

REFLEXIONES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA COMO PARTE DEL CUIDADO¹

*Evelyn Gitz*²

(evelyngitz@gmail.com)

Fecha de Recepción: 3 de Octubre de 2019

Fecha de Aceptación: 17 de Diciembre de 2019

Resumen

La lactancia materna ha sido ampliamente estudiada por las ciencias de la salud, quienes han reivindicado la relevancia crucial de ésta para el bienestar materno-infantil. Pero hablar de lactancia, es hablar simultáneamente de aspectos biológicos y culturales y ambos se despliegan en el tiempo con trayectorias particulares y no siempre convergentes. Este documento pretende una reflexión que aborde la lactancia materna mostrándola como una realidad socialmente compleja, que implica corporalidades varias y que resulta positiva tanto para el binomio directamente involucrado (persona madre - persona bebé) como para el entorno social que ha de serle favorable. Esto se sustenta con la base de la realidad hallada y diferentes estudios abordados.

Palabras clave: Lactancia materna, salud, cuidado, enfoque de género.

Abstract

Breastfeeding has been extensively studied by health sciences, who have claimed its crucial relevance to maternal and child welfare. But to talk about breastfeeding is to talk simultaneously about biological and cultural aspects and both are deployed over time with particular and not always convergent trajectories. This document seeks a reflection that addresses breastfeeding by showing it as a socially complex reality, which implies several corporalities and is positive both for the directly involved binomial (mother person - baby person) and for the social environment that should be favorable. This is based on the basis of the reality found and different studies addressed.

¹ Artículo aprobado y aceptado para su publicación el día 17 de Diciembre de 2019.

² Licenciada en Nutrición, Magister en Diseño y Gestión de Programas Sociales FLACSO. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. ORCID ID: 0000-0003-0526-5959 - <https://orcid.org/0000-0003-0526-5959>.

Keywords: Breastfeeding, health, care, gender approach

Resumo

A amamentação tem sido extensivamente estudada pelas ciências da saúde, que reivindicam sua relevância crucial para o bem-estar materno-infantil. Mas falar sobre amamentação é falar simultaneamente sobre aspectos biológicos e culturais e ambos são implantados ao longo do tempo com trajetórias particulares e nem sempre convergentes. Este documento busca uma reflexão que aborda a amamentação, mostrando-a como uma realidade socialmente complexa, que implica várias corporalidades e é positiva tanto para o binômio diretamente envolvido (pessoa mãe - bebê) quanto para o ambiente social que deve ser favorável. Isso se baseia na realidade encontrada e nos diferentes estudos abordados.

Palavras-chave: Amamentação, saúde, cuidado, abordagem de gênero.

Introducción

La lactancia materna (LM) es el tiempo durante el cual el bebé³ se alimenta de leche de la madre. Es la forma natural, normal y específica de la especie humana para alimentar a sus hijos e hijas. Es un proceso interactivo bidireccional entre la madre y el/la hijo/a con efecto en ambos, el éxito de ésta depende de la conducta de el/la lactante combinada con la conducta materna, estimulada por apoyo social y guiada por el apoyo emocional, conocimientos e información a la madre⁴ (Muñoz, 2001).

La lactancia materna no puede entenderse adecuadamente sin ser considerada como la conjugación del aspecto biológico y el cultural. Todos los argumentos biológicos y culturales deben entremezclarse y configurarse para ofrecer una explicación más acertada del fenómeno de la lactancia materna. La alimentación es producto y produce relaciones sociales y la Lactancia Materna, como una alimentación especial, ha creado relaciones sociales especiales en las distintas culturas (Aguirre, 2008).

Se entiende a la lactancia materna como un proceso biocultural, en el que se conjugan aspectos biológicos y socio-culturales para poder explicarlo adecuadamente en toda su magnitud.

³ Cabe mencionar que se adhiere un enfoque de género pero se utiliza “el bebe” para referirse a niñas y niños.

⁴ Se asume madre en el caso de las personas gestantes.

En la estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (OMS, UNICEF, 2003) y en diversos documentos del Ministerio de Salud, se considera que la lactancia materna exclusiva debe mantenerse hasta los 6 meses de vida del bebé para continuar con la lactancia materna hasta los 2 años, como mínimo, complementada adecuadamente con otros alimentos inocuos.

Nota

El proyecto de investigación del cual ha surgido el presente artículo (“Lactancia materna desde un enfoque de género. Análisis de las políticas implementadas desde el Ministerio de Salud en el período 2005-2017”), ha sido evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Maimónes en Buenos Aires, República Argentina, el día 24 de Enero de 2018.

Datos epidemiológicos

La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) es una encuesta nacional que proporciona información sobre aspectos relacionados con la nutrición a través de la evaluación de numerosas dimensiones, entre ellas la frecuencia de consumo de diferentes grupos de alimentos, los hábitos alimentarios de la población argentina, la ingesta de alimentos y nutrientes a través de un recordatorio de 24 hs (R24H), y la lactancia materna. La segunda ENNyS (2018-2019) fue realizada en niños, niñas y adolescentes (NNyA) de ambos sexos de 0 a 17 años, y en adultos de ambos sexos de 18 años y más.

El inicio de la LM presentó valores elevados (el 96,9% de los niños/as iniciaron la lactancia materna al nacer y más de la mitad de los niños/as - 56,5% - fue puesto al pecho por primera vez en la primera hora de nacidos). La proporción de Lactancia Materna Exclusiva (LME) en menores de 6 meses sigue siendo baja: en la ENNyS 2 fue del 43,7% y resulta comparable a la última la Encuesta Nacional de Lactancia Materna (ENaLac) - 54% -. El principal motivo de abandono de la LM sigue siendo que la madre refiere haberse quedado sin leche. Dos nuevas dimensiones estudiadas en la ENNyS 2 muestran que: el 6,4% de los niños y niñas había sido amamantado por una mujer diferente a la propia madre, con una prevalencia mayor en los hogares más desfavorecidos socioeconómicamente, aún siendo esta una práctica desalentada en nuestro país. Por otro lado, casi un 30% de los lactantes no son alimentados a libre demanda, que es una práctica fundamental para garantizar la correcta instalación y continuidad de la LM. La Encuesta Nacional de Lactancia Materna (ENaLac), desde el año 1998, tiene registro de datos estadísticos a nivel nacional sobre

indicadores de LME. A partir del año 2007 se empezó a compilar esos datos estadísticos en informes anuales que dan cuenta de la situación de la LM en Argentina.

La ENaLac es un estudio de corte transversal cuyo objetivo fue el de evaluar la prevalencia de la lactancia materna en los niños y niñas que demandan al sistema público de salud en función de variables sociodemográficas y de salud seleccionadas. Dicho estudio se aplicó en dos grupos muestrales: niños/as con menos de 6 meses de vida y niños/as de 12 a 15 meses de edad. En la última ENaLac (2017), se recibieron encuestas de todas las jurisdicciones del país y la muestra final analizada fue de 18.566 casos de niños/as menores de 6 meses y de entre 12 y 15 meses. A partir de los datos recolectados sobre la ingesta del día anterior se construyeron los indicadores básicos de LM que se presentan a continuación:

Tabla 1: Porcentaje de lactancia materna. Total país.

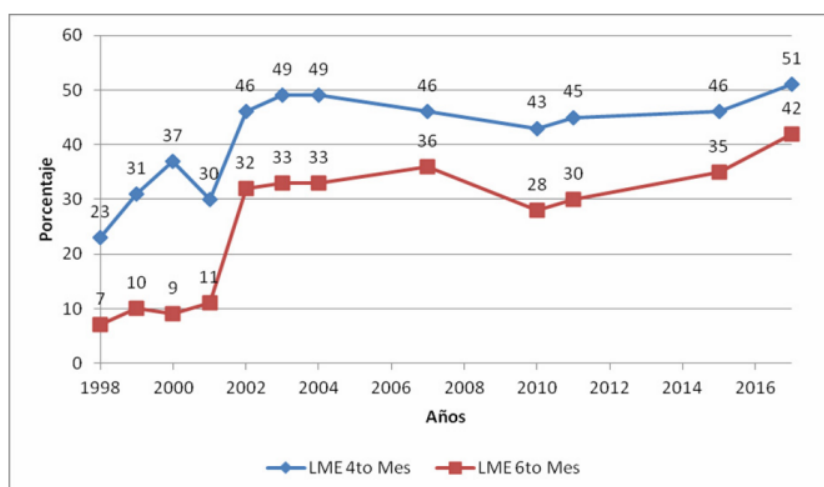
Indicador	Porcentaje de Lactancia Materna					
	Antes de los 6 meses (n=15.322)	A los 2 meses (n=2.194)	A los 4 meses (n=2.724)	A los 6 meses (n=2.773)	Entre 12 y 15 meses (n=3.243)	
LME	54	58	51	42	NA	
LM Predominante	NA	2	5	10		
LM Parcial		33	33	36		
LM Continuada		NA				78
Destete		7	11	12		22

Fuente: ENaLac, 2017 - DINAMIA

Como se puede observar en la Tabla 1, el porcentaje de LME desciende a medida que aumenta la edad de los niños/as, siendo del 58% a los dos meses y del 42% a los 6. En sentido inverso, se observa cómo el porcentaje de destete aumenta a medida que los niños/as crecen.

