



LACTANCIA MATERNA:

Una estrategia para mejorar la salud, el crecimiento
y la nutrición del lactante y del niño pequeño



LACTANCIA MATERNA:

una estrategia para mejorar la salud, el crecimiento y la nutrición del lactante y del niño pequeño

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNICEF Uruguay

IBFAN / Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición Infantil / UNICEF

LACTANCIA MATERNA:
una estrategia para mejorar la salud, el crecimiento y la nutrición
del lactante y del niño pequeño.

Corrección de estilo:
Cristina Dutto

Diseño y diagramación:
Matriz Diseño

Impresión:
Mosca Hnos.

UNICEF Uruguay
Bulevar Artigas 1659, Piso 12
Montevideo, Uruguay.

ISBN: 92-806-3796-9

Julio de 2004

contenidos

Presentación	5
I. Lactancia materna en el Uruguay, 1996-2003	7
Resumen ejecutivo	9
1. Introducción	12
2. Diseño metodológico	14
2.1. Características de la encuesta	14
2.2. Diseño muestral	14
2.3. Ajuste de la muestra	15
3. Plan de análisis	16
4. Características de la población estudiada	17
5. Principales resultados	22
5.1. Lactancia materna exclusiva	22
5.2. Lactancia materna predominante	30
5.3. Alimentación complementaria oportuna	32
5.4. Duración media de la lactancia materna	37
5.5. Tasa de lactancia natural continua en niños/as de 12 a 15 meses	39
5.6. Tasa de lactancia natural continua en niños/as de 20 a 23 meses	41
5.7. Tasa de alimentación con mamadera en niños/as menores de un año	43
5.8. Motivos del destete	46
6. Comparación con la región	52
Anexo 1: Formulario aplicado	56
Anexo 2: Alimentos recibidos según la edad del/de la niño/a en los 3 años estudiados	59
II. Recomendaciones para una política nacional sustentable ...	63
a) Grupo Sector público de atención de la salud	68
b) Grupo Sector privado de atención de la salud	72
c) Grupo Campaña de comunicación	75
Integrantes de los grupos de trabajo	78

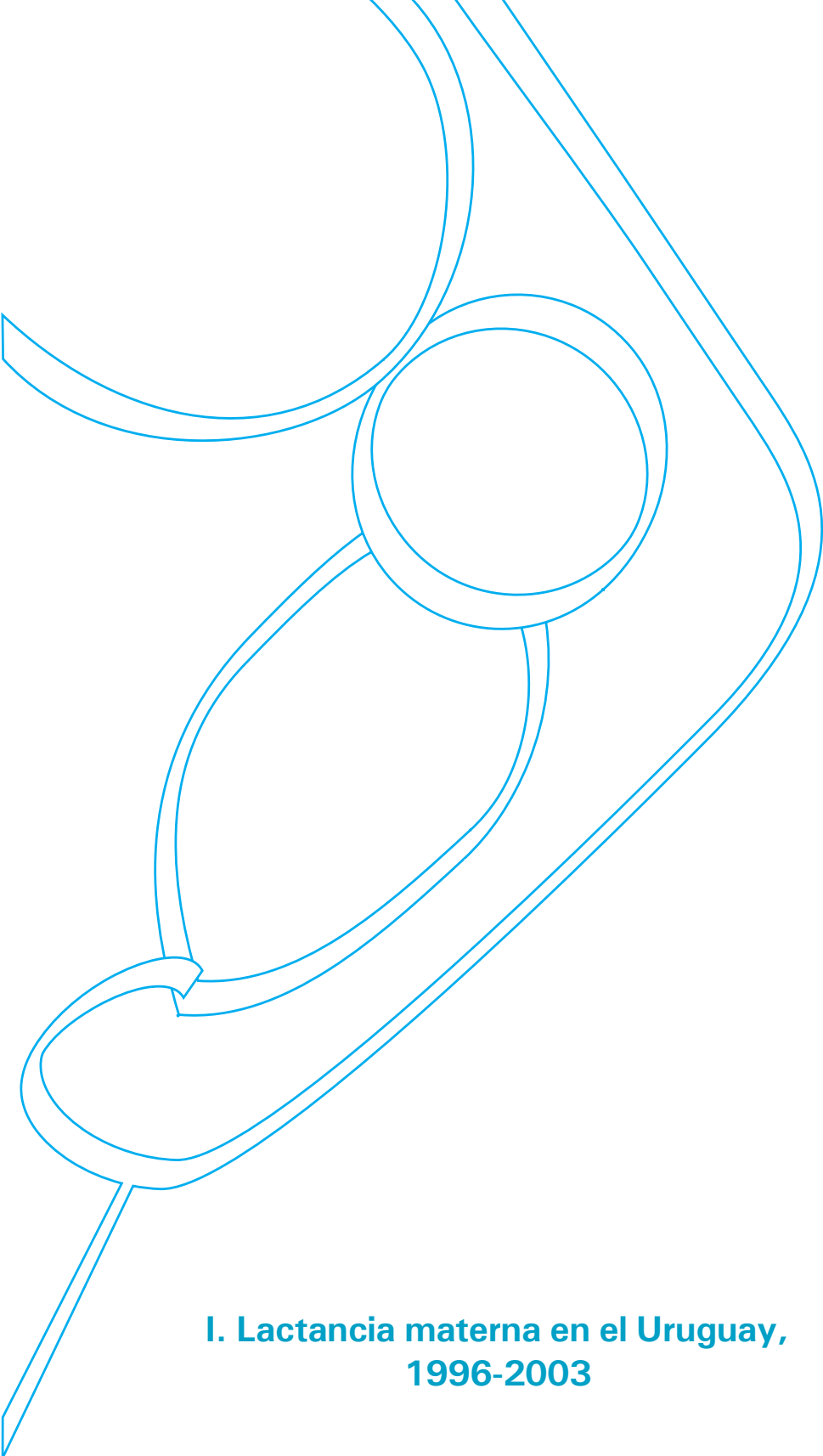
presentación

Es bien conocido que la lactancia materna es el recurso más valioso que permite asegurar el mejor comienzo en la vida a todos los niños y niñas. La leche materna en forma exclusiva hasta los seis meses, y complementada hasta los dos años, es el mejor alimento que puede recibir un niño. Le proporciona todos los elementos nutritivos que este requiere para preservar su salud y crecer. Al aportarle también numerosas enzimas y anticuerpos que refuerzan notablemente su inmunidad, lo protege contra la diarrea y las infecciones respiratorias, dos enfermedades frecuentes y graves que pueden afectar a los más pequeños. Es interesante señalar que los beneficios de la lactancia materna no se restringen al período de amamantamiento. Cada día surgen más evidencias respecto a que los niños y niñas amamantados tendrán una menor incidencia de numerosas enfermedades como cáncer, asma, diabetes infantil y enfermedades gastrointestinales. Pero además de todo esto, e igualmente importante, el amamantamiento es una invaluable oportunidad natural de expresar amor en el comienzo mismo de la vida, sentando las bases de una valiosísima relación de confianza y protección entre la madre y el niño.

La Convención sobre los Derechos de la Infancia aprobada en 1989 establece claramente el derecho de todos los niños a una correcta nutrición, incluida la lactancia materna. En concordancia con ello, UNICEF ha promovido activamente la práctica de la lactancia materna, entendiendo que esta es quizás la forma más simple y sabia de invertir en la infancia que tiene un país.

En el año 2003 la Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y al Desarrollo Infantil con el apoyo de UNICEF llevó a cabo la 3ª Encuesta Nacional de la Lactancia Materna, cuyos resultados presentamos en esta publicación. En agosto de ese mismo año, en el marco de la Semana Mundial de la Lactancia Materna, se llevó a cabo un taller dedicado a elaborar recomendaciones para una política nacional de promoción de la lactancia materna. Las conclusiones elaboradas por los distintos grupos que trabajaron durante este evento se han incluido también en este libro.

Confiamos en que esta publicación represente un valioso aporte para que, a partir de un mejor conocimiento de la situación de la lactancia materna en el Uruguay, los distintos actores públicos y privados puedan definir políticas e iniciativas que apoyen activamente esta práctica entre la población.



**I. Lactancia materna en el Uruguay,
1996-2003**

Coordinación general: Nut. Florencia Cerruti

Procesamiento y análisis: Nut. Florencia Cerruti, Lic. María Isabel Bove

Diseño muestral: Lic. Ricardo Alberti

Supervisión del trabajo de campo: Ps. Nora d'Oliveira

Servicios de salud participantes

Centro de Salud Artigas, CRAMI (Las Piedras), COMECA (Canelones), Centro de Salud Melo, CAMCEL (Melo), CAMEC (Rosario), Centro de Salud Durazno, CAMEDUR (Durazno), Hospital de Florida, Asistencial Médica Maldonado, Centro de Salud Cerro (Montevideo), Centro de Salud Jardines del Hipódromo (Montevideo), Centro de Salud Santa Rita (Montevideo), Centro de Salud Giordano (Montevideo), Centro de Salud Piedras Blancas (Montevideo), Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, Círculo Católico de Obreros del Uruguay, Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Hospital Evangélico, IMPASA, Policlínicas BPS, Policlínica IMM Paso de la Arena, Policlínica IMM Casavalle, Policlínica IMM Giraldés, Servicio Médico Integral, Centro de Salud Paysandú, COMEPA (Paysandú), Centro Auxiliar de Young, CAMY (Young), Centro de Salud Rivera, COMTA (Tacuarembó) y IAC (Treinta y Tres).

Relevamiento de la información

Lic. Lucy Mendina, A. E. Amanda Coronel, Angélica Camilo, Dra. Teresita Martínez, Mirtha Rodríguez, V. S. Aurora Machado, V. S. Blanca Gómez, A. E. Daniela Perdomo, Dra. Beatriz Carbajal, A. E. Mary Chelentano, Myriam Díaz, Lic. Ana Indarte, A. E. María Machín, Dra. Irma Sugo, Adm. Ilsa Rodríguez, Adm. Ana Sosa, Dra. Silvia Pereira, Deisy Rodríguez, Yanet Viñoly, A. E. Mariela Ramos, Lic. Carmen Zarasqueta, Part. Raquel Pregliasco, Lic. Marta Russo, Nut. Elizabeth Bentancor, Nut. Cristina Rivas, A. E. Pilar Santoro, Mtra. Asunción Sisto, Adm. Marta Cisneros, Vac. Stella Castro, Lic. Rosario Rodríguez, Lic. Mónica Marinari, Part. Adela Soncini, A. E. Sandra Resbani, Lic. Carmen Costa, A. S. Edelweiss Rojas, Part. Martha Scavarelli, Dra. Nancy Muniz, Nut. Cristina Rivas, Nelly de Biase, Dra. Martha Arenas, Part. Elena Penadés, Nut. Patricia Francischini, Part. Daniela Butteri, Part. Yanina Wais, Carmen Delissague, Rosa Centurión, V. S. Ana Lara, Dra. Eduviges Estéves, Dra. Mirela Zapater, Part. Zulma Sosa, Part. Olga Acevedo, Part. Daisi Montero, Dr. José C. Nauar, Lic. Bettina Chavez.

resumen ejecutivo

En el año 2003 se estudiaron las prácticas de alimentación de 2.986 niños y niñas menores de 2 años. Los resultados obtenidos fueron comparados con dos encuestas de idéntica metodología realizadas en 1996 y 1999 a través del apoyo de UNICEF al entonces Programa de Promoción de la Lactancia Materna del MSP. Las muestras fueron ajustadas según la edad en meses y la distribución de los nacimientos según región (Montevideo e interior) y tipo de servicio de salud (público y mutual).

Los resultados confirman que el Uruguay está transitando un camino de recuperación de una cultura nacional de la lactancia materna. Se advierte un punto de inflexión a partir de 1996, que acompañó un proceso mundial de trabajo intenso por la promoción, la protección y el fomento de la lactancia materna, apoyado por los organismos internacionales y la puesta en marcha de estrategias y campañas en la materia. En parte los resultados obedecen a la apropiación por la población de esta práctica natural. Los tiempos de lactancia se han ido extendiendo: casi la mitad de los/as niños/as de 12 a 15 meses (47,0%) y un tercio de los/as de 20 a 23 meses (31,3%) continúan recibiendo leche materna. Este hecho trasciende, sin duda, las recomendaciones y prácticas de los servicios de salud. Otro hecho positivo, que demuestra la recuperación cultural, es que como motivo del destete haya disminuido la “mala calidad de leche”, lo que pone en evidencia la mayor confianza de las mujeres en su capacidad de amamantar. De la misma forma, se observó una menor incorporación de aguas y tés entre los/as niños/as de tempranas edades.

