

# Situación de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en México: resultados de la Ensanut 2018-19

Luz Dinorah González-Castell, M en C,<sup>(1)</sup> Mishel Unar-Munguía, M en C, PhD,<sup>(1)</sup> Amado D Quezada-Sánchez, M en Est Apl,<sup>(2)</sup> Anabelle Bonvecchio-Arenas, M en SP, PhD,<sup>(1)</sup> Juan Rivera-Dommarco, M en C, PhD.<sup>(3)</sup>

González-Castell LD, Unar-Munguía M, Quezada-Sánchez AD, Bonvecchio-Arenas A, Rivera-Dommarco J.

Situación de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en México: resultados de la Ensanut 2018-19. *Salud Publica Mex.* 2020;62:704-713.

<https://doi.org/10.21149/11567>

González-Castell LD, Unar-Munguía M, Quezada-Sánchez AD, Bonvecchio-Arenas A, Rivera-Dommarco J.

Breastfeeding and complementary feeding practices in Mexico: results from Ensanut 2018-19.

*Salud Publica Mex.* 2020;62:704-713.

<https://doi.org/10.21149/11567>

## Resumen

**Objetivo.** Actualizar prevalencias de indicadores de prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria (PLMAC) en menores de 24 meses en México. **Material y métodos.** Análisis de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2018-19) con diseño probabilístico. Población: Mujeres 12-59 años y sus hijos <24 meses. Cálculo de indicadores propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) por variables sociodemográficas utilizando el diseño muestral. Se usó la prueba de Wald para comparar entre categorías. **Resultados.** El 28.3% de los niños <6 meses recibió lactancia materna exclusiva (LME), 42.9% de los niños <12 meses consumió fórmula infantil y 29% continuó lactando a los dos años. Sólo 49.4% de los niños de 6-11 meses consumió alimentos ricos en hierro. **Conclusiones.** Existen mejoras en las prácticas de lactancia materna, aunque las cifras siguen siendo bajas. Se requiere de la contribución de todos los sectores de la sociedad para mejorar las prácticas de alimentación infantil.

Palabras clave: lactancia materna; alimentación complementaria; indicadores; encuesta; México

## Abstract

**Objective.** To update the prevalence of infant and young child feeding indicators (IYCFI) in children under 24 months in Mexico. **Materials and methods.** Ensanut 2018-19 national representative survey with probabilistic design. Population: Women 12-59 years and their children <24 months. The indicators proposed by the World Health Organization were assessed by sociodemographic variables of the mothers using the sample design. Wald's test was used to compare between categories. **Results.** The prevalence of exclusive breastfeeding in children under six months was 28.3%, 42.9% of children under 12 months consumed infant formula and 29% continued breastfeeding at two years. Around 30% of children between 6 and 11 months did not meet the recommended minimum dietary diversity and only 49.4% consumed iron-rich foods. **Conclusions.** There are improvements in breastfeeding practices in Mexico, although the figures are low. The coordinated contribution from all sectors of society is required to improve infant feeding practices.

Keywords: breast feeding; complementary feeding; indicators; survey; Mexico

(1) Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(3) Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

**Fecha de recibido:** 15 de mayo de 2020 • **Fecha de aceptado:** 15 de septiembre de 2020 • **Publicado en línea:** 24 de noviembre de 2020

Autor de correspondencia: Mishel Unar-Munguía. Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.

Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.

Correo electrónico: [munar@insp.mx](mailto:munar@insp.mx)

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los niños reciban lactancia materna exclusiva (LME) los primeros seis meses de vida, que sea complementada con alimentos a partir de los seis meses, y que se continúe con la lactancia materna (LM) hasta los dos años de edad o más.<sup>1</sup> La LM confiere beneficios para el crecimiento de los niños, su salud y la de sus madres.<sup>2</sup> Asimismo, su práctica óptima genera ahorros económicos para las familias y para la sociedad,<sup>3</sup> además de que contribuye a la conservación del medio ambiente.<sup>4</sup> Por su parte, la alimentación complementaria (AC), es decir, la adecuada introducción de alimentos sólidos o semisólidos entre los 6 y los 24 meses de edad, reduce el riesgo de todas las formas de mala nutrición al promover el crecimiento, desarrollo e inmunidad, y al establecer hábitos sanos de alimentación que podrían perdurar a lo largo de la vida.<sup>5</sup>

En México, los resultados de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria (PLMAC) en las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (Ensanut) 2006 y 2012<sup>6</sup> evidenciaron un descenso importante en la LME de 22.3 a 14.4% y que las prácticas de AC no cumplían con las recomendaciones de la OMS: 48% de los niños menores de 6 meses y 33% de los niños entre 6 y 11 meses ingirieron fórmula infantil, y menos de la mitad de los niños de entre 6 y 24 meses ingirieron alimentos de origen animal.

Este artículo tiene como objetivo actualizar las prevalencias e indicadores de las PLMAC en menores de 24 meses en México, para ello se utilizaron los datos de la Ensanut 2018-19.

