

Lactancia materna

Luz Dinorah González-Castell, M en C,⁽¹⁾ Mishel Unar-Munguía, M en C, D en C,⁽¹⁾
 Anabelle Bonvecchio-Arenas, M en SP, D en C,⁽²⁾ Marta Rivera-Pasquel, M en C,⁽³⁾
 Ana Lilia Lozada-Tequeanes, M en C, D en C,⁽¹⁾ Claudia Ivonne Ramírez-Silva, M en C, D en C,⁽¹⁾
 Ivonne Jasmín Álvarez-Peña, MD,⁽⁴⁾ Fernanda Cobo-Armijo, M en Der, D en SP,⁽⁵⁾
 Juan Ángel Rivera-Dommarco, M en C, PhD.⁽⁶⁾

González-Castell LD, Unar-Munguía M, Bonvecchio-Arenas A, Rivera-Pasquel M, Lozada-Tequeanes AL, Ramírez-Silva CI, Álvarez-Peña IJ, Cobo-Armijo F, Rivera-Dommarco JA.
Lactancia materna.

Salud Pública Mex. 2024;66:498-508.

<https://doi.org/10.21149/15898>

González-Castell LD, Unar-Munguía M, Bonvecchio-Arenas A, Rivera-Pasquel M, Lozada-Tequeanes AL, Ramírez-Silva CI, Álvarez-Peña IJ, Cobo-Armijo F, Rivera-Dommarco JA.
Breastfeeding.

Salud Pública Mex. 2024;66:498-508.

<https://doi.org/10.21149/15898>

Resumen

Objetivo. Estimar las brechas en lactancia materna (LM) en México para alcanzar las metas del objetivo global de nutrición sobre LM al 2030 (OGN 2030) y emitir recomendaciones de política pública. **Material y métodos.** Se utilizó información de mujeres (12-59 años) y sus hijos/as <24 meses de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2021 a 2023 para la estimación de indicadores de LM de acuerdo con variables sociodemográficas. Se estimaron las brechas en LM para alcanzar las metas del OGN 2030 vs. las tendencias nacionales, considerando la efectividad de intervenciones en contextos similares a México. **Resultados.** La prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) en niños/as <6 meses es de 34.2%, mientras que la de LM continuada a los dos años es de 43%; éstas son más bajas entre mujeres con menor paridad y con empleo remunerado y más altas entre mujeres que recibieron información sobre LM en el embarazo o consulta. Se estima alcanzar 42.5% de LME para 2030 con la tendencia actual, no obstante, la meta OGN 2030 de 70% sólo se logrará si se capacita al personal de salud y comunitario en consejería en LM, se fortalece la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña, hay cumplimiento del Código Internacional

Abstract

Objective. Estimate breastfeeding gaps in Mexico to achieve the 2030 global nutrition goals and provide public policy recommendations. **Materials and methods.** Data from women 12-59 years old and their children <24 months was analyzed using the National Health and Nutrition Survey (Ensanut, in Spanish) 2021 to 2023 to calculate breastfeeding indicators. The gaps to achieve the 2030 breastfeeding goals were estimated through comparison with national trends, considering the effectiveness of interventions in contexts similar to Mexico. **Results.** The prevalence of exclusive breastfeeding (EBF) in children <6 months is 34.2% and 43% for continued breastfeeding at two years. Breastfeeding prevalence is lower among women with lower parity and with paid employment, and higher among women with a low Well-being Conditions Index at the household level and those who received previous information about breastfeeding during pregnancy or in consultation. With the current trend, it is estimated 42.5% of EBF by 2030. The 2030 global nutrition goal of 70% EBF will only be achieved if health and community personnel are trained to provide breastfeeding counseling, if the Baby-Friendly Hospital Initiative is strength-

- (1) Departamento de Nutrición Materna, del Niño y del Adolescente, Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
- (2) Dirección de Investigación en Políticas y Programas de Nutrición, Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
- (3) Departamento de Obesidad, Diabetes y Riesgo Cardiovascular, Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
- (4) Departamento de Alojamiento Conjunto, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Ciudad de México, México.
- (5) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en México. Ciudad de México, México.
- (6) Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Fecha de recibido: 19 de abril de 2024 • **Fecha de aceptado:** 9 de julio de 2024 • **Publicado en línea:** 22 de agosto de 2024

Autora 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

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y si se extiende la licencia de maternidad pagada en México. **Conclusiones.** Se requiere un fuerte compromiso para implementar políticas y acciones integrales en distintos sectores que permitan alcanzar las metas de LM del OGN 2030 en México.

Palabras clave: lactancia materna; brechas; objetivo global de nutrición 2030; México

ened, if there is compliance with the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes, and if paid maternity leave is extended in Mexico. **Conclusions.** It is necessary to implement policies and actions from different sectors that facilitate breastfeeding to achieve 2030 global nutrition goals.

Keywords: breastfeeding; gaps; 2030 global nutrition goals; Mexico

La lactancia materna (LM) es la opción idónea de alimentación para niños/as y sus madres ya que les proporciona protección¹ a ellos y al medio ambiente.² A corto plazo, disminuye el riesgo de enfermar y morir durante los primeros meses de vida y ayuda al crecimiento y desarrollo óptimo del infante. A largo plazo, en niños/as reduce el sobrepeso y la obesidad, mientras que en la madre disminuye el intervalo intergenésico, el riesgo de cáncer de mama y de ovario, y de diabetes tipo dos, entre otros beneficios a la salud.¹ A nivel global, las prevalencias de LM exclusiva (LME) en niños/as <6 meses aumentaron 10 puntos porcentuales (pp) durante la última década, hasta alcanzar 48%.³ En México, la LME incrementó 18.8 pp de 2012 a 2022, para llegar a 33.6%.⁴ A pesar del avance, las prácticas de LM están lejos de alcanzar las metas del objetivo global de nutrición 2030 (OGN 2030) propuestas por la Asamblea Mundial de la Salud³ como continuación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.⁵ Estas metas establecen 70% de LME y 60% de LM continuada a los dos años de vida.