La media de duración de la lactancia materna exclusiva aumentó de 2,1 meses en 1996 a 2,6 meses en 1999, para luego permanecer sin variación en el 2003. La tasa de lactancia materna exclusiva en menores de 4 meses en el 2003 resultó ser de 63,0%, cifra similar a la encontrada en 1999 (63,2%), pero ambas muy superiores a la de 1996 (37,6%). La tasa en menores de 6 meses aumentó ligeramente en el 2003 (54,1% en 2003 y 50,7% en 1999), fundamentalmente debido a una mayor prevalencia de lactancia materna exclusiva entre los niños de 5 meses. Esto último puede explicarse por la consolidación en el ámbito de los organismos internacionales de la recomendación de que la lactancia materna exclusiva se extienda hasta el 6° mes, en contraposición al ambiguo “4 a 6 meses”

recomendado en años anteriores. Una leve mejora de la lactancia exclusiva en los tres primeros meses se ha logrado a expensas de una disminución de la lactancia predominante, es decir, debido a una disminución en la incorporación de agua, tés, y jugos en los/as niños/as amamantados/as más pequeños/as. Los servicios públicos del interior han sido los únicos que lograron aumentar su tasa de lactancia exclusiva en menores de 4 meses entre 1999 y 2003 (58,6% y 67,6% respectivamente). Preocupa la caída de esta tasa entre los servicios mutuales del interior (69,5% y 52,7% en 1999 y 2003 respectivamente).

La tasa de alimentación complementaria oportuna (niños/as de 6 a 9 meses que reciben leche materna y alimentos complementarios) aumentó entre 1996 y 1999 (14,9% y 31,5% respectivamente), para luego mantenerse casi sin variaciones en el 2003 (32,2%).

Como puede observarse, tanto la tasa de lactancia materna exclusiva en menores de 4 meses como la tasa de alimentación complementaria oportuna se mantuvieron prácticamente estables entre 1999 y 2003, pero dentro de este dato global los referidos indicadores empeoraron entre aquellos más desfavorecidos: madres adolescentes, niños/as de bajo peso al nacer y niños/as con desnutrición.

Otro elemento estudiado fue el comportamiento de los indicadores de lactancia según la acreditación del servicio de salud como hospital o consultorio *Amigo de la Niñez*. Estos servicios, si bien no han logrado mejoras considerables en los últimos años, siguen manteniendo, para la mayoría de los indicadores de lactancia, una mejor posición que los servicios no acreditados.

Desde una perspectiva regional, Uruguay presenta una situación favorable con respecto al inicio prácticamente universal de la lactancia y a la exclusividad durante los primeros meses. Sin embargo, otros países de la región muestran duraciones mucho más prolongadas de la lactancia parcial. La mediana de la duración en el país resultó ser de 8,2 meses en 2003, lo que significó un mes más que en 1999 (7,3 meses) y dos meses y medio más que en 1996 (5,7 meses).

En síntesis, se confirma que el país continúa recorriendo el proceso de recuperación de una cultura nacional de lactancia materna.

Sin embargo, queda una deuda pendiente respecto al apoyo a esta práctica natural precisamente en los grupos más vulnerables, como los hijos/as de madres adolescentes, niños/as de bajo peso al nacer y niños/as desnutridos/as, en lo que los servicios de salud tienen gran influencia. Esperamos que este trabajo contribuya a la definición de una política nacional de lactancia materna sustentable. Esto permitirá que más niños y niñas uruguayos/as se beneficien de las innumerables bondades de esta práctica natural, pero especialmente aquellos/as para los/las cuales el ser amamantados/as se puede convertir en la forma de atravesar la crisis del país con salud, con la mejor nutrición, con el mejor desarrollo y estableciendo un buen vínculo con su madre, quien a su vez mejora su salud, su autoestima y su capacidad de crianza.

1. introducción

1

2

3

4

5

6

La nutrición adecuada durante la infancia y la niñez temprana es fundamental para el desarrollo del potencial humano completo de cada niño. Es bien reconocido que el período entre el nacimiento y los dos años de edad es una “ventana de tiempo crítica” para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo óptimos (Dewey, 2003). En estudios longitudinales se ha comprobado consistentemente que esta es la edad pico en la que ocurren fallas de crecimiento, deficiencias de ciertos micronutrientes y enfermedades comunes de la niñez, como la diarrea. Después que un/a niño/a alcanza los dos años de edad, es muy difícil revertir la falla de crecimiento ocurrida anteriormente (Martorell y col., 1994). En este período, el papel de la práctica de la lactancia materna es básico en la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo infantil, así como en la salud y el bienestar de la madre.

El presente trabajo de investigación fue realizado en el marco de un convenio entre el Grupo IBFAN Uruguay (Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil) y la Oficina de UNICEF en Uruguay. IBFAN es una red mundial de acción de grupos humanos que trabajan para mejorar la salud infantil mediante la promoción y protección de la lactancia materna, así como la eliminación de las prácticas irresponsables de comercialización de alimentos infantiles.

El propósito de esta alianza ha sido contribuir a la disponibilidad de información actualizada sobre lactancia materna en nuestro país, como forma de apoyar un proceso de reflexión acerca de las bases que debería contener una política nacional de lactancia materna. Esta iniciativa ha contado con el auspicio del Ministerio de Salud Pública y de la Federación Médica del Interior.

El estudio se desarrolló en un momento de aguda crisis económica del país: momento de preocupación por el estado nutricional de los niños y niñas como aquellos/as más vulnerables al escenario adverso; momento en el cual la importancia de la promoción de la lactancia materna ha estado presente en el discurso de legisladores, políticos, periodistas y autoridades en la materia. Sin embargo, Uruguay carece aún de una política nacional de lactancia materna. Los programas y acciones de promoción de esta práctica natural han sido intervenciones ligadas a prioridades de algunas administraciones de gobierno y al impulso de los organismos internacionales, particularmente de UNICEF.

Los resultados fueron discutidos en el marco de la celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna 2003 y, a partir de ellos, un grupo de expertos formuló los grandes lineamientos que debería contener una política nacional de lactancia materna.

1

2

3

4

5

6

2. diseño metodológico

1 Se propuso una investigación descriptiva de corte transversal (1996-1999-2003). El diseño permite triangular las comparaciones de tendencia y prevalencia de la lactancia materna en un período (1996-2003).

2
3 Se dispuso de un equipo de 53 encuestadores calificados constituidos en los puntos de detección de la población a encuestar, con experiencia y manejo cotidiano de poblaciones con características similares al objeto del estudio. Este grupo de encuestadores fue asimismo entrenado específicamente para el desarrollo de este trabajo de investigación.

4
5 El relevamiento de los datos se realizó por formulario estandarizado de idéntica aplicación en instancias anteriores. El formulario recoge el tipo de alimentación del/de la niño/a en las últimas 24 horas. La selección y recopilación de información en campo se realizó entre mayo y junio de 2003.

2.1. CARACTERÍSTICAS DE LA ENCUESTA

6 La encuesta realizada tuvo las siguientes características:

- Fue aplicada según el método de recordatorio de 24 horas, a través del registro de los alimentos líquidos y sólidos consumidos en el día anterior.

- Fue aplicada en niños y niñas menores de 24 meses que acudieron a servicios de salud públicos o privados para realizar un control en salud del niño sano.

En la sección Anexos se puede encontrar el formulario utilizado, para el cual se diseñó un instructivo que fue entregado a los encuestadores durante el Taller de Capacitación.

2.2. DISEÑO MUESTRAL

La población a estudiar se compuso de 3.000 niños/as de entre 0 y 24 meses de edad, atendidos/as en instituciones públicas y mutuales de Montevideo y el interior, como también en el sector de la seguridad social (BPS). La elección del número de integrantes de la muestra estuvo condicionada por los estudios anteriores y por el comportamiento normal de las variables estudiadas.

Para ello se diseñó una muestra aleatoria estratificada, con afiliación proporcional por mes de vida en los primeros 6 meses y por

cohortes etarias mensuales en los subsiguientes grupos de edad (6 a 9, 10 a 12, 13 a 18 y 19 a 24 meses de edad).

La estratificación por cohorte etaria permite asegurar los aspectos significativos del estudio; en este caso, tendencia y prevalencia de la lactancia materna y sus comportamientos diferenciales en ámbitos asistenciales y en grandes zonas geográficas.

El diseño de la muestra prevé una confianza del 95% con un margen de error relativo de $\pm 3\%$.

Dentro del estudio se diseñaron dos submuestras (muestreo bietápico) según criterios de tendencia y prevalencia de la lactancia materna, por rango etario, edad del destete, ámbito (público/mutual/BPS) y lugar geográfico de nacimiento y residencia de madre y niño/a (Montevideo/interior).

No fueron excluidos casos a priori, salvo los que no cumplieron los criterios del diseño muestral.

Antes del procesamiento de los datos se codificó la información registrada en el instrumento y su fiabilidad fue supervisada en forma centralizada.

2.3. AJUSTE DE LA MUESTRA

La muestra fue ajustada por una variable de ponderación que contempló:

- la distribución de los nacimientos en el Uruguay según tipo de servicio de salud (público y mutual) y región (Montevideo e interior).

(En Montevideo los/as niños/as atendidos/as por la seguridad social y Fuerzas Armadas se sumaron a los del sector público. En el interior, dado que su nacimiento y control ocurre en las instituciones mutuales, fueron sumados/as al sector privado.)

- la distribución por edad en meses de la población de menores de 2 años.

3. plan de análisis

En primer lugar se seleccionaron los indicadores de lactancia materna a ser utilizados para el estudio de la frecuencia y duración de esta práctica en el país. Para ello se recurrió a la propuesta de la OMS¹ y se tomaron en cuenta los indicadores que están siendo empleados en la región, de manera de asegurar la comparación regional deseada.

Los indicadores seleccionados para ser analizados en el presente estudio fueron:

- Lactancia materna exclusiva
 - prevalencia según edad del/de la niño/a
 - medidas de dispersión de la lactancia materna exclusiva
 - mediana de la duración de la lactancia materna exclusiva
 - tasa al 4º y 6º mes de lactancia materna exclusiva
- Tasa de lactancia complementaria oportuna
- Duración media de la lactancia
- Tasa de lactancia natural continua en niños/as de 12 a 15 meses
- Tasa de lactancia natural continua en niños/as de 20 a 23 meses
- Tasa de alimentación con mamadera

Asimismo se incluyó en el plan de análisis el estudio de los motivos del destete según la edad en que este se produjo.

La información fue procesada y analizada de forma de poder estudiar el comportamiento de los indicadores seleccionados en función de:

- Tipo de servicio de salud:
 - público
 - mutual
 - acreditado o no como hospital o consultorio *Amigo de la Niñez*.
- Ubicación geográfica del servicio de salud
 - Montevideo
 - interior.
- Características del/de la niño/a:
 - sexo
 - peso al nacer
 - estado nutricional.
- Características de la madre:
 - edad al nacimiento del hijo/a
 - trabajo materno.

¹OPS/OMS, *Indicadores para evaluar las prácticas de la lactancia materna. Informe de una reunión*, 11-12 de junio de 1991, Ginebra, 1991.

4. características de la población estudiada

Se estudiaron 2.986 niños/as menores de 24 meses. El 49,5% eran niñas y el 50,5% varones (Cuadro 1). Como se ha señalado, la muestra fue ajustada por una variable de ponderación que contempló la distribución de los nacimientos según tipo de servicio de salud y región, y a su vez la distribución por edad en meses. De esta forma, la muestra analizada responde a las características del país en cuanto a distribución de nacimientos (Cuadro 2) y considera una cantidad similar de niños y niñas en cada cohorte de edades (Cuadro 3).

