Jorge. El pediatra y la salud de las próximas generaciones: responsabilidades conjuntas y un desafío común. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2016 Jun [citado 2018 Feb 10]; 114(3): 194-195. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752016000300001&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752016000300001&lng=es). <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.194>.
- (30) Ministerio de Salud Pública. Norma Nacional de Lactancia Materna. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2017 p. [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/1-Norma%20Nacional%20de%20Lactancia%20Materna.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/1-Norma%20Nacional%20de%20Lactancia%20Materna.pdf).
- (31) Rovirosa A. Las leyes para proteger la lactancia materna son inadecuadas en la mayoría de los países [Internet]. CESNI. 2017 [Último acceso 4 Enero 2017]. Disponible en: <http://www.cesni.org.ar/2016/06/las-leyes-para-proteger-la-lactancia-materna-son-inadecuadas-en-la-mayoria-de-los-paises/>
- (32) Latham M. Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Roma: FAO; 2002.
- (33) Consejería en Lactancia Materna .Curso de capacitación [Internet]. 1st ed. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Nación. Comisión Asesora de Lactancia Materna.; 2007 [Último acceso 10 Enero 2017]. Disponible en: [https://www.unicef.org/elsalvador/Consejeria\\_en\\_Lactancia\\_Materna.pdf](https://www.unicef.org/elsalvador/Consejeria_en_Lactancia_Materna.pdf)
- (34) Las mujeres en el mundo del trabajo [Internet]. Bueno Aires: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; 2017. Disponible en: [http://trabajo.gob.ar/downloads/cegiot/Informe\\_CTIO\\_DocumentoDeTrabajo.pdf](http://trabajo.gob.ar/downloads/cegiot/Informe_CTIO_DocumentoDeTrabajo.pdf)

(35) LEY N° 20.744. "Ley de contrato de trabajo". Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación; 1974. Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25552/norma.htm>

(36) LEY N° 26.873. "Lactancia Materna. Promoción y Concientización Pública". Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; 2013. Disponible

en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/218212/norma.htm>

(37) Ley 2958 - Lactarios en las Instituciones del Sector Público - Implementación [Internet]. Www2.cedom.gob.ar. 2018 [cited 12 October 2018]. Available from:

<http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley2958.html>

(38) Martínez-Galán P., Martín-Gallardo E., Macarro-Ruiz D., Martínez-Martín E., Manrique-Tejedor J.. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2017 Mar [Último acceso 12 de Febrero de 2018] ; 14( 1 ): 54-66. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632017000100054&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000100054&lng=es).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.11.005>.

(39) Bonvecchio D. Profesionales de la salud y lactancia materna [Internet]. Insp.mx. 2017 [Último acceso 4 de Febrero 2018]. Disponible

en: <https://www.insp.mx/avisos/2933-profesionales-salud-lactancia-materna.html>

- (40) Sammartino G. La Antropología Alimentaria, caminos recorridos y caminos por recorrer. Buenos Aires: Paradigma Inicial; 2006.
- (41) Rodríguez García R. Aproximación antropológica a la lactancia materna. Antropología Experimental [Internet]. 2015 [Último acceso 28 Diciembre 2017];(15). Disponible en: <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/viewFile/2620/2112>
- (42) Manual de Lactancia Materna, De la teoría a la práctica [Internet]. 1st ed. Madrid: Panamericana; 2008 [Último acceso 11 de Enero 2018]. Disponible en: <https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=Ulxj72VZD0C&oi=fnd&pg=PR9&dq=nodrizas+y+lactancia+materna&ots=jrdT8vIWt0&sig=l8ky3S>