En México, se ha documentado la inequidad social y económica en la práctica de la LM en varios aspectos,⁴ como la ausencia de una estrategia nacional de LM,⁶ el escaso apoyo en el entorno laboral y social-familiar, la falta de consejería en los servicios de salud,⁷ sobre todo de LM durante el embarazo y posparto;⁸ también la baja certificación de la Iniciativa Hospitales Amigo del Niño y de la Niña (IHANN) (sólo 14.3%),⁷ la ausencia de regulación de la comercialización agresiva de fórmulas comerciales infantiles (FCI),⁹ la corta duración de la licencia de maternidad pagada en el sector formal de sólo 12 semanas¹⁰ y la ausencia de protección de la maternidad que salvaguarde el ingreso de las mujeres con empleo informal.¹¹ Esta inequidad se dio a pesar de contar con evidencia científica de intervenciones de probada efectividad, como el establecimiento de programas de apoyo a la LM en los servicios de salud¹² (ej. la IHANN) y la capacitación de personal de salud¹³ y comunitario para consejería sobre LM.¹⁴

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es estimar las brechas en LM en México de acuerdo con la tendencia actual, considerando las intervenciones efectivas nece-

sarias para alcanzar las metas de LM del OGN 2030 y emitir recomendaciones de política pública.

Material y métodos

Se analizaron datos de las ediciones 2021, 2022 y 2023 de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut). Esta encuesta tiene un diseño probabilístico para hacer inferencias estadísticas en el ámbito nacional, por zona rural del país (< 2 500 habitantes) o urbana (\geq 2 500 habitantes) y por región.¹⁵

Población de estudio: 1) Niños/as de 0 a 24 meses con información sobre LM brindada por la madre o cuidador de 12-59 años residente del hogar; 2) niños/as de 0 a 24 meses con información sobre consejería en LM (si la madre recibió información sobre LM durante el embarazo o en la consulta de niño/a sano).

Variables: La obtención de información de LM y de alimentación complementaria y el cálculo de los indicadores se describen en publicaciones previas,⁴ así como la información sobre LM recibida por la madre durante el embarazo o la atención del parto y en alguna consulta del niño sano, en otra consulta, en un taller o plática comunitaria.⁸

Escolaridad de la madre: Niveles escolares completos de primaria, secundaria, preparatoria, bachillerato, estudios técnicos, normal licenciatura, licenciatura y posgrados.

Empleo: Se estimó conforme al reporte de empleo remunerado o no remunerado de la madre la semana previa a la encuesta.

Estado civil: Se clasificó a las madres "con pareja" si reportó estar casada o vivir en unión libre y "sin pareja" si se identificó como soltera, viuda o divorciada.

Paridad: A partir del número total de embarazos, se consideró el número de partos de hijos/as nacidos vivos o muertos.

PRINCIPALES RESULTADOS

- Persiste la inequidad en las prácticas de lactancia materna en México. Un tercio (34.2%) de los menores de seis meses es alimentado exclusivamente con leche materna, mientras que se estima en 35% la brecha para alcanzar las metas del objetivo global de nutrición 2030.
- La lactancia materna es más baja entre mujeres con empleo remunerado en comparación con mujeres sin empleo remunerado, lo que se explica por las diversas barreras para la lactancia materna en el entorno laboral, la corta duración de sólo 12 semanas de licencia de maternidad pagada en el sector formal y la ausencia de protección de la maternidad para mujeres con empleo informal.
- Las prevalencias de lactancia materna exclusiva son menores en mujeres sin ningún nivel de educación en comparación con mujeres con educación primaria, secundaria, preparatoria o más.
- La prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) es mayor entre mujeres que recibieron información sobre lactancia materna durante el embarazo y en quienes les resolvieron problemas para amamantar en las consultas de niño sano, en pláticas o talleres.
- Para alcanzar la meta del objetivo global en nutrición 2030 de 70% de LME se requiere:
 - ◇ Incrementar la licencia de maternidad pagada de 12 a 24 semanas.
 - ◇ Cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, para lo cual se deben reforzar y armonizar los diferentes instrumentos legales que regulen las prácticas de comercialización de la industria de sucedáneos de leche materna.
 - ◇ La implementación de un programa de educación y consejería sobre lactancia materna en los servicios de salud y comunitario.
 - ◇ Fortalecer la implementación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña.

Derechohabiencia de las madres y sus hijos/as: Reporte de tener acceso a algún servicio de salud institucional (Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS-Bienestar e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado), otras instituciones del sector público (Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa Nacional y Secretaría de Marina), quienes hacen uso de otras instituciones del sector público, y quienes tenían seguro médico privado o ninguno de los anteriores.

Índice de condiciones de bienestar (ICB): Fue diseñado a través de análisis de componentes principales con características de la vivienda y posesión de enseres en los hogares como parte de la metodología de la Ensanut, la cual se encuentra documentada en otras publicaciones.¹⁶

Métodos estadísticos

Se estimaron porcentajes e intervalos de confianza al 95% (IC95%) para los indicadores e información sobre LM recibida en el embarazo y consulta del niño sano a nivel nacional y de acuerdo con las principales variables sociodemográficas descritas, considerando el diseño de las encuestas.¹⁶

Se realizó la prueba ji cuadrada intraclase para observar diferencias entre categorías de LM, así como un modelo de regresión logística para comparar la información recibida sobre LM entre categorías de las variables sociodemográficas, ajustado por sexo y edad del niño/a, escolaridad materna, derechohabiencia de la madre, nivel socioeconómico, localidad urbana/rural y región, y para estimar diferencias en la prevalencia de LME en la información sobre LM recibida en el embarazo y consulta del niño sano. Se consideró un valor $p < 0.05$ como diferencia estadísticamente significativa.