Se advierte un aumento estadísticamente significativo en los indicadores de LME a los 4 y 6 meses, como se puede observar en el Gráfico 1. La LME al 4to mes presentó un aumento del 5% mientras que la LME al 6to mes mostró un aumento del 7%.

Gráfico 1: Evolución de los porcentajes de LME al 4to y 6to mes de edad.



Fuente: ENaLac, 1998-2017 - DINAMIA.

Tabla 2: Porcentaje de LME en menores de 6 meses por provincia y año.

Jurisdicción	Porcentaje LME año 2017	Porcentaje LME año 2015	Test de diferencia de proporciones (p_{valor})
Buenos Aires [*]	58	52	0,000
CABA [*]	58	58	0,500
Catamarca	42	Sin dato	-
Chaco [*]	67	73	0,031
Chubut	61	54	0,023
Córdoba [*]	36	34	0,248
Corrientes	63	Sin dato	-
Entre Ríos [*]	54	53	0,735
Formosa	56	52	0,216
Jujuy	56	48	0,004
La Pampa	62	47	0,001
La Rioja	35	46	0,010
Mendoza [*]	64	59	0,036
Misiones	42	50	0,003
Neuquén	66	71	0,143
Río Negro	72	74	0,463
Salta [*]	67	70	0,151
San Juan	49	61	0,000
San Luis	62	50	0,002
Santa Cruz	40	Sin dato	-
Santa Fe [*]	41	48	0,000
Santiago del Estero	35	Sin dato	-
Tierra del Fuego	68	43	0,001
Tucumán [*]	45	49	0,148
TOTAL	54	53	0,040

Fuente: ENaLac. 2015 y 2017 - DINAMIA

* Jurisdicción con muestra suficiente para la estimación del indicador LME antes de los 6 meses del año 2017.

Para estimar la prevalencia de LME según el peso al nacer, la ENaLac indagó sobre el peso de nacimiento de cada niño/a y, a partir de análisis de los datos, se observó que la prevalencia de LME en menores de 6 meses estuvo afectada por el peso al nacer, siendo de 54,7% (IC al 95%: 53,9-55,5) para los niños/as nacidos con más de 2500 g y de 34,7% (IC al 95%: 31,5-37,8) para aquellos con peso inferior a 2500 g. Esta misma tendencia de menor porcentaje de LM en niños/as nacidos con menos de 2500 g se observó también en todos los sub-grupos etarios, excepto para el grupo de niños/as de 12 a 15 meses de edad, tal como se presenta en la Tabla 3.

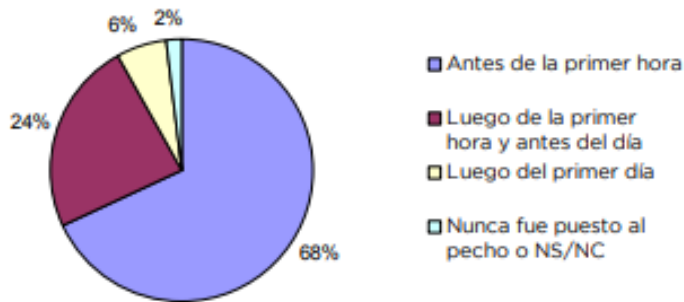
Tabla 3: Porcentaje de lactancia materna e IC al 95% según peso al nacer y tramos de edad. Total país

Tramos de edad	Porcentaje e IC al 95% de LM	
	Peso al nacer	
	2500 gramos o más (n=17.522)	Menos de 2500 gramos (n=1.044)
Menores de 6 meses ^a	91,3 (90,8-91,8)	80,9 (78,3-83,5)
2 meses ^a	93,9 (92,9-94,9)	83,7 (77,3-90,1)
4 meses ^a	89,6 (88,4-90,8)	83,7 (78,3-89,2)
6 meses ^a	89,2 (88,0-90,4)	73,5 (66,6-80,4)
Entre 12 y 15 meses	78,2 (76,7-79,7)	71,1 (64,2-78,1)

Fuente: ENaLac, 2017 - DINAMIA.

La ENaLac relevó información sobre el tipo de leche consumida por la población encuestada, observándose que entre los niños/as sin LME menores de 6 meses, la opción más frecuente fue la leche de fórmula, seguida por la leche del Programa Materno Infantil (PMI) (59% y 20% respectivamente) y por último la leche de vaca con un 8%. Sin embargo, cuando los niños/as llegan al año de vida, el tipo de leche elegida se modifica siendo la leche del PMI la más consumida (40%), seguida por la leche de vaca u otro animal (21%) y, finalmente, la leche de fórmula (16%).

Gráfico 2: Momento de la primera puesta al pecho. Menores de 6 meses. Total país.



Fuente: ENaLac, 2017 - DINAMIA

El momento del inicio de la lactancia es determinante para su continuidad y para la reducción del riesgo de mortalidad neonatal. Por ese motivo, la ENaLac indagó sobre el momento de la primera puesta al pecho y, tal como se puede observar en el Gráfico 2, la mayoría de los/as niños/as menores de 6 meses fueron puestos al pecho antes de la primera hora de vida (68%); valor seguido por la puesta al pecho entre la hora y el día de vida (24%) y por la puesta al pecho luego del primer día (6,3%). En el análisis entre los/as niños/as de 12 a 15 meses, se observan porcentajes similares a los anteriores: el 69% de niños/as fueron puestos al pecho antes de la primera hora de vida; el 24% luego de la primera hora pero antes del día; y 5% luego del primer día.

La práctica de la lactancia puede también verse afectada por el tiempo de separación entre madre e hijo/a. Por tal motivo, la encuesta indagó sobre el tiempo de separación diario del binomio en promedio, tomando como valor de referencia al menos cuatro horas diarias de separación. Del total de la muestra, el 18,5% de los/as niños/as pasa al menos cuatro horas por día separado de su madre. Entre los/as niños/as que pasan cuatro o más horas separados de sus madres, el porcentaje de LM fue de 82,2%, mientras que en aquellos que pasan menos tiempo separados el porcentaje aumenta a 89,9% .

La educación de la madre también fue un factor que influyó en la prevalencia de LM en la población estudiada. Tal como puede observarse en la Tabla 5, los indicadores de LM como los de LME fueron menos favorables en el grupo con menor instrucción educativa al ser comparado con los otros dos grupos siendo las diferencias de proporciones estadísticamente significativas.

Tabla 4: Porcentaje y tipo de lactancia materna según nivel educativo y tramos de edad. Total país.

Tramos de edad	Porcentaje e IC al 95%		
	Nivel educativo		
	Hasta primario incompleto (n=1.691)	Primario completo y secundario incompleto (n=9.218)	Desde secundario completo (n=7.245)
LME en menores de 6 meses	47,3 (44,7-49,9)	54,0 (52,9-55,1)	53,7 (52,5-55,0)
LM en todos los grupos etarios	86,0 (83,8-87,2)	88,6 (88,0-89,3)	89,0 (88,3-89,8)
LM en menores de 6 meses	86,9 (85,1-88,6)	90,5 (89,9-91,2)	91,7 (91,0-92,4)
LM en niños de 12 a 15 meses	78,5 (73,5-83,4)	79,1 (77,0-81,1)	76,6 (74,2-78,9)

Fuente: ENaLac, 2017 - DINAMIA, 2018

Para el diseño, implementación y monitoreo de una política pública es indispensable contar con datos sobre la temática. La ENNyS y la ENaLac son un gran recurso ya que muestra la prevalencia de la lactancia materna en los niños/as que demandan al sistema público de salud en función de variables sociodemográficas y de salud.