## Material y métodos

La Ensanut 2018-19 es una encuesta con diseño probabilístico, por estratos, conglomerados y factores de ponderación. Permite hacer inferencias estadísticas a nivel nacional, por región geográfica (Norte, Centro, Ciudad de México y Sur); por zona rural (<2 500 habitantes), urbana (≥2 500 habitantes) y en algunos casos por estado. En este estudio, la región Centro incluye Ciudad de México y Área Metropolitana debido a que el tamaño de muestra de ésta última era insuficiente para el cálculo de los indicadores por grupo de edad. Se visitaron 50 654 viviendas y se obtuvo una respuesta de 87%.<sup>7</sup>

**Tamaño de muestra.** Se obtuvo información en mujeres, madres o cuidadoras de un menor vivo de 0 a <24 meses de edad en el hogar. En este estudio se consideró sólo a mujeres de 12 a 59 años que residieran en el hogar.

**Método de recolección de información.** Del día anterior a la visita en el hogar (*statu quo*); se preguntó si el menor

ingirió el alimento, pero no se indagó la cantidad consumida. Los indicadores de PLMAC se construyeron bajo las recomendaciones de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y están expresados en porcentaje.<sup>8,9</sup>

- 1) Inicio temprano de la LM: niños <24 meses amamantados dentro de la 1ª hora de nacer.\*
- 2) Alguna vez amamantado: niños <24 meses que fueron puestos al pecho para recibir calostro o leche materna.
- 3) LME: niños <6 meses alimentados exclusivamente con leche materna, se permite el consumo de vitaminas, minerales, medicinas o sales de rehidratación oral (V-M-SRO).
- 4) Lactancia materna predominante: niños <6 meses alimentados con leche materna y se permite el consumo de V-M-SRO y líquidos no nutritivos.
- 5) Lactancia continua al año (12-15 meses) y a los dos años (20-23 meses).
- 6) Lactancia adecuada de 0-24 meses: niños <6 meses que ingirieron únicamente leche materna y niños de 6-23 meses que ingirieron leche materna, así como alimentos sólidos, semisólidos o suaves.
- 7) Lactancia mixta: niños <6 meses que ingirieron leche materna y fórmula infantil.
- 8) Ingesta de fórmula láctea en <24 meses: niños <12 meses que ingirieron fórmula infantil y niños ≥12 meses que ingirieron leches de seguimiento o de crecimiento líquidas o en polvo.
- 9) Alimentación con biberón en niños 0-23 meses que fueron alimentados con biberón, ya sea leche materna o cualquier otra bebida o alimento.
- 10) Consumo de alimentos fortificados y ricos en hierro (Fe): niños de 6-23 meses que ingirieron carnes rojas, blancas, embutidos, leche Liconsa (en polvo y líquida) y papilla Nutrisano o micronutrientos en polvo que distribuía el programa *Prospera*.
- 11) Introducción de sólidos, semisólidos y suaves: niños de 6-8 meses que ingirieron uno o varios tipos de estos alimentos.
- 12) Diversidad alimentaria mínima de 6 a 23 meses: Los menores de entre 6 y 11 meses se clasificaron de acuerdo con una diversidad dietética mínima si consumían ≥3 grupos de alimentos. No se estimó diversidad ≥4 grupos de alimentos, como recomienda la OMS, por no contar con suficiente desagregación de grupos para esta edad.

\* Al igual que en la Ensanut 2012, la variante con la definición de la OMS es que se preguntó sólo sobre niños vivos y no sobre todos los niños actualmente vivos y fallecidos que nacieron durante los últimos 24 meses.

- 13) Frecuencia mínima de consumo de alimentos: niños de 6-23 meses que ingirieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves el número mínimo de veces o más (dos veces para niños amamantados de 6-8 meses; tres veces para 9-23 meses; y cuatro veces en niños no amamantados de 6-23 meses). Adicionalmente, para niños <24 meses, se preguntó sobre la ingesta de líquidos en sus primeros tres días de vida (fórmula infantil, alguna leche diferente a la materna o algún otro líquido o alimento).

### Variables sociodemográficas

*Trabajo con pago.* Cuando la madre del menor reportó tener un trabajo o actividad económica pagada la semana anterior a la entrevista.

*Nivel de escolaridad completado.* Niveles escolares completados por la madre (ninguno o primaria, secundaria, preparatoria o superior).

*Derechohabiencia.* Si el menor en la muestra de análisis tenía acceso parcial o total a algún servicio de salud institucional: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Secretaría de Salud (SS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (Pemex), Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena) o Secretaría de Marina (Semar), Seguro Popular (SP) o Seguro Médico Siglo XXI, (IMSS-Prospera) o seguro privado.

*Etnicidad.* Se consideró a un hogar indígena cuando al menos una mujer de 12 a 59 años hablaba una lengua indígena.

*Nivel socioeconómico (NSE).* Construido a través de análisis de componentes principales con características de la vivienda y posesión de enseres en el hogar. Para la muestra de análisis se categorizó el NSE mediante terciles bajo, medio y alto.

*Acceso a transferencias institucionales (TI).* Cuando alguna persona del hogar recibía del gobierno uno o más apoyos de los siguientes programas: *Prospera* (beca, apoyos monetarios, atención médica, papilla), Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas, Liconsa o Conasupo, Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Programa de Apoyo Alimentario (PAL), Programa de Estancias Infantiles, Programa 70 y más o, bien, de alguna Organización no gubernamental (ONG).