Las brechas de LM se estimaron en pp y porcentaje comparando la prevalencia de LM de la Ensanut respecto a las metas de OGN 2030.⁵ Para estimar la prevalencia de LME que podría alcanzarse para el año 2030, se consideró la tendencia anual observada en México entre 2018 y 2023 y la efectividad de las principales intervenciones en contextos similares a México, como incrementar la licencia de maternidad pagada de 12 a 24 semanas,¹⁷ cumplir el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (Código),^{2,18} otorgar consejería sobre LM en los servicios de salud y comunidades, y fortalecer la IHANN.¹⁴

Los protocolos de cada Ensanut fueron aprobados por los Comités de Investigación, Ética en Investigación y Bioseguridad del Instituto Nacional de Salud Pública.¹⁶ Asimismo, a todos los participantes se les solicitó el consentimiento informado escrito de las personas adultas.

Resultados

En el cuadro I se muestra que el inicio temprano de la LM prevalece en 62.0% (IC95%: 54.4,69.1) en el ICB bajo vs. 51.4% (IC95%: 44.5,58.2; $p<0.10$) en ICB alto, mientras que alcanza 61.5% (IC95%: 53.9,68.5) en el medio rural vs. 52.5% (IC95%: 47.3,57.6; $p<0.10$) en urbano. La LME es mayor en las mujeres sin empleo remunerado (40.6%; IC95%: 32.1,49.7), en comparación con empleo remunerado (14.3%; IC95%: 7.5,25.8; $p<0.01$). Las mujeres que tienen tres hijos/as tienen mayor prevalencia de lactancia materna exclusiva (50.3%; IC95%: 29.1,71.3; $p<0.05$) vs. mujeres con menos hijos/as.

Por su parte, la prevalencia de lactancia materna continua al año de vida (12 a 15 meses) es mayor entre mujeres sin derechohabencia (50.1%; IC95: 39.2,61.0; $p<0.01$) vs. las que sí tienen acceso a servicios de salud. La mitad de las mujeres en medio rural continúa amamantando al año (56.6%; IC95%: 16.0,42.3) en comparación con el medio urbano (36.1%; IC95%: 26.4,47.0; $p<0.05$). En cambio, más de 62% (IC95%: 38.6,81.1) de las mujeres que tienen tres hijos/as amamantó hasta los dos años de vida (20 a 23 meses) a sus hijos/as, comparado con aquellas que tienen menos hijos/as ($p<0.05$).

Por otro lado, 82.7% (IC95%: 80.4,84.8) de mujeres con hijos/as de 0 a 23 meses recibió información en el embarazo sobre dar sólo LM y no dar FCI a su bebé, mientras que en la consulta del niño sano, taller o plática, a 67.4% (IC95%: 80.4,84.8) de las mujeres le preguntaron si tenía problemas para amamantar y le dieron alguna recomendación de cómo resolverlo (cuadro suplementario).¹⁹

En general, la prevalencia de LME es mayor entre mujeres que recibieron información sobre LM en el embarazo o la consulta del niño sano, aunque no todas las diferencias son estadísticamente significativas (figura 1). Las mujeres a quienes les hablaron sobre dar LM y no dar fórmula tuvieron una prevalencia de LME de 35% vs. 25.1% si no recibieron esta información ($p<0.001$). Las mujeres a las que les preguntaron si tenían problemas para amamantar y les dieron alguna recomendación de cómo resolverlo tuvieron una prevalencia de LME de 37.2% vs. 29.0% si no recibieron la información ($p<0.001$). En 42.2% prevaleció la LME entre las mujeres que recibieron información sobre cómo iniciar la alimentación complementaria vs. 25.1% por no recibir información ($p<0.05$) (figura 1).

Las prevalencias de LM de acuerdo con las Ensanut 2021-2023 se encuentran por debajo de las metas propuestas para el OGN 2030 (figura 2). La brecha para alcanzar las metas 2030 es de 15 pp (21%) para el inicio temprano de LM, 36 pp (51%) para LME <6 meses, 37 pp (47%) para LM continua al año y 19 pp (31%) para LM a los dos años.

Para el año 2030, se estima que solamente se alcanzará 42.5% de prevalencia de LME, considerando un aumento de 1.18 pp al año (figura 3). Se estima que si de manera conjunta se implementan acciones que han probado ser efectivas en otros países y se incrementa la licencia de maternidad, se cumple el Código, se otorga consejería sobre LM en los servicios de salud y la comunidad, y se fortalece la IHANN, se podrá incrementar la LME a 71.5%.

Derivado de estos hallazgos, en el cuadro II se presentan las recomendaciones de política pública necesarias y los actores e instancias clave a involucrarse para alcanzar el OGN 2030.

Discusión

Este estudio evidencia la persistencia de inequidad en las prácticas de LM en México, a pesar de los avances en los últimos cinco años. Además, no se alcanzarán las metas de LM del OGN 2030 a menos que se implementen acciones sinérgicas desde el nivel federal.

En cuanto a la inequidad en LM, ésta es mayor en mujeres que no cuentan con ningún nivel de escolaridad y en poblaciones con un ICB bajo. Persiste una prevalencia de LM más baja entre mujeres con empleo remunerado¹⁰ y se explica por las diversas barreras para la LM en el entorno laboral que previamente ya se han documentado.¹⁰ Por ello, se debe incrementar la licencia de maternidad pagada de 12 a 24 semanas para mujeres en el sector formal,²⁰ e implementar programas de protección social equivalentes a la licencia de maternidad para mujeres que trabajan en el sector informal.¹¹

Recientemente, en la Ensanut⁸ se comenzó a captar información sobre consejería en LM. Los datos de este estudio muestran que la prevalencia de LME es mayor entre mujeres que recibieron información sobre LM durante el embarazo y a quienes les dieron alguna recomendación de cómo resolverlo. Otros estudios han documentado que los profesionales en nutrición son los más capacitados para brindar orientación sobre LM pero, a su vez, son los más escasos en las unidades de salud (APS). Además, son los más reacios a recomendar fórmula láctea, haciéndolo sólo ante la desnutrición del niño o la madre. Sin embargo, su atención depende de la decisión del médico de remitir al paciente, lo que limita la promoción de la LM por parte de ellos.²¹ Por ello, se