Trayectoria de la lactancia materna

La documentación existente menciona que la promoción de la lactancia materna, ha presentado como una característica recurrente estar vinculados a diferentes temas que terminan y tienen como fin apoyar o contribuir al desarrollo de los países.

En septiembre de 2000, luego de un decenio de grandes conferencias y cumbres de las Naciones Unidas, los dirigentes del mundo se reunieron en la sede en Nueva York, dando como resultado la Declaración del Milenio, la cual logra el compromiso de 190 países con una nueva alianza mundial cuyo fin es reducir los niveles de extrema pobreza estableciendo una serie de objetivos conocidos como los objetivos de desarrollo del Milenio.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada en septiembre de 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, establece una visión transformadora hacia la sostenibilidad económica, social y ambiental de los 193 Estados miembros que la suscribieron y será la guía de referencia para el trabajo de cada institución de los países que adhirieron en pos de esta visión durante los próximos 15 años. La Agenda 2030 incluye 17 Objetivos y 169 metas, presenta una visión ambiciosa del desarrollo sostenible e integra sus dimensiones económica, social y ambiental.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) también son una herramienta de planificación y seguimiento para los países, tanto a nivel nacional como local (Naciones Unidas, 2018).

El objetivo 2 – hambre cero –es precisamente: “poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible. En su meta 2.2 dice: “De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación (peso inferior al que corresponde a la estatura) de los niños/as menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad” (Naciones Unidas, 2018).

Es posible identificar actores claves que por mucho tiempo han estado involucrados y presentes, y que en algún punto fueron responsables de lo construido. Uno de estos actores es la Organización Mundial de Salud (OMS).

La OMS, es una institución cuya responsabilidad y función es desempeñar actividades de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, trabajando en la configuración de las agendas de las investigaciones en salud, establece normas, gestiona la articulación de opciones de política basadas en la evidencia empírica, juega un rol de apoyo técnico a los diversos países que están adscritos y vigila las decisiones y tendencias sanitarias mundiales (OMS, s/f).

La iniciativa más relevante de la OMS a nivel mundial y que despunta en el tema de la promoción de la lactancia materna, se da en 1992, en donde la OMS y la UNICEF pusieron en marcha la Iniciativa “Hospitales amigos del niño”, cuyo objetivo fue favorecer la lactancia materna. Posteriormente en la misma línea del trabajo realizado en el año 2003 se publica la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño documento en el cual se hace una descripción de las intervenciones fundamentales para proteger, fomentar y apoyar la lactancia materna. (OMS y UNICEF, s/f).

Otra organización muy importante dentro de la iniciativa de la promoción de la lactancia materna a nivel mundial es UNICEF, institución que por mandato de la Asamblea General de las Naciones Unidas tienen como misión el promover la protección de los derechos del niño/a, aumentando las oportunidades que se les ofrecen para que alcancen plenamente sus potencialidades (UNICEF (s/f).

En cuanto al marco legal de la protección de la lactancia materna en la Argentina, la Ley N° 20.744 de Contrato de Trabajo (y sus modificatorias) protege a las mujeres asalariadas formales durante el embarazo y la lactancia. Esta Ley, en su Capítulo II Artículo 179, protege a la mujer que

amamanta al finalizar su licencia por maternidad. Establece que: “Toda trabajadora madre de lactante podrá disponer de dos (2) descansos de media hora para amamantar a su hijo/a, en el transcurso de la jornada de trabajo, y por un período no superior a un (1) año posterior a la fecha del nacimiento, salvo que por razones médicas sea necesario que la madre amamante a su hijo/a por un lapso más prolongado”. Cabe aclarar que esto rige solo para las asalariadas formales.

Por otro lado, Argentina cuenta con la Ley N° 26.873 de Lactancia Materna, Promoción y Concientización Pública, cuyo objetivo es la promoción y la concientización acerca de la importancia de la lactancia materna y de las prácticas óptimas de nutrición segura para lactantes y niños/as de hasta 2 años. Esta Ley en su Artículo 4 inciso t, insta a promover la existencia de “Espacios Amigos de la Lactancia” definiéndolos como: “Un sector limpio, cómodo y de uso exclusivo para que las mujeres en período de amamantamiento puedan extraer su leche y conservarla adecuadamente durante la jornada laboral.” Cada jurisdicción a su vez, puede tener otra ley relacionada con los espacios amigos (también llamados “lactarios”). Por ejemplo, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, también existe la Ley N° 2.958, Implementación de Lactarios en el Sector Público, cuyo objetivo es que las instituciones del sector público cuenten con un espacio privado, cómodo y exclusivo para madres en período de lactancia. En esta misma Ley, se invita a las instituciones del sector privado, a contar con estos espacios.

Para conocer un poco la historia, el primero de agosto de 1990, en Florencia, Italia se firma la Declaración de Innocenti que llama a emprender las acciones necesarias para beneficiar la práctica de la lactancia materna, donde se hace un llamado a los gobiernos para la aplicación de los diez pasos para la lactancia exitosa. En ese mismo año, los días 29 y 30 de septiembre se celebró la Cumbre Mundial a favor de la infancia, se reunió en las Naciones Unidas el grupo más grande de dirigentes mundiales en la historia a fin de adoptar una declaración sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del niño. Entre sus metas se encuentra la de lograr que todas las mujeres amamanten a sus hijos/as durante 4-6 meses y continúen la lactancia con la adición de alimentos hasta bien entrado el segundo año de vida.

Desde 1990 fue establecida la celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna, que se celebra del 1 al 7 de agosto en la mayoría de los países, cuyo objetivo es apoyar los esfuerzos para alcanzar las metas propuestas en la Declaración Innocenti.

En 1991, la OMS y el UNICEF lanzaron la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN), cuyo objetivo es proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad, asegurando que estos establecimientos sigan los “diez pasos hacia una feliz

lactancia natural” y adhieran al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

A diferencia de la Iniciativa HAMyN, la Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño (CSAMyN) es más reciente y de origen nacional. La misma pretende dar continuidad a la de HAMyN en lo referente a la promoción y protección de la LM en los centros de salud, una vez que los niños/as fueron dados de alta en las maternidades. Argentina a la fecha cuenta únicamente con veinte Centros acreditados de los cuales sólo uno, en la provincia de Neuquén, realizó una reacreditación. Son diez las provincias que tienen al menos un CSAMyN y dos (San Juan y San Luis) las que cuentan con más de dos Centros certificados (DINAMIA, 2018).

Espacios Amigos de la Lactancia Materna

A la luz de las recomendaciones de LME, el tiempo otorgado por la ley de Contrato de Trabajo (N° 20.744 y sus modificatorias) resulta insuficiente y podría atentar contra la continuidad de la misma. Respecto a esto, la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia impulsa el desarrollo de Espacios Amigos de la LM en instituciones laborales. En este contexto, desde el año 2014 en cada celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna, el Ministro de Salud de la Nación otorga placas de reconocimiento (DINAMIA, 2018).

Centros de Lactancia Materna (CLM)

Para acortar la brecha de inicio de la LM entre los niños/as con bajo peso al nacer y los niños/as nacidos con 2500 g o más, la estrategia implementada en Argentina es el desarrollo de Centros de Lactancia Materna en todas las instituciones con internación neonatal o pediátrica. Para ello se cuenta con la Ley 25.929 que en su art.4° indica que toda persona recién nacida tiene derecho a que "se facilite la lactancia materna siempre que no incida desfavorablemente en su salud"; y en su decreto reglamentario determina que "Los establecimientos de salud deberán adecuar sus instalaciones de manera de contar con CLM conforme a la normativa nacional vigente. El equipo de salud deberá brindar información y apoyo suficiente a la mujer para los casos en que sea necesaria la extracción de su leche para ser administrada al/la recién nacido/a." (DINAMIA, 2018).

Bancos de Leche Humana en Argentina

En la actualidad 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. Los hospitales pertenecientes a la Red, a su vez, serán beneficiarios de la leche procesada

en los Bancos y pueden utilizarla, de acuerdo a prioridades y protocolos, para alimentar a los recién nacidos internados que la necesiten. Puede ser donante cualquier madre que tenga leche en abundancia y apruebe una serie de condiciones (similares a las requeridas de un donante de sangre). La leche materna procesada es empleada para alimentar a bebés que no pueden recibir leche de su propia madre. La administración de leche materna resulta particularmente eficaz para alimentar a los Recién Nacidos de Riesgo, ya sea por su prematurez extrema, su bajo peso al nacer u otra variedad de razones (DINAMIA, 2018).