El protocolo e instrumentos de la encuesta fueron aprobados por los comités de Investigación, Ética y

Bioseguridad del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Se solicitó el consentimiento informado escrito de las personas adultas.

### Métodos estadísticos

Se calcularon las prevalencias de los indicadores de PLMAC para cada subpoblación de las características sociodemográficas utilizando el diseño muestral y ajustando los errores estándar por el método de linealización. Se llevaron a cabo comparaciones entre pares de categorías de la misma variable sociodemográfica mediante la prueba de Wald. Cabe resaltar que, debido al pequeño tamaño de la muestra nacional y de algunos subgrupos, se presentan diferentes niveles de significancia estadística. El paquete estadístico usado para procesar la información fue Stata versión 16.0.<sup>‡</sup>

## Resultados

Se obtuvo un tamaño de muestra de 1 587 niños <24 meses de edad. En el cuadro I se describe la composición de la muestra estudiada. Los indicadores PLMAC de acuerdo con características maternas y del hogar se presentan en el cuadro II. Aproximadamente 95% de los menores fueron alguna vez amamantados. El inicio temprano de la LM fue mayor entre los menores que viven en hogares que reciben alguna TI en comparación con quienes no la reciben (60.8 vs. 46.1%,  $p<0.01$ ) y mayor en los hijos de mujeres sin un trabajo remunerado comparando con hijos de mujeres con trabajo remunerado (50.2 vs. 41.3%,  $p<0.05$ ).

La ingesta de líquidos en los primeros tres días de vida del menor fue de 34.0% a nivel nacional, significativamente mayor en la región Sur del país en comparación con la región Centro (39.8 vs. 29.7%,  $p<0.01$ ), en población no indígena vs. indígena (35.3 vs. 21.3%,  $p<0.01$ ), en niños con madres menores a 20 años de edad (44.0 vs. 30.4%,  $p<0.05$ ) y con 35 años o más (44.4 vs. 30.4%,  $p<0.01$ ), en comparación con niños de madres de entre 30 y 34 años.

A nivel nacional, casi un tercio de los niños <6 meses fue alimentado con LME, siendo mayor en área rural vs. urbana (37.4 vs. 25.2%,  $p<0.10$ ). La LM predominante fue mayor en el área rural vs. urbana (52.2 vs. 35.5%,  $p<0.05$ ), niños de madres indígenas vs. no indígenas (60.7 vs. 37.7%,  $p<0.05$ ) y en NSE bajo comparado con alto (52.7 vs. 31.6%,  $p<0.05$ ).

Aproximadamente, una cuarta parte de niños <6 meses recibió LM mixta, siendo mayor en la región Nor-

<sup>‡</sup> StataCorp. Stata Statistical Software: Release 16.0. College Station, TX: StataCorp LP; 2019.

te vs. Centro y Sur, entre no indígenas y entre quienes no recibieron TI.

Cerca de la mitad de los niños <24 meses tuvieron LM continua en el primer año de vida (12-15 meses), y un tercio continuaron amamantando al segundo año de vida (20-23 meses). Por su parte, la ingesta de fórmula infantil en <12 meses alcanzó 42.9%, y fue mayor en la región Norte del país vs. Sur ( $p<0.05$ ) y en la región Centro vs. Sur ( $p<0.05$ ). También fue significativamente mayor en área urbana vs. rural, en hijos de madres no indígenas vs. indígenas, quienes tienen empleo remunerado vs. quienes no tienen empleo remunerado, quienes no reciben TI vs. quienes reciben TI ( $p<0.01$ ) y

en mujeres que terminaron la preparatoria o superior comparadas con niveles menores ( $p<0.05$ ). La LM adecuada en <12 meses fue de 41.9%, significativamente mayor en región Sur vs. Norte, en zona rural vs. zona urbana y en quienes tienen un NSE bajo vs. alto y NSE medio vs. alto ( $p<0.05$ ).

La diversidad alimentaria en niños de entre 6 y 11 meses fue de 70.9%, mayor entre hijos de mujeres no indígenas vs. no indígenas, y en quienes tuvieron un NSE alto vs. bajo ( $p<0.05$ ).

Por último, el consumo de alimentos fortificados ricos en hierro al año de edad (6-11 meses) fue 49.4%, significativamente mayor en hijos de mujeres no indí-

**Cuadro I**  
**CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y DEMOGRÁFICAS DE LOS HOGARES Y LAS MADRES CON HIJOS MENORES DE 24 MESES, SEGÚN GRUPOS DE EDAD. MÉXICO, ENSANUT 2018-19**

