



**La salud  
es de todos**

**Minsalud**

# **ANALISIS DE IMPACTO NORMATIVO**

## **Lactancia materna**

**Ministerio de Salud y Protección Social**

**Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas**

**Marzo, 2019**



## Análisis de impacto normativo Lactancia materna

### Equipo desarrollador:

#### Ministerio de Salud y Protección Social

**Elisa María Cadena Gaona** - Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas

**Luz Ángela Ochoa Cubillos** - Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas

**María Fernanda Cañón** - Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas

**Claudia Patricia Moreno Barrera** - Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas.

**Andrea Constanza Borbón Guevara** - Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas

#### Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos- INVIMA

**Gustavo Adolfo Fula** – Profesional Universitario

#### Superintendencia de Industria y Comercio

**Julieth P. Muñoz P.** – Profesional Especializado Regulación

#### Superintendencia Nacional de Salud

**Mariana Barros Cadena** – Profesional Especializado

**Sandra Cardona Beltran** – Profesional Especializado

#### Universidad Nacional de Colombia

**Gloria Yaneth Pinzón** – Directora de Carrera. Facultad de Nutrición y Dietética

**Jennifer Cañizales** – Coordinadora Semillero Investigativo Lactancia materna

#### Departamento Nacional de Planeación

##### Este documento se construyó con la guía técnica de:

**Katía Cecilia Galera Gelvez** – Grupo de Mejora Regulatoria, Departamento Nacional de Planeación.

**Francisco Javier Monsalve Guaracao**– Grupo de Mejora Regulatoria, Departamento Nacional de Planeación.

**Jose Libardo Mejia Ciro** - Grupo de Mejora Regulatoria, Departamento Nacional de Planeación.



## Contenido

1. INTRODUCCIÓN .....	4
2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....	5
2.1 Beneficios de la lactancia materna .....	5
2.2 Situación actual de la práctica de la lactancia materna .....	7
2.3 Árbol de problemas .....	20
2.4 Descripción de las causas agrupadas .....	21
3. BIBLIOGRAFÍA .....	29

### Lista de gráficas

Gráfica 1 Porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses de edad que reciben lactancia materna exclusiva en Colombia, 1990 a 2015 .....	10
Gráfica 2 Lactancia materna exclusiva por sexo, etnia e índice de riqueza. ENSIN 2015 .....	11
Gráfica 3 Lactancia materna exclusiva por región y concentración de población. ENSIN 2015 .....	11
Gráfica 4. Prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño, por edad - Reporte nacional – ENSIN 2015 .....	15
Gráfica 5. Mediana de la duración de la lactancia materna total en Colombia, 1995 a 2015.....	17



## 1. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial son conocidos los múltiples beneficios de la lactancia materna para el bebé, la madre, la familia, la sociedad y el medio ambiente. Esto es profundizado en la serie The Lancet 2016, en el cual concluye que “La leche materna hace que el mundo sea más sano, más inteligente y tenga más igualdad” así como también afirma que “Las muertes de 823.000 niños y 20.000 madres cada año se podrían evitar mediante la universalización de la práctica de la lactancia materna, junto con el ahorro económico de \$300 mil millones. (Lancet, ¿Porqué invertir y qué se necesita para mejorar las prácticas de lactancia materna?, 2016)

Las anteriores conclusiones recogen los impactos que generan los beneficios a nivel de los niños en relación a infecciones, aumento de la inteligencia, la protección contra el sobrepeso y la diabetes, así como la prevención de cáncer de ovario y mama en madres. Sin embargo, cada vez se evidencia cómo la práctica de la lactancia materna ha disminuido tanto en nuestro país como en otros similares: en México, por ejemplo, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2012, la lactancia materna exclusiva bajó de 22.3 % en 2006 a 14.5 % en 2012 (OMS, 2017). En Colombia, acorde a los resultados ENSIN 2015, la práctica de la lactancia materna exclusiva bajó de 42.8% en 2010 a 36.1% en 2015. (MinSalud, 2015).

Las causas de los bajos porcentajes de lactancia materna, obtenidos en las encuestas de salud y nutrición, son variados pero impactantes y redundantes en el futuro de la población. Se conoce por ejemplo que las instituciones de salud que implementan estrategias amigas de la mujer y el niño, acogiendo a las mujeres desde la gestación hasta los 2 o 5 años, contribuyen al mejoramiento del inicio y la continuación de la lactancia materna. De igual manera, países que han incrementado la licencia de maternidad han mejorado la cifra de niños lactados de manera exclusiva y el incremento de profesionales de la salud y actores comunitarios formados como consejeros en lactancia materna impacta en el inicio, exclusividad y continuidad de la lactancia. Entonces la falta de apoyo institucional, la falta de políticas laborales que apoyen a gestantes y lactantes y el abandono de la lactante en su entorno hogar, pueden contribuir a crisis en la alimentación del bebé y a que se opte por brindar alimentos no favorables para la edad del niño.

De acuerdo a lo anterior y en el marco del CONPES 3816 de 2014 y a los decretos 1074 y 1595 de 2015, en los cuales se estipula la realización del proceso de Análisis de Impacto Normativo como herramienta metodológica para la mejora regulatoria, a continuación se brinda la información que permitirá identificar los problemas relacionados con la baja práctica de la lactancia materna en Colombia.



## 2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La lactancia materna es el mejor y único alimento que deben recibir todos los niños y las niñas desde el nacimiento hasta los 6 meses y de manera complementaria con otros alimentos, hasta los dos años y más, ya que les brinda, no solo, todos los nutrientes que necesitan para alimentarse y crecer bien, sino que también los protege de infecciones respiratorias, de enfermedades diarreicas, contribuye a un mejor coeficiente intelectual y previene el sobrepeso y la diabetes en la adultez, además disminuye los riesgos cáncer de ovario y seno para las madres (Lancet, 2016). Los beneficios de la práctica de la lactancia materna para la salud y el desarrollo son enormes, según la publicación de la revista médica británica The Lancet 2016, las muertes de 823.000 niños y 20.000 madres cada año se podría evitar mediante la universalización de la lactancia materna, junto con el ahorro económico de 300 mil millones de dólares.

A continuación se listan los beneficios de la lactancia materna tanto para los niños como para las madres, la familia, la sociedad y el medio ambiente.

### 2. 1 Beneficios de la lactancia materna

Tabla 1. Beneficios de la lactancia materna

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA	
Para quién	Ventajas
Para los niños y las niñas menores de dos años	<ul style="list-style-type: none"><li>Favorece el crecimiento y desarrollo físico intelectual de los niños</li><li>Satisface su sed y necesidades alimentarias (Minsalud)</li><li>Regula la digestión del bebé</li><li>Contiene defensas para protegerlo de enfermedades e infecciones</li><li>Previene y combate diarreas, problemas respiratorios, problemas digestivos, alergias, desnutrición y deshidratación.</li><li>Reduce la prevalencia de sobrepeso y obesidad en cerca del 10% (OMS 2014)</li><li>Beneficia el vínculo afectivo y emocional del bebé con su madre</li><li>Reduce morbilidad y mortalidad evitables por diarrea, enfermedades respiratorias y otras enfermedades infecciosas</li><li>Efecto protector contra la hipertensión, la diabetes, la maloclusión y ciertas enfermedades no transmisibles de aparición tardía (Díaz MH 2016)</li><li>Asociado al aumento de la inteligencia (mayor coeficiente intelectual en niños lactados de manera exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta el año, (Lancet, 2016) )</li></ul>



**BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA**

<b>Para quién</b>	<b>Ventajas</b>
Para las madres	<p>Reduce la mortalidad de las madres y las hemorragias posparto, disminuyendo así, el riesgo de anemia (Minsalud 2010)</p> <p>Las madres que amamantan a sus hijos disminuyen el riesgo de contraer cáncer de seno o cáncer de ovarios.</p> <p>La lactancia ayuda a que el útero vuelva pronto a su tamaño ideal y colabora a la pérdida de sobrepeso al utilizar más calorías de lo normal.</p> <p>Disminuye la posibilidad de tener otro embarazo en los primeros meses de amamantamiento.</p> <p>Disponibilidad inmediata para satisfacer el hambre o sed del bebé.</p> <p>Beneficia el vínculo de amor con su bebé al sentir confianza y afecto por su hijo.</p>
Para la familia	<p>Favorece el ahorro de dinero y el ahorro de tiempo al no tener que comprar ni preparar leches de fórmula o biberones.</p> <p>Aminora las posibilidades de contagio de enfermedades a los niños.</p> <p>Mejora vínculos afectivos entre la familia (Minsalud 2010).</p> <p>Reducción de gasto en asistencia médica (Diaz MH 2016).</p>
Para la sociedad	<p>Se disminuyen los gastos en salud para el país.</p> <p>Se disminuye la morbimortalidad infantil.</p> <p>Los niños crecen y serán ciudadanos con mejores capacidades físicas e intelectuales y, en consecuencia, mejora la productividad nacional e internacional (Minsalud 2010).</p> <p>La lactancia materna contribuye al desarrollo del capital humano y tiene un impacto financiero importante. Se ha estimado que no practicar la lactancia se asocia con menores capacidades intelectuales y una pérdida económica aproximada de 302 billones de dólares anuales, un equivalente al 0,49 % del ingreso nacional bruto mundial. Recientes análisis indican que las prácticas no óptimas en lactancia materna contribuyen al 11,6 % de la mortalidad en niños menores de cinco años de edad. Se estima que ampliar la lactancia materna a un nivel casi universal, podría prevenir 20.000 muertes anuales por cáncer de mama y 823.000 muertes anuales de niños menores de cinco años. (Diaz MH 2016).</p>



BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA	
Para quién	Ventajas
	El incremento de las tasas de lactancia materna exclusiva podría ayudar a impulsar el progreso en otros objetivos globales de nutrición como: disminución del retraso en el crecimiento, anemia en mujeres en edad reproductiva, bajo peso al nacer y sobrepeso infantil, siendo la lactancia, una de las herramientas más poderosas que tienen los formuladores de política a su disposición, para mejorar la salud y economía de sus poblaciones (Díaz MH 2016).
Para el medio ambiente	Se favorece el medio ambiente al reducirse los desperdicios tanto de producción como de consumo de alimentos de fórmula y alimentos complementarios industrializados (Minsalud 2010). Contribuye a la disminución del efecto invernadero, ya que para producir la leche de fórmula se requiere de grandes lotes de ganado vacuno.