Cuadro 1. Distribución de la muestra según sexo

Sexo	1996	1999	2003	
	n	n	n	%
Masculino	2.298	1.397	1.475	50,5
Femenino	2.249	1.367	1.444	49,5
n	4.547	2.764	2.919	100,0

Cuadro 2. Distribución de la muestra según edad del/de la niño/a

Edad del/de la niño/a en meses cumplidos	1996	1999	2003	
	n	n	n	
Menor de 6 meses	1.183	699	765	
Entre 6 y 11 meses	1.116	660	722	
Entre 12 y 17 meses	1.085	641	701	
Entre 18 y 24 meses	1.076	636	696	
n	4.461	2.636	2.883	

Cuadro 3. Distribución de la muestra según tipo de servicio de salud y región

Tipo de servicio de salud	1996	1999	2003	
	n	n	n	%
Público de Montevideo	1.114	669	720	24,1
Público del interior	1.573	945	1.017	34,0
Mutual de Montevideo	641	385	414	13,9
Mutual del interior	1.292	776	835	28,0
n	4.621	2.775	2.986	100,0

1
2
3
4

5
6

En el total de la población estudiada un 8,0% de los niños nacieron con bajo peso. Esta proporción es superior entre los/as niños/as nacidos/as en el sector público de salud (8,6%) que en el sector mutual (7,1%), cifras similares a las registradas por el Departamento de Estadísticas del MSP (Cuadro 4).

El estado nutricional de los/as niños/as estudiados/as, medido a través del indicador *peso/edad*, mostró un deterioro en el 2003 con respecto a los años anteriores: un 5,0% de los/as niños/as se ubicaron por debajo de $-2DS$, en tanto en una población de referencia cabe esperar que esta proporción sea de un 2,3% (Cuadro 5). En los servicios públicos los/as niños/as presentaron casi tres veces más desnutrición que en los mutuales (Cuadro 6 y Gráfico 1).

Cuadro 4. Porcentaje de niños/as con bajo peso al nacer según tipo de servicio de salud

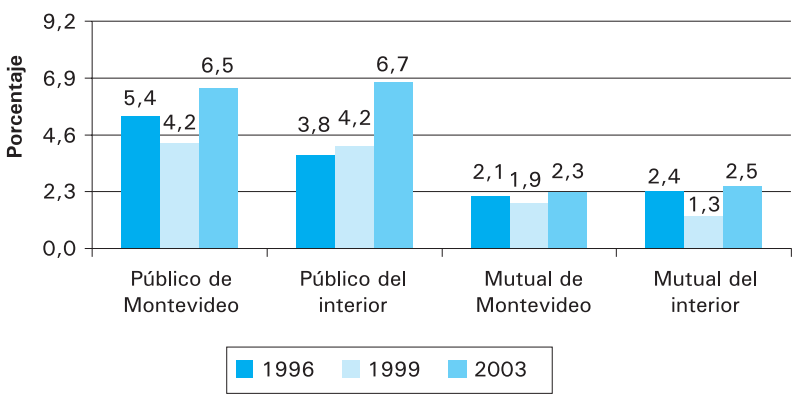
Tipo de servicio de salud	1996	1999	2003
	%	%	%
Público	8,1	7,8	8,6
Mutual	7,8	7,1	7,1
Total	7,9	7,5	8,0
n	364	208	234

Cuadro 5. Estado nutricional del/de la niño/a según indicador peso/edad

Peso/edad	1996	1999	2003	Población de referencia
$\leq -2Ds$	3,6	3,5	5,0	2,3
Entre $-2 Ds$ y $-1 Ds$	15,9	16,8	17,2	13,6
Normal	63,4	63,0	61,0	68,2
$\geq = + 2Ds$	5,8	4,2	4,6	2,3
n	3.909	2.513	2.832	100,0

Cuadro 6. Desnutrición global en el/la niño/a (Peso/edad < -2Ds)			
Tipo de servicio de salud	1996	1999	2003
	%	%	%
Público de Montevideo	5,4	4,2	6,5
Público del interior	3,8	4,2	6,7
Mutual de Montevideo	2,1	1,9	2,3
Mutual del interior	2,4	1,3	2,5
Total	3,4	3,1	4,9
n	132	85	138

Gráfico 1. Desnutrición global en niños y niñas (Peso/edad < - 2DS)



Un 20,3% de las madres eran adolescentes al momento de nacer el/la niño/a (Cuadro 7). Esta cifra resultó ser casi tres veces más alta en los servicios públicos de salud que en los mutuales (27,9% y 9,8% respectivamente) (Cuadro 8). Un 30,2% de las madres trabajaban; para la gran mayoría su jornada laboral promedio era de entre 4 y 9 horas, incluyendo el tiempo de traslado desde y hacia el trabajo. Existe una gran disparidad en la proporción de madres que trabajan en cada tipo de servicio de salud: mientras en los servicios mutuales de Montevideo lo hace un 57%, solo un 12,4% de las madres atendidas por los servicios públicos del interior trabajan. Entre 1999 y 2003, con excepción de los servicios mutuales de Montevideo, en todos los demás tipos de servicios estudiados disminuyó la proporción de madres que trabajan.

Cuadro 7. Edad de la madre al nacer el/la niño/a

	1996	1999	2003
	%	%	%
Adolescente*	20,5	21,6	20,3
Adulta**	79,5	78,4	79,7
Total	4.468	2.690	2.959

* Adolescente: < 20 años
** Adulta: 20 años y más

Cuadro 8. Porcentaje de madres adolescentes al nacer el/la niño/a según tipo de servicio de salud

Tipo de servicio de salud	1996	1999	2003
	%	%	%
Público	27,4	29,8	27,9
Mutual	11,0	11,0	9,8
n	4.468	2.690	2.959

Cuadro 9. Trabajo materno

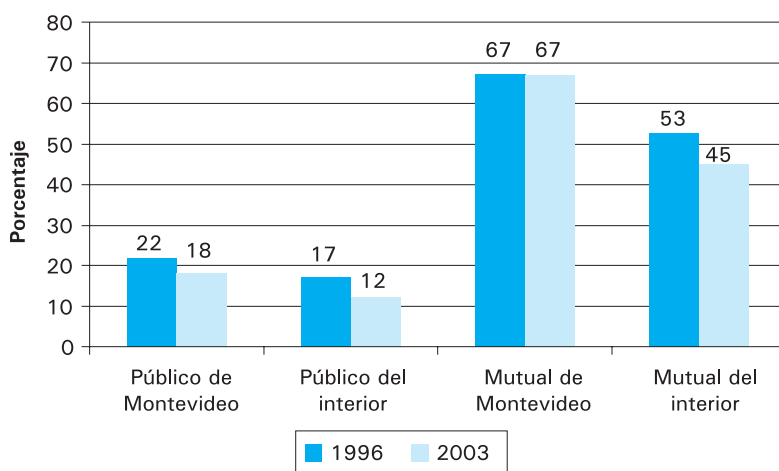
	No trabaja	Trabaja 1 a 3 hs.	Trabaja 4 a 6 hs.	Trabaja 7 a 9 hs.	Trabaja más de 10 hs.	Total
	%	%	%	%	%	%
1999	64,0	1,9	12,9	15,0	6,1	100
2003	69,8	1,7	9,9	12,8	5,8	100

Nota: En el tiempo de trabajo se incluyó el tiempo de traslado desde y hacia el lugar de trabajo.

Cuadro 10. Trabajo materno según región y tipo de servicio de salud

Tipo de servicio de salud	1999 %	2003 %
Público de Montevideo	21,9	18,0
Público del interior	17,1	12,4
Mutual de Montevideo	67,2	67,0
Mutual del interior	52,6	45,0

Gráfico 2. Trabajo materno según tipo de servicio de salud



1

2

3

4

5

6

5. principales resultados

5.1. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Lactancia materna como alimentación exclusiva: El lactante sólo recibe leche de su madre o nodriza, o leche materna extraída, y ningún otro líquido o sólido a excepción de gotas o jarabes consistentes en vitaminas, suplementos minerales o medicinas.

Como recomendación de salud pública mundial, durante los primeros seis meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos (AMS 55, 2002).²

Luego de la reunión consultiva de expertos para deliberar acerca de la duración recomendada de la lactancia exclusiva, en la AMS n° 54 del 2 de mayo de 2001 se instó a los Estados miembros a que fortalezcan las actividades y elaboren nuevos criterios para proteger, promover y apoyar la lactancia natural exclusiva durante seis meses, dado que, cuando se incorporan alimentos complementarios antes del sexto mes:

- no se aprecia una ventaja en el crecimiento para la mayoría de los niños;
- se produce una sustitución de la leche materna, con la consecuente pérdida neta de nutrientes, y
- se observa una mayor morbilidad.

La lactancia confiere diferentes beneficios para la salud, según la práctica y la edad del/de la niño/a. La lactancia exclusiva protege más que la parcial. En el período de lactancia exclusiva, los beneficios son mayores cuanto menor es el/la niño/a, reflejados en el riesgo decreciente de morir durante la infancia. En un estudio de casos y controles, Victora et al. (1987) mostraron que, en comparación con los/as niños/as amamantados/as en forma exclusiva, los/as niños/as parcialmente amamantados/as tenían un riesgo relativo de morir de 4,2, en tanto que el riesgo relativo de los/as niños/as no amamantados/as fue de 14,2. Cuando este análisis se limitó a las muertes ocurridas en los primeros 2 meses de vida, el riesgo de

² Esta recomendación está basada en la reunión consultiva de expertos (Ginebra, 28 a 30 de marzo de 2001) que concluyó el examen sistemático de la duración óptima de la lactancia natural exclusiva (A54/INF.DOC./4 y Resolución WHA 54.2).

morir entre los no amamantados comparado con los exclusivamente amamantados se incrementó a 23,3. Con respecto a la morbilidad, Brown et al. (1998) y Popkin et al. (1990) mostraron que el efecto protector de la lactancia exclusiva es máximo para los/as niños/as menores de 2 meses de edad. Desafortunadamente, este efecto de la lactancia exclusiva es máximo en el período en el cual las mujeres más probablemente abandonan esta práctica. La mayor declinación ocurre durante el primer mes de vida (Lutter, 2000).

Duración media de la lactancia materna exclusiva: La edad (en meses) en la que el 50% de los niños ya no recibe leche materna en forma exclusiva.

En el Uruguay, si bien se da un inicio prácticamente universal del amamantamiento, al segundo mes de vida ya un tercio de los niños no se beneficia de las propiedades de la lactancia materna exclusiva (en adelante LME) (Cuadro 12). La mediana de duración de la LME es de 2,2 meses, similar a la encontrada en 1999 (2,1 meses) y algo superior al valor de 1996 (1,7 meses) (Cuadro 11). Al observar en forma gráfica la duración de la LME, expresada en percentiles, puede apreciarse claramente cómo la curva de 2003 se solapa por entero con la de 1999, mostrando una marcada diferencia respecto a la de 1996, lo que indica que la distribución de la LME en el 2003 sigue prácticamente el mismo patrón que en 1999 (Gráfico 3).

De todas formas, al analizar la prevalencia de LME en cada mes de vida, se advierte una pequeña mejora de este indicador en 2003 (con respecto a 1999) en los/as niños/as de 0, 1 y 2 meses; respecto a años anteriores, disminuye notoriamente a los 3 meses (momento en el que coinciden varios factores como la presencia frecuente de las crisis transitorias de lactancia y el reintegro laboral de las madres que trabajan) y luego aumenta considerablemente en el grupo de niños/as de 5 meses (de 19,8% en 1999 a 31,9% en 2003). Esto último puede explicarse por la consolidación, en el ámbito de los organismos internacionales, de la recomendación de que la lactancia materna exclusiva se extienda hasta el 6° mes, en contraposición al ambiguo “4 a 6 meses” recomendado en años anteriores. La mejora de la lactancia exclusiva se ha logrado a expensas de una disminución de la lactancia predominante; es decir, lo que ha dismi-

1

2

3

4

5

6

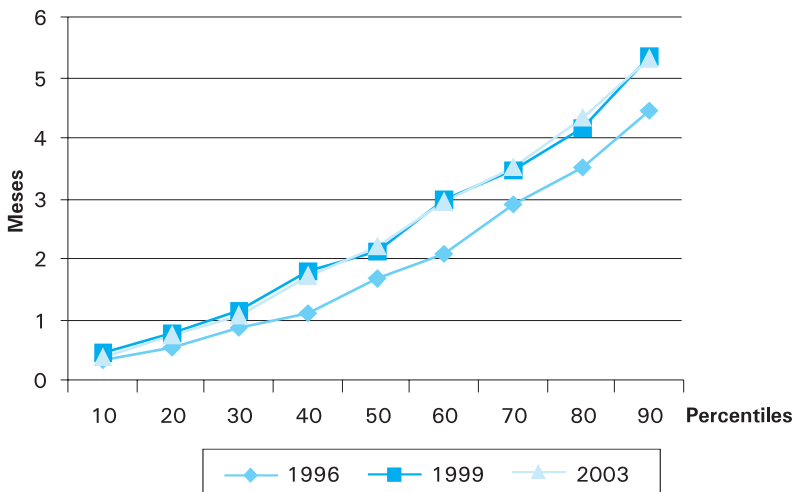
1
2
3
4
5
6

nuido es la incorporación de agua, tés y jugos en los/as niños/as amamantados/as menores de 6 meses. Es de destacar el aumento que presentaron las cifras de prevalencia de lactancia materna exclusiva en 1999 con respecto a 1996 (Cuadro 12 y Gráfico 4).