Edad en meses	<6		6 a 8		6 a 11		<12		12 a 15		20 a 23		<24	
n*	350		198		406		756		295		280		1 506	
N (miles) <sup>‡</sup>	858.2		514.1		1 016.7		1 874.9		648.2		685.5		3 547.7	
	n	% <sup>§</sup>	n	% <sup>§</sup>	n	% <sup>§</sup>	n	% <sup>§</sup>	n	% <sup>§</sup>	n	% <sup>§</sup>	n	% <sup>§</sup>
Región														
Norte	63	16.3	31	17.3	74	21.3	137	19.0	50	15.5	55	21.1	268	18.4
Centro <sup>#</sup>	139	45.5	84	51.9	157	45.8	296	45.7	125	48.7	105	43.9	597	46.6
Sur	148	38.1	83	30.9	175	33.0	323	35.3	120	35.8	120	35.0	641	35.0
Área														
Urbana	220	72.2	124	67.4	244	69.8	464	70.9	195	78.2	180	74.8	932	72.4
Rural	130	27.8	74	32.6	162	30.2	292	29.1	100	21.8	100	25.2	574	27.6
Etnicidad <sup>§</sup>														
No indígena	307	89.3	174	92.4	367	92.9	674	91.3	261	91.0	250	89.2	1 342	90.7
Indígena	43	10.7	24	7.6	39	7.1	82	8.7	34	9.0	30	10.8	164	9.3
Nivel socioeconómico <sup>°</sup>														
Bajo	135	33.6	72	34.9	151	36.2	286	35.0	111	31.4	101	26.7	567	33.6
Medio	103	29.4	65	38.2	138	35.8	241	32.9	99	35.8	86	34.0	484	33.3
Alto	112	37.0	61	26.9	117	28.0	229	32.2	85	32.8	93	39.2	455	33.0
Trabajo con pago <sup>°</sup>														
No	295	84.9	141	73.3	283	70.4	578	77.0	194	62.4	191	67.8	1 087	71.9
Sí	55	15.1	57	26.7	123	29.6	178	23.0	101	37.6	89	32.2	419	28.1
Edad de la madre														
<20	60	13.0	30	15.0	64	15.5	124	14.4	42	12.2	29	8.3	209	12.1
20 a 34	250	78.7	136	67.4	280	69.2	530	73.6	213	75.6	201	75.7	1 066	74.3
35 a 59	40	8.2	32	17.7	62	15.3	102	12.1	40	12.2	50	16.0	231	13.6
Nivel de escolaridad completado <sup>°</sup>														
Ninguno o primaria	74	21.6	40	21.4	72	21.0	146	21.3	51	17.5	48	17.4	274	19.4
Secundaria	153	41.4	92	49.7	193	44.5	346	43.1	132	41.5	134	43.3	680	41.5

(continúa...)

(continuación)

Preparatoria o superior	123	37.0	66	28.9	141	34.5	264	35.6	112	41.0	98	39.3	552	39.1
Derechohabientia <sup>€</sup>														
No	88	25.6	35	22.3	69	18.9	157	22.0	48	15.2	32	12.7	255	18.2
Sí	262	74.4	163	77.7	337	81.1	599	78.0	247	84.8	248	87.3	1 251	81.8
Transferencias institucionales <sup>€</sup>														
No	330	94.0	172	89.6	358	89.0	688	91.3	249	86.2	226	86.5	1 308	88.9
Sí	20	6.0	26	10.4	48	11.0	68	8.7	46	13.8	54	13.5	198	11.1

\* Tamaño de muestra

‡ Muestra expandida

§ Porcentaje ponderado de acuerdo con el diseño de la Ensanut 2018-19

# Región Centro incluye Ciudad de México y Área Metropolitana

\* Niveles escolares cursados completos

° Indígena, si al menos una mujer de 12-59 años en el hogar habla una lengua indígena

° Calculado por componentes principales

€ Reporta tener un trabajo o actividad económica por la cual recibe un pago a cambio la semana anterior a la entrevista

€ Si el menor tuviera acceso parcial o total a servicios de salud proveniente de alguna de las instituciones (IMSS, SS, ISSSTE, Pemex, Sedena o Semar) o seguro privado

€ Alguna persona del hogar que recibe del gobierno uno o más de los siguientes programas: Prospera, Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas, Liconsa o Conasupo, DIF, PAL, Programa de Estancias Infantiles, Programa 70 y más o, bien, de alguna ONG

Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

SS: Secretaría de Salud

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Pemex: Petróleos Mexicanos

Sedena: Secretaría de la Defensa Nacional

Semar: Secretaría de Marina

DIF: Desarrollo Integral de la Familia

PAL: Programa Apoyo Alimentario

ONG: organización no gubernamental

genas vs. indígenas ( $p<0.01$ ); en quienes tuvieron un NSE alto vs. bajo ( $p<0.05$ ) y la prevalencia fue menor en madres de mayor edad en comparación con madres más jóvenes.

En la figura 1 se presentan los motivos que tuvieron las madres para nunca amamantar: más de 70% se concentra en “no tuve leche”, “no me gustó” o la madre estuvo enferma.

## Discusión

La situación actual de las prácticas de LM en México mejoró en comparación con los indicadores de la Ensanut 2012,<sup>6</sup> mientras que en los indicadores de AC se observa un deterioro. Los indicadores de LM fueron más deficientes en madres que trabajan, madres <20 años o mayores a 35 años, quienes viven en área urbana y zona Norte del país, mientras que las prácticas de AC resultaron más deficientes en madres indígenas, en la zona rural y entre mujeres de bajo NSE.