Sin embargo, los conocimientos y práctica de las madres en Colombia no son consistentes con esas ventajas y esto se evidencia en los siguientes resultados de la encuesta nacional de situación nutricional 2015 (MinSalud 2015):

## 2.2 Situación actual de la práctica de la lactancia materna

- **Inicio de la lactancia materna**

Después del nacimiento, todos los niños deberían recibir inmediatamente lactancia materna, siendo el calostro (primera leche) altamente beneficiosa por su contenido de inmunoglobulinas y anticuerpos. También porque su inicio temprano favorece la producción de leche materna y el establecimiento de esta práctica a largo plazo.

A continuación se presentan los resultados de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional ENSIN (MinSalud, 2015) con relación a las prácticas de inicio del amamantamiento tales como: alguna vez fue amamantado, empezó a lactar en la primera hora de recién nacido, empezó a lactar en el primer día de nacido, empezó a lactar después del primer día de nacido y si recibió líquidos distintos a lactancia materna en los 3 primeros días después del nacimiento, por cada una de las variables de equidad:

El 97,2% de los niños y niñas recibieron lactancia materna, sin diferencias estadísticamente significativas entre sexo, etnia, región y concentración de población, además, sin cambios notables frente al resultado del 2010 (96,8%). De acuerdo a los resultados un 2,8% de las madres no amamantaron, dentro de los



motivos se resaltan dos que acumulan el 60% de la información reportada: uno desde la perspectiva de la madre: No le bajó leche (36%) y el otro desde el niño: el niño rehusó (23,5%), el otro 40,0% de motivos para no amamantar contiene categorías tales como: madre/niño enfermos, problemas en el pezón, problemas de succión, esposo o compañero que no están de acuerdo con la práctica de lactancia materna, la madre tenía que trabajar y otros.

En relación al inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora de nacido, la evidencia ha mostrado la importancia de esta práctica en la reducción del riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal en países de bajos y medianos ingresos (Debes A 2013). Bolivia con el 78,0% y Uruguay con 76,5% presentan los mejores resultados a nivel de Latinoamérica (UNICEF 2017). Colombia para el 2015, evidencia que el 72,6% de las madres iniciaron la lactancia materna en la primera hora de nacido, con un incremento de 16 puntos porcentuales con respecto al dato del 2010 (56,6%). Se encuentran mejores resultados en el cuartil de riqueza más bajo (75,1%) al compararlo con el cuartil de riqueza más alto (67,2%), en la población con autoreconocimiento indígena (82,6%) vs la población sin pertenencia étnica (72,3%), la zona resto (78,1%) comparada con cabecera (70,3%) y en la región central (76,8%) comparada con Bogotá (68,0%). Por departamento se encuentran mejores resultados de esta práctica en Amazonas (91,6%) y Tolima (86,7%), en contraste con los de Norte de Santander (57,7%), Santander (54,7%) y Magdalena (54,4%).

En este mismo contexto, al revisar los resultados por otras variables que se recopilaban tales como tipo de parto se encuentran resultados más favorables en parto vaginal (81,3%) comparado con cesárea (61,9%) y por peso al nacer se encontró que el inicio temprano fue menor en el bajo peso al nacer ya que sólo el 57,2% que tenían esta condición iniciaron la práctica en la primera hora de nacido. No se encontraron diferencias por edad de la madre al nacimiento del hijo, nivel de escolaridad de la madre, atención institucional del parto y número de controles prenatales.

En cuanto al inicio de la lactancia materna en el primer día de nacido, el 17,6% de las madres presentaron esta práctica, siendo más frecuente en el cuartil de riqueza más alto (21,0%) frente al más bajo (15,2%), en la población sin pertenencia étnica (18,0%) en contraste con la población con autoreconocimiento étnico (9,2%), en la cabecera (19,0%) versus el resto (14,0%), siendo totalmente diferentes a los resultados en el inicio temprano en la primera hora. El 9,8% de las madres reportaron inicio después del primer día de nacidos.

El 29,3% de los niños recibieron líquidos distintos a la leche materna durante los 3 primeros días de nacimiento, porcentaje menor frente al resultado del 2010 (36,2%). Siendo esta práctica más frecuente en el cuartil más alto del índice de riqueza (34,0%) frente al más bajo (26,7%), en la cabecera (31,7%) en comparación con el resto (24,2%), en la región Atlántica (35,1%) vs la región Orinoquía (24,2%) y sin



pertenencia étnica (29,2%) frente a con autoreconocimiento étnico (19%). Así mismo se encontraron diferencias significativas cuando el parto fue por cesárea (38,9%) en contraste con parto vaginal (21,8%) y cuando el peso al nacer estuvo por debajo de los 2.500 gr (58,0%).

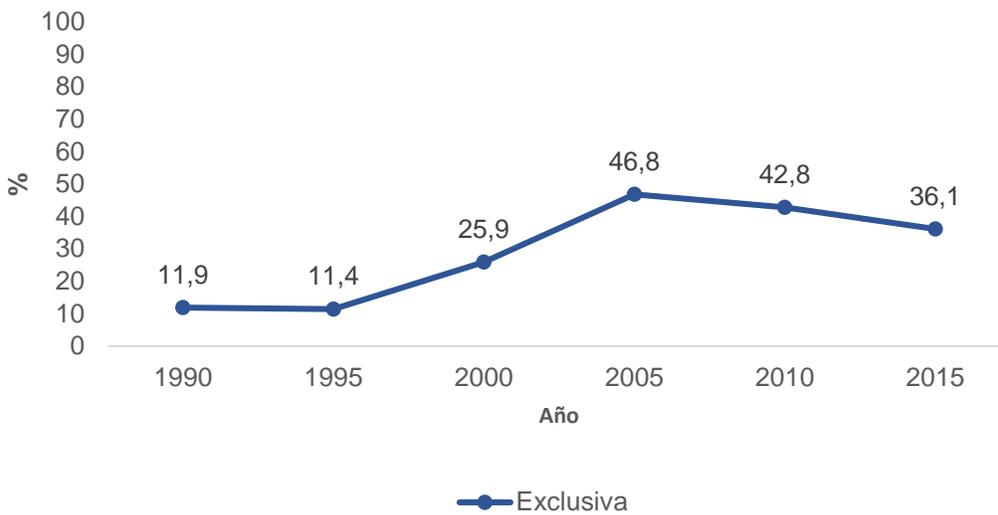
Estos resultados exponen un panorama con grandes desafíos en donde si bien se obtuvieron resultados favorables en los últimos cinco años, se hacen visibles puntos clave que parecen favorecer el inicio temprano de la lactancia materna: zona resto, población con autoreconocimiento étnico, tipo de parto vaginal, peso al nacer mayor a 2.500 gramos y en el otro lado, aquellos que ameritan ser abordados de manera integral para mejorar los resultados en el inicio temprano y que deben contemplar estrategias para la mujer, la familia y la sociedad en general, enfocadas en la preparación y atención del parto, cuyo objetivo final sea lograr que todos los niños reciban en su primera hora de nacido lactancia materna, que se mantenga de manera exclusiva evitando el inicio de otros alimentos.

### **Lactancia materna exclusiva**

El consenso de expertos, de diferentes sociedades científicas, es que la lactancia materna de manera exclusiva se mantenga durante los primeros seis meses de edad, sus beneficios han sido documentados ampliamente y no sólo abarcan al niño sino a la madre, incluyendo diferentes esferas: salud, educación, economía, social, entre otros. Este indicador forma parte de las metas globales en nutrición (OMS 2014) y plantea que durante el decenio comprendido entre el 2015 al 2025 se debe lograr que por lo menos el 50% de los niños menores de seis meses de edad reciban leche materna como único alimento. De acuerdo a la gráfica 1, durante el periodo comprendido entre 1995 al 2005, el país experimentó un aumento significativo al pasar del 11,4% al 46,8% de niños menores de seis meses que reciben lactancia materna de manera exclusiva, sin embargo en el último decenio (2005-2015) el comportamiento favorable cambia de forma radical y actualmente tenemos una reducción de cerca de 10 puntos porcentuales frente al mejor resultado logrado en el 2005. En Colombia, para el 2015 tan sólo el 36,1% de los niños menores de seis meses recibieron como único alimento leche materna, resultado distante de países como Perú (2014) 68,4%, Bolivia (2012) 64,3% y Guatemala (2015) 53,2%, aunque relativamente mejor que países como Argentina (2012) 32,7%, Panamá (2013) 21,5% y México (2012) 14,4% (U. OMS 2017).