Cuadro 11. Duración media de la lactancia materna exclusiva (en meses)

Edad del/de la niño/a en meses cumplidos	1996	1999	2003
Promedio	2,1	2,6	2,6
Desvío estándar	1,7	2,0	1,9
Mediana	1,7	2,1	2,2
n	344	370	414

Gráfico 3. Duración de la lactancia materna exclusiva (expresada en percentiles)



Cuadro 12. Prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses

Edad del/de la niño/a en meses cumplidos	1996 %	1999 %	2003 %
0 (1 ^{er} mes)	54,0	76,3	79,2
1 (2 ^o mes)	40,0	66,4	66,6
2 (3 ^{er} mes)	31,4	55,8	57,6
3 (4 ^o mes)	22,0	52,2	47,5
4 (5 ^o mes)	13,6	33,5	39,0
5 (6 ^o mes)	8,4	19,8	31,9
n	334	346	397

Tasa de lactancia natural como alimentación exclusiva (menores de 4 meses): Proporción de lactantes menores de 4 meses de edad que son alimentados/as exclusivamente con leche materna.

Tasa de lactancia natural como alimentación exclusiva (menores de 6 meses): Proporción de lactantes menores de 6 meses de edad que son alimentados/as exclusivamente con leche materna.

La construcción de las tasas de lactancia materna exclusiva (en menores de 4 y de 6 meses) permite estudiar esta práctica en el conjunto de niños/as de estas edades, lo que puede dar mayor estabilidad a las tendencias observadas.

La tasa de LME en menores de 4 meses aumentó considerablemente entre 1996 y 1999, y se estancó desde ese momento hasta el 2003, permaneciendo en el entorno del 63% de los lactantes menores de 4 meses (Cuadro 13 y Gráfico 5).

En cambio, la tasa de LME en menores de 6 meses se incrementó en 2003, reflejando el incremento ya comentado de la prevalencia de LME en los/as niños/as de 5 meses. De esta forma, la tasa en menores de 6 meses alcanzó en 2003 al 54,1% de los lactantes de esta edad (Cuadro 13 y Gráfico 5).

Cuadro 13. Tasa de lactancia materna exclusiva en menores de 4 y en menores de 6 meses

	1996	1999	2003
	%	%	%
Tasa de LME en < 4 meses (0 a 3 meses)	37,6	63,2	63,0
n	289	286	314
Tasa de LME en < 6 meses (0 a 5 meses)	28,4	50,7	54,1
n	334	346	397

Gráfico 4. Prevalencia de lactancia materna exclusiva según edad del/de la niño/a

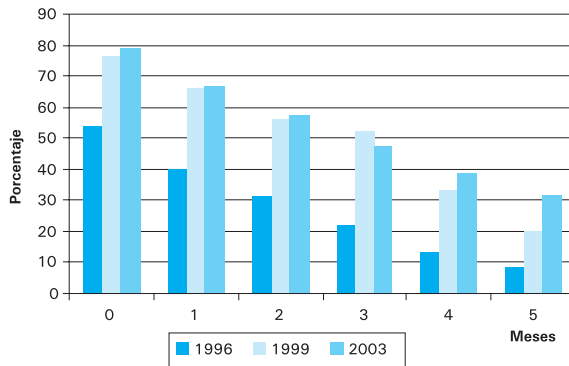
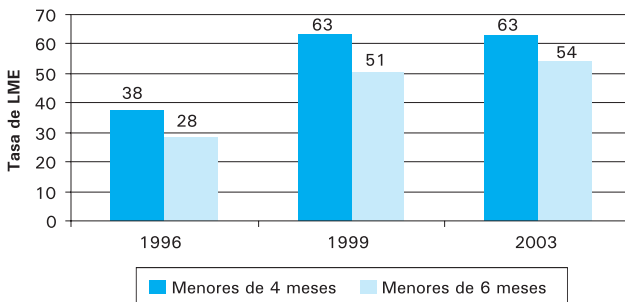


Gráfico 5. Tasas de lactancia materna exclusiva (en menores de 4 y menores de 6 meses)



Los servicios públicos del interior son los únicos que han logrado aumentar su tasa de LME en menores de 4 meses entre 1999 y 2003 (58,6% y 67,6% respectivamente). Los servicios públicos de Montevideo habían conseguido una mejora muy marcada en 1999 con respecto a 1996 (65,9% y 33,4% respectivamente) y prácticamente mantuvieron los valores alcanzados. Preocupa la caída de esta tasa en los servicios mutuales del interior (69,5% y 52,7% en 1999 y 2003 respectivamente). Por su parte, los servicios de salud acreditados como *Amigos de la Niñez* (hospitales y consultorios) continúan presentando mejores tasas que los no acreditados (Cuadro 14 y Gráfico 6).

Las niñas son amamantadas en forma exclusiva en mayor proporción que los varones (tasa de LME en menores de 4 meses de 65,0 y 60,8% respectivamente), fenómeno que se presentó en las tres series estudiadas (Cuadro 15 y Gráfico 7).

Un hecho que preocupa es la menor tasa de LME en menores de 4 meses que presentan los/as niños/as con desnutrición. Mientras que en 1999 se había logrado un aumento considerable de la lactancia exclusiva entre estos/as niños/as (63,8% en comparación a 38,3% en 1996), esta cifra cayó a 50,2% en 2003. De la misma forma, el aumento que se logró en 1999 en la tasa de lactancia exclusiva en menores de 4 meses entre las madres adolescentes (62,8% contra 35,1% en 1996) cayó a 57,4% en 2003, en tanto que las cifras de lactancia exclusiva entre las madres adultas se mantuvieron prácticamente iguales que en 1999. Algo similar ocurre entre los/as niños/as de bajo peso al nacer: en 1999 se había logrado una mejora considerable en la tasa de LME en menores de 4 meses con respecto a 1996 (54,0% y 29,5% respectivamente), pero en 2003 la tasa de LME alcanzó apenas un 44,3% (Cuadro 15 y Gráfico 7).

La lactancia exclusiva desempeña un papel fundamental en estos/as niños/as de riesgo, como fuente de un alimento óptimo y como defensa frente a las agresiones del medio, pero es necesario un equipo de salud capacitado y comprometido, inserto en una institución con una política clara de promoción de la lactancia materna, para poder actuar en estas situaciones y lograr que se mantenga la práctica exclusiva de la lactancia.

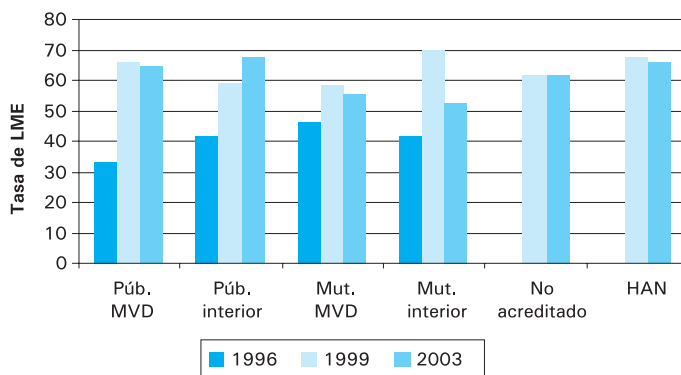
Como surge de otras investigaciones, la lactancia materna exclusiva es menor entre las madres que trabajan mayor cantidad de horas; sin embargo, es de notar el incremento observado en la tasa de LME en menores de 4 meses entre las madres que trabajan menos de 8 horas (58,6% en 2003 y 52,4% en 1999 respectivamente) (Cuadro 16 y Gráfico 8).

Como puede verse, la tasa de LME en menores de 4 meses se estancó entre 1999 y 2003 en alrededor de 63%, pero, dentro de este dato global, la lactancia exclusiva empeoró entre aquellos más desfavorecidos: madres adolescentes, niños/as de bajo peso al nacer y niños/as con desnutrición.

Cuadro 14. Tasa de lactancia materna exclusiva según tipo de servicio de salud (menores de 4 meses)

Menores de 4 meses / Tipo de servicio de salud	1996 %	1999 %	2003 %
Público de Montevideo	33,4	65,9	64,4
Público del interior	41,8	58,6	67,6
Mutual de Montevideo	46,1	58,3	55,7
Mutual del interior	41,8	69,5	52,7
No acreditado		61,5	61,6
Hospitales Amigos del Niño (HAN)		67,3	66,0

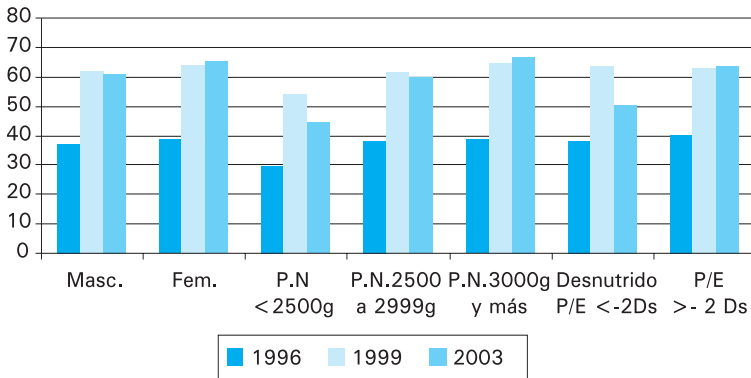
Gráfico 6. Tasa de lactancia materna exclusiva según tipo de servicio de salud (menores de 4 meses)



Cuadro 15. Tasa de lactancia materna exclusiva según condiciones del/de la niño/a (menores de 4 meses)

	1996	1999	2003
Varones	36,9	62,1	60,8
Niñas	38,4	64,2	65,0
Peso al nacer < 2.500 g	29,5	54,0	44,3
Peso al nacer 2.500 a 2.999 g	38,4	61,7	59,8
Peso al nacer 3.000 g o más	38,6	64,7	66,8
Desnutrido peso/edad < -2Ds	38,3	63,8	50,2
Peso/edad > -2 Ds	40,4	63,1	63,4

Gráfico 7. Tasa de lactancia materna exclusiva según condiciones del/de la niño/a (menores de 4 meses)

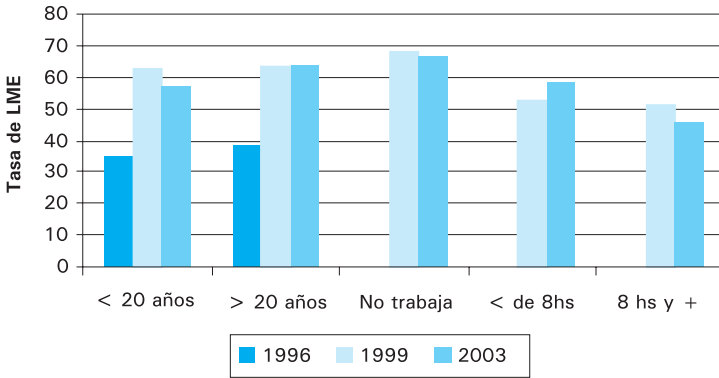


Cuadro 16. Tasa de lactancia materna exclusiva según condiciones de la madre (menores de 4 meses)

	1996	1999	2003
< 20 años	35,1	62,8	57,4
> 20 años	38,4	63,5	64,2
No trabaja		68,2	66,8
Trabaja menos de 8 hs.		52,4	58,6
Trabaja 8 hs. y más		50,8	45,9

1
2
3
4
5
6

Gráfico 8. Tasa de lactancia materna exclusiva según condiciones de la madre (menores de 4 meses)



5.2. LACTANCIA MATERNA PREDOMINANTE

Lactancia materna como alimentación predominante: La fuente predominante de alimentación del lactante es la leche materna. Sin embargo, también puede haber recibido agua y bebidas a base de agua (agua endulzada y con sabores, infusiones, té, etcétera), jugos de frutas, soluciones de sales de rehidratación oral (SRO), vitaminas, minerales y medicinas en forma de gotas y jarabe, y líquidos ceremoniales (en cantidades limitadas). Con excepción del jugo de frutas y el agua azucarada, en esta definición no se permite incluir ningún líquido basado en alimentos.