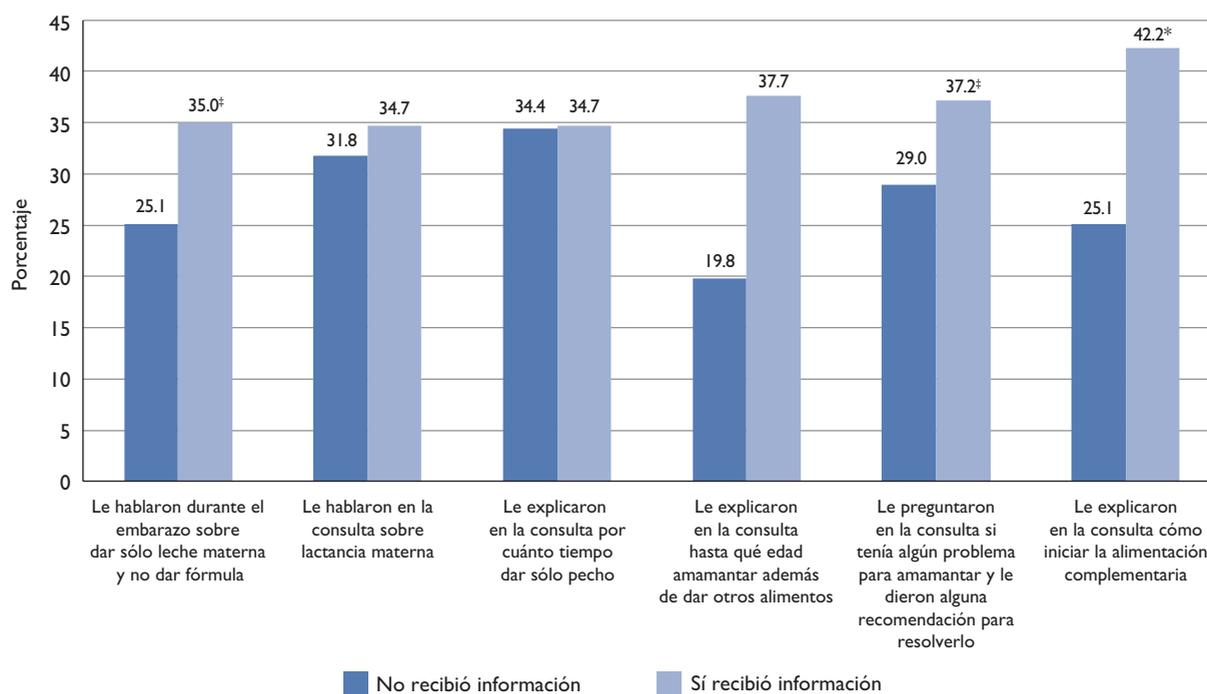
PREVALENCIA DE INDICADORES* DE LACTANCIA MATERNA EN MÉXICO SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS. ENSANUT 2021-2023

Cuadro I

Variable	Inicio temprano ^a (< 24 meses)				Lactancia materna exclusiva (< 6 meses)				Lactancia materna continua al año de vida (12 a 15 meses)				Lactancia materna continua los dos años de vida (20 a 23 meses)			
	Muestra número	Número (miles)	%	IC95%	x ² (valor p)	Muestra número	Número (miles)	%	IC95%	x ² (valor p)	Muestra número	Número (miles)	%	IC95%	x ² (valor p)	
Nacional	1 536	3 441	55.0	50.7,59.2	388	896.2	34.2	27.2,41.9	289	598.8	42.8	33.9,52.2	274	587.2	41.2	32.4,50.5
Maternos																
Escolaridad																
Ninguna	61	124.3	39.7	21.8,60.9	12	26.1	20.5	4.3,59.7	13	30.9	30.8	7.7,70.3	9	11.7	26.3	5.55,68.4
Primaria completa o menos	198	426.8	60.4	51.1,69.0	51	124.6	27.4	14.2,46.3	41	76.3	55.8	29.9,79.0	30	66.8	46.6	34.0,59.5
Secundaria completa	646	1 325.6	55.6	49.5,61.5	173	334.0	45.5	35.3,56.1	125	256.0	43.7	30.0,58.5	104	229.6	39.1	25.8,54.3
Preparatoria o más	605	1 519.5	54.0	47.0,60.8	148	407.6	28.1	18.3,40.6	107	233.2	39.4	27.3,53.0	121	226.3	43.3	29.6,58.1
Empleo																
Sin empleo remunerado	1 044	2 242.6	55.4	50.0,60.6	286	626.9	40.6	32.1,49.7	196	379.5	47.5	37.6,57.6	163	339.0	44.9	32.6,57.8
Con empleo remunerado	454	1 111.4	53.7	46.2,61.1	91	238.8	14.3	7.5,25.8	89	215.2	34.4	21.0,51.0	98	211.8	35.4	23.3,49.7
Estado civil																
Sin pareja	785	1 768.3	52.0	46.5,57.6	174	357.3	34.8	24.5,46.7	150	316.3	41.3	30.7,53.0	139	290.6	33.8	21.3,49.0
Con pareja	725	1 627.9	57.9	52.0,63.7	210	534.9	34.0	25.1,44.1	136	280.0	44.7	30.5,60.0	125	283.8	49.7	36.6,62.9
Paridad ^b																
1	238	566.1	45.5	36.3,55.0	54	151.2	14.4	6.3,29.5	47	96.6	31.0	16.1,51.2	52	14.2	30.8	17.4,48.6
2	253	573.1	60.4	50.2,69.8	67	135.1	33.1	21.3,47.5	49	106.0	55.0	33.7,74.6	44	84.7	49.1	29.3,69.2
3	180	383.8	58.1	47.1,68.3	46	76.1	50.3	29.1,71.3	31	53.1	59.0	33.4,80.3	33	69.2	62.2	38.6,81.1
4 o más	110	191.1	51.6	39.3,63.8	22	37.3	45.4	20.0,73.3	17	37.9	27.1	10.8,53.3	20	29.6	68.6	41.4,87.1

(Continúa...)