Gráfica 1 Porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses de edad que reciben lactancia materna exclusiva en Colombia, 1990 a 2015

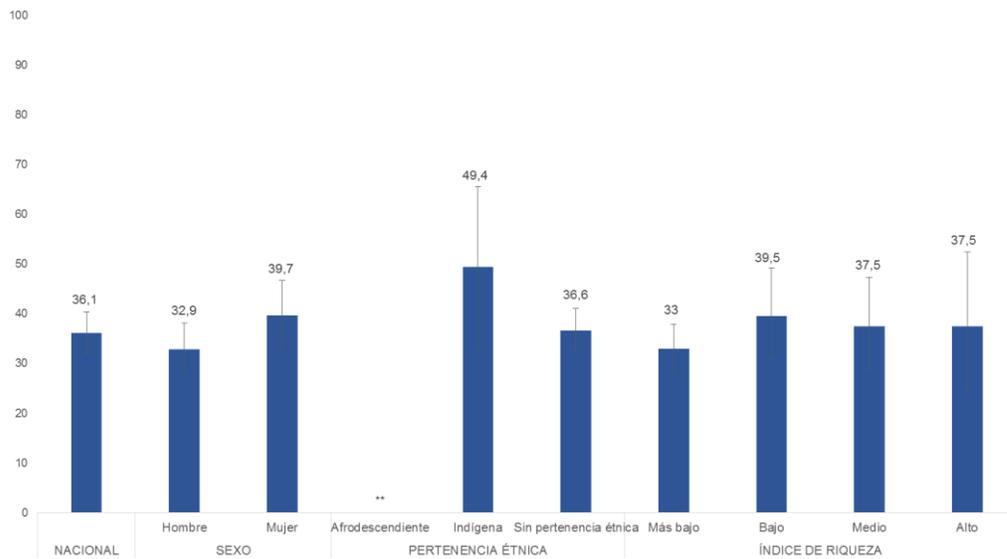


En general, se evidencia que los resultados por sexo, concentración de población, índice de riqueza y etnia no presentan diferencias (gráficas 2 y 3). A nivel regional, se encontró que en la región Atlántica el 20,5% de los niños menores de 6 meses tienen lactancia exclusiva, siendo los resultados más desfavorables cuando se comparan con la región Pacífica que presenta 45,9% de niños y niñas con lactancia exclusiva. Este podría ser uno de los determinantes de las mayores prevalencias de desnutrición en esta región, para este grupo de edad.

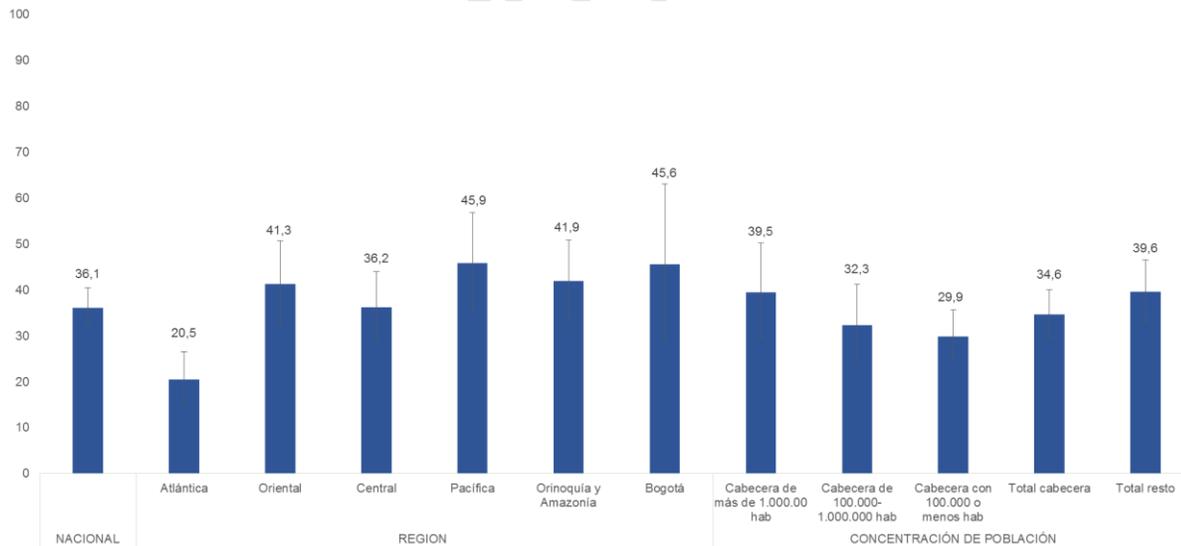
Puede observarse que la lactancia exclusiva está por debajo de la meta internacional (50%), especialmente en la región Atlántica (20,5%), las cabeceras con menos de 1.000.000 de habitantes (29,9%) y los cuartiles de riqueza más bajos (33,3%), mientras que la población con autorreconocimiento como indígena muestra los resultados más favorables (49,4%) y cercanos a la meta mundial.



Gráfica 2 Lactancia materna exclusiva por sexo, etnia e índice de riqueza. ENSIN 2015



Gráfica 3 Lactancia materna exclusiva por región y concentración de población. ENSIN 2015



No se encontraron diferencias significativas por edad de la madre al nacimiento del hijo, nivel de escolaridad de la madre, parto institucional, lugar, asistencia y tipo de parto, edad gestacional y peso al nacer.



De acuerdo con la gráfica 4, durante el periodo de 0 a 1 mes, tan sólo el 51.6% de los niños están recibiendo lactancia materna de manera exclusiva, y para el periodo de 2 a 3 meses continúa en caída vertiginosa al llegar al 33.5%, para el 4 a 5 mes tan sólo 1 de cada 4 niños (25%) recibe lactancia materna de manera exclusiva. Así mismo, el 16% de niños mayores de 4 meses ya no reciben lactancia materna.

Desde los hallazgos cualitativos relacionados con la práctica de lactancia materna exclusiva y la duración de ésta, se resaltan los siguientes resultados:

***La existencia de valores estéticos en los que el cuerpo debe ajustarse a un ideal de belleza, ha llegado a permearse de forma intensiva las prácticas de lactancia materna. Según las comunidades rurales y urbanas, esto afecta más a las madres jóvenes o a las nuevas generaciones de madres, pues las perciben como más susceptibles*** a este tipo de discursos, gracias a la influencia de los medios, la presión social, entre otros mecanismos.

Hay coincidencia entre los actores sobre cómo ***la belleza*** física (expresada en el miedo a la caída de los senos, a tener estrías en los senos o en el interés de realizarse cirugías estéticas) ***pasa a ocupar un lugar más importante que la alimentación del bebé entre las personas más jóvenes.***

De otro lado, hay una marcada relación entre la preocupación por la estética y la edad de la madre. Los relatos en zonas rurales y urbanas muestran la ***percepción de que las madres adolescentes son más propensas a la interrupción o suspensión tempranas de la lactancia.*** Razones como “no querer envejecerse o acabarse rápido”, “no querer engordarse”, entre otros argumentos asociados a la belleza fueron reportados como frecuentes entre adolescentes y madres jóvenes primerizas. ***En contraste, entre las madres más adultas o multiparas, las asociaciones a lo estético fueron menos frecuentes.***

*“Hoy en día las chicas que quedan embarazadas entre los 13, 14, 16 años, no les van a dar (leche) porque se les dañan los senos, que le dan estrías, dicen -o sea que van a decir mis amigas, (...) se van a asustar los hombres” (Entrevista, Adulta Joven Urbana)*

Además del factor estético, ***el factor laboral fue otro de los aspectos que “induce” la interrupción o suspensión de la lactancia materna de manera temprana, pese a que las madres conocen la importancia de este alimento.*** Algunas madres optan por crear horarios de lactancia de acuerdo a su disponibilidad, pero necesariamente en los periodos de ausencia en el hogar se apela a otras formas de alimentación complementaria, en general llevadas a cabo por otras mujeres (generalmente de mayor edad como tías, abuelas o suegras).

Otro elemento que reduce el tiempo de lactancia o induce su suspensión temprana ***tiene que ver con la creencia de las mamás sobre el dolor que produce lactar y muy poca información sobre cómo tratarlo.***



*Estos temores hacen que la mamá decida suspender la lactancia de manera temprana por miedo a lastimarse, sangrar o “perder sensibilidad” en sus pezones.*

*Según las comunidades indagadas en varias partes del país, en los últimos tiempos **ha existido cierta controversia en torno a la prohibición de la lactancia materna en lugares públicos. Su imaginario es que recientemente se establecieron prohibiciones para lactar en centros comerciales o parques, al vincular la visibilidad de los pechos con percepciones que giran en torno a la moralidad.***

*Esto ha ocasionado un rechazo generalizado de las madres, aduciendo que se trata de una práctica natural y necesaria, especialmente entre las madres urbanas. De otro lado, **la percepción de la prohibición ha generado que muchas mamás decidan no lactar en público, lo que pone en riesgo la lactancia a libre demanda y la posibilidad de una lactancia exclusiva hasta los seis meses.***

De acuerdo a lo anterior, el país en general tiene grandes retos para revertir la tendencia a la baja en estos resultados, lograr llegar a que más del 50% de niños menores de seis meses de edad reciban lactancia materna de manera exclusiva implica acciones de la sociedad en su conjunto, no sólo de la madre, sino de su compañero, su familia, la comunidad, las instituciones de salud, el entorno laboral y demás.

- **Lactancia materna predominante en niños y niñas menores de 6 meses**

Continuando con la revisión de los resultados de la gráfica 4, se encontró que el 25,0% de los niños que reciben leche materna durante el primer mes de vida, ya recibe leche de fórmula, aumentando 8 puntos porcentuales al siguiente mes. Así mismo, después del segundo mes, el 15,0% de los niños ya reciben agua junto con leche materna.

Además se encontró que el 10,08% de los niños menores de 6 meses no reciben leche materna, el 3,3% recibe además de leche materna otros líquidos no lácteos y el 3,0% con leche de vaca u otros animales.

- **Información sobre lactancia materna durante la gestación y la estancia hospitalaria**

Se encontró que el 78,7% de las mujeres recibieron información relacionada con la práctica de lactancia materna durante la gestación, obteniendo mejores resultados en el cuartil más alto del índice de riqueza (85,4%) frente al más bajo (70,5%). Los resultados son similares frente al porcentaje de mujeres que recibieron información relacionada con lactancia materna durante la estancia hospitalaria, con un reporte nacional del 74,4%, en donde Bogotá obtiene los mejores resultados con el 90,3%.