Tasa de lactancia materna predominante (menores de 4 meses): Proporción de lactantes menores de 4 meses de edad que reciben leche materna como alimentación predominante.

La introducción temprana de otros líquidos, además de representar una disminución de la frecuencia de la lactancia —lo cual reduce en la baja de la producción de leche—, supone generalmente un reemplazo de la leche materna, alimento completo y suficiente para el/la niño/a durante los primeros seis meses de vida. Además, estas aguas y tés son menos nutritivos que la leche materna, por lo que, si se desplaza su consumo, el/la niño/a se encontrará en una desventaja nutricional, aun cuando los alimentos sean preparados higiénicamente. Numerosos estudios han demostrado que el estado

de hidratación de los niños amamantados en forma exclusiva es normal, incluso en climas cálidos. Por lo tanto, no es necesario proporcionar líquidos adicionales a estos/as niños/as para satisfacer sus requerimientos hídricos (Brown, 1998).

La incorporación de estos líquidos predispone además al riesgo de infección originado por la introducción de estos alimentos, generalmente en mamadera, expuestos a la contaminación del medio ambiente y muchas veces preparados en inadecuadas condiciones de higiene. A esto se suma que las propiedades de la lactancia materna como factor inmunitario se aprovechan en grado óptimo cuando esta es exclusiva y son interferidas por el uso de otros alimentos, incluso de agua, yuyos y té.

Por otra parte, la incorporación de estos alimentos puede interferir también con la biodisponibilidad de algunos nutrientes claves de la leche materna, como el hierro y el zinc, los cuales, a pesar de estar en concentraciones bajas en la leche materna, se absorben en un alto porcentaje cuando la lactancia es exclusiva (Brown, 1998).

En Uruguay, la tasa de lactancia materna predominante (en menores de 4 meses) se redujo a la mitad entre 1996 y 1999 (16,8% y 9,8% respectivamente) y luego continuó descendiendo, aunque más levemente, en el 2003 (8,6%). Este último cambio obedeció fundamentalmente a la disminución, prácticamente a la mitad, del consumo de otros líquidos (agua y té) entre los niños amamantados menores de 1 mes en el 2003 (8,2% en 1999 y 4,7% en 2003) (Cuadro 16).

En la sección Anexos se encuentran los cuadros que ilustran qué proporción de niños/as en cada mes de vida recibe cada tipo de alimento. En ellos puede observarse precisamente que entre los/as niños/as menores de 1 mes disminuyó el consumo de agua entre 1999 y 2003 (8,6% y 3,2% respectivamente) y algo similar, pero en menor magnitud, ocurrió con el consumo de té (5,8% en 1999 y 4,5% en 2003).

Al analizar la incorporación de estos líquidos según la edad del/de la niño/a, puede advertirse que antes de los 3 meses principalmente lo que se les ofrece es agua y té. Los jugos se incorporan fundamentalmente después de los 3 meses y su consumo va aumentando con la edad del niño. Sin embargo, es interesante observar que el

consumo de té no presenta una tendencia al aumento con la edad del/de la niño/a, sino que entre un 5 y un 10% de los menores de 6 meses reciben estas infusiones ya desde tempranas edades, lo que marca un fuerte componente cultural en nuestra sociedad con respecto al uso de estos té con diversos fines terapéuticos.

Cuadro 16. Prevalencia y tasa de lactancia materna predominante

Edad del/de la niño/a en meses cumplidos	1996 %	1999 %	2003 %
0 (1 ^{er} mes)	16,0	8,2	4,7
1 (2 ^o mes)	22,8	9,1	8,0
2 (3 ^{er} mes)	15,2	10,1	8,6
3 (4 ^o mes)	13,2	12,1	13,8
Total en menores de 4 meses (tasa de LMP en < 4 meses)	16,8	9,8	8,6
n	129	44	43

5.3. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA OPORTUNA

Tasa de alimentación complementaria oportuna: Proporción de lactantes de 6 a 9 meses de edad (180-299 días) que están recibiendo leche materna y alimentos complementarios.

La alimentación complementaria se define como el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y, por ende, son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. El rango de edad óptimo para dar alimentación complementaria está habitualmente entre los 6 y 24 meses de edad, si bien la lactancia materna puede continuar hasta después de los dos años (Dewey, 2003).

El crecimiento infantil no mejora con la alimentación complementaria antes de los 6 meses, aun en condiciones óptimas (es decir, con alimentos inocuos y nutritivos), y los alimentos complementarios introducidos antes de los 6 meses tienden a desplazar la leche materna (Cohen y col., 1994; Dewey y col., 1999).

Por ello la reunión de expertos convocada por la OMS concluyó que, si se espera hasta los 6 meses para introducir otros alimentos, los beneficios potenciales para la salud superan a los riesgos potenciales. Por otro lado, después de los 6 meses de edad es más difícil que los/as niños/as amamantados/as exclusivamente cubran sus necesidades nutricionales si reciben solamente leche materna (OMS-UNICEF, 1998). Más aun, en términos de desarrollo, la mayoría de los niños están listos para recibir otros alimentos alrededor de los 6 meses (Taylor y Morrow, 2001). En ambientes donde las condiciones sanitarias son muy pobres, esperar hasta más allá de los 6 meses para introducir alimentos complementarios puede reducir el riesgo de exposición a patógenos alimenticios. Sin embargo, los/as niños/as comienzan a explorar activamente sus alrededores a esta edad, por lo que están igualmente expuestos a microbios a través del suelo, etcétera, aun si no reciben alimentos complementarios. Por ende, el consenso es que la edad apropiada para introducir alimentos complementarios es a los 6 meses de vida (Dewey, 2003).

A través de la tasa de alimentación complementaria oportuna (en adelante ACO) se mide en este estudio la proporción de lactantes de 6 a 9 meses que reciben lactancia materna más alimentos complementarios.

Al igual que lo comentado para la lactancia materna exclusiva, el país presentó una mejoría notoria de esta tasa entre 1996 y 1999, pasando de 14,9% a 31,5%. En el año 2003 las cifras encontradas fueron muy similares a las de 1999 (32,2%) (Cuadro 17 y Gráfico 9).

Nuevamente, quienes presentan mejor situación son los usuarios de los servicios públicos del interior del país (36,3%), con una diferencia de más de 10 puntos con respecto a los servicios mutuales de Montevideo (25,9%). Los hospitales y consultorios acreditados como *Amigos de la Niñez* disminuyeron su tasa de ACO en el 2003 (33,4% en 2003 y 38,1% en 1999); aunque continúan manteniendo mejores valores que los no acreditados, las diferencias son sustancialmente menores que en el año 1999 (Cuadro 18 y Gráfico 10).

También, en forma similar a lo observado para el caso de la lactancia materna exclusiva, la tasa de ACO en los niños de bajo peso al nacer, que había aumentando notoriamente en 1999 con respecto

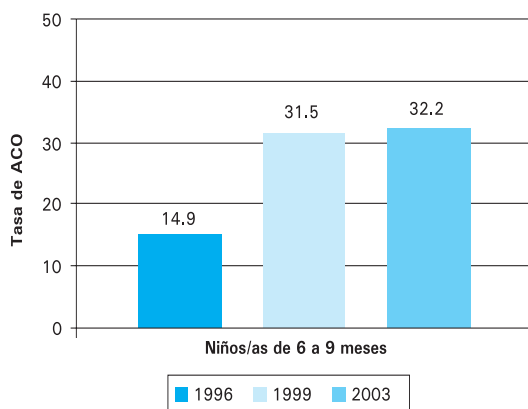
a 1996 (19,2% y 9,6% respectivamente), disminuyó a 15,1% en 2003. El fenómeno se repite en el caso de los/as niños/as desnutridos/as: en 1999 un 35,2% de los/as niños/as desnutridos/as tenían ACO, cifra que cayó a 12,1% en 2003 (Cuadro 19 y Gráfico 11).

Parece observarse una mejora en la tasa de ACO entre las madres adolescentes (35,3% en 2003 y 29,4% en 1999, cifras considerablemente superiores a las encontradas en 1996: 15,2%). Sin embargo, entre las madres que trabajan, las tasas de ACO se redujeron sustantivamente, en particular entre las que trabajan menos de 8 horas (24,8% en 2003 y 39,4% en 1999) (Cuadro 20).

Cuadro 17. Prevalencia y tasa de alimentación complementaria oportuna (en niños/as de 6 a 9 meses)

Edad del/de la niño/a en meses cumplidos	1996	1999	2003
6 meses	18,8	34,7	29,1
7 meses	16,2	28,4	37,8
8 meses	11,3	29,6	36,7
9 meses	13,6	33,5	24,9
Total 6 a 9 meses (tasa de ACO)	14,9	31,5	32,2
n	110	136	153

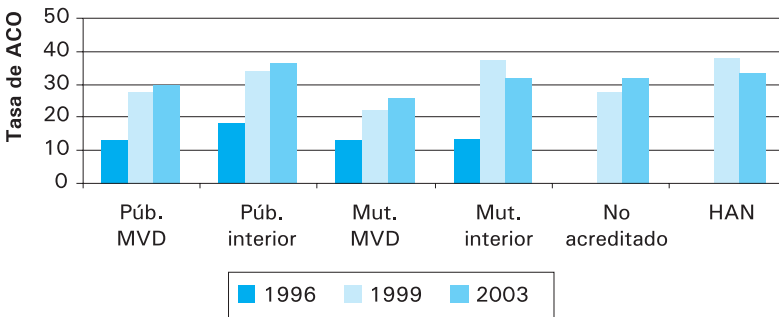
Gráfico 9. Tasa de alimentación complementaria oportuna (en niños/as de 6 a 9 meses)



Cuadro 18. Tasa de alimentación complementaria oportuna según tipo de servicio de salud (en niños/as de 6 a 9 meses)

Tipo de servicio de salud	1996	1999	2003
Público de Montevideo	13,1	28,0	29,9
Público del interior	18,0	34,0	36,3
Mutual del Montevideo	13,0	22,3	25,9
Mutual del interior	13,8	37,4	32,0
No acreditado		28,0	31,6
Hospitales Amigos del Niño (HAN)		38,1	33,4

Gráfico 10. Tasa de alimentación complementaria oportuna según tipo de servicio de salud (en niños/as de 6 a 9 meses)

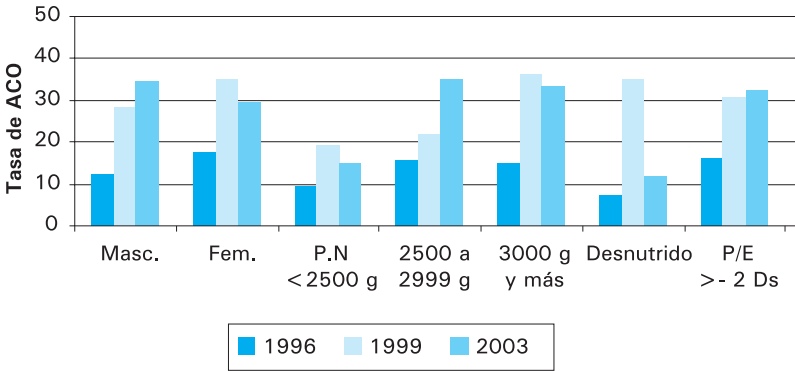


Cuadro 19. Tasa de alimentación complementaria oportuna según condiciones del/de la niño/a (en niños/as de 6 a 9 meses)

	1996	1999	2003
Masculino	12,5	28,3	34,7
Femenino	17,7	35,0	29,7
Peso al nacer			
< 2.500 g	9,6	19,2	15,1
2.500 a 2.999 g	15,6	21,6	35,2
3.000 g y más	15,1	36,2	33,5
Desnutrido	7,4	35,2	12,1
Peso/edad > -2 Ds	16,3	30,6	32,3

1
2
3
4
5
6

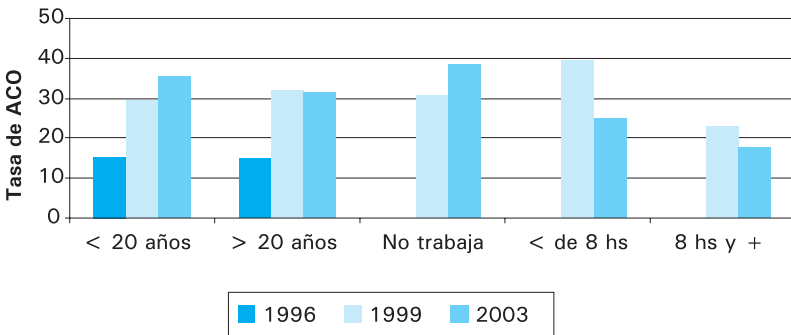
Gráfico 11. Tasa de alimentación complementaria oportuna según condiciones del/de la niño/a (en niños/as de 6 a 9 meses)



Cuadro 20. Tasa de alimentación complementaria oportuna según condiciones de la madre (en niños/as de 6 a 9 meses)

	1996	1999	2003
< 20 años	15,2	29,4	35,3
> 20 años	14,9	31,9	31,6
No trabaja		30,6	38,5
Trabaja menos de 8 hs.		39,4	24,8
Trabaja 8 hs. y más		22,9	17,7

Gráfico 12. Tasa de alimentación complementaria oportuna según condiciones de la madre (en niños/as de 6 a 9 meses)



5.4. DURACIÓN MEDIA DE LA LACTANCIA MATERNA

Duración media de la lactancia natural: La edad (en meses) en la que el 50% de los niños ya no recibe leche materna.