Los resultados de la Ensanut 2018-19 indican que la prevalencia de LME en <6 meses se duplicó a nivel nacional en comparación con la Ensanut 2012; de 14.4 a 28.6%. A seis años de distancia, se observa una mejoría

en el inicio temprano de la LM (38.3 vs. 47.7%) lo cual reduce la mortalidad neonatal.<sup>10</sup> Sin embargo, aumentó el porcentaje de niños <12 meses que fueron alimentados con algún líquido diferente a la leche materna en los primeros tres días de vida (34 vs. 44%), lo cual afecta la práctica óptima de la lactancia y pone al recién nacido en riesgo de mala nutrición y de muerte a corto plazo.<sup>2</sup> Las altas prevalencias de LM mixta y de ingesta de fórmulas lácteas en <12 y <24 meses en la Ensanut evidencian el alto consumo de fórmula infantil y fórmula de continuación y crecimiento cuya composición<sup>11</sup> ponen en riesgo la salud de los niños.

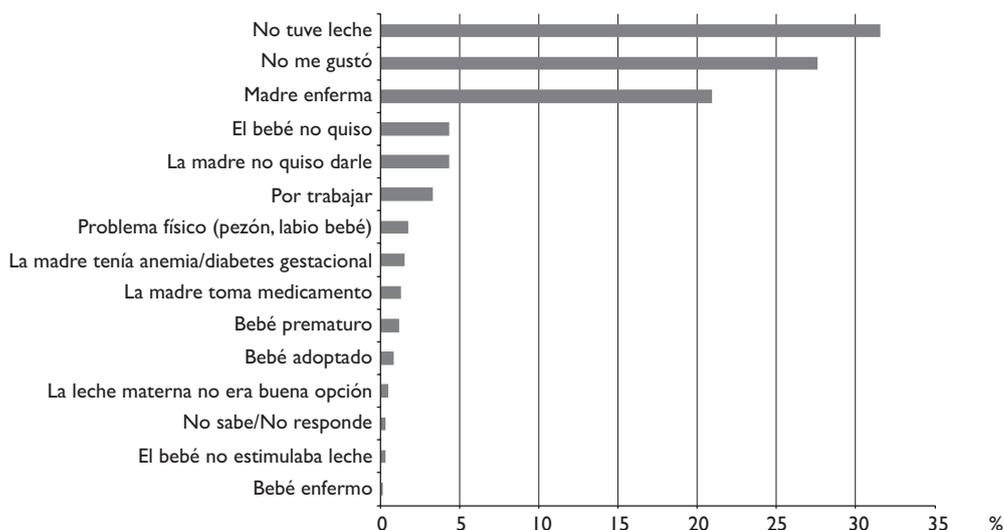
En cuanto a la AC, la Ensanut 2018-19 comparada con la de 2012 muestra que la diversidad alimentaria disminuyó de 74.0% en el año 2012 a 70.9% en 2018. Asimismo, muestra que la población más afectada fue la indígena vs. la no indígena. Además, continúa siendo un reto incrementar el consumo de los alimentos ricos en hierro, principalmente en los menores que residen en la región Sur, área rural, y quienes son indígenas. Lo anterior es particularmente relevante dado el incremento en la prevalencia de anemia en este grupo poblacional; lo que tiene graves consecuencias para el desarrollo cognitivo de los niños.

**Cuadro II**  
**INDICADORES DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PARA EL NIÑO PEQUEÑO POR CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y DEMOGRÁFICAS. MÉXICO, ENSANUT 2018-19**