- **Sucedáneos de la leche materna**



Para esta versión de la encuesta, se incluyeron algunas preguntas relacionadas con el monitoreo del código internacional de sucedáneos de la leche materna, desde la perspectiva de la madre. Según los resultados, el 41,6% de las madres reportaron que fueron aconsejadas de utilizar leche de fórmula y quien hizo esta recomendación en un 79,1% fue un profesional de la salud, seguido en un 21,7% por pariente/amigo/pareja. Esta situación se presentó en mayor proporción en la región Atlántica (45,1%) en contraste con la región Orinoquía-Amazonía (27,7%), en la zona cabecera (47,6%) frente al resto (26,3%) y en el cuartil más alto del índice de riqueza (56,2%). Se encontró menor frecuencia de esta práctica en la población con autoreconocimiento indígena con 20,9% y en el cuartil más bajo del índice de riqueza 30,4%.

Así mismo se encontró que el 8,3% de las madres reportó que al menos recibió una muestra gratuita de leche de fórmula, biberón o chupo, siendo un profesional de salud quien lo suministró el 65,5% de las veces, seguido de pariente/amigo/pareja en un 12,6%, siendo más frecuente esta situación en la región Atlántica 9,7% y en el cuartil más alto del índice de riqueza (12,2%) frente al más bajo (6,3%).

Frente a lo anterior, desde los resultados cualitativos:

***Las percepciones positivas o negativas sobre la lactancia provienen con más fuerza de la experiencia personal de la mamá lactante o de otras mujeres de la familia, y de las redes familiares y vecinales. Se identificó el papel de las droguerías en todo el país como determinadoras de prácticas inadecuadas de lactancia, en especial las relacionadas con la interrupción temprana, o con el uso de leches de fórmula y biberones.***

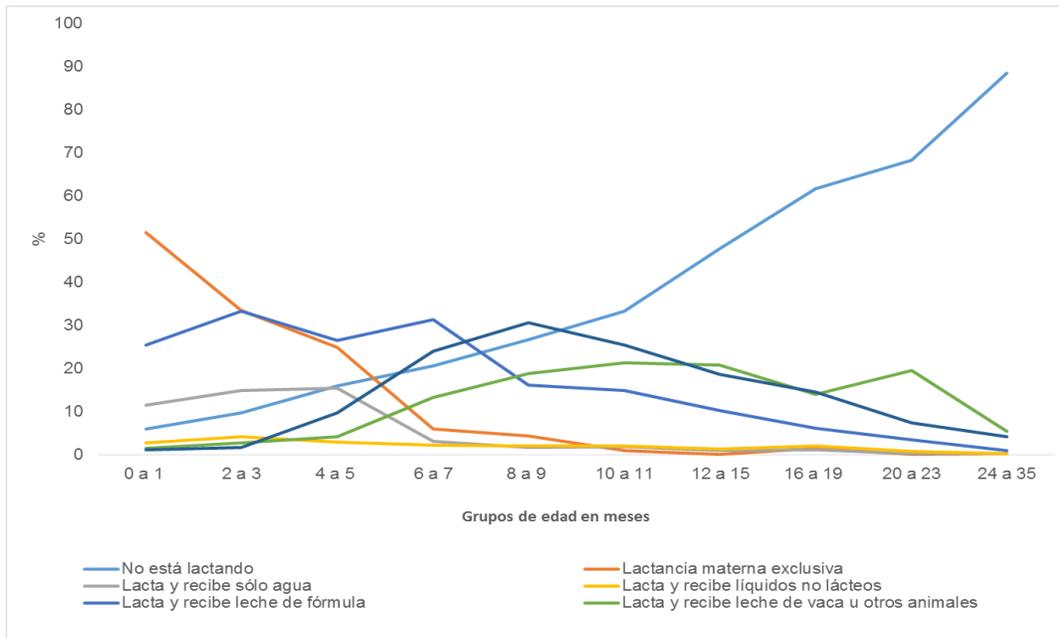
Los resultados encontrados en este ítem son coherentes con los hallazgos del Monitoreo al código realizado en Colombia en el 2014, y plantean grandes retos, en la medida que la activa y agresiva promoción de sucedáneos de la leche materna por parte de sus fabricantes y comercializadores constituyen una barrera global y de gran magnitud en la práctica de lactancia materna (Lancet 2016).

- **Alimentación con biberón**

La alimentación con biberón es otra práctica que se ha demostrado que afecta de manera negativa la lactancia materna exclusiva (Howard CR 2003), se ha asociado además con condiciones poco higiénicas que ponen a los pequeños en un mayor riesgo de enfermedades (OMS 2010) y se ha visto que se comporta con un factor asociado a una rápida ganancia de peso en el primer año de vida (Li R 2012), lo que podría ser un factor de riesgo para la obesidad infantil. Acorde a los hallazgos de la encuesta el 50,8% de los niños y niñas de 0 a 23 meses en Colombia son alimentados con biberón.



Gráfica 4. Prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño, por edad - Reporte nacional – ENSIN 2015



De acuerdo a los resultados expuestos en relación a la práctica de lactancia materna de manera exclusiva en los niños y niñas menores de seis meses de edad, se encuentra un buen inicio que viene mejorando desde los resultados del 2005, sin embargo, que la práctica quede instaurada hasta los seis meses de edad no tiene el mismo panorama. En este sentido, varias reflexiones pueden hacerse, si bien las madres y en conjunto la familia y sociedad conocen los beneficios de la lactancia materna exclusiva ¿por qué no es una práctica común? De acuerdo a la serie The Lancet (Rollins N 2016), la madres son atraídas por la publicidad y mensajes de los sucedáneos de la leche materna, dudan de su propia capacidad de amamantar, ellas mismas, sus familias y los profesionales de la salud no están completamente convencidos de los beneficios de la leche materna, lactar en público puede generar vergüenza en contraste con la alimentación con biberón la cual causa poca reacción, así mismo, se encuentra baja implementación del código internacional de sucedáneos.

### De los seis meses a los 2 años de edad y más

La evaluación de las prácticas de alimentación en niños y niñas de 6 meses de edad y más, involucra la valoración de varias dimensiones de alimentación de manera simultánea. Estas dimensiones incluyen la



continuación de la lactancia materna, el tiempo apropiado de introducción de alimentos complementarios, y la óptima calidad y cantidad de los alimentos consumidos, entre otros.

- Continuación de la lactancia materna al año y dos años de vida

Se ha reportado que la leche materna puede proporcionar la mitad o más de las necesidades energéticas del niño entre los 6 y 12 meses de edad, y un tercio de las necesidades de energía entre los 12 y 24 meses (OMS 2010). El Colectivo Global para la Lactancia Materna (Global Breastfeeding Collective), una asociación de organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas y donantes, lideradas por la UNICEF y la OMS, se formó para acelerar el progreso de las metas relacionadas con lactancia materna. Esta iniciativa va más allá de los objetivos de la Asamblea Mundial de la Salud, y se pone metas para el 2020 en alineación con el periodo de tiempo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (U. OMS 2017). Para el caso de los indicadores de continuación de la lactancia materna, las metas del Colectivo son 80% para la continuación al año de edad y 60% para la continuación a los dos años de vida. Actualmente a nivel global se reporta que la lactancia materna continua a los 12 a 15 meses es del 74% y cae en cerca de un tercio a los 12 a 23 meses, por lo tanto el dato reportado a los dos años de vida es del 46% (UNICEF 2016. 130 p.).

Los resultados muestran que a nivel nacional el 52,2% de los niños y niñas entre 12 y 15 meses de edad aún reciben leche materna mientras que a los 20 a 23 meses sólo el 31,6% aún son amamantados. En la desagregación por variables de equidad, se observa que no hay diferencias significativas entre niñas y niños respecto a la lactancia materna continua al año de edad, mientras que se observa que en las zonas de menor concentración de población (resto) hay una mayor proporción de niños y niñas con lactancia materna continua al año de vida (60,5%) en comparación con la cabecera (48,7%), diferencia que es estadísticamente significativa ( $p=0,005$ ) (Tabla 5). De acuerdo con la brecha reportada se puede concluir que en la cabecera hay un 80% más probabilidad de que los niños y niñas no continúen siendo lactados al año de edad.

En el caso del índice de riqueza se observa que el mayor porcentaje de lactancia materna continua a los 12 a 15 meses de edad se presenta en el cuartil más bajo de riqueza (58,4%), mientras que en la etnia se presenta en los indígenas (78,1%), cifra que es estadísticamente diferente frente a los niños y niñas que se autoreconocen sin pertenencia étnica (51,9%) ( $p=0,001$ ). Los resultados muestran además, que los niños y niñas indígenas tienen 50% más probabilidades de continuar siendo lactados al año de edad que los niños sin pertenencia étnica. Por el contrario los niños y niñas afrodescendientes tienen un 68% menor probabilidad de ser amamantados al año de vida, y son quienes presentan una menor cifra de



lactancia materna continua al año de edad (35,4%) que es estadísticamente diferente del dato presentado en los niños y niñas sin **pertenencia étnica (1,9%) (p=0,027)**.

Para el caso del indicador de lactancia materna continua a los dos años de edad (20 a 23 meses) no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes variables de análisis de equidad.