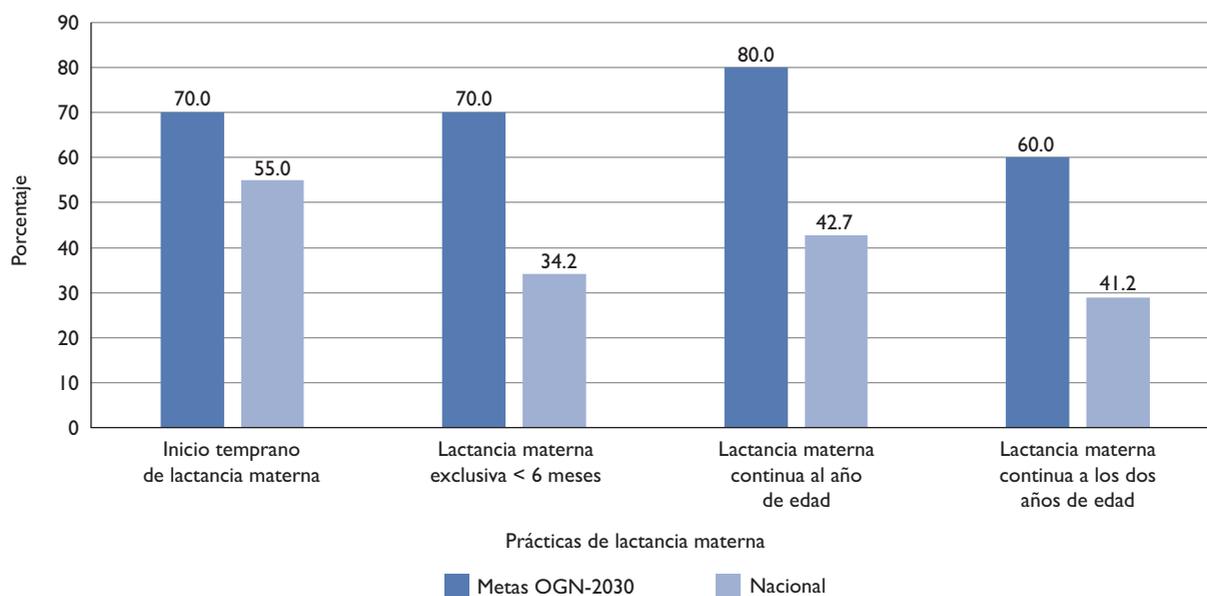
(…continuación)																				
Derechohabiciencia de madre e hijo/a ^o																				
Sin derechohabiciencia	958	1 988.9	57.6	52.3,62.7	0.37	242	498.4	35.8	27.0,45.6	0.64	179	367.4	50.1	39.2,61.0	0.01*	164	356.2	44	31.9,56.8	0.57
IMSS, ISSSTE o ambos	559	1 373.8	51.0	44.6,57.5		142	382.4	31.2	20.6,44.2		109	229.6	30.6	20.0,44.0		106	227.0	36.5	23.8,51.5	
Pemex, Sedena, Semar u otras instituciones	19	77.9	58.0	25.7,84.6		4	15.5	--	--		1	1.9	1	--		4	4.0	52.8	9.2,92.5	
Características del hogar																				
Índice de condiciones de bienestar ^o																				
Bajo	486	1 131.6	62.0	54.4,69.1	0.08*	121	279.9	34.7	23.1,48.5	0.57	92	204.3	52.7	36.2,68.7	0.23	85	184.2	50.0	32.5,67.3	0.22
Medio	541	1 146.0	51.7	44.1,59.3		140	276.4	39.3	26.3,54.0		109	212.9	38.5	26.0,52.7		90	187.9	43.0	29.8,57.3	
Alto	509	1 163.0	51.4	44.5,58.2		127	339.9	29.5	19.3,42.3		88	181.5	36.7	24.1,51.5		99	215.1	32.0	21.3,45.0	
Comunidad																				
Tamaño de la localidad																				
Rural	463	949.9	61.5	53.9,68.5	0.06*	119	265.8	27.2	16.0,42.3	0.24	90	195.9	56.6	39.9,72.0	0.04*	76	136.5	40.5	27.6,54.8	0.92
Urbano	1 073	2 490.7	52.5	47.3,57.6		269	630.4	37.1	28.9,46.0		199	402.8	36.1	26.4,47.0		198	450.7	41.3	30.8,52.7	
* Porcentaje ponderado de acuerdo con el diseño de cada Ensanut																				
† Información obtenida solo en niñas/os amamantados																				
‡ p<0.1 diferencia estadísticamente significativa; # p<0.001																				
& Suma de partos de nacidos vivos o muertos; * p<0.05																				
∞ Niño/a o su madre que tuviera acceso parcial o total a servicios de salud proveniente de alguna de las siguientes instituciones: IMSS, Instituto Mexicano del Seguro Social; 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; otras instituciones de la Secretaría de Salud																				
° Calculado por componentes principales como parte de la metodología de la Ensanut																				
Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición																				



Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

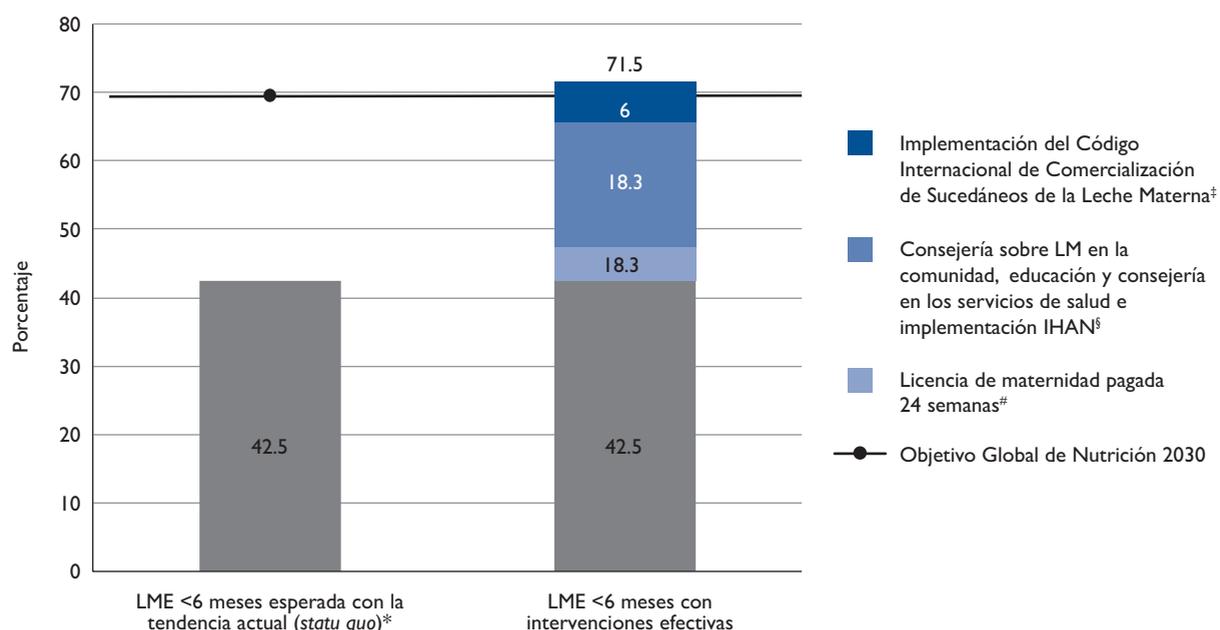
Diferencias estadísticamente significativas respecto a la categoría de referencia usando una regresión logística. * $p < 0.05$; † $p < 0.001$

FIGURA 1. PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (0 A 5 MESES) DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA EN EL EMBARAZO Y LA CONSULTA DEL NIÑO SANO, TALLER O PLÁTICA COMUNITARIA. ENSANUT 2021-2023, MÉXICO



* OGN-2030: Objetivo Global de Nutrición para el año 2030 propuestas por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia⁵

FIGURA 2. BRECHAS DE LACTANCIA MATERNA EN LA ENSANUT CONTINUA 2021-2023 RESPECTO A LAS METAS DEL OBJETIVO GLOBAL DE NUTRICIÓN PARA EL AÑO 2030*



* En consideración de la tendencia de aumento de la lactancia materna de 1.18 puntos porcentuales al año
 ‡ En consideración de un punto porcentual de incremento anual en la LME, la cual es la mitad de la efectividad observada en otros países^{3,18}
 § En consideración de un incremento de 43% en la LME, el cual es el límite inferior de efectividad reportado¹⁴
 # En consideración de un incremento de 1.6 puntos porcentuales en la LME por cada mes de licencia que es el límite inferior de efectividad reportado⁷ y en suposición de un aumento de tres meses más en México
 LME: lactancia materna exclusiva; IHAN: Iniciativa Hospital Amigo del Niño

FIGURA 3. PREVALENCIA ESPERADA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS/AS MENORES DE SEIS MESES EN 2030

Cuadro II
RECOMENDACIONES DE POLÍTICA PÚBLICA PRIORITARIAS EN MÉXICO PARA ALCANZAR LAS METAS DE LACTANCIA MATERNA DEL OBJETIVO GLOBAL DE NUTRICIÓN 2030. MÉXICO, 2024

Actores	Recomendación
1 Sector salud: Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), IMSS-Bienestar y otras instancias públicas del sector salud	Implementar una estrategia o programa nacional de lactancia materna a través del sector salud, que incluya la capacitación, monitoreo y vigilancia del cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (Código), el fortalecimiento de la implementación, monitoreo y evaluación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña (IHANN), y una estrategia de comunicación a las madres a través de los centros de salud y en medios de comunicación masiva. El programa debe incluir acciones de capacitación en lactancia materna para el personal de salud y trabajadores comunitarios, incluyendo promotores de salud y parteras, para que puedan otorgar consejería individual adecuada y de calidad para el abordaje de las barreras, la contratación de más personal de nutrición destinado a actividades de consejería y promoción de la LM y AC de forma rutinaria, una estrategia efectiva de comunicación desde el embarazo para informar a las mujeres sobre los beneficios de la lactancia materna y los riesgos del uso de FCI para los niños/as y sus madres, así como al hogar y medio ambiente. Aprovechar los recursos recién desarrollados como parte de la estrategia nacional para la salud y nutrición durante los 1 000 días, que incluye la capacitación al personal de salud y comunitario en temas de lactancia y una estrategia de comunicación interpersonal y a través de teléfonos celulares para la población, con sus respectivos materiales.
2 Secretaría del Trabajo y Previsión Social y sector empresarial	Implementar y monitorear salas de lactancia a las que las mujeres puedan tener acceso hasta al menos los 24 meses de edad de sus niñas/os.
3 Secretaría de Hacienda y Crédito Público	Considerar en la estructura programática del presupuesto federal un programa presupuestario específico para la implementación, monitoreo y evaluación de las acciones de protección, promoción y apoyo a lactancia materna.

(continúa...)

(continuación)