	n*	Alguna vez amamantado (<24 meses)	Inicio temprano (<24 meses)	Ingesta de líquidos en los tres primeros días de vida (< 24 meses)	Lactancia materna exclusiva (<6 meses)	Lactancia materna pre-dominante (<6 meses)	Lactancia materna mixta (<6 meses)	Lactancia materna continua al año de edad (12-15 meses)	Lactancia materna continua a los dos años de edad (20-23 meses)	Ingesta de fórmula al año de edad (<12 meses)	Ingesta de fórmula a los dos años de edad (<24 meses)	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos y suaves (6-8 meses)	Lactancia adecuada al año de edad (<12 meses)	Diversidad dietética mínima al año (6-11 meses)	Consumo de alimentos fortificados ricos en hierro al año de edad (6-11 meses)
		% [EE]	% [EE]	% [EE]	% [EE]	% [EE]	% [EE]	% [EE]	% [EE]	% [EE]	% [EE]	% [EE]	% [EE]	% [EE]	% [EE]
N (miles) <sup>†</sup>	3 736.4	3 547.7	3 561.181	858.2	858.2	858.2	648.2	685.5	1 874.9	3 736.4	3 736.4	514.1	1 874.9	1 016.7	1 016.7
Nacional	95.6 [0.7]	47.7 [1.9]	34.0 [1.7]	28.3 [3.5]	40.2 [4.0]	25.6 [2.9]	46.9 [4.1]	29.0 [3.4]	42.9 [2.7]	29.5 [1.9]	29.5 [1.9]	91.2 [3.0]	41.9 [2.5]	70.9 [3.6]	49.4 [3.6]
Región															
Norte	95.0 [1.7]	42.5 [4.2]	33.8 [3.9]	29.0 [7.7]	36.1 [8.2]	51.7 [8.5] <sup>c</sup>	32.9 [7.8]	20.8 [7.0]	49.3 [5.8]	36.1 [3.9]	36.1 [3.9]	85.8 [8.2]	32.4 [5.2]	72.0 [7.8]	46.2 [7.9]
Centro <sup>‡</sup>	96.0 [1.1]	48.0 [3.1]	29.7 [2.6] <sup>†</sup>	22.7 [5.0]	35.6 [6.7]	19.6 [4.2]	42.2 [6.3] <sup>‡</sup>	27.6 [5.5]	47.3 [4.6] <sup>†</sup>	32.7 [3.3] <sup>†</sup>	32.7 [3.3] <sup>†</sup>	93.0 [4.3]	39.4 [3.9] <sup>‡</sup>	72.0 [6.3]	53.4 [6.2]
Sur	95.3 [1.2]	50.1 [2.5]	39.8 [2.6]	35.4 [5.9]	47.4 [5.6]	21.7 [3.9] <sup>†</sup>	59.4 [7.0] <sup>‡</sup>	35.7 [5.6] <sup>†</sup>	33.7 [3.9] <sup>‡</sup>	22.0 [2.3] <sup>†</sup>	22.0 [2.3] <sup>†</sup>	91.2 [4.3]	50.2 [4.0] <sup>†</sup>	68.6 [3.9]	45.8 [4.4]
Área															
Urbana	95.3 [0.9]	46.0 [2.3]	33.6 [2.1]	25.2 [4.2] <sup>a</sup>	35.5 [5.0] <sup>b</sup>	26.8 [3.7]	45.3 [4.9]	28.4 [4.3]	47.6 [3.3] <sup>c</sup>	32.7 [2.3] <sup>c</sup>	32.7 [2.3] <sup>c</sup>	91.1 [3.8]	36.4 [3.1] <sup>c</sup>	73.4 [4.4]	52.2 [4.3]
Rural	96.3 [1.0]	52.1 [3.2]	35.2 [2.7]	37.4 [5.9]	52.2 [5.8]	22.8 [4.7]	52.4 [6.8]	30.7 [5.1]	31.4 [4.8]	21.1 [3.0]	21.1 [3.0]	91.4 [4.5]	55.3 [3.4]	65.1 [6.1]	42.9 [6.7]
Etnicidad <sup>¶</sup>															
No indígena	95.8 [0.8]	47.4 [2.0]	35.3 [1.8] <sup>c</sup>	27.3 [3.7]	37.7 [4.4] <sup>b</sup>	27.6 [3.2] <sup>c</sup>	44.0 [4.3] <sup>c</sup>	24.7 [3.4] <sup>c</sup>	44.8 [2.9] <sup>c</sup>	30.9 [2.1] <sup>c</sup>	30.9 [2.1] <sup>c</sup>	91.2 [3.2]	41.0 [2.6]	72.8 [3.8] <sup>b</sup>	51.3 [3.8] <sup>c</sup>
Indígena	93.5 [2.1]	51.0 [5.6]	21.3 [3.8]	38.9 [10.5]	60.7 [8.0]	9.7 [4.6]	75.8 [10.1]	64.3 [11.3]	22.9 [5.8]	16.1 [3.2]	16.1 [3.2]	90.5 [6.1]	51.5 [7.2]	45.9 [9.6]	24.0 [9.2]
Nivel socioeconómico <sup>*</sup>															
Bajo	96.1 [1.0]	53.0 [3.1] <sup>a</sup>	34.4 [2.8]	32.5 [5.6]	52.7 [5.9] <sup>a</sup>	22.4 [4.6]	61.0 [6.2]	41.8 [6.0]	30.7 [3.9]	19.8 [2.2]	19.8 [2.2]	90.1 [4.6]	46.9 [4.2]	66.9 [5.0]	41.9 [5.5]
Medio	95.0 [1.4]	45.1 [3.4]	30.4 [2.9]	25.5 [6.3]	36.6 [6.4]	31.5 [6.2]	53.6 [8.0] <sup>b</sup>	29.6 [7.0]	38.2 [4.8] <sup>†</sup>	24.5 [3.1] <sup>†</sup>	24.5 [3.1] <sup>†</sup>	88.2 [6.5]	45.6 [5.0] <sup>†</sup>	66.9 [7.0] <sup>‡</sup>	49.4 [6.6]
Alto	95.7 [1.3]	45.1 [3.3]	37.3 [3.1]	27.5 [6.3]	31.6 [6.5] <sup>‡</sup>	24.0 [4.7]	26.0 [6.2] <sup>†</sup>	19.8 [4.9] <sup>†</sup>	61.0 [5.2] <sup>†</sup>	44.5 [3.5] <sup>†</sup>	44.5 [3.5] <sup>†</sup>	96.8 [2.1]	32.7 [4.4] <sup>†</sup>	81.1 [4.3] <sup>‡</sup>	59.0 [6.4] <sup>‡</sup>
Trabajo con pago <sup>**</sup>															
No	95.7 [0.9]	50.2 [2.2] <sup>b</sup>	34.1 [2.1]	29.5 [3.9]	42.5 [4.3]	23.2 [3.0]	53.3 [5.3] <sup>†</sup>	27.0 [4.5]	38.0 [2.8] <sup>†</sup>	27.2 [1.9] <sup>b</sup>	27.2 [1.9] <sup>b</sup>	90.7 [3.8]	41.9 [3.0]	67.7 [4.4] <sup>†</sup>	46.9 [4.4]
Sí	95.4 [1.4]	41.3 [3.5]	33.8 [3.3]	23.2 [8.0]	27.0 [8.6]	39.6 [10.1]	36.2 [6.5]	33.1 [5.6]	59.4 [5.4]	35.4 [3.7]	35.4 [3.7]	92.6 [4.6]	42.0 [5.7]	78.6 [5.0]	55.2 [6.5]