*“Si, porque aparte a los seis meses que se les empieza a complementar con comidas, con potecas y todo eso, entonces sí, es un buen beneficio para ellos, para la salud y todo...Claro porque los niños que no comen pecho hasta los seis meses, ellos son más enfermitos. En cambio, mis dos hijos hasta los dos años y mi hermana hasta los 10. (Grupo Focal, AJU, Bogotá).*

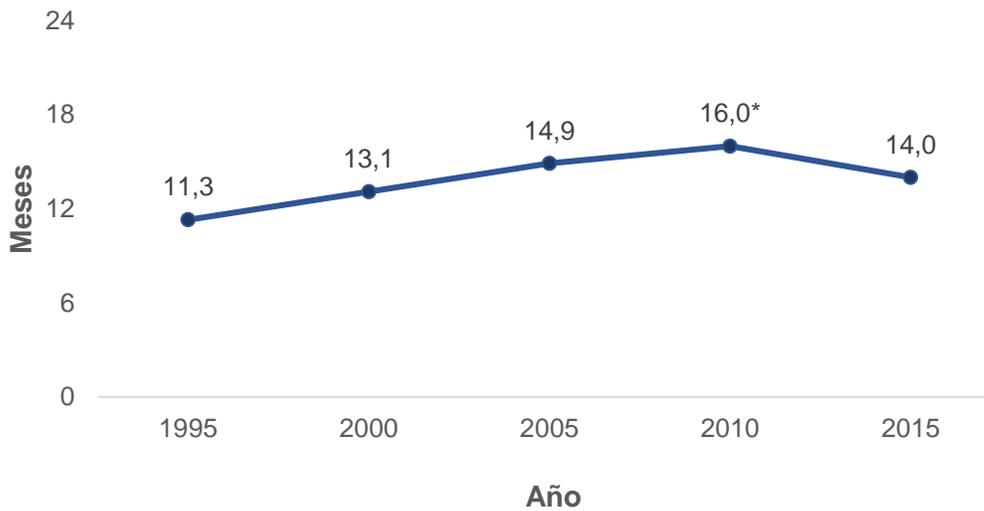
(Hallazgos componente cualitativo, ENSIN 2015)

- Lactancia materna total

Este indicador es una medida proximal del número total de meses en que los niños son amamantados. De hecho, refleja la edad en meses en que el 50% de los niños y niñas de 0 a 35 meses no recibieron leche materna durante el día anterior a la encuesta (OMS 2010 ).

La gráfica 8 muestra la tendencia de la mediana de la duración total desde la década de los 90's en Colombia. Se observa que hubo un aumento progresivo hasta el 2005 con una mediana de 14,9 meses y se mantuvo estable en el año 2010. No obstante, en el año 2015 se puede notar que la duración de la lactancia materna total disminuyó, con una mediana de 14,0 meses. Cifra que está muy lejos de la meta mundial establecida en 24 meses o más, lo que indica que los niños y niñas en Colombia están recibiendo los beneficios de la lactancia materna sólo hasta un poco más del año de vida.

*Gráfica 5. Mediana de la duración de la lactancia materna total en Colombia, 1995 a 2015*



1995 a 2000: datos tomados de las versiones anteriores de la ENDS.

\*2010: Datos reprocesados para la presente versión de la ENSIN, con el fin de aplicar los mismos filtros y lograr que los datos sean comparables

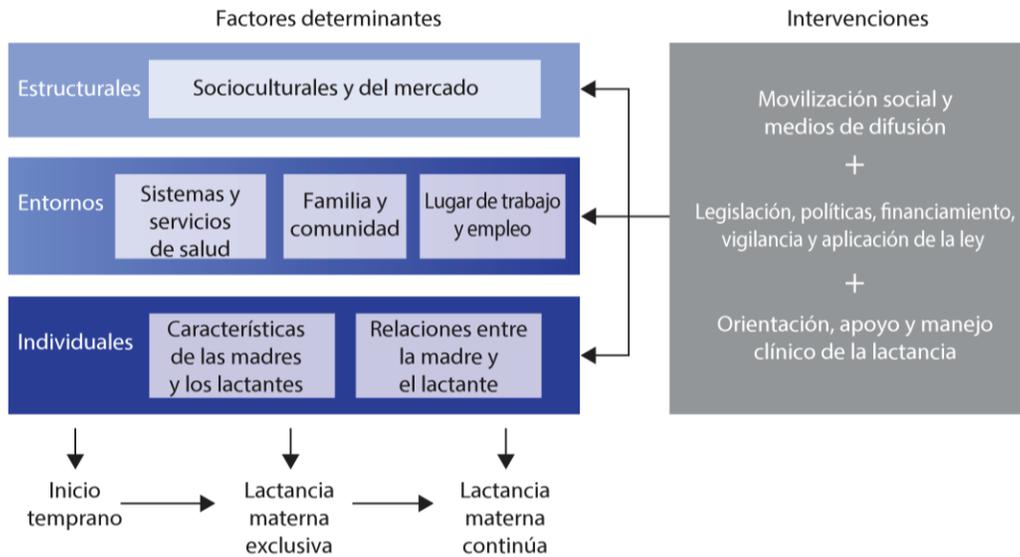
Las anteriores cifras evidencian la situación actual de la lactancia materna en Colombia, la cual a pesar de la multitud de beneficios, es cada vez más baja. Las causas de esta realidad son muchas, por ejemplo, en la actualidad las mujeres no reciben el apoyo que necesitan para amamantar y enfrentar diariamente las barreras que obstaculizan hacerlo. La lactancia materna se ve afectada por una amplia gama de factores, como se ve en el siguiente modelo conceptual, tomado de la serie Lancet sobre lactancia materna publicada por la OPS/OMS del 2016 (Lancet, ¿Porqué invertir y qué se necesita para mejorar las prácticas de lactancia materna?, 2016):

*Ilustración 1. Determinantes lactancia materna OMS*



La salud  
es de todos

Minsalud



En particular, las tasas inadecuadas de lactancia materna exclusiva resultan de factores sociales, culturales, económicos y del sistema de salud, como también del pobre conocimiento que se tiene acerca de la lactancia. Estos factores incluyen:

- Creencias sociales y del cuidador que favorecen la alimentación mixta (p.ej., creer que los infantes necesitan líquidos adicionales o alimentos sólidos antes de los seis meses porque la leche materna sola no es adecuada).
- Políticas y prácticas de los hospitales y del cuidado de la salud que no apoyan la lactancia materna.
- Ausencia de apoyo especializado adecuado (en instituciones de salud y en la comunidad).
- Promoción excesiva de fórmulas infantiles y alimentos complementarios de la leche materna.
- Maternidad inadecuada y legislación sobre licencias de paternidad, y otras políticas laborales que no protegen o apoyan a la mujer para amamantar cuando ella retorna al trabajo.
- Ausencia de conocimiento sobre los daños de no lactar de forma exclusiva y sobre las técnicas apropiadas de lactancia materna entre las mujeres, sus parejas, familiares, proveedores del cuidado de la salud y formuladores de políticas.

Respecto al abandono de la lactancia materna, un estudio descriptivo transversal, realizado en Medellín (Lopez B 2013) , mostró que el abandono temprano ocurrió principalmente antes de los cuatro meses de edad del niño(a). Los principales motivos estuvieron relacionados con problemas para la producción láctea, rechazo del bebé, actividades u ocupaciones de la madre y el estado de salud del bebé. Los alimentos reportados como reemplazo o complementarios a la leche materna, fueron principalmente fórmulas infantiles. Otro estudio descriptivo de corte transversal, realizado en Santa Marta (González Ruiz G 2015) , mostró que los factores que influyeron en la suspensión temprana de la lactancia materna



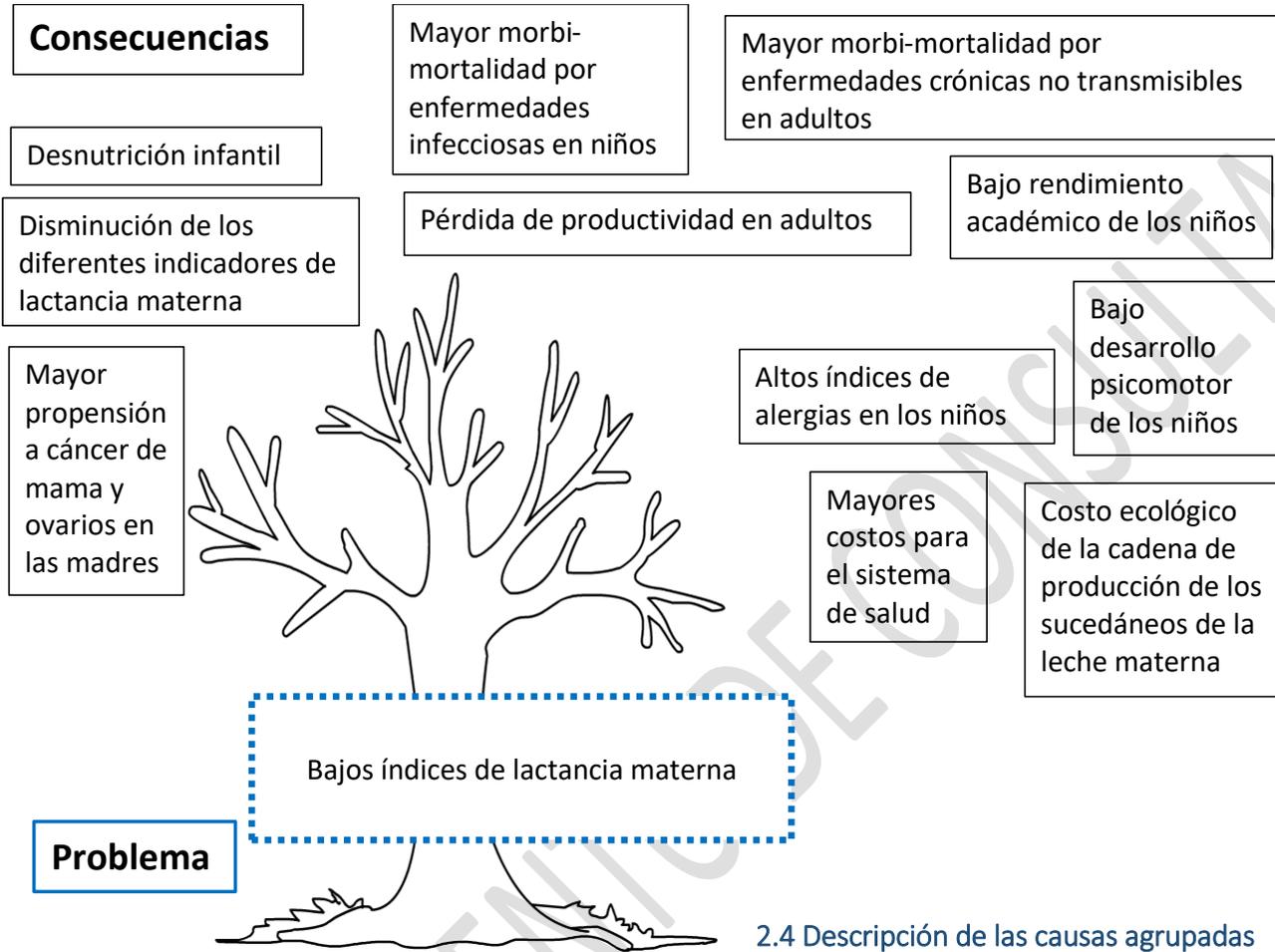
fueron: falta de tiempo (36,54 %), producción insuficiente de leche (23,06 %), rechazo del bebé a la lactancia (17,51 %), decisión propia de la madre (15,38 %) e influencia familiar (7,69 %).