4	Secretaría de Salud, Dirección de Promoción de la Salud	Diseñar e implementar una estrategia nacional de comunicación para cambios de comportamientos sobre prácticas adecuadas de lactancia materna y la importancia del cumplimiento del Código, con la respectiva sensibilización sobre estos temas a la población en general, incluyendo promoción y comunicación efectiva, considerando el contexto de las personas y los diferentes determinantes sociales y comerciales de las prácticas de lactancia materna.
5	Secretaría de Salud y Comisión Federal para el Control de Riesgos Sanitarios	Proponer modificaciones al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y la NOM-131-SSAI-2012 para armonizar las distintas definiciones de fórmulas infantiles, incluir las disposiciones del Código y sus resoluciones posteriores y que su cumplimiento no sea de carácter opcional, y armonizar con el reglamento de la nueva Ley de Alimentación Adecuada y Sostenible que obliga al cumplimiento del Código para proteger la lactancia materna. Implementar un etiquetado genérico para fórmulas infantiles y otros sucedáneos de la leche materna, las restricciones al marketing de estos productos, los mecanismos que eviten el conflicto de intereses con la industria, así como mecanismos de monitoreo que utilicen inteligencia artificial y adecuadas sanciones por incumplimiento.
6	Secretaría del Trabajo, Poder Legislativo (Cámara de Diputados y Senadores), IMSS e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	Extender la licencia de maternidad pagada de 12 a 24 semanas en el sector formal y la extensión de la licencia de paternidad, así como asegurar que los empleadores otorguen los descansos que indica la ley para amamantar o extraer leche, y que existan los espacios adecuados en los lugares de trabajo, como salas de lactancia, para que las mujeres tengan un entorno que facilite la lactancia materna exclusiva y el desarrollo óptimo de sus niños/as.
7	Secretaría de Bienestar	Implementar un programa de protección social para mujeres con empleo en el sector informal y quienes no pueden acceder a una licencia de maternidad remunerada o, a través del Sistema Nacional de Cuidados, implementar un componente de transferencias en efectivo en el embarazo y periodo de lactancia para promover la lactancia materna exclusiva y el cuidado de niños/as.

RECOMENDACIONES PRINCIPALES DE POLÍTICA PÚBLICA

- Implementar un programa nacional de lactancia materna que incluya capacitación, monitoreo al Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna (Código) y una estrategia de comunicación a las madres a través de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña (IHANN).
- Considerar un presupuesto específico para la implementación, monitoreo y evaluación de las acciones de protección, promoción y apoyo a lactancia materna.
- Fortalecer la implementación y monitoreo de la IHANN.
- Monitoreo de la implementación de las salas de lactancia que incluya permitir a las mujeres tener acceso después de los seis meses de edad y hasta al menos los 24 meses de edad en niños/as.
- Extender la licencia de maternidad pagada de 12 a 24 semanas en el sector formal y la extensión de la licencia de paternidad para facilitar la lactancia materna exclusiva (LME) y el desarrollo óptimo de sus niños/as.
- Implementar un programa de protección social para mujeres con empleo en el sector informal y para quienes no pueden acceder a una licencia de maternidad remunerada, o implementar a través del Sistema Nacional de Cuidados un componente de transferencias en efectivo en el embarazo y lactancia para promover la LME y el cuidado de niños/as.
- Realizar las modificaciones al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, al Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y a la NOM-131-SSAI-2012 para armonizar las distintas definiciones de fórmulas infantiles e incluir las disposiciones del Código, y armonizar con el reglamento de la Ley de Alimentación Adecuada y Sostenible que obliga al cumplimiento del Código.

reitera la necesidad de capacitar a los profesionales de la salud y personal comunitario en temas de LM,²² así como aumentar la contratación de personal de nutrición como una estrategia efectiva de gran impacto sobre la LME.

En México, falta actualizar y armonizar los diferentes instrumentos normativos que regulan la comercialización de FCI e incluir todas las disposiciones del Código. También falta un sistema de monitoreo con sanciones significativas con el fin de evitar las violaciones al Código en diversos medios, que prohíba dar muestras gratuitas e información sobre FCI en establecimientos de salud y medios digitales.⁹ Se ha demostrado que en los medios digitales se usan estrategias publicitarias poco éticas que se asocian con 62% menor posibilidad de LME.²³

Para alcanzar la meta del OGN 2030 de 70% de LME, se requiere incrementar la licencia de maternidad pagada de 12 a 24 semanas, lo cual aumentaría al menos 4.8 pp la LME, considerando la efectividad en países de ingresos medios y bajos.¹⁷ Cumplir con el Código podría incrementar la LME en al menos 6 pp, considerando la experiencia en otros países como Sierra Leona³ y Brasil.¹⁸ La implementación de un programa de educación y consejería sobre LM en los servicios de salud y comunitario, así como fortalecer la implementación de la IHANN, podría incrementar la LME en 18.3 pp (un aumento de 43%, el cual es el límite inferior de efectividad reportado).¹⁴ Es importante señalar que la IHANN también incluye el cumplimiento del Código en los hospitales, por lo que se recomienda que la implementación de esta iniciativa se realice de manera sinérgica con el fortalecimiento del marco normativo para garantizar el Código.

Una limitación de este estudio es que se analizan encuestas transversales que no permiten inferir causalidad. Además, algunas de las intervenciones usadas para estimar el potencial incremento en LM provienen de estudios observacionales, como la implementación del Código, por lo que se requieren estimaciones más rigurosas para determinar su impacto. Por otro lado, en cuanto a fortalezas, se cuentan con datos representativos a nivel nacional y con información multianual, además de que los indicadores se apegan a recomendaciones internacionales, lo que asegura comparabilidad intra e interpaíses.

En conclusión, de no implementarse acciones sinérgicas en los diferentes niveles, que incluyan los cambios y mejoras mencionadas, se estará lejos de alcanzar las metas del OGN 2030, y las prácticas subóptimas de LM seguirán generando desigualdades, muertes infantiles y maternas que son evitables,²⁴ y costos por atención médica y pérdida de productividad que se estima alcanzaron más de 200 000 millones de pesos en 2020 y representaron 29% del gasto público en salud.²⁵