En el ser humano, muchas influencias culturales gobiernan el momento y el proceso del destete (Lawrence, 1996). El proceso “natural” del amamantamiento está determinado en cada período histórico por múltiples relaciones sociales que afectan a individuos, grupos familiares, comunidades e instituciones, modificando valores y significados de las prácticas naturales. Desde la dimensión sociocultural se establecen así distintos perfiles o estilos de lactancia materna, que influyen en sus características cuantitativas y cualitativas y finalmente en su duración (Quandt, 1995, citado por Sabulsky, 2001).

En mamíferos no humanos, la lactancia y el destete se producen en forma “natural” con cierta regularidad, cuya base biológica ha sido analizada en estudios comparativos. Según las diversas hipótesis que se postulan, los primates, clase a la que también pertenecen los humanos, tienden a un período fisiológico prolongado de gestación y amamantamiento, cuyo promedio en relación con distintos patrones de referencia utilizados (cuadruplicación del peso de nacimiento, alcance de un tercio del peso de adulto, edad de erupción de primer molar) está ubicado más allá de los 24 meses (Sabulsky, 2001).

La historia nos muestra que tanto en Oriente como en Occidente las mujeres amamantaban por períodos más prolongados que en la actualidad. El Talmud habla de un período de amamantamiento de 24 meses, y 3 años era la edad del destete completo entre los antiguos hebreos. Los contratos de amas de leche de Babilonia requerían amamantamientos de entre dos y tres años. Un texto médico antiguo de la India establecía que el destete debía darse después del segundo cumpleaños del/de la niño/a. El Corán expresaba que un bebé debía ser amamantado por dos años (Huggings, 1994, citado por D’Oliveira, 2001).

En la actualidad la OMS recomienda que a partir de los 6 meses, a fin de satisfacer sus requisitos nutricionales en evolución, los lactantes reciban alimentos complementarios adecuados e inocuos

1
2
3
4
5
6

desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad, o más tarde (AMS 55, 2002).

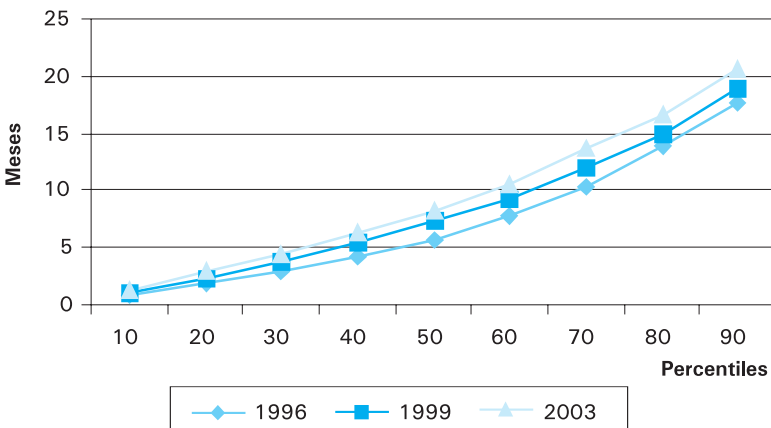
La mediana de duración de la lactancia materna en el Uruguay ha ido en aumento progresivo en los últimos años: 5,7 meses en 1996; 7,3 meses en 1999 y 8,2 meses en 2003 (Cuadro 21). Al observar el gráfico de distribución de la duración de la lactancia materna, se observa que entre 1999 y 2003 las curvas prácticamente se solapan hasta el percentil 50, para luego despegarse levemente, con alrededor de un mes y medio de diferencia entre un estudio y otro para cada percentil. Esto muestra que la sociedad uruguaya comienza a darse ciertos “permisos” culturales para el amamantamiento hasta edades mayores (Gráfico 13).

Cuadro 21. Duración media de la lactancia materna

Duración media de la lactancia	1996	1999	2003
n	1.649	1.382	1.688
Promedio	7,5	8,6	9,6
Desvío estándar	6,2	6,5	6,9
Mediana	5,7	7,3	8,2

Lactancia materna en el Uruguay, 1996-2003

Gráfico 13. Duración media de la lactancia materna (según percentiles)



5.5. TASA DE LACTANCIA NATURAL CONTINUA EN NIÑOS/AS DE 12 A 15 MESES

Tasa de lactancia natural continua (1 año): Proporción de niños/as de 12-15 meses de edad que están recibiendo leche materna.

Casi la mitad de los/as niños/as uruguayos/as continúan tomando leche materna entre los 12 y los 15 meses (47%) (Cuadro 22 y Gráfico 14). Esto representa prácticamente el doble de lo encontrado en 1996 (24,6%) y un aumento considerable respecto a 1999 (40,2%). Nuevamente, quienes presentan las tasas más altas de lactancia natural continua (en adelante LNC) son los usuarios de los servicios públicos del interior. Es de destacar que estas cifras duplican a las encontradas en los servicios mutuales de Montevideo (26,0%), a pesar de que estas últimas se incrementaron levemente desde 1999 y sustantivamente desde 1996, cuando la tasa de LNC apenas alcanzaba a 4,6%. En cambio, los servicios mutuales del interior presentan tasas de LNC similares a las de los servicios públicos de Montevideo (48,7% y 48,2% respectivamente) (Cuadro 23 y Gráfico 15).

Cuadro 22. Prevalencia y tasa de lactancia natural continua
(en niños/as de 12 a 15 meses)

Edad del/de la niño/a en meses cumplidos	1996 %	1999 %	2003 %
12	24,7	46,6	53,9
13	21,9	43,3	36,6
14	24,0	33,3	52,3
15	27,5	35,8	44,0
Total 12 a 15 meses (tasa de lactancia natural continua)	24,6	40,2	47,0

1

2

3

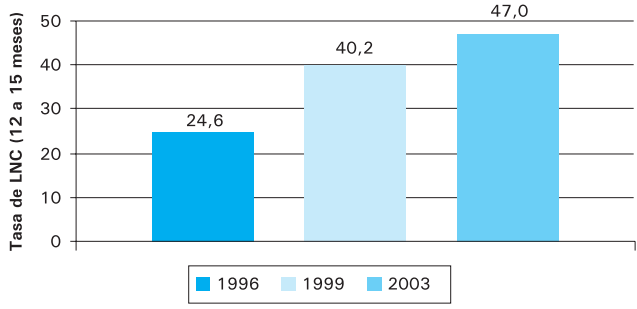
4

5

6

1
2
3
4
5

Gráfico 14. Tasa de lactancia natural continua (en niños/as de 12 a 15 meses)

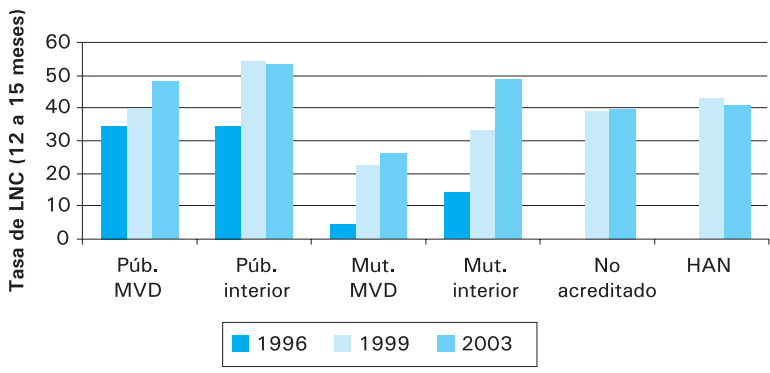


6

Cuadro 23. Tasa de lactancia natural continua según tipo de servicio de salud (en niños/as de 12 a 15 meses)

Tipo de servicio de salud	1996	1999	2003
Público de Montevideo	34,6	39,4	48,2
Público del interior	34,3	54,1	53,1
Mutual del Montevideo	4,6	22,4	26,0
Mutual del interior	14,2	33,4	48,7
No acreditado		38,8	39,5
Hospitales Amigos del Niño (HAN)		43,2	40,6

Gráfico 15. Tasa de lactancia natural continua según tipo de servicio de salud (en niños/as de 12 a 15 meses)



5.6. TASA DE LACTANCIA NATURAL CONTINUA EN NIÑOS/AS DE 20 A 23 MESES

Tasa de lactancia natural continua (2 años): Proporción de niños/as de 20-23 meses de edad que están recibiendo leche materna.

La lactancia materna sigue ofreciendo un aporte nutricional importante pasado el primer año de vida. Los niños de 12 a 23 meses de edad, que tienen una ingesta “promedio” de leche materna de aproximadamente 550 g/d en países en vías de desarrollo (OMS-UNICEF, 1998) reciben 35 a 40% del total de sus requerimientos energéticos a partir de la leche materna (Dewey y Brown, 2002). Debido a que la leche materna tiene un contenido de grasa relativamente alto comparada con la mayoría de los alimentos complementarios, es una fuente clave de energía y ácidos grasos esenciales. La leche materna provee además cantidades considerables de ciertos micronutrientes (Dewey, 2003).

Por otra parte, el impacto nutricional del amamantamiento es más evidente durante los períodos de enfermedad, cuando el apetito de los niños por otros alimentos desciende pero la ingesta de leche materna se mantiene (Brown y col., 1990). Por ende, la leche materna desempeña un papel importante en la prevención de la deshidratación y provee los nutrientes requeridos para la recuperación de los/as niños/as después de enfermedades infecciosas (Dewey, 2003).

Aunque el efecto protector de la lactancia contra las enfermedades disminuye a medida que el niño crece y aumenta la cantidad de alimentos complementarios que recibe, hay evidencia de que los niveles de mortalidad y morbilidad son menores entre los/as niños/as que continúan siendo amamantados hasta los 2 o 3 años de edad. Muchos de los constituyentes antimicrobianos de la leche materna, como la IgA secretoria, están presentes en cantidades considerables en el segundo año de vida y se piensa que mantienen al menos una parte de sus propiedades antiinfecciosas.

El impacto de la lactancia materna sobre el apetito y el crecimiento infantiles luego del primer año de vida ha sido controversial (Caulfield y col., 1996; Habicht, 2000). Sin embargo, algunos estudios longitudinales recientes demuestran que, en países en vías de desarrollo, una mayor duración de la lactancia materna está asociada con mayor crecimiento lineal, luego de analizar los datos tomando en cuenta las variables de confusión y causalidad inversa (Onyango y col., 1999; Simondon y col., 2001) (Dewey, 2003).

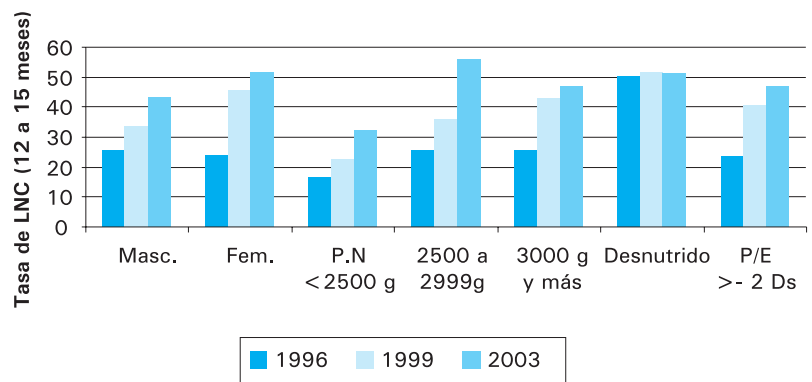
En Uruguay prácticamente un tercio de los/as niños/as continúa recibiendo leche materna entre los 20 y los 23 meses (31,3%). Esto significa casi el triple de lo encontrado en 1996 (11,8%), pero también un incremento notorio desde 1999 (22,9%) (Cuadro 24 y Gráfico 16).