Cabe destacar que se han evidenciado desigualdades económicas en cuanto a la lactancia materna exclusiva; las personas más ricas tienden a amamantar menos tiempo que sus homólogas más pobres, en países de medianos y bajos ingresos. Además, se ha encontrado que en países de altos ingresos, las mujeres con mayores niveles de educación y mejores ingresos, amamantan con más frecuencia que las mujeres de menor educación y de bajos ingresos (Roberts TJ 2013) . Por otra parte, se reconoce que la intención de amamantar se establece generalmente antes o durante el tercer trimestre del embarazo, siendo ésta un factor predictivo de la iniciación y duración, bajo contextos de apoyo (Lawton R 2012).

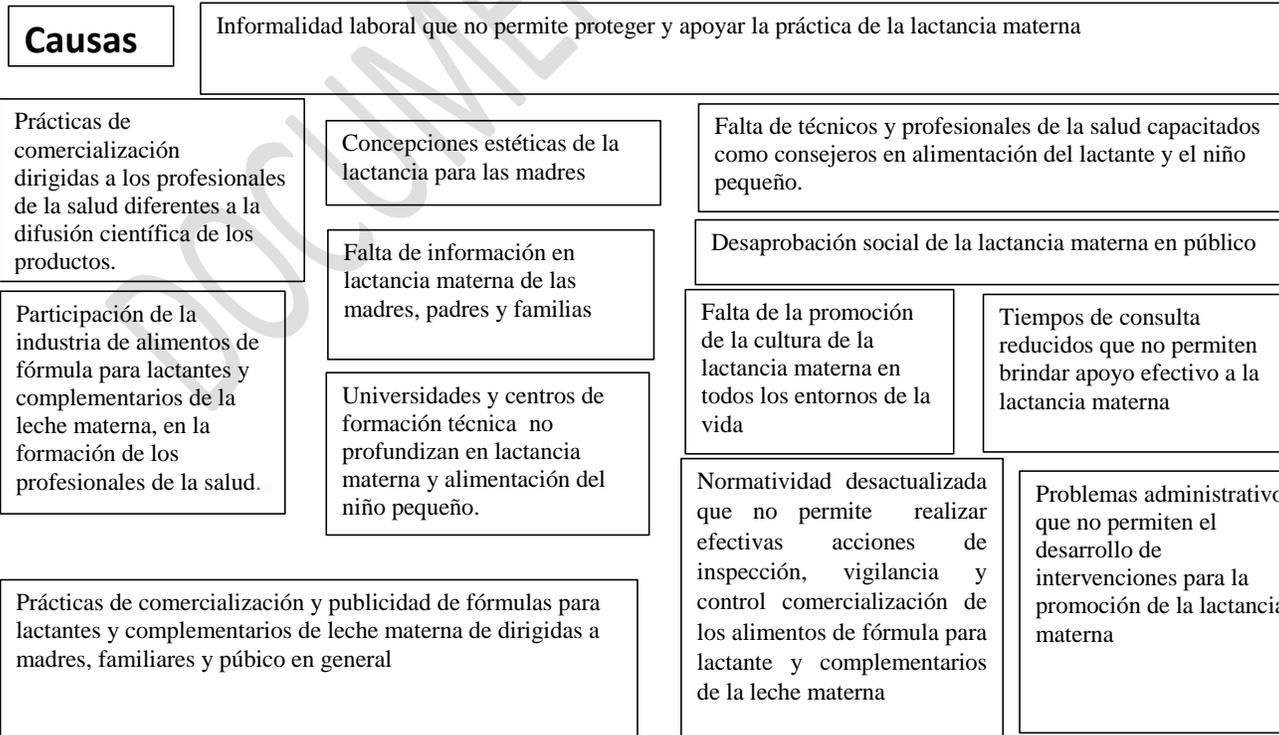
El incremento de las tasas de lactancia materna exclusiva podría ayudar a impulsar el progreso en otros objetivos globales de nutrición como: disminución del retraso en el crecimiento, anemia en mujeres en edad reproductiva, bajo peso al nacer y sobrepeso infantil, siendo la lactancia, una de las herramientas más poderosas que tienen los formuladores de política a su disposición, para mejorar la salud y economía de sus poblaciones.

La práctica de lactancia materna es sensible y puede mejorar rápidamente cuando se implementan de forma adecuada intervenciones relevantes y efectivas. Teniendo en cuenta que los determinantes de la lactancia materna son multifactoriales, para mejorar los indicadores en esta práctica se requieren medidas de apoyo en diferentes niveles, incluyendo el sistema de salud, la sociedad civil y los medios de comunicación, desde el marco normativo (políticas públicas), pasando por los determinantes sociales de la salud, condiciones laborales y de los servicios en salud, para permitir a la mujer lactar.

### 2.3 Árbol de problemas



2.4 Descripción de las causas agrupadas





A continuación se presenta un análisis acorde a las causas identificadas en el árbol de problemas:

El anterior árbol de problemas, permite identificar 13 causas que, de una u otra manera, pueden incrementar el problema de los bajos índices de la lactancia materna, a pesar de la evidencia que existe con relación a que la lactancia contribuye a un mundo más sano, mejor educado, más equitativo y con una mejor sostenibilidad del medio ambiente (Lancet, 2016). Lo anterior evidencia que la práctica de la lactancia materna depende no solo de la voluntad de la madre sino de un conjunto de determinantes que pueden o no afectarla y que se agrupan para su explicación, de la siguiente manera:

- Aspectos laborales
- Aspectos académicos
- Factores normativos
- Rol de las Instituciones de Salud
- Influencia familiar
- Importancia del Contexto sociocultural

**a. Aspectos Laborales:**

Según el informe de la Organización Mundial del trabajo, donde se describe la situación mundial de la maternidad y paternidad en el trabajo (OIT, 2014), casi todos los países cuentan con licencias de maternidad, sin embargo solo el 53% de ellos cumplen con la norma mínima de 14 semanas y solo 23% brindan 18 semanas.

En Colombia, acorde a la Ley 1822 de 2017, se cuenta actualmente con una licencia de maternidad de 18 semanas (4 meses y medio) sin embargo, este tiempo no es suficiente para cumplir con los 6 meses de lactancia exclusiva recomendada por la OMS y mucho menos para continuar con la lactancia de manera complementaria con otros alimentos hasta los dos años y más. La madre debe separarse de su bebé y la leche termina secándose.

Acorde a la revisión sistemática publicada en Lancet (Lancet, 2016), es menos probable que las mujeres que planean regresar al trabajo después del parto comiencen o continúen con la lactancia materna. Los permisos de maternidad cortos aumentan 4 veces la probabilidad de que la lactancia materna no se establezca o se interrumpa antes de tiempo. De igual manera, se ha encontrado que la duración de la licencia de maternidad afecta significativamente la duración de la lactancia materna (Roe, 1999).

Es por esto que en el entorno laboral se requiere de estrategias que permitan a las mujeres trabajar y continuar alimentando a su bebé con el alimento ideal, la leche materna.

El peor escenario lo tiene el trabajo informal ya que cientos de millones de mujeres que trabajan no tienen licencia de maternidad y la protección brindada a nivel laboral es insuficiente durante la maternidad. Si aquellas mujeres con trabajo informal después de regresar al trabajo contarán con



estrategias de apoyo como protección laboral, licencia de maternidad o cuidado infantil en donde se apoye la lactancia materna, teletrabajo o la posibilidad de extracción de leche materna, la práctica de la lactancia materna sería viable (OIT, 2014).

Éste panorama gris para la mujer trabajadora informal continuará aumentando dado que las mujeres cada vez más, se ven influenciadas a trabajar rápidamente después del parto por razones financieras y muchas veces deben realizar trabajos rutinarios que son considerados más perjudiciales para la lactancia materna en comparación con puestos formales o gerenciales. Aunado a lo anterior, los niños deben ser dejados al cuidado de otras personas, familiares o no, guarderías, espacios, ubicados normalmente lejos de los lugares de trabajo, lo cual impide que la mujer pueda ir frecuentemente a amamantarlo y en los cuales no se cuenta con información suficiente sobre la importancia de la lactancia materna, por lo cual no brindan facilidades para almacenamiento y suministro de leche extraída de la madre para su propio hijo, redundando en el inicio temprano de leche fórmula y otros alimentos (Sauz, 2017).