Atención a las familias - 0800 de Lactancia Materna

Con el objeto de acercar información a las familias y mejorar el acceso a los equipos de salud especializados, en el año 2014 el Ministerio de Salud de la Nación inauguró un número 0-800 sobre Lactancia Materna. Esta línea telefónica –gratuita y de alcance nacional– procura responder a cuestiones básicas sobre LM y vincular a las familias con los equipos de salud cercanos a sus respectivos domicilios.

Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna

El código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna está conformado por un conjunto de recomendaciones dirigidas a regular la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, los biberones y las tetinas. Se denomina sucedáneo de la leche materna a todo alimento comercializado o presentado como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin, incluyendo las fórmulas infantiles, otros productos de origen lácteo, alimentos y bebidas, los biberones y tetinas. La Asamblea Mundial de la Salud aprobó este Código en 1981 con el objetivo de 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. Desde entonces, la aprobación de diversas resoluciones adicionales ha definido y fortalecido las estipulaciones del Código.

El Código prohíbe todas las formas de promoción de sucedáneos de la leche materna, incluida la publicidad y la distribución de muestras gratuitas. Además, las etiquetas no pueden promover ventajas nutricionales o de salud ni incluir imágenes que idealicen la fórmula infantil. Deben incluir instrucciones claras sobre cómo usar el producto y llevar mensajes acerca de la superioridad de la lactancia materna con respecto a la fórmula, y los riesgos que supone no amamantar.

La adhesión de los Estados al código y su incorporación al cuerpo normativo de cada país expresa la voluntad de los gobiernos de garantizar la protección y el fomento de una alimentación óptima para los lactantes y los niños/as pequeños/as. Argentina ha adoptado el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en 1997, y en 2007 el Código fue incorporado en el Capítulo XVII del Código Alimentario Argentino. Más recientemente, la Ley 26.873 de Lactancia Materna, sancionada en 2013, menciona entre otros objetivos “Difundir el Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna, conforme lo establecido por el Código Alimentario Argentino, ley 18.284 y sus normas complementarias”. La ley de lactancia fue reglamentada en 2015, y en este ítem se indica que el alcance del mismo es hasta los dos primeros años de edad del niño/a.

Beneficios de la lactancia materna

Numerosos estudios realizados demuestran las ventajas de la lactancia materna tanto para la salud de el/la lactante (menos otitis, neumonías, diarreas, meningitis, alergias, etc.) como para la salud de la madre (reducción del riesgo de cáncer de mama, de ovarios, osteoporosis, fractura de cadera, etc.), además de los aspectos psicosociales y de ahorro económico que se asocian a este proceso (Blázquez, 2000).

La evidencia presentada en la revista médica del Reino Unido, el “Lancet”, confirma que la lactancia materna óptima puede salvar 823,000 vidas infantiles (Lancet, 2016).

Con respecto a los beneficios que otorga la lactancia materna a los/as niños/as, la nutrición óptima es uno de ellos, ya que la leche materna además de aportarles toda el agua necesaria para sus funciones fisiológicas les entrega proteínas, energía y micronutrientes de alta calidad, que los/as recién nacidos/as son capaces de absorber con facilidad y utilizar eficazmente, permitiéndoles un adecuado crecimiento y desarrollo durante los primeros cuatro a cinco meses de vida; es así como estudios demuestran que niños/as alimentados con leche materna logran al año de vida un óptimo estado nutricional. (Blázquez, 2000; Coronel y cols.,2004)

Se ha demostrado que la lactancia materna disminuye entre el 15 y el 30 % el riesgo de obesidad; reduce la diabetes tipo I y II, el riesgo leucemias y linfomas en la vida adulta, la enfermedad celíaca, la enfermedad inflamatoria intestinal, el síndrome de muerte súbita del lactante, las internaciones por enfermedad respiratoria en el primer año, de gastroenteritis y de otitis media. (Blázquez 2000; Coronel y cols.,2004)

Diversos estudios demuestran, que el hierro de la leche humana se absorbe mejor que el de la leche de vaca o de las fórmulas enriquecidas con hierro y promover la LM resulta una estrategia costo –efectiva para prevenir la deficiencia de hierro y anemia ferropénica (Naumann, 2015). En contrapartida, la leche de vaca puede producir microhemorragias en el tubo digestivo del lactante, condicionando una pérdida adicional de hierro (Juez, 1989). En base a la ENNyS, la anemia por deficiencia de hierro es una de las principales deficiencias nutricionales observada entre niños/as de 6 meses a 5 años de edad (16.5%), y aún más prevalente en los menores de 2 años, involucrando al 34% de los niños/as (MSAL, 2008). Esta situación fue significativamente más elevada en niños/as que vivían en hogares con NBI - 41,1%, en comparación con aquellos niños/as que vivían en hogares sin NBI, cuya prevalencia fue del 29,4%. Sammartino (2010) realizó un estudio que indagó acerca de las representaciones de la anemia y la suplementación con hierro. En sus resultados, respecto del lugar que ocupa la anemia entre otras enfermedades y problemáticas, se observó que existen muchas otras que escalan lugares prioritarios: diarrea, infecciones respiratorias, bronqueolitis, gastroenteritis, desnutrición, adicciones, violencia familiar, tuberculosis, sífilis. Por otra parte, la anemia es muchas veces visualizada como "fisiológica", y por eso "normal", e incluso emergen representaciones que dudan de que la anemia sea una enfermedad. En cuanto a las nociones sobre lactancia materna, leche y harina fortificadas, y ligadura tardía del cordón umbilical, si bien forman parte de las prácticas recomendadas por las normativas, se desprende que mientras la lactancia materna se visualiza como muy apreciada y, por lo tanto, difundida, las demás estrategias parecieran ser poco conocidas y valoradas por parte de los equipos de salud y mucho menos por la población estudiada.

La fácil digestibilidad de la leche materna es otro de sus beneficios, por tener la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, la leche materna es de muy fácil digestión, se aprovechan al máximo todos sus nutrientes y no produce estreñimiento ni sobrecarga renal, además de reducir el riesgo de enterocolitis necrotizante (NEC) en los/as niños/as. (UNICEF, 1995)

La lactancia materna estimula un adecuado desarrollo maxilofacial, ya que tanto éste como la maduración de las futuras funciones bucales: masticación, expresión mimética y fonarticulación del lenguaje, dependen en gran medida, durante los primeros meses de vida, del equilibrio funcional que exista de la succión-deglución-respiración. Es así como los/as niños/as amamantados/as tienen un mejor desarrollo de los arcos dentales, paladar y otras estructuras faciales que los/as niños/as que reciben mamadera. (UNICEF, 1995)

Por otra parte, las madres también se benefician durante el proceso de lactancia materna, quienes ofrecen LME a sus hijos/as presentan menor tiempo de hemorragia postparto, efecto anticonceptivo

fisiológico, menor tiempo de recuperación del peso preconcepcional, remineralización ósea más rápida y eficaz después del parto con la consecuente disminución de la frecuencia de fracturas de cadera en la edad postmenopáusicas, y menor riesgo de cáncer de mama y ovario en la mujer premenopáusicas. (González y cols., 2005; Pallas, 2006)

Otro aspecto importante dentro de los beneficios de la lactancia materna es que constituye además un mecanismo importante del “vínculo” emocional madre-hijo/a. En este contexto se ha descubierto el papel que cumple la beta-caseína de la leche materna, la cual se transforma en beta-casomorfina (de la familia de las endorfinas) en el intestino de el/la niño/a, contribuyendo a crear la dependencia de él/ella hacia su madre, así también las caricias o contacto piel - piel constituyen un mecanismo liberador de endorfinas, secreción que en la madre produce dependencia a estos opiáceos constituyendo un potente estímulo para la prolongación de ésta. (Muñoz, 2001) Por otro lado, las madres que amamantan tienen un menor riesgo de desarrollar depresión y neurosis (López y cols., 2000).

Dificultades de la lactancia materna

La consideración social positiva hacia la lactancia natural muchas veces entra en contradicción con la situación real del amamantamiento, la cual implica un alto nivel de dedicación, constancia y sacrificio por parte de las madres. La propia experiencia personal de las madres puede acabar transformándose en un posible inconveniente y, por mucho que todas las razones médicas y psicológicas vayan a favor de la lactancia materna, a veces algunas madres se encuentran en situaciones (incorporación al trabajo, problemas de salud, falta de apoyo social y familiar...) que pueden manejar mucho mejor si no dan de mamar a sus hijos/as y optan por la leche de fórmula (Lothrop, 2009, p. 35; Montero, 2000, p. 37).