En forma similar a lo encontrado para la tasa de LNC de 12 a 15 meses, quienes presentan las menores tasas entre los 20 y los 23 meses son los usuarios de los servicios mutuales de Montevideo (8,7%). Pero las diferencias se acentúan notoriamente: como ya fue comentado, la tasa de LNC entre los/as niños/as de 12 a 15 meses de los servicios públicos del interior resultó ser el doble de la de los servicios mutuales del interior; pero para el caso de los/as niños/as de 20 a 23 meses resultó ser cinco veces superior. Esto pone de manifiesto la fuerte influencia de los factores culturales en la duración de la lactancia materna (Cuadro 25).

Cuadro 24. Prevalencia y tasa de lactancia natural continua
(en niños/as de 20 a 23 meses)

Edad del/de la niño/a en meses cumplidos	1996	1999	2003
	%	%	%
20	17,0	44,2	31,2
21	12,6	5,6	31,5
22	5,1	18,6	42,9
23	11,9	24,3	15,7
Total 20 a 23 meses	11,8	22,9	31,3
(tasa de LNC 20 a 23 meses)			

Gráfico 16. Tasa de lactancia natural continua (en niños/as de 20 a 23 meses)



Cuadro 25. Tasa de lactancia natural continua según tipo de servicio de salud (en niños/as de 20 a 23 meses)

Tipo de servicio de salud	1996	1999	2003
Público de Montevideo	10,7	20,8	29,6
Público del interior	17,1	23,5	45,6
Mutual del Montevideo	5,0	18,7	8,7
Mutual del interior	22,0	26,0	26,8

5.7. TASA DE ALIMENTACIÓN CON MAMADERA EN NIÑOS/AS MENORES DE 1 AÑO

Tasa de alimentación con mamadera: Proporción de lactantes menores de 12 meses de edad que recibieron algún tipo de alimento o bebida con una mamadera.

Interesa estudiar por varios motivos la frecuencia del uso de la mamadera como vehículo para la alimentación, ya sea de leche materna, otras leches o líquidos como aguas, infusiones, jugos, etcétera.

Las mamaderas son una ruta importante de transmisión de patógenos debido a que es difícil mantenerlas limpias. En una zona periurbana del Perú, el 35% de las tetinas de mamaderas analizadas

resultaron positivas para *Escherichia coli*, un indicador de contaminación fecal, y el 31% de los tés servidos en mamaderas estuvo contaminado con *Escherichia coli*, frente a solo el 2% de los tés servidos en tazas (Black y col., 1989; Dewey, 2003).

Por otro lado, los movimientos físicos de la boca y la lengua necesarios para succionar eficazmente del pecho materno son diferentes de aquellos empleados para succionar desde una mamadera. Los niños al nacer deben aprender a mamar eficazmente y existe evidencia anecdótica de que algunos recién nacidos tienen dificultad en prenderse al pecho cuando han sido expuestos a mamaderas y chupetes antes de que la lactancia se haya establecido con éxito, fenómeno denominado “confusión de pezones” (Newman, 1990; Newman, 1993; Walker, 1993, citados por Brown 1998). Otros autores hablan de preferencia por la mamadera o el pecho luego de que la lactancia se ha establecido (Neifert, 1995, citado por Brown, 1998).

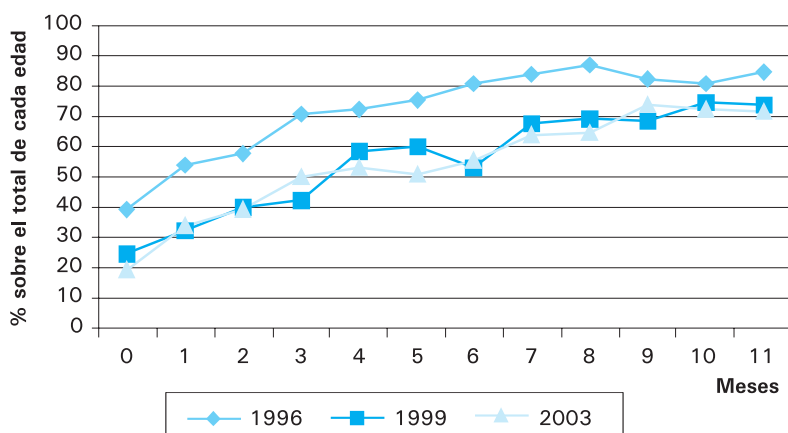
En Uruguay, la tasa de alimentación con mamadera es de 53,5% en niños menores de 12 meses, similar a la encontrada en 1999 (55,2%) y bastante inferior a los valores de 1996 (71,9%) (Cuadro 26). Al analizar el gráfico se observa que la curva de 2003, con algunos altibajos, es muy similar a la de 1999. Se advierte un menor uso de la mamadera a los 5 meses, lo que probablemente refleje la mayor proporción de lactancia exclusiva observada entre los/as niños/as de esta edad (Gráfico 17).

De la misma manera, la tasa de alimentación con mamadera según tipo de servicio de salud refleja los mayores índices de lactancia exclusiva observados en los servicios públicos del interior. El menor uso de la mamadera entre los servicios acreditados como *Amigos de la Niñez* en 1999 no se mantuvo en el 2003, y actualmente no presenta diferencias con los servicios no acreditados (Cuadro 27 y Gráfico 18).

Cuadro 26. Prevalencia y tasa de alimentación con mamadera (en niños/as menores de 1 año)

Edad del/de la niño/a en meses cumplidos	1996	1999	2003
0	39,3	24,7	19,2
1	53,7	32,2	34,2
2	57,9	40,1	39,4
3	70,4	42,1	50,2
4	72,4	58,7	52,8
5	75,6	60,2	51,1
6	80,7	52,9	55,3
7	84,0	67,9	63,8
8	86,8	69,0	64,4
9	82,7	68,4	73,6
10	81,0	74,5	72,3
11	84,5	73,8	71,4
Tasa de alimentación con mamadera	71,9	55,2	53,5
n	2273	725	765

Gráfico 17. Tasa de alimentación con mamadera



1

2

3

4

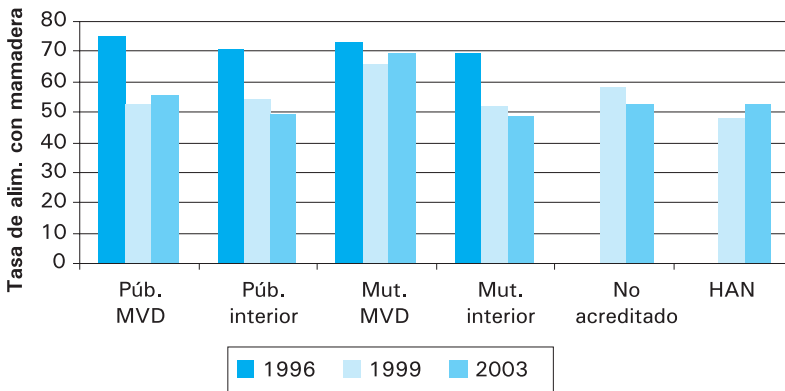
5

6

Cuadro 27. Tasa de alimentación con mamadera según tipo de servicio de salud (en niños/as menores de 1 año)

Tipo de servicio de salud	1996	1999	2003
Público de Montevideo	75,3	53,0	55,7
Público del interior	71,1	54,2	49,1
Mutual del Montevideo	72,9	65,9	69,5
Mutual del interior	69,5	52,3	49,0
No acreditado		58,4	53,2
Hospitales Amigos del Niño (HAN)		47,9	53,0

Gráfico 18. Tasa de alimentación con mamadera según tipo de servicio de salud (en niños/as menores de 1 año)



5.8. MOTIVOS DEL DESTETE

Se estudiaron los motivos del destete en aquella muestra de niños/as menores de 2 años que habían abandonado la lactancia. En este grupo de niños/as el destete se había producido promedialmente a los 6,7 meses (Cuadro 28). El análisis de los motivos de destete sin considerar la edad en que se produjo podría sesgar los resultados y conclusiones que se extraigan, por lo cual en este capítulo se presentan los motivos del destete según esta variable.

Al igual que todos los estudios desarrollados en el país en la materia (Bove, Cerruti, 2001), los destetes producidos antes de cumplido el año son motivados, mayoritariamente, por la creencia

de que la leche materna no es suficiente o su calidad no es adecuada (55,7% en los menores de 6 meses y 37,5% entre los/as niños/as de entre 6 y 11 meses) (Cuadro 29).

Estas razones tienen raíces en la información insuficiente y en la falta de confianza. Ya en 1929 el Dr. Morquio escribía respecto a las causas de la falta de leche:

Son determinadas casi siempre por la emoción, la falta de experiencia, la ignorancia, los malos consejos y por tanto susceptibles a corregirse [...] Toda madre que tiene confianza en sí misma está en condiciones de criar perfectamente a su hijo. De ahí la importancia de la enseñanza de la madre y de las futuras madres [...] La madre que cree no tener leche no la tiene: la madre que suprime esta preocupación con un buen consejo puede resultar una excelente ama, cuando todo hacía suponer el fracaso.

En 1991 The Royal College of Midwives publicaba en el mismo sentido:

Las encuestas indican que las madres dejan de lactar a sus hijos en su gran mayoría por hipogalactia (baja producción de leche), pero la hipogalactia no es una enfermedad ni una deficiencia natural, sino una consecuencia de un cúmulo variado y complejo de motivaciones psicológicas, sociales, económicas, culturales, junto con creencias, mitos y tabúes.

Por todo lo expresado es destacable que haya disminuido la razón “calidad inadecuada” en el último período estudiado. Esto indica un camino a la recuperación de la confianza de las madres en su capacidad de amamantar, confianza que ha sido socavada por varias fuerzas, en particular por la comercialización no ética de los sucedáneos de la leche materna. Esto constituye un paso básico en el proceso de recuperación de una cultura nacional de la lactancia materna.

En el grupo de menores de 6 meses la segunda razón mencionada fue el trabajo materno (16%), cifra mayor que la encontrada en 1999 (11,3%). El tercer lugar fue ocupado por la enfermedad del niño, que ocasionó el 5,6% de los destetes de esta edad, valor sensiblemente mayor al 1,6% de 1999, a pesar de que, según la OMS y UNICEF,³

³ OMS-UNICEF: *Razones médicas aceptables para la suplementación de leche materna.*

son excepcionales las situaciones de salud del/de la niño/a que justificarían la interrupción de la lactancia (Cuadro 29).

Resulta interesante que el “nuevo embarazo” prácticamente no aparezca como causa de destete antes de los 6 meses, lo que sugiere la influencia del método de lactancia y amenorrea como anticonceptivo para las madres de niños/as menores de 6 meses (Cuadro 29).

Entre los 5 y 11 meses el segundo lugar lo ocupó el “destete natural” (17,4%), entendido como un acuerdo entre la madre y el/la niño/a. En tercer lugar figuró la decisión materna (13,2%) que creció con respecto a 1999 (8,1%). El trabajo materno fue motivo del 12% de los destetes de esta edad (Cuadro 29).

Luego del año, el patrón de causas de destete se modifica totalmente. La primera razón mencionada fue el “destete natural” (36,9%), que se incrementó con respecto al 28,2% encontrado en 1999. La segunda causa fue la decisión materna (20,9%) y la tercera el “nuevo embarazo” (19,5%) (Cuadro 29).

Al analizar los motivos de destete en niños/as menores de 6 meses según el tipo de servicio de salud, llama la atención que todos los argumentos de “mala calidad” se dieron en los servicios mutuales del interior del país; por otro lado, resulta llamativo el alto porcentaje de destetes ocasionados por “cantidad insuficiente de leche” entre los servicios públicos del interior (60,7%) (Cuadro 30).

El trabajo materno incide el doble en los servicios del interior que en los de Montevideo, pero llama la atención cómo disminuyó en el interior, especialmente en los servicios mutuales. Es necesario tener en cuenta que, como se pudo observar en el apartado de características de la población estudiada, las madres que asisten a sus hijos/as en los servicios mutuales trabajan en una proporción mucho mayor (cerca de 4 veces más) que las que lo hacen en los servicios públicos.