#### **b. Aspectos Académicos:**

Los técnicos y los profesionales de la salud son las personas que deben estar capacitadas y fortalecidas en los temas de lactancia materna para poder orientar a las mujeres y las familias, por lo cual son muy importantes los procesos de formación y actualización que estos reciban de la academia. Sin embargo, los programas académicos de varias facultades de la salud no tienen contemplado el desarrollo de temas a profundidad relacionados con lactancia materna y alimentación del niño pequeño, como por ejemplo las técnicas para una adecuada lactancia, cómo apoyar el inicio de la lactancia materna y su posterior implementación, evaluación de la práctica de la lactancia materna, técnicas de consejería en alimentación del lactante, entre otros. Esta profundización es necesaria para que un trabajador de la salud tenga elementos técnicos y prácticos para contribuir a mejorar la práctica de la lactancia materna. Según la revisión sistemática realizada por la revista Lancet (Lancet, 2016, págs. 17-30), existen brechas en conocimientos y habilidades para apoyar la lactancia materna entre el personal de salud de todos los niveles.

Un estudio sobre prácticas hospitalarias evidenció la necesidad de contar con profesionales de la salud capacitados que apoyen a las madres para garantizar un adecuado agarre antes del egreso hospitalario, así como profesionales que conozcan claramente los casos en que realmente se necesita el uso de alimentación artificial. Estos dos aspectos resultaron estadísticamente significativos para el incremento de la lactancia materna exclusiva y la duración de la media de la lactancia materna (McAllister H, 2009). De igual manera, acorde a los hallazgos de un estudio en el cual se pretendía evaluar el conocimiento y las actividades de los profesionales de un centro de atención primaria de una institución de salud, se observó que menos de la mitad de los médicos generales (45,1%) y el 65% de las enfermeras estaban convencidos de que el bebé debía ser amamantado exclusivamente hasta los 6 meses de edad y solo el 21,6% de los médicos generales y el 27,5% de las enfermeras sabían que la lactancia debe continuarse



hasta la edad de 2 años y más complementada con otros alimentos. Además el 15.7% de los médicos generales y el 25% de las enfermeras recomendaron chupetes; El 7,8% de los médicos generales aconsejó amamantar de acuerdo a las horas, es decir sin tener en cuenta la libre demanda. Finalmente, solo un tercio (29.6%) de los profesionales de la salud encuestados recomendó a las madres que alimenten a sus bebés con más frecuencia en caso de que la cantidad de leche materna disminuya.

Lo anterior, evidencia la gran importancia de contar con técnicos y profesionales de la salud con conocimientos importantes sobre la lactancia materna, que puedan apoyar a las mujeres y las familias en una práctica adecuada de alimentación para los recién nacidos y que acompañen de manera efectiva el inicio, instauración y continuación de la lactancia materna (Leviene G, 2009).

### c. Aspectos normativos

Acorde a los resultados del Monitoreo Nacional al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, (Minsalud 2015) se evidenció que las mujeres reciben muestras, descuentos especiales y regalos de las industrias productoras de sucedáneos, así como en las instituciones de salud se entregan donaciones y suministros de productos alimenticios dirigidos a menores de 3 años a la vez que se otorgan bonos, patrocinios, regalos financieros y materiales a los profesionales de la salud generando conflicto de intereses e interfiriendo en la promoción de la lactancia materna en estas entidades.

Lo anterior está relacionado directamente con el incumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de leche materna, que afecta negativamente la práctica de la lactancia materna (Lancet, 2016). El valor de las ventas de la industria de la leche de fórmula infantil está creciendo. A diferencia de otros productos básicos, la fórmula de leche infantil parece ser resistente a las caídas del mercado. En 2014, las ventas mundiales de todas las fórmulas de leche infantil ascendieron a alrededor de US \$ 44,800 millones. Para el año 2019, se prevé que el valor de mercado llegue a \$ 70.600 millones. Durante el 2009, cuando el crecimiento del producto interno bruto real fue negativo a nivel mundial, las ventas de leche de fórmula infantil aún crecieron un 8% anual en términos de valor constante (Piwoz EG, 2015).

Los estudios recopilados por Lancet (Lancet, 2016) demuestran que la comercialización realizada por la industria de la alimentación infantil combinada con la amplia disponibilidad de fórmula infantil (incluyendo las muestras gratuitas), aumentan las tasas de la alimentación por biberón. Los anuncios de fórmula retratan la fórmula de leche infantil como algo tan bueno o mejor que la leche materna, o la presentan como la elección de un estilo de vida más que como una decisión con consecuencias sanitarias y económicas. Las madres dicen que los medios de comunicación son una importante fuente de información, y los resultados de estudios llevados a cabo en varios países asocian el recuerdo de los anuncios de fórmula con la disminución de la lactancia materna. Los mensajes comerciales también pueden transmitir que la lactancia materna es difícil y que los sustitutos de la leche materna ayudan a tranquilizar a los bebés inquietos.



Los resultados de una investigación poblacional realizada en el 2008 en los EE.UU (Labbok M, 2008) mostraron que el 67% de las madres había recibido muestras gratuitas de fórmula de leche infantil y que tales regalos se asociaron con una duración más corta de la lactancia materna. Estas acciones de promoción de productos fueron realizadas tanto en el periodo prenatal como en el posparto inmediato y en ambos momentos se evidenció que la exposición a sustitutos de la leche materna afecta negativamente los patrones y las tasas de lactancia materna tanto exclusiva como la duración total. Adicionalmente, la publicación informó que muchos hospitales de Estados Unidos tienen acuerdos con empresas de fórmulas de las cuales reciben fórmulas infantiles con descuento o gratuitas a cambio de distribución de productos de mercadeo a las mujeres en posparto como bolsas de regalo que contienen muestras de fórmula, información sobre la alimentación con fórmula y cupones de descuento para futuras compras de fórmulas. La evidencia demostró que las mujeres que reciben estos regalos descontinúan la lactancia materna antes que las que no las reciben, así como también se demostró que las madres que recibieron bolsa de regalo con extractores y ninguna fórmula en comparación a aquellas que recibieron bolsas con fórmula, amamantaron exclusivamente aproximadamente una vez y media (1.5) veces más: 4.18 semanas frente a 2.78 semanas.

Particularmente para el tema de la comercialización de sucedáneos de la leche materna, se requiere que el país en el marco del Código y las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud que lo modifican, revise su legislación actual, es decir el decreto 1397 de 1992, el cual no ha sido actualizado en 25 años, mientras que los productos y técnicas de comercialización de la industria de alimentos avanzan y evaden las normas obsoletas. Es necesario que la legislación sea integral y cuente con un efectivo sistema de vigilancia y control (debe incluir sanciones significativas) que permitan frenar las prácticas inadecuadas de comercialización que afectan de manera directa a la salud de los niños y las niñas de nuestro país.

#### **d. Rol de Instituciones de Salud**

Las instituciones de salud, son las responsables de brindar información y apoyo a las mujeres gestantes y lactantes y sus familias sobre la importancia de la alimentación saludable tanto de ellas como de sus hijos y esto incluye, la lactancia materna y alimentación complementaria.

Sin embargo, hay varias prácticas hospitalarias que afectan tanto el inicio como la duración de la lactancia materna. Un estudio realizado en Estados Unidos sobre los factores que obstaculizan la lactancia materna exclusiva (Labbok M, 2008), encontró que los conocimientos y habilidades de los trabajadores de salud, son en muchas ocasiones, limitados al igual que se realizan intervenciones médicas innecesarias durante el parto y parto que dificultan el inicio durante la primera hora de la lactancia materna.

Por ejemplo, acorde al informe de UNICEF “Capturar el momento, inicio temprano de la lactancia materna: el mejor comienzo para cada recién nacido” (UNICEF, 2018), en algunas instituciones de salud, se ofrece muy poco apoyo y orientaciones a la lactancia materna y se continúan prácticas antiguas y



obsoletas como separar a las madres de sus bebés inmediatamente después del parto. De igual manera, la falta de conocimiento sobre la lactancia materna luego de una cesárea o las prácticas culturales que incluyen dar a los recién nacidos otros alimentos o bebidas, pueden afectar el inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida. Esto es inadmisibles, es una oportunidad perdida, en una sociedad donde la mayoría de los partos son atendidos de manera institucional y con personal cualificado, el problema es que en muchas ocasiones, éste personal no brinda el apoyo que las mujeres requieren para iniciar la lactancia materna, especialmente durante la primera hora después del parto.

En el mismo informe, se considera que el aumento del número de cesáreas en el mundo ha repercutido sobre el inicio temprano de la lactancia materna ya que estas mujeres deben superar varias dificultades como los efectos de la anestesia, la recuperación tras la cirugía y la búsqueda de ayuda para sostener a sus hijos de manera segura. Con la ayuda apropiada, la mayoría de los niños que nacen por cesárea, pueden recibir leche materna dentro de la primera hora de vida, pero esto requiere de prácticas institucionales y personal capacitado que permitan que la lactancia materna durante la primera hora de vida sea una realizada en cualquier tipo de parto. Además de lo anterior, permitir el colecho y no contar con trabajadores de la salud suficientes para realizar consejería en lactancia materna, influyen de manera directa en el inicio de la práctica de la lactancia materna.

Así mismo, en el reporte elaborado por The Lancet (Lancet, 2016), se destaca que Los embarazos de alto riesgo, el trabajo de parto asistido, las largas estancias hospitalarias, las enfermedades de la madre y los recién nacidos prematuros, enfermos o de bajo peso al nacer, así como prácticas hospitalarias tales como la separación de la madre-bebé, la suplementación previa a la lactancia y las muestras gratuitas de sucedáneos de la leche materna pueden dar lugar a que la lactancia materna empiece más tarde.