La realidad que muestran los estudios sobre la prevalencia de la lactancia materna es que se está produciendo un abandono importante y precoz de la lactancia, no alcanzándose las recomendaciones de expertos o de organismos nacionales e internacionales con respecto a la duración de la lactancia. En muchas ocasiones, aunque en un principio las mujeres decidan dar de mamar a sus hijos/as, tienen experiencias y vivencias no satisfactorias durante las primeras semanas o meses del amamantamiento que las llevan a abandonar esa lactancia. Por ello, a pesar de las ventajas existentes, se observa que existe un abandono temprano de la lactancia materna por “factores psicosociales, percepciones y creencias que rodean al periodo prenatal, parto y posparto que son importantes en el éxito de la lactancia materna y que hace que puedan identificarse como

factores que facilitan o inhiben la lactancia materna” (Martí, Almirón, Fatjó, Fernández, Fernández de Sanmamed, Gómez y Relat, 1996, p. 502).

La realidad familiar, social, laboral y personal de muchas madres se impone a sus expectativas previas y a sus deseos, porque tienen que enfrentarse con algunas dificultades o inconvenientes que no preveían y que no logran superar por diferentes circunstancias. De hecho, según Belintxon et al. (2011), las madres primerizas se sienten sorprendidas con aspectos que no esperaban al imaginarse cómo iba a ser la lactancia (dolor en los pezones, duración de las tomas o la dedicación que requiere) y la incertidumbre de no saber cuánto tiempo iban a durar las complicaciones a las que se enfrentaban provocaba dificultades para continuar con la lactancia.

Aunque está comprobado que hay un abandono precoz de la lactancia materna y que esa finalización parece estar relacionada con las dificultades a las que se encuentran las mujeres en su proceso de amamantamiento, hallamos una escasez de estudios sobre esta problemática.

Las madres [...] se encuentran con una realidad que no era la que ellas esperaban y habían imaginado sobre la lactancia materna [...] la lactancia les resulta impredecible e inesperada y no tiene nada que ver con lo que se imaginaban, algo fácil y natural. Puede que esta percepción que tienen las madres esté motivada por la propia promoción que se hace de la lactancia desde los distintos ámbitos, y en las que se insiste en las bondades y ventajas de la lactancia materna, pero no se abordan con la misma intensidad las posibles dificultades, su duración y la forma de enfrentarse a ellas. Este hecho puede ocasionar que las madres al encontrarse con dificultades se sientan inseguras e incapaces de instaurar y mantener la lactancia materna, es decir que su auto-eficacia percibida sea baja” (Belintxon-Martín, Zaragüeta, Adrián y López-Dicastillo, 2011, p. 415).

Según Fernández y González (2013), la continuidad de la lactancia, una vez iniciada en el ámbito hospitalario, depende muchas veces de las dificultades que surgen en los primeros días tales como dolor, depresión post-parto, congestión mamaria o dudas respecto a la técnica de lactancia.

Razones para abandonar o no iniciar la lactancia materna

En el 2005, la primera Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) del Ministerio de Salud de la Nación, puso de manifiesto que el 95,4% de los niños/as recibió leche materna al nacimiento. En cuanto a los motivos del no inicio de la lactancia, en primer lugar se ubicó la respuesta “me quedé sin leche” (38%), seguida por “me enfermé” (18%) y “problemas en el pezón” (14%). Si bien sólo un 5% de los niños/as no inició la lactancia, todos los motivos mencionados para el no inicio refieren a situaciones que no están médicamente contraindicadas con la lactancia. El mismo informe indica que los niños/as que inician la LM no presentan diferencias según el nivel socioeconómico

de los hogares, ni según regiones del país. La LM comienza a disminuir a medida que el niño o niña crece debido a diferentes razones no médicas que en su gran mayoría podrían ser evitadas con el trabajo y la contención brindada desde el sistema de salud. Es así como al año de vida, 1 de cada 2 niños/as es amamantado y a los 2 años, 1 de cada 4, mostrando una caída considerable y sostenida de los indicadores de lactancia.

En la ENNyS 2 (2018-2019), entre aquellos que no iniciaron LM, los principales motivos reportados por las madres fueron “nunca pudo prenderse al pecho” (47,5%), “nunca tuve leche” (28,9%) y “me lo indicó el médico por un problema de salud mío” (11,2%). La edad promedio de abandono de la LM fue de 6,3 meses, y los principales motivos de abandono referidos fueron “me quedé sin leche”, “el/la niño/a dejó solo/a” y “el/la niño/a se quedaba con hambre”.

En el año 2005 Voices realizó para Liga de La Leche Argentina un estudio en población general con el objetivo de obtener una radiografía acerca de los mitos y las creencias de la sociedad acerca de la lactancia.⁵ En Argentina funciona desde 1978. Integran la Comisión Asesora en Lactancia Materna del Ministerio de Salud de la Nación, y participan activamente en la Subcomisión de Lactancia Materna de la Sociedad Argentina de Pediatría. Su misión es ayudar a las madres de todo el mundo a amamantar mediante el apoyo, la información y la formación de madre a madre, y promover un mejor entendimiento de la lactancia como elemento importante en el sano desarrollo del niño/a y la madre.

Entre los principales resultados de este estudio pueden mencionarse que al hablar sobre las barreras al amamantamiento, el trabajo remunerado surge espontáneamente como una de las principales. Asimismo, una minoría significativa consideró que una madre que trabaja remunerativamente o estudia no puede amamantar.

Considerando estos resultados, en 2018 Voices y Liga de La Leche encararon un segundo estudio nacional sobre lactancia centrado en la conciliación entre la lactancia y el regreso al trabajo en relación de dependencia.

Como resultados de esa investigación, se menciona que el 77% de las mujeres cree que es muy difícil sostener la lactancia cuando se vuelve de la licencia por maternidad a la oficina o a cualquier

⁵La Leche League International (LLLI) fue fundada en Estados Unidos en 1956. Cuenta con un consejo consultor profesional formado por más de 50 especialistas en pediatría, obstetricia, nutrición, psicología y derecho. Actualmente LLLI está presente en 70 países.

LLLI participa activamente en diversas organizaciones internacionales, siendo miembro consultor de UNICEF y de la Organización Mundial de la Salud (WHO/OMS).

ámbito laboral. Este problema también se observa en las trabajadoras con jornadas de trabajo reducidas.

Además, se informó que el 93% de las mujeres sostiene que es muy importante contar con el apoyo de empleadores. Señalan como prioritario tener un lugar privado, cómodo e higiénico para la extracción de leche. El 82% no contó con un lugar asignado para la extracción de leche, lo que también obstaculizó la posibilidad de sostenerla en el tiempo. Incluso estas variables influyen más que los consejos del pediatra en la decisión de continuar dando el pecho a su bebé.

Asimismo, el 80% de mujeres que tienen una posición de liderazgo o jefatura en su empresa, no lograron combinar la lactancia con el trabajo y tuvieron que dejar una de estas opciones de lado. El 63% no se sintió cómoda hablando de este tema con sus jefes, 1 de cada 3 mujeres considera que la lactancia limita su oportunidad de desarrollo profesional, 1 de cada 5 mujeres piensa que la lactancia puso en riesgo su trabajo y el 74% no contó con políticas de los empleadores de horario progresivo para retomar el trabajo. Sin embargo, la mayoría declaró que se logra sostener la lactancia con el apoyo de sus familiares y compañeros de trabajo.

Rojas (2000), plantea que dentro de los factores que han influido en la declinación de la lactancia materna se encuentran, por un lado, la incorporación de la madre al trabajo remunerado y la incertidumbre de la embarazada hacia la lactancia, y por otro, la desinformación del personal de la salud con respecto al tema y las prácticas hospitalarias que promueven tanto el distanciamiento madre-hijo/a inmediatamente después del parto, como el suministro de diversos líquidos como alimento inicial para los/as niños/as. Por su parte, Hernández y García (2002) en un estudio para identificar las causas sociales que influyen en la deserción de lactancia materna, citan a Hakim, quien plantea tres seguimientos para explicar la razón por la cual las mujeres abandonan la lactancia natural, en primer lugar el proceso de cambio cultural, en segundo lugar la determinación de la madre de alimentar a su hijo/a con mamadera, sin pensar en las consecuencias que esta decisión puede tener sobre su hijo/a y familia, y por último, la información que la madre recibe y su nivel de instrucción, que según Hakim son factores que influyen de manera decisiva en el tiempo que la madre decide amamantar a su hijo/a.