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

Referencias

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, 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)
2. IBFAN, GIFA. Green Feeding-climate action from birth. Ginebra: IBFAN, GIFA, 2019 [citado abril 7, 2024]. Disponible en: <https://www.gifa.org/wp-content/uploads/2014/02/2019-Green-Feeding-Europe-and-Worldwide-Dec4.pdf>
3. World Health Organization, Unicef. Global Breastfeeding Scorecard 2023: Rates of Breastfeeding increase around the world through improved protection and support. WHO, Unicef, 2023 [citado abril 4, 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/media/150586/file/Global-breastfeeding-scorecard-2023.pdf>
4. González-Castell LD, Unar-Munguía M, Bonvecchio-Arenas A, Ramírez-Silva I, Lozada-Tequeanes AL. Prácticas de alimentación infantil antes y después de la pandemia por Covid-19, Ensanut 2012 a 2022. *Salud Publica Mex*. 2023;13(65):559-69. <https://doi.org/10.21149/15085>
5. Unicef, World Health Organization. The extension of the 2025 maternal, infant, and young child nutrition targets to 2030: WHO/ UNICEF discussion paper. Unicef, 2021 [citado junio 17, 2024]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/nutrition-library/global-targets-2025/discussion-paper-extension-targets-2030.pdf?sfvrsn=4c75b190_5
6. Secretaría de Salud. Estrategia nacional de lactancia materna 2014-2018. México: Secretaría de Salud, 2013 [citado junio 20, 2024]. Disponible en: http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/ENLM_2014-2018.pdf
7. González-de-Cosío-Martínez T, Hernández-Cordero S. Lactancia materna en México. Recomendaciones para el diseño y la implementación de una política nacional y multisectorial para la promoción, protección y apoyo de la Lactancia materna en México. Ciudad de México: Academia Nacional de Medicina de México, 2016 [citado junio 20, 2024]. Disponible en: <https://www.anmm.org.mx/publicaciones-ultimas.php>
8. Unar-Munguía M, Hubert C, Bonvecchio-Arenas A, Vázquez-Salas RA. Acceso a servicios de salud prenatal y para primera infancia. *Salud Publica Mex*. 2023;65:s55-64. <https://doi.org/10.21149/14796>
9. Hernández-Cordero S, Lozada-Tequeanes AL, Shamah-Levy T, Lutter C, González de Cosío T, Saturno-Hernández P, et al. Violations of the international code of marketing of breast-milk substitutes in Mexico. *Matern Child Nutr*. 2019;15(1):1-10. <https://doi.org/10.1111/mcn.12682>
10. Campos AP, Hawkins SS. The association between maternal employment and breastfeeding duration with household income in Mexico. *J Hum Lact*. 2022;38(4):749-59. <https://doi.org/10.1177/08903344211072495>
11. Vilar-Compte M, Teruel G, Flores D, Carroll GJ, Buccini GS, Pérez-Escamilla R. 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>
12. Fair FJ, Morrison A, Soltani H. The impact of Baby Friendly Initiative accreditation: An overview of systematic reviews. *Matern Child Nutr*. 2021;17(4):e13216. <https://doi.org/10.1111/mcn.13216>
13. Gavine A, MacGillivray S, Renfrew MJ, Siebelt L, Hagg H, McFadden A. Education and training of healthcare staff in the knowledge, attitudes and skills needed to work effectively with breastfeeding women: A systematic review. *Int Breastfeed J*. 2017;12(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s13006-016-0097-2>

14. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, Martines J, Taneja S, Mazumder S, et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica* 2015;104(467):114-34. <https://doi.org/10.1111/apa.13127>
15. Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arrendondo S, Colchero MA, Gaona-Pineda EB, et al. Metodología de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 y planeación y diseño de la Ensanut Continua 2020-2024. *Salud Publica Mex.* 2022;64(5):522-9. <https://doi.org/10.21149/14186>
16. Morales-Ruán C, Mayorga-Borbolla E, Arango-Angarita A, Méndez-Gómez-Humarán I, Vizueta-Vega NI. Características sociodemográficas de hogares y población de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2022. *Salud Publica Mex.* 2023;65(supl 1):S7-S14. <https://doi.org/10.21149/14804>
17. Chai Y, Nandi A, Heymann J. Does extending the duration of legislated paid maternity leave improve breastfeeding practices? Evidence from 38 low-income and middle-income countries. *BMJ Glob Heal.* 2018;3(5):e001032. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001032>
18. Victora CG, Aquino EM, Do Carmo-Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarzwald CL. Maternal and child health in Brazil: Progress and challenges. *Lancet.* 2011;377(9780):1863-76. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4)
19. Gonzalez Castell LD, Unar-Munguía M, Bonvecchio A, Rivera-Pasquel M, Lozada-Tequeanes AL, Ramírez-Silva I, et al. Cuadro 1 suplementario. Porcentaje de mujeres que recibieron información sobre lactancia materna durante el embarazo o consulta de niños y niñas de 0 a 23 meses. *Ensanut Continua* 2021-2023. Figshare, 2024. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.25564515.v2>
20. Vilar-Compte M, Teruel GM, Flores-Peregrina D, Carroll GJ, Buccini GS, Perez-Escamilla R. Costs of maternity leave to support breastfeeding: Brazil, Ghana and Mexico. *Bull World Health Organ.* 2020;98(6):382. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.229898>
21. Hoyos-Loya E, Pérez-Navarro C, Burrola-Méndez S, Hernández-Cordero S, Omaña-Guzmán I, Sachse-Aguilera M, Ancira-Moreno M. Barriers to promoting breastfeeding in primary health care in Mexico: a qualitative perspective. *Front Nutr.* 2024; 9(10):1278280. <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1278280>
22. Bonvecchio A, Lozada-Tequeanes AL, Kim-Herrera E, Pacheco-Miranda S, Unar-Munguía M, Rivera-Dommarco J, et al. Atención a la salud y nutrición durante los primeros mil días. *Salud Publica Mex.* 2024. <https://doi.org/10.21149/15854>
23. Unar-Munguía M, Santos-Guzmán A, Mota-Castillo PJ, Ceballos-Rasgado M, Tolentino-Mayo L, Sachse-Aguilera M, et al. Digital marketing of formula and baby food negatively influences breast feeding and complementary feeding: a cross-sectional study and video recording of parental exposure in Mexico. *BMJ Glob Health.* 2022;7(11):e009904. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009904>
24. 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):1-10. <https://doi.org/10.1111/mcn.12661>
25. Colchero MA, Contreras-Loya D, Lopez-Gatell H, De Cosío TG. The costs of inadequate breastfeeding of infants in Mexico. *Am J Clin Nutr* [Internet]. 2015;101(3):579-86 [citado junio 20, 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25733643>