Finalmente, se considera que el papel del profesional de la salud con competencias para apoyar a las mujeres y sus familias es tan importante, que existe evidencia que muestra que cuantas más consultas prenatales realice la madre y cuanta más atención profesional reciba, mayor es la probabilidad de iniciar la lactancia materna durante la primera hora de vida de su hijo.

#### **e. Aspectos individuales e Influencia familiar**

Existen varios factores individuales que pueden incidir en el inicio, la duración y la continuación de la lactancia materna. Acorde a los hallazgos de un estudio realizado en 2008 (Labbok M, 2008), los cuales coinciden con las conclusiones de una tesis doctoral de España, (Sauz, 2017), las mujeres que tienen dudas sobre los beneficios, viabilidad e idoneidad de la lactancia materna y que tienen también baja confianza en sí mismas frente a su capacidad para lactar, que sufren depresiones posparto, que tienen estrés, cansancio o fatiga, son muy jóvenes o muy adultas, tienen obesidad, son fumadoras o que viven su maternidad solas tienen menor probabilidad de iniciar y continuar con la lactancia materna. De igual manera, estas investigaciones encontraron que a las mujeres a las que más se les enseñó de lactancia materna durante el embarazo, especialmente durante el tercer trimestre, estaban empoderadas y tenían mayor confianza de sus capacidades, a la vez que tuvieron altas tasas de lactancia materna.

Existen otros factores individuales que también pueden afectar la lactancia como por ejemplo, la preocupación por el cuerpo, los pechos, el tiempo que deben dedicar a la alimentación, la interferencia



con la pareja y/o las relaciones sexuales. Finalmente, si se ha logrado una diada madre – hijo fuerte, es un vínculo que protege la lactancia materna y garantiza la duración de la misma. (Sauz, 2017)

En relación al apoyo familiar, una vez la mujer posparto regresa al hogar, las acciones de acompañamiento del sector salud disminuyen y aumenta la importancia de la pareja, la abuela, la familia y los amigos. Está demostrado que las actitudes a favor de la lactancia, tanto paternas como de la abuela materna, afectan de manera positiva el empoderamiento de la madre y predice mayor éxito en la práctica de la lactancia. La falta de apoyo del padre es un predictor de la iniciación de la fórmula láctea y la disminución del amamantamiento, ya que una mujer que cuenta con el apoyo, admiración y aprobación por parte de su pareja, siente confianza y orgullo, llevando a un aumento en la duración de la lactancia materna (Labbok M, 2008).

Así mismo, las prácticas y experiencias de la familia, pueden afectar tanto el inicio como la duración de la lactancia materna y en especial el uso del calostro que está considerado en algunas culturas como algo que no es útil y debe desecharse. (Lancet, 2016)

#### **e. Importancia del Contexto sociocultural**

En todos y cada uno de los entornos en los cuales se desarrolla la vida diaria, se requiere que la lactancia materna sea promovida, apoyada y protegida, por ejemplo en los centros de reclusión, colegios, universidades, transporte público, parques, iglesias, etc., se necesita que la lactancia sea considerada la manera ideal de alimentar a los niños menores de seis meses y de forma continua hasta los dos años y más. En estos espacios, se debe elogiar y ayudar para que la lactancia pueda ser dada sin barreras ni obstáculos para la familia.

Aunque es reconocida la importancia de la lactancia materna tanto para los bebés como para las madres y la familia, un estudio publicado por la Universidad de Otterbein Ohio (Acker, 2009), evidenció que muchas mujeres no amamantan debido a las sanciones sociales percibidas, por lo cual midió el nivel de evaluaciones positivas y negativas que recibe una mujer que está dando pecho a su hijo y finalmente estableció que para muchos, la madre que amamanta se vería mejor si lo hace en privado que en público, que existen actitudes sexistas ante la lactancia y que hay hipersexualización del seno materno en la sociedad.

Por su parte, la publicación The Lancet evidencia que las actitudes sociales y culturales dan forma al contexto estructural para la lactancia materna y aunque es la forma ideal de alimentación para el recién nacido, en algunos lugares las mujeres que desean amamantar en público tropiezan con reacciones negativas (Lancet, 2016). Lo anterior, requiere que las mujeres estén lo suficientemente empoderadas y sientan confianza de su papel como madres proveedoras de la mejor alimentación para sus hijos para evitar que la práctica de la lactancia materna disminuya por influencia social.



Existe evidencia sobre madres que amamantan a sus hijos en público y han sido sometidas a vergüenza pública por alimentar a sus bebés siendo relegadas a espacios privados con contacto personal limitado. Este tipo de estigmas sociales es probable que disuadan a las mujeres a lactar en público llevando a la disminución de su duración (Labbok M, 2008).

Acorde a lo anterior, las causas que pueden interferir en el inicio y duración de la lactancia materna, pueden ser muchas, variadas, particulares, por lo cual, es importante establecer acciones y estrategias, desde diferentes sectores, que permitan abordar cada una de ellas para prevenir que se aumente la malnutrición de los niños y las niñas menores de 2 años y más.

DOCUMENTO DE CONSULTA



### 3. BIBLIOGRAFÍA

- Acker, M. (2009). Breast in best... but not everywhere: ambivalent sexim and attitudes toward private and public breastfeeding. *Sex Roles*.
- Debes A, K. A. (2013). *Time to initiation of breastfeeding and neonatal mortality and morbidity: a sysematic review. BMC Public Health*. (Vol. 13 (suppl 3)s19). BMC Public Health.
- Díaz MH, P. C. (2016). *Opciones para la promoción de la lactancia materna en Colombia: un resumen de evidencias para la política*. Bogotá: IETS / OPS.
- González Ruiz G, R. R. (2015). Factores que inciden en el destete temprano en un grupo de madres de Santa Martha, Colombia. *Invetigación en enfermería: imagen y desarrollo*.
- Howard CR, H. F. (2003). Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breasfeeding. . *Pediatrics*, 111 (3) : 511-8.
- IBFAN, & Salud, M. d. (2000). *III Monitoreo al CICSLM y Decreto 1397 de 1992*. Bogotá.
- Labbok M, T. E. (2008). *Achieving Exclusive breastfeeding in the United States: Findings and recommendations*. Washington, DC: United states, Breastfeeding committee.
- Lancet, T. (2016). ¿Porqué invertir y qué se necesita para mejorar las prácticas de lactancia materna? *The Lancet*, 17-30.
- Lancet, T. (2016). Spotlight on infantl formula: Coordinated global action needed. 412-415.
- Lawton R, A. L. (2012). Employing and extended. Theory of Planned Behaviour to predict breastfeeding intention, initiation and maintenance in White British and South Asian Mothers living in Bradford. *British journal or health psychology*, 71.
- Leviene G, P. A. (2009). The evaluation of knowledge and activities of primary health care professionals in promoting breast - feeding. *Medicina Kaunas*.
- Li R, M. J.-S. (2012). Risk of bottle fing for rapid weight gain during the first year of life. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 166(5): 431-6.
- Lopez B, M. L. (2013). Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema no resuelto en la ciudad de Medellín. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31.
- Lopez, M. G. (2015). *Reglamentación técnica en Colombia y el Análisis de Impacto Normativo*. Bogotá, Colombia.
- McAllister H, B. S.-A. (2009). A study of in - hospital midwifery practices that affect breastfeeding outcomes. *Breastfeed Rev*.
- Ministerio de Salud, O. O. (2013). *Avances y Retos de la Lactancia Materna*. Bogotá: Organización Mundial de la Salud.



- Ministerio de salud, y. P. (2010). *Plan Decenal de Lactancia Materna 2010 - 2020*. Bogotá: S y P Salud y Protección Social Cosultores.
- Ministerio de Salud, y. P. (2015). *Informe, Monitoreo al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*. Bogotá: Opciones gráficas editores.
- Minsalud. (2010). *Plan decenal de lactancia materna*. Bogota.
- MinSalud. (2015). *Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia*. Bogotá.
- MinSalud. (2015). *Informe Monitoreo al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- OIT, O. m. (2014). *Maternidad y paternidad en el trabajo*. Genova: OIT.
- OMS. (2010 ). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 3 Country profiles*. Genova , Suiza.
- OMS. (2014). *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia*. Washington.
- OMS. (2014). *Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño*. Genova, Suiza.
- OMS. (2017). *Taller Sobre el Monitoreo del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en Latinoamérica*. Mexico.
- OMS UNICEF, e. I. (2016). *Informe Situación 2016 sobre el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*. Washington: OMS.
- OMS, O. M. (2016). *La iniciativa hospital amigo del niño en America Latina y el Caribe*. Washington.
- OMS, U. (2017). *Tracking progress for breastfeeding policies and programmes. Global breastfeeding scorecard*.
- Piwoz EG, H. S. (2015). The impact of marketing of breastfeeding practices. *Food Nutr Bull*.
- Roberts TJ, C. E. (2013). Can breastfeeding promote child health equity? *BMC medicine*, 254.
- Roe, B. (1999). In there competition between breast - feeding and maternal employment? *Pubmed*, 157.
- Rollins N, B. N. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet breastfeeding series group*, 387-491.
- Sauz, C. (2017). Utilidad predictiva de la percepción materna de la eficacia de la lactancia en el posparto precoz: un estudio longitudinal. *Universidad de Alicante*.
- UNICEF. (2016. 130 p.). *From the first hour of life: making the case for improved infant and young child feeding everywhere*.
- UNICEF. (2017). *Infant and young child feeding Global Database (Internet)*.  
<http://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding>.
- UNICEF. (2018). *Capturar el momento. Inicio temprano de la lactancia materna: el mejor comienzo para cada recién nacido*. Nueva York: OMS.