(continúa...)





n: 73

N (miles): 164.6

Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

**FIGURA 1. MOTIVOS PARA NUNCA AMAMANTAR. MUJERES DE 12 A 59 AÑOS, MADRES DE NIÑOS MENORES DE 24 MESES. MÉXICO, ENSANUT 2018-19**

Una limitación de este estudio es que no se cuenta con suficiente tamaño de muestra para estimar con mayor precisión todos los indicadores de PLMAC en subgrupos de edad. Otra limitación es que, por tratarse de una medición transversal, no se puede inferir causalidad si se observan los resultados entre 2012 y 2018, pero la sinergia de algunas intervenciones de política pública y acciones de la sociedad civil que se implementaron entre 2014 y 2018 podría haber incidido en los cambios. A continuación, mencionamos algunas de ellas.

Entre 2013 y 2018 se desarrollaron una serie de acciones que pudieran explicar las mejoras en la LM. A nivel federal, se creó la Estrategia Nacional de Lactancia Materna (ENLM) 2014-2018. Sin embargo, la falta de presupuesto asignado pudo haber limitado el alcance de las acciones que contemplaba.<sup>12</sup>

Se incrementó la nominación de hospitales bajo la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña (IHANN), aunque sólo 11% de los hospitales se certificaron,<sup>13</sup> cifra muy baja para una adecuada promoción de la LM en los servicios de salud.<sup>14</sup>

Se reformaron leyes en favor de la LM como el Proyecto de Norma Oficial Mexicana para el fomento, protección y apoyo a la LM,<sup>15</sup> sin embargo, aún no ha sido aprobado. Se modificó la Ley Federal del trabajo para asegurar que las mujeres pudieran gozar 12 semanas de licencia de maternidad, así como dos reposos extraordi-

narios por día. Sin embargo, 52% de las mujeres económicamente activas trabajan en el sector informal,<sup>16</sup> y no son beneficiadas. Como parte de los programas sociales, dentro de *Prospera* se implementó la Estrategia Integral de Atención a la Nutrición (ESIAN), que incluyó un fuerte componente de PLMAC, con resultados favorables en la capacitación del personal de salud en temas de lactancia y en la población objetivo medido a escala piloto.<sup>17</sup>

En el año 2016 se realizó el estudio Índice País Amigo de la Lactancia Materna en México,<sup>18</sup> para conocer el entorno de escalamiento de políticas de lactancia, que evidenció una falta de acciones integrales de diversos sectores e incluso algunos carentes como es la falta de presupuesto. Por parte de la academia, se integró un grupo de expertos para lanzar recomendaciones a la política nacional de LM.<sup>19</sup> Finalmente, varias Organizaciones de la Sociedad Civil promovieron y apoyaron eventos anuales en la Semana Mundial de la Lactancia Materna.<sup>20</sup>

Sin embargo, no hay evidencia de que estas políticas y acciones hayan sido evaluadas en su diseño, implementación o impacto, lo que impide concluir si resultaron efectivas para mejorar las prácticas de LM en el país.

## Recomendaciones

Exhortamos a la creación de un programa de lactancia materna con una partida presupuestal específica para implementación, monitoreo y evaluación de:

- El cumplimiento al Código Internacional de Sucedáneos de leche materna y sus resoluciones posteriores.
- La certificación de hospitales bajo la IHANN, y su adecuado monitoreo, ya que ha demostrado ser efectiva para mejorar las prácticas de LME en otros países.<sup>21</sup>
- Una estrategia nacional de comunicación para cambios de comportamientos con la respectiva sensibilización y capacitación de los profesionales de salud, incluyendo las herramientas para una adecuada consejería individual a las madres antes del alta del hospital, para disminuir el porcentaje de introducción de líquidos diferentes a la LM antes de los tres días de nacidos, promoción y comunicación efectiva.
- Una estrategia para promover las prácticas adecuadas de AC, incluyendo la mejora del acceso, disponibilidad y consumo de alimentos de origen animal como principal fuente de hierro más absorbible, así como otorgar suplementos con micronutrientes para los grupos más vulnerables.<sup>22</sup>

Por otro lado, es urgente la publicación de la NOM-050-SSA2-2018 y la modificación del marco normativo que regula la comercialización y promoción de sucedáneos de leche materna, así como de alimentos y bebidas con alto contenido de grasas, azúcares o sal que son consumidos por niños <24 meses. Aunque recientemente se aumentó la licencia de maternidad pagada de 12 a 14 semanas, dista de la recomendación de 24 semanas para lograr una LM óptima,<sup>19</sup> por lo que se recomienda extender su duración e incluir a las mujeres del sector informal a través de programas sociales.<sup>16</sup>

En conclusión, se debe mantener una vigilancia constante de las prevalencias nacionales de PLMAC que sirvan como insumo para orientar a las instancias del Gobierno, tomadores de decisiones y la sociedad en general sobre la situación de alimentación y nutrición infantil. Asimismo, se deben impulsar acciones que favorezcan la práctica de la LM y AC de acuerdo con las recomendaciones de la OMS, que permitan acercarnos más a la meta de la Asamblea Mundial de Nutrición<sup>23</sup> de 50% de LME para el año 2025, así como la evaluación del desempeño de las políticas públicas en torno a la primera infancia en México.