En el estudio de Estévez, Martell, Medina, García y Saavedra (2002) encuentran que la decisión de interrumpir la lactancia materna es, la mayoría de las veces, tomada por la propia mujer, y las causas del abandono están relacionadas con dificultades en la lactancia (entre otras la sensación de no tener leche suficiente y de que el bebé se queda con hambre) y con dificultades personales entre las que incluyen los problemas de salud de la madre o el hijo/a y las razones laborales, que son más frecuentes con el paso del tiempo (15,7% a los 15 días, 32,5% a los 6 meses). Llorens et al. (2007)

también plantean que existen varias causas por las cuales una madre decide destetar tales como el final del permiso de lactancia, la incorporación laboral, la convicción de que es el momento adecuado para hacerlo, por deseos personales o por alguna circunstancia excepcional (enfermedad que le impide dar el pecho).

Otras causas que también refirieron son la enfermedad materna o del hijo/a, la pérdida de la estética materna o que debían continuar estudiando. Martínez, Gonzálo, Hindi, Martín y Canicatti (2003) encuentran que la causa más frecuente de abandono de la lactancia materna es la hipogalactia y la incorporación al mundo laboral.

En el estudio de Gorrita y Brito (2011) encontraron que las madres se podían sentir confundidas por la falta de experiencia o apoyo, que sentían miedo o vergüenza de pedir ayuda para una actividad que consideran “natural” y además, podían presentar problemas como congestión mamaria, dificultad para saber la cantidad de leche que el bebé está tomando, filtración de leche de las mamas, reflejo de salida de la leche en momentos diferentes a aquellos en que se está amamantando, dolor en los pezones, no producir en algún momento suficiente leche para las necesidades del bebé.

En resumen, “el análisis de los factores que contribuyen al abandono precoz de la lactancia materna indican que pueden depender de la madre, del recién nacido, del entorno familiar, de las propias instituciones sanitarias y de aspectos socioculturales” (Rius, Ortuño, Rivas, Maravall, Calzado, López, Aguar y Vento, 2014:7). Así, por ejemplo, García (2009) alude a factores tales como las políticas para el fomento de la lactancia materna de las instituciones sanitarias, a la formación y actitud de los profesionales sanitarios, a factores estructurales o de funcionamiento de los servicios maternos que pueden dificultar las actividades de promoción y soporte a la lactancia materna (tales como la ausencia de alojamiento conjunto, horarios rígidos para las tomas, interrupciones mientras la madre da el pecho para la realización de pruebas, exploraciones, ausencia de espacios donde la madre pueda dar el pecho tranquilamente y observar cómo lo hacen otras madres, ausencia de protocolos sobre lactancia, descoordinación entre los diferentes niveles asistenciales), y factores relacionados con la madre (tales como la información, las experiencias previas, el entorno sociocultural, modelos de aprendizaje, soporte familiar y profesional, deseo de la madre, confianza en su capacidad de lactar).

Todos estos factores de protección o de riesgo, están presentes en alguna medida en la vida de una mujer y están influyendo de una manera u otra en sus decisiones personales con respecto a la lactancia materna. Lo que hay que tener presente es que en cada mujer los factores

sociodemográficos, perinatales, psicosociales, percepciones personales, contextos y vivencias que la rodean son muy diferentes.

Escolaridad y ocupación.

En América Latina una mayor escolaridad materna se asocia notoriamente con mayores porcentajes de abandono temprano de esta práctica, de igual forma que el trabajo fuera del hogar y un mejor nivel socioeconómico (Navarro y cols., 2003). Este estudio realizado en México con 265 mujeres trabajadoras, distribuidas en 2 grupos, Grupo I que abandonó temprano la LM y Grupo II que la prolongó por más de tres meses, hace referencia a las razones reportadas por las madres para destetar a sus hijos/as, señalando al trabajo como la principal razón de destete tanto para el Grupo I como Grupo II (25,9% y 16,4% respectivamente). Destaca también que el único factor laboral que mantuvo asociación con el abandono temprano de la LM, fue el no contar con facilidades en el trabajo. Situación que coincide con la literatura médica extranjera, en donde ser “madre trabajadora” constituye una de las principales causas de abandono de la lactancia materna (Duran y cols., 1999).

Resultados similares se desprenden de un estudio retrospectivo, realizado en Cuba entre 1998 y 1999, con una muestra de 120 embarazadas, que entre sus resultados mostró que existe una asociación directa y significativa entre la práctica de la lactancia materna y la ocupación de la madre, ya que las amas de casa lactaron más que las madres que estudiaban o trabajaban (Gutiérrez y cols., 2001).

De la misma forma, el estudio de Prendes y cols. (1999) ya mencionado, señala entre los factores maternos asociados con mayor frecuencia al abandono de la LME antes de los 4 meses, el ser madre estudiante (100%). Contradictoriamente, en otro estudio cubano realizado en 1993, se señala que la condición de ser estudiante y ama de casa fueron los principales factores maternos asociados al destete precoz, ya que en su investigación el 87,5% de las estudiantes destetó precozmente, las amas de casa lo hicieron en un 65,2% y las madres trabajadoras sólo en un 38,5% (Peraza y cols., 1999).

Edad y Paridad.

La edad y la experiencia previa de ser madre, naturalmente pueden influir en las prácticas de crianza de una mujer, ya que podrían otorgar mayor experiencia para enfrentar las exigencias propias de la maternidad.

Según Prendes y cols. (1999) la edad menor a 20 años y la primiparidad eran unos de los factores maternos más frecuentemente asociados al abandono de la LME antes de los 4 meses, destacándose

que las madres adolescentes abandonaron la LME con mayor frecuencia durante el 1er mes (38,1%).

En relación con la paridad, el estudio de Navarro y cols. (2003) encontró entre los factores de riesgo para un abandono temprano de la lactancia materna, el antecedente de no haberla practicado. Por otro lado, en la investigación de Prendes y cols. (1999), también las madres primíparas abandonaron la lactancia materna exclusiva en el 1er mes con mayor frecuencia que las múltiparas, ello pudiera deberse a la poca experiencia y desconocimiento de las técnicas de amamantamiento de las primeras, lo cual favorece la aparición de grietas del pezón y otras molestias para la madre y el/la niño/a, que, en una madre mal preparada y orientada, puede llevar al abandono de la lactancia materna.

Amamantamiento e imagen corporal.

En un estudio realizado por Naumann (2015), algunas madres entrevistadas, fundamentalmente las más jóvenes, mencionaron que el amamantamiento perjudicaba su imagen corporal (descenso de peso, deformación de la forma de sus mamas y su cuerpo). Dichas creencias han sido expresadas en algunos casos como motivos de no inicio, interrupción o hasta abandono de la práctica de amamantar entre las madres del barrio en donde se llevó a cabo la investigación. Por otro lado, en este mismo trabajo se describe el estudio realizado por Niño R. et al.158 , en donde propusieron conocer la prevalencia de LM y causas de destete precoz en mujeres de distinto nivel socioeconómico controladas en el sistema público y privado de salud de Santiago de Chile a fines del año 2010. Los autores plantean la preocupación respecto de la “alta proporción de casos en el que el destete está asociado a razones estéticas, a pesar de las insuperables ventajas de la lactancia materna, lo que refleja probablemente que la información recibida no ha sido suficiente o adecuada”.

Entorno significativo y planificación del embarazo.

Todo ser humano se ve afectado por el medio en el que se desenvuelve, ya que permanentemente se reciben estímulos de éste, los que pueden ser positivos o negativos, y por las relaciones sociales que va a atravesar y estructurar la lógica, relaciones que a su vez, son atravesadas por las asimetrías de género. El proceso de lactancia materna también se ve afectado por este hecho, ya que la madre puede ver influenciada su conducta de amamantamiento según los estímulos que reciba de su entorno. Aunque se define como un “acto natural,” la lactancia materna también es un comportamiento aprendido. Prácticamente todas las madres pueden amamantar siempre y cuando

dispongan de información correcta, así como de apoyo dentro de sus familias, comunidades y del sistema de atención sanitaria (Romero, 2004). En este contexto, la actitud de seres queridos es fundamental para motivar a la mujer a amamantar a su hijo/a; la cultura latinoamericana es allocéntrica, es decir, considera importante las necesidades, los valores, las metas y los puntos de vista de los miembros del grupo. El allocentrismo significa que las actitudes de la pareja, de la familia y de las amistades de la mujer desempeñan un papel fundamental en su decisión de amamantar al/la niño/a y en el éxito de la lactancia (Hernandez y Garcia, 2002).