*Declaración de conflicto de intereses.* Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Singapur: OMS, 2003.
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
3. Unar-Munguía M, Stern D, Colchero MA, González de Cosío T. The burden of suboptimal breastfeeding in Mexico: Maternal health outcomes and costs. *Matern Child Nutr*. 2019;15(1):e12661. <https://doi.org/10.1111/mcn.12661>
4. Joffe N, Webster F, Shenker N. Support for breastfeeding is an environmental imperative. *BMJ*. 2019;367:15646. <https://doi.org/10.1136/bmj.15646>
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Improving Young Children's Diets During the Complementary Feeding Period. UNICEF Programming Guidance. Nueva York: UNICEF, 2020 [citado septiembre 12, 2020]. Disponible en: <https://www.unsccc.org/en/news-events/recent-news?idnews=2030>
6. González-de Cosío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell LD. Prácticas de alimentación infantil en niños menores de dos años. En: Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. 2a ed. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013: 163-6.
7. Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: metodología y perspectivas. *Salud Publica Mex*. 2019;61(6):917-23. <https://doi.org/10.21149/11095>
8. Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. En prensa. 2020.
9. Organización Mundial de la Salud. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Parte I Definiciones. Washington DC: OMS, 2009.
10. Khan J, Vesel L, Bahl R, Martines JC. Timing of breastfeeding initiation and exclusivity of breastfeeding during the first month of life: effects on neonatal mortality and morbidity—a systematic review and meta-analysis. *Matern Child Health J*. 2015;19(3):468-79. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1526-8>
11. Bridge G, Lomazzi M, Bedi R. A cross-country exploratory study to investigate the labelling, energy, carbohydrate and sugar content of formula milk products marketed for infants. *Br Den J*. 2020;228(3):198-212. <https://doi.org/10.1038/s41415-020-1252-0>
12. Secretaría de Salud. Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018. México: SS, 2013 [citado septiembre 12, 2020]. Disponible en: [http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/ENLM\\_2014-2018.pdf](http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/ENLM_2014-2018.pdf)
13. González-de Cosío T, Ferré I, Mazariegos M, Pérez-Escamilla R, BBF Mexico Committee. Scaling up breastfeeding programs in Mexico: lessons learned from the becoming breastfeeding friendly initiative. *Curr Dev Nutr*. 2018;2(6):nzy018. <https://doi.org/10.1093/cdn/nzy018>
14. Bonvecchio A, Théodore FL, González W, Lozada AL, Alvarado R, Blanco I. Barreras de la lactancia materna en México. En: González de Cosío

- Martínez T, Hernández Cordero S, eds. Lactancia materna en México. Recomendaciones para el diseño e implementación de una política nacional multisectorial de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en México. Ciudad de México: Academia Nacional de Medicina, 2016.
15. Diario oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018, Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna. México: DOF, 2018 [citado septiembre 12, 2020]. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5521251&fecha=02/05/2018](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521251&fecha=02/05/2018)
16. Vilar-Compte M, Teruel G, Flores D. Costing a Maternity Leave Cash Transfer to Support Breastfeeding Among Informally Employed Mexican Women. *Food Nutr Bull.* 2019;40(2):171-81. <https://doi.org/10.1177/0379572119836582>
17. Bonvecchio A, Perichart O, Reyes H, Rodríguez L. Comunicación para cambios de comportamientos y promoción de estilos de vida saludables para la prevención del sobrepeso y la obesidad infantil. En: Dommarco-Rivera JA, Colchero MA, Fuentes ML, González-de Cosío T, Aguilar-Salinas C, Hernández G, et al. eds. La obesidad en México. Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2018.
18. Becoming Breastfeeding Friendly. Reporte Índice País Amigo de la Lactancia Materna, Caso México 2016. Índice País Amigo de la Lactancia Materna: situación y recomendaciones para México. México: BBF, 2017 [citado septiembre 12, 2020]. Disponible en: [http://eventos.unkilodeayuda.org.mx/BBFMexico/docs/Reporte\\_BBFMexico.pdf](http://eventos.unkilodeayuda.org.mx/BBFMexico/docs/Reporte_BBFMexico.pdf)
19. González-de Cosío Martínez T, Hernández-Cordero S, eds. Lactancia materna en México. México: Academia Nacional de Medicina de México, 2016.
20. Organización Mundial de la salud. Semana mundial de la lactancia materna. Ginebra: OMS, 2017 [citado septiembre 12, 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/events/2017/world-breastfeeding-week/es/>
21. Pérez-Escamilla R, Martínez J, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2016;12(3):402-17. <https://doi.org/10.1111/mcn.12294>
22. Lamstein S, Stillman T, Koniz-Booher P, Akesson A, Collaiezzi B, Williams T, et al. Evidence of effective approaches to social and behavior change communication for preventing and reducing stunting and anemia: Report from a systematic literature review. Arlington: USAID/ Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING), 2014.
23. Organización Mundial de la salud. Metas Globales 2025. Para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Ginebra: OMS, 2014 [citado septiembre 12, 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/nutrition/global-target-2025/es/>