Contraindicaciones y opciones a Lactancia Materna

Las contraindicaciones para la LM se clasifican en absolutas y relativas, existiendo también dificultades de origen materno, infantil y ambiental para esta clasificación. (López y cols., 2000).

Entre las contraindicaciones absolutas se encuentran negación materna, que la madre sea portadora de VIH, enfermedad materna grave, de tipo orgánico o psíquico, tóxicos consumidos por la madre y enfermedades metabólicas de el/la recién nacido/a. Como contraindicaciones relativas se nombra la hipogalactia, gran prematuridad, madre con Hepatitis B ya sea aguda o portadora, malformación bucal (labio leporino), mastitis e infecciones agudas febriles de la madre, alteración anatómicas y grietas en el pezón y/o areola mamaria que no ceden con su tratamiento (López y cols., 2000).

Dentro de las contraindicaciones relativas para practicar la LM se encuentran aspectos relacionados con la anatomía mamaria, procesos infecciosos y la producción de leche, enfermedad de la madre y embarazo. En cuanto a los de origen infantil se nombran aversión por el pecho, dificultades en la succión y en la deglución y finalmente entre los ambientales se consideran la escasa información sanitaria de la madre, el trabajo materno fuera del hogar y la gran presión comercial favorecedora de la lactancia artificial (López y cols., 2000).

La lactancia materna desde el cuidado

El trabajo de cuidado puede ser definido como una función social que integra la serie de actividades, bienes y relaciones destinadas al bienestar cotidiano de las personas y que se desenvuelven en diversos planos, incluyendo el material, económico, moral y emocional (CEPAL, 2013a; Marco y Rico, 2013). Incluye la provisión de bienes esenciales para la vida, como la alimentación, el abrigo, la higiene y el acompañamiento, así como el apoyo y la transmisión de conocimientos, valores sociales y prácticas a través de los procesos de crianza (Bezanson y Luxton, 2006 en Razavi 2012).

El trabajo de cuidado puede ser voluntario en el contexto del amor, lo que involucra afectividad, deseos de protección, cooperación mutua y sentimientos de conexión y de interrelación positiva entre la persona que cuida y el receptor. Pero en otras ocasiones, y así lo muestra la literatura de los estudios de género, ese cuidado se produce dentro de los hogares de manera indeseada, involuntaria, coercitiva y responde a presiones psicológicas, culturales, sociales e incluso se utiliza la violencia física o sexual como dispositivo para que uno de los miembros del hogar —generalmente las mujeres— lo asuma. Esta tarea, y las múltiples actividades que implica, se hace dentro de un intercambio de obligaciones implícitas y explícitas que va desde los arreglos privados consensuados a deberes contractuales o sociales, y están vinculados a otros contratos que establecen los individuos como, por ejemplo, el matrimonio y la parentalidad, es decir, con las responsabilidades legalmente establecidas en cierto tipo de relaciones sociales. Esto puede significar, al momento en que se cuida, la renuncia —cuando es voluntaria— o la imposibilidad —cuando es indeseada— de invertir la energía y el tiempo del cuidado en otro tipo de actividades: el trabajo remunerado, el acceso a ingresos o la participación social ampliada y la participación política. El cuidado sostenido y cotidiano, en este sentido, al ser un trabajo asignado social y culturalmente y que responde a una obligación dentro de determinado tipo de relaciones contractuales, también instala límites y obstáculos para el desarrollo de las personas —sobre todo de las mujeres— en toda su potencialidad o al menos limita sus opciones de vida (Pautassi y Zibecchi, 2010). Desde un enfoque de derechos, el cuidado debe ser analizado como un derecho propio y universal. El derecho al cuidado es el “derecho a cuidar, a ser cuidado y al autocuidado” (Pautassi, 2007). Desde que se precisó el alcance de este derecho, los estudios sobre el tema tienen en cuenta esta triple perspectiva que, a su vez, está fuertemente atravesada por el género a partir de las obligaciones que la sociedad impone a las mujeres (y que muchísimas mujeres adoptan como naturales). Pone en discusión las implicancias y derivaciones que trae el concebirlo como un asunto público con una responsabilidad fundamentalmente estatal para garantizarlo a través de instituciones, infraestructura y servicios públicos. Es imprescindible la participación, regulaciones y arreglos en el ámbito público y privado (con la familia y el mercado) y sobre quienes deben ser los sujetos obligados a prestar cuidado (para sí o para otros) (Pautassi, 2007) y no solo reconocidos en relación con la condición de trabajadora asalariada. Fuentes de datos como la Encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes (Eanna) arrojan resultados similares: la madre suele ser la principal responsable del cuidado de la progenie en la mayoría de los hogares, tanto en el ámbito urbano como en el rural.

Conclusiones

La concepción de lo público en el cuidado implica reorientar la forma en que esta función social se ha planteado como responsabilidad primaria de las familias, y en ellas, de las mujeres. Con ello se cuestiona las bases institucionales que definen quién debe asumir los costos de la reproducción social y cómo se distribuye la carga de cuidado en las sociedades. Esto tiene al menos dos consecuencias. Por una parte, demanda un nuevo pacto en el cual figure explícitamente el rol garante del Estado en resguardar el derecho al cuidado. Por otra parte, requiere consolidar plenamente una cultura de corresponsabilidad del cuidado entre mujeres y varones, ya que la obligación de cuidado existe para ambos progenitores, pero en los hechos los varones no asumen plenamente su responsabilidad. Ambos elementos expresan una nueva ecuación de acceso al bienestar en las sociedades que permitirá el ejercicio pleno de derechos de personas cuidadoras y de aquellas que requieren cuidados (Pautassi, 2007).

En la actualidad, como mencionamos anteriormente, la OMS promueve la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, para ser luego complementada con otros alimentos hasta los dos años. Naturalmente, llevar a cabo esta práctica lactante en las sociedades posindustriales resulta casi incompatible con la actividad laboral (fuera del hogar), y teniendo en cuenta la inflexibilidad espaciotemporal de producción capitalista.

Las significaciones atribuidas a la lactancia materna desde una perspectiva crítica no han sido muy positivas, especialmente desde que la incorporación de las mujeres al mercado laboral constituyó un objetivo principal de autonomía de todas las mujeres. Cuando la distinción de los espacios público-privado se solidificó en el sistema de producción industrial, la teta se vinculó per se a lo privado, lo doméstico.

Además, durante la lactancia materna tanto la madre como el bebé presentan un cierto modo de diversidad funcional: funcionan de otra manera (por ejemplo, en las pautas de sueño, irregulares y no siempre acordes con el ciclo diurno-nocturno), y a ello habrían de acomodarse los espacios públicos y las concepciones que les subyacen si desean ser acogedoras de tal diversidad.

Por otro lado, muchos estudios demuestran que la decisión de alimentar a través de fórmulas infantiles tiene mucho que ver con los comportamientos establecidos en los centros asistenciales y en la actitud de los profesionales (Marcos y Zapata, 1998, p. 56). Jiménez, Pardo e Ibañez (2009) muestran en su estudio que existe un déficit importante en el apoyo a la lactancia materna que refleja un vacío de responsabilidad sanitaria, al no existir protocolos que incluyan pautas de inicio, establecimiento y apoyo a la lactancia en los servicios sanitarios. Por último, mencionar que en el estudio de Díaz, Catalán, Fernández y Granados (2011) se descubre que las madres demandan una

comunicación de los profesionales hacia ellas mucho más centrada en sus propias necesidades. Solicitan una mayor disponibilidad, apoyo, comprensión y respeto hacia la decisión sobre la alimentación de sus bebés (ya que perciben cierta presión hacia la lactancia materna) por parte del personal sanitario. Las madres de su estudio se quejan de que muchas veces la información que reciben de los profesionales es escasa y contradictoria, lo que unido a que su círculo familiar cercano opina y aconseja, les genera sentimientos de confusión, inseguridad e incertidumbre. Por ello, Díaz et al. (2011) plantean la necesidad de una unificación de criterios entre todos los agentes que atienden a la madre y el bebé en el periodo de lactancia.

Plantear la lactancia materna como una responsabilidad colectiva conlleva la necesidad de mejorar el apoyo social desde todos los ámbitos. Supone ofrecer una información adecuada y asesoramiento sociosanitario en la toma de decisiones maternas para su elección de la lactancia, una mejora de las políticas públicas y de las responsabilidades de los y las profesionales de la salud, una mayor implicación de las parejas y familias.

Referencias bibliográficas

- Aguirre, P. (2008); Mesa redonda: “Lactancia materna: historia, cultura, creencias, derechos”. 6º Congreso Argentino de Lactancia Materna. Argentina.
- Belintxon, M., M; Zaragüeta M. C; Adrián Mc, López-Dicastillo, O. (2011). “El comienzo de la lactancia: experiencias de madres primerizas”. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [online]. (34)3 [citado 2014-11-02], pp. 409-418. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S1137-66272011000300007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1137-6627. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272011000300007> .
- Blázquez, M.J. (2000). “Ventajas de la lactancia materna”. *Medicina Naturista*, 1, 44-49.
- Blázquez, M.I. (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid*. Tesis Doctoral. Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social. Universidad d Rovira i Virgili.
- Díaz, J.; Catalán, D.; Fernández, M.M. y Granados, G. (2011). “La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud”. *Gaceta Sanitaria*, (6)25, 483-489.

- Estévez, M.D.; Martell, D.; Medina, R.; García, E. y Saavedra, P. (2002). “Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna”. *Anales Españoles de Pediatría*, (2)56, pp. 144-150.
- Fernández, I.M. y González, C.T. (2013). “Lactancia materna: prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz”. *Enfermería global* (31)12, pp. 443-451. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412013000300023&script=sci_abstract.
- Jiménez, M.L., Pardo, V. e Ibañez, E. (2009). La influencia del profesional sanitario en la lactancia materna. *Medicina Naturista*, 3(2), pp. 77-85.
- López, P.; B. Arévalo; R. Carrero; J. Martínez; Lorente, M.T. y Rodríguez, M.A. (2000). “La lactancia natural o materna: conceptos básicos y trascendencia actual”. *Revista Médica General*, 23, pp. 360-369. Disponible en: <http://www.semg.es/revista/abril2000/360-369.pdf>.
- Llorens, M.B.; Ferrer Hernández, E.; Morales Camacho, V. y Alenda Botella, A. (2007). “Creímos en la lactancia materna: Una aproximación de la experiencia en tres generaciones”. *Index Enferm* [online], (16)58, pp. 34-38. ISSN 1132-1296.
- Lothrop, H. (2007). *Lactancia natural*. Barcelona: Médici.
- Martí, M.; Almirón, P.; Fatjó, A.; Fernández, M.; Fernández de Sanmamed, M.J.; Gómez, M.A. y Relat, V. (1996). “Mujeres y lactancia: entendiendo sus vivencias y analizando la actuación del sistema sanitario”. *Atención Primaria*, (8)17, pp. 501-506.
- Martínez, M.R.; Gonzalo, J.; Sanz, A.; Hindi, B.; Martín, M.P. y Canicatti, A.M. (2003). Influencia del trabajo materno sobre la lactancia natural. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, (19)5, pp. 385-394.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019). Resumen ejecutivo. *Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud -ENNyS 2*. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001565cnt-ennys2_resumen-ejecutivo-2019.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación (2016). Dirección de Estadísticas e Información de Salud. *Estadísticas Vitales. Información básica* [Internet]. Buenos Aires, 2016. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/09/Estadisticasvital2016.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación (2008). *Anemia: La desnutrición oculta. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud – ENNyS* - Buenos Aires. Disponible en: <http://datos.dinami.gov.ar/produccion/nutricion/material/A1d.pdf>

- Ministerio de Salud de la Nación (2010). *La alimentación de los niños menores de dos años. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud -ENNyS 2010*. [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. 60 p. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000258cnt-a09-alimentacion-de-ninosmenores-de-2-anos.pdf>
- Montero, P. (2000). “Intención de conducta de las mujeres embarazadas hacia la lactancia materna”. *Enfermería Científica*, 220-221, pp. 34-38.
- Muñoz, H. (2001). *Lactancia natural. Neonatología*. Edición Servicio Neonatología Hospital Clínico. Universidad de Chile. pp.100-107. (Disponible en: <http://www.redclinica.cl/html/archivos/14.pdf> .
- Naciones Unidas (2018). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*.
- Naciones Unidas (2015), Draft outcome document of the United Nations summit for the adoption of the post-2015 development agenda, *69ª Sesión de la Asamblea General*, Disponible en: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/69/L.85&Lang=E .
- Naciones unidas (2000). *Declaración del milenio*. Disponible en <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf:4> .
- Naciones unidas (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Nueva York.
- Naciones Unidas (1989), *Convención sobre los Derechos del Niño*, Nueva York.
- Naciones Unidas (1979), *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer*, Nueva York.
- Naumann, S. (2015). *Relación entre los Conocimientos, Creencias y Prácticas en Lactancia Materna de Madres Lactantes y miembros del Equipo de Salud del Barrio Altos de la Reja del Partido de Moreno*, Provincia de Buenos Aires. Año 2014.
- Niño, R.; Silva, E.G.; Atalah, S.E. (2012). “Factores asociados a la lactancia materna exclusiva”. *Revista Chilena de Pediatría*. [Internet] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000200007> .
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, UNICEF (2013). *Lactancia, promoción y apoyo en un hospital amigo de la madre y del niño*. Módulo 3. [Internet]. Buenos Aires. Disponible en: https://datos.dinami.gov.ar/nutricion/material/modulo_3.pdf .

- OMS (s/f). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Disponible en http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/es/.
- OPS (2011). *30 años del Código en América Latina: Un recorrido sobre diversas experiencias de aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en la Región entre 1981 y 2011*. Washington D.C: OPS.
- OPS; UNICEF; ONU (2008). *Memoria de la Reunión Sudamericana de Alimentación y Nutrición del Niño Pequeño de los Países de Sudamérica*. Disponible en <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Nutri-repor3.pdf>.
- OPS (2008). *La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado*. Washington, D.C.
- OPS (2017). *Semana Mundial de la Lactancia Materna 2017*.
- OPS. (s/f) Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/index.php>.
- Pautassi, L. y Zibecchi, C. (2013). *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. ELA, Editorial Biblos.
- Pautassi, Laura; Gherardi Natalia; Zibecchi, Carla (2010). *La provisión de cuidado y la superación de la pobreza infantil*. CEPAL Serie de políticas sociales N° 159. Santiago de Chile.
- Pautassi, Laura (2007) *El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos*. CEPAL, Serie 87.
- Rico, M.N. y Robles, C. (2016). *Políticas de cuidado en América Latina Forjando la igualdad*, CEPAL, en conjunto con la Agencia Alemana de Cooperación Internacional (GIZ).
- Rico, M.N. y Trucco, D. (2014). *Adolescentes: Derecho a la educación y al bienestar futuro*. Serie Políticas Sociales N° 190 (LC/L.3791), Santiago de Chile, CEPAL/UNICEF.
- Rius, J.M.; Ortuño, J.; Rivas, C.; Maravall, M.; Calzado, M.A.; López, A. y Vento, M. (2014). “Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España”. *Anales de Pediatría*, (1)80, pp. 6 -15.
- Rojas, A. (2000). “Lactancia materna y factores sociales”. *Corr Med Cient Holg.* (4)1. Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=64&id_seccion=2082&id_ejemplar=3188&id_articulo=31110.
- Romero, C. (2004). “Presentación de la monografía”. *MDP Monografías de pediatría*. (146)1.
- Sammartino, G. (2010). “Representaciones culturales acerca de la anemia y la suplementación con hierro”. *Arch. argent. pediatr* [serie en Internet]. Disponible en: <http://ref.scielo.org/6t6q9y>
- UNICEF, World Health Organization (WHO) (2007). *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño*. Parte 1: “Definiciones”. Washington, D.C.

UNICEF (s/f). *Nutrición. El Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.* (Disponible en:

http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html .

UNICEF (s/f). Algunos recuentos de la historia. Disponible en

<http://www.unicef.org.co/Lactancia/historia.htm>

UNICEF (2018). “Por qué...”. Disponible en <http://www.unicef.org/spanish/why/index.html> .

Encuesta Nacional de Lactancia y trabajo. Voices y Liga de La Leche Argentina.