Con respecto a los destetes según el sexo de los/as niños/as, el motivo “calidad inadecuada” se dio en el año 2003 solo en los varones, al tiempo que la causa “cantidad insuficiente” en el año 2003 ocupó un mayor porcentaje de los destetes de las niñas (57,1% y 47,6% respectivamente) (Cuadro 31).

Cuadro 28. Edad del destete (en niños/as menores de 2 años que abandonaron la lactancia)

	1996	1999	2003
n	2.924	1.336	1.237
Mediana	3	5	6
Media	4,5	6,1	6,7
Desviación estándar	4,2	4,6	4,8

Cuadro 29. Motivos del destete según la edad en que se produjo

	< de 6 m.		6 a 11 m.		12 a 17 m.	
	1999	2003	1999	2003	1999	2003
	%	%	%	%	%	%
Cantidad de leche insuficiente	46,0	51,9	29,0	36,4	6,1	4,5
Calidad de leche inadecuada	7,4	3,8	2,9	1,1	—	—
Trabajo materno	11,3	16,0	22,4	12,0	2,9	6,5
Indicación médica	2,4	2,0	1,3	1,9	2,3	6,8
No succionaba	3,3	3,0	0,8	1,3	—	0,8
Decisión materna	4,2	1,9	8,1	13,2	16,0	20,9
Enfermedad materna	4,2	4,2	2,4	2,3	2,0	—
Enfermedad del/de la niño/a	1,6	5,6	—	0,5	0,9	0,8
Problemas con los pezones	4,4	2,8	0,3	—	0,9	3,1
Tomar ACO	1,7	0,3	0,3	0,4	—	—
Nuevo embarazo	—	1,1	5,0	2,9	20,6	19,5
Destete natural	7,6	1,8	19,2	17,4	28,2	36,9
Consejo familiar o de vecinos*	—	0,6	—	—	—	—
El niño no estuvo en contacto con madre biológica *	—	0,9	—	0,2	—	—
Otras	3,8	0,9	1,2	0,7	0,9	—
No sabe / no contesta	2,2	2,9	7,2	9,8	19,4	—
n	692	567	412	442	173	177

* Estas categorías no estuvieron incluidas en el estudio de 1999.

Cuadro 30. **Motivos del destete por tipo de servicio de salud** (en niños/as menores de 6 meses)

Tipo de serv. salud/ Motivo del destete	Público de Montevideo		Mutual de Montevideo		Público del interior		Mutual del interior	
	1999	2003	1999	2003	1999	2003	1999	2003
Cantidad de leche insuficiente	39,1	46,8	65,7	43,5	47,8	60,7	37,0	52,9
Calidad de leche inadecuada	16,3	—	2,4	—	—	—	—	5,2
Trabajo materno	11,5	16,1	10,8	13,1	10,3	7,0	22,1	7,1
Indicación médica	8,3	—	—	—	7,6	—	11,1	3,5
No succionaba	3,7	3,3	4,5	4,5	3,7	3,4	2,2	2,2
Decisión materna	2,0	2,9	2,4	4,5	5,0	1,3	—	2,9
Enfermedad materna	—	2,9	2,4	2,9	5,1	6,4	8,2	15,8
Enfermedad del/ de la niño/a	—	11,2	—	—	0,0	9,0	0,0	—
Problemas con los pezones	—	—	—	4,5	8,0	5,7	—	10,4
Destete natural	9,6	—	2,6	—	7,2	1,5	10,4	—
Niño/a no estuvo en contacto con madre	—	—	—	9,0	0,0	5,0	0,0	—
Otras	7,1	—	7,1	18,0	1,3	—	6,7	—
No sabe / no contesta	2,5	16,8	2,4	—	3,9	—	2,2	—

Cuadro 31. **Motivos de destete** (en niños/as menores de 6 meses según sexo)

	Masculino		Femenino	
	1999	2003	1999	2003
	%	%	%	%
Cantidad de leche insuficiente	45,0	47,6	44,3	57,1
Calidad de leche inadecuada	5,1	2,8	4,6	—
Trabajo materno	15,3	10,0	11,7	10,5
Indicación médica	8,6	1,9	6,3	—
No succionaba	2,7	3,5	4,1	3,1
Decisión materna	1,1	3,5	6,2	1,5
Enfermedad materna	3,2	10,2	5,0	5,5
Enfermedad del/de la niño/a	—	6,6	—	4,3
Problemas con los pezones	1,5	4,3	3,6	7,3
Destete natural	10,3	1,0	5,2	—
Niño/a no estuvo en contacto con madre	—	4,5	—	1,3
Otras	5,1	2,2	5,1	2,6
No sabe / no contesta	1,9	1,8	3,9	6,8

1

2

3

4

5

6

6. comparación con la región

1
2
3
4
5

El porcentaje de niños/as que son amamantados/as en algún momento de su vida varía considerablemente entre regiones y entre los propios países que componen cada región. Información de las Encuestas Demográficas y de Salud realizadas entre 1984 y 1990 indica que en África la tasa de inicio de la lactancia varió entre 92% y 99%, mientras que en América Latina y el Caribe este rango fue mucho mayor: entre 77% y 94%. Información comparable recogida por la OMS para el período 1980-1989 indicó un rango de 63% a 89% para Asia del Pacífico y de 73% a 94% para Asia del Sudeste (Brown, 1998).

6

Las tasas de lactancia materna exclusiva en niños/as menores de 4 meses son generalmente menores de lo deseado, y varían de 19% en África a 49% en Asia del Sudeste. Muy pocos países reportaron una prevalencia mayor de 45%. La mayor parte de las madres en los países en desarrollo dan otros líquidos o alimentos a sus hijos de pocos meses. Sin embargo, cuando la promoción de la lactancia es intensiva, estas prácticas pueden cambiar sustancialmente (Brown, 1998).

También hay una amplia variación en la duración de la lactancia. En África la mediana de la duración osciló entre 15,2 y 24,4 meses (1986-1990). En América Latina y el Caribe varió entre 9 y 18 meses en áreas urbanas y entre 10 y 22 meses en áreas rurales (Pérez-Escamilla 1993). En Asia la duración promedio fue de 14 meses en la región del Pacífico y 25 meses en la región Sudeste (Brown, 1998).

En cuanto a América Latina, Uruguay se encuentra entre los países con mayor porcentaje de inicio de la lactancia (98,1% de lactancia exclusiva al alta). Asimismo, aunque la prevalencia de lactancia exclusiva en los primeros meses aún está lejos de alcanzar las recomendaciones internacionales en la materia, las cifras son de las mejores de la región. En cambio, en la mayor parte de los países la lactancia se extiende por períodos más prolongados que en el Uruguay (Cuadros 32 y 33).

Cuadro 32. Patrones de lactancia materna en siete países de América Latina

	Bolivia (1994)	Colombia (1995)	R.Dominicana (1996)	Guatemala (1995)	Paraguay (1990)	Perú (1996)	Uruguay (2003)
Inicio de la lactancia							
Inicio (%)	96,3	94,5	93,2	95,6	92,8	96,8	98,1*
Lactancia exclusiva							
0-1 mes (%)	61,4	26,7	39,1	54,8	10,1	71,2	72,9
2-3 meses (%)	47,8	9,1	17,4	45,3	5,7	54,2	52,6
4-5 meses (%)	27,3	4,8	8,3	40,3	0,9	38,6	35,4
Mediana de la duración							
Exclusiva (meses)	1,6	0,5	0,6	1,7	0,4	2,7	2,2
Parcial (meses)	17,5	11,3	7,6	19,8	10,5	19,5	8,2

Fuente: Adaptado de: Chessa K. Lutter, *Breastfeeding Promotion - Is Its Effectiveness Supported by Scientific Evidence and Global Changes in Breastfeeding Behaviors?*, Food and Nutrition Program, Division of Health Promotion and Protection, Pan American Health Organization, Washington DC, 2003.

* El dato de inicio de la lactancia materna fue tomado del Sistema Informático Perinatal (SIP 2000, MSP-CLAP, nov. 1999, Uruguay). En 1998 se tuvo información de 37.921 nacimientos, que corresponden al 69,2% de los nacimientos de dicho año (el sistema abarca a los servicios públicos y privados de todo el país). La cifra de “pecho exclusivo al alta” fue de 98,1% para 1998.

Cuadro 33. Información representativa del nivel nacional en inicio de la lactancia y mediana de la duración de la lactancia exclusiva y parcial

País	Año	Inicio (%)	Mediana de la duración		Fuente de información
			Exclusiva	Parcial	
Argentina	2002	98,0	2,5	8,0	Provincia de Buenos Aires
Bolivia	1998	96,6	3,9	18,0	Encuesta Demográfica y de Salud
Colombia	2000	95,5	0,7	13,1	CDC supported survey
Ecuador	1999	97,0	2,2	15,5	CDC supported survey
Guatemala	1998	96,5	0,9	19,9	Encuesta Demográfica y de Salud
Paraguay	1998	94,2	0,3	11,5	CDC supported survey
Perú	2000	97,8	4,2	21,6	CDC supported survey
Uruguay	2003	98,1	2,2	8,2	IBFAN-UNICEF survey

Fuente: Adaptado a partir de datos preliminares proporcionados por Chessa Lutter, 2003.

referencias bibliográficas

- ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD n° 54, *Consulta de expertos sobre la duración de la lactancia materna exclusiva*, Ginebra, 28 a 30 de marzo de 2001.
- ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD n° 55, *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*, Ginebra, 16 de abril de 2002.
- BROWN, K.; DEWEY, K.; ALLEN, L., *Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge*, WHO/NUT/98.1, Ginebra, 1998.
- Boletín de la Sociedad de Pediatría de Montevideo*, tomo III, n° 9, Montevideo, diciembre de 1930.
- BOVE, I.; CERRUPI, F., *¿Cuándo y por qué se produce el destete en el Uruguay?*, Montevideo, Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil / IBEFAN, 2001.
- CAVA, N.; LUTTER, Ch.; ROSS, J.; MARTIN, L., *Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia*, Washington DC, OPS/OMS, Linkages, USAID, AED, 2002.
- DEWEY, K. G., *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*, Washington DC, OPS/OMS, Unidad de Nutrición, Salud de la Familia y Comunidad, 2003.
- D'OLIVEIRA, N., *Lactancia materna prolongada: elementos para la reflexión*, Montevideo, Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil – IBEFAN, 2001.
- LAWRENCE, R., *La lactancia materna*, 4ª ed., España, 1996.
- LUTTER, Ch., *Breastfeeding Promotion – Is its effectiveness supported by Scientific Evidence and Global Changes in Breastfeeding Behaviors?*, Washington DC, Food and Nutrition Program, Division of Health Promotion and Protection, PAHO, 2000.
- LUTTER, Ch., *Recommended length of exclusive breastfeeding, age of introduction of complementary foods and the weaning dilemma*, Washington DC, WHO/CDD/EDP/92.5, 1993.
- IGLESIAS, M. E.; FILOMENO, M. E.; PINZÁS, A. *Sólo pecho. Factores relacionados con el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en un grupo de mujeres de Comas, Perú*, Lima, CESIP, 1996.
- OPS/OMS, *Indicadores para evaluar las prácticas de lactancia materna. Informe de una Reunión*, Ginebra, 11-12 de junio de 1991.
- SABULSKY J.; LOBO, B., et al., *Lactancia materna y lactancia artificial. Diferencias de crecimiento y desarrollo en niños de la ciudad de Córdoba, Argentina*, Córdoba, CLACYD, julio 2001.
- VICTORA, C. G.; SMITH, P. G.; VAUGHAN, J. P., et al., "Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil", *Lancet*, 1987, 2, pp. 319-322.

- 16.2. Promedio diario __ __
(88 no corresponde; 99 sin dato)
17. ¿La madre estudia fuera del hogar?
1. Sí
 2. No
 3. No sabe / No contesta
 4. No corresponde
18. N° de horas de estudio incluyendo traslado
- 18.1. Jornada más extensa __ __
(88 no corresponde; 99 sin dato)
- 18.2. Promedio diario __ __
(88 no corresponde; 99 sin dato)

Alimentación del niño

19. ¿El niño ha sido alimentado a pecho en las últimas 24 horas?
1. Sí
 2. No
 3. No sabe / No contesta
20. Qué alimentos (sólidos o líquidos) o sustancias recibió el niño **en las últimas 24 horas?**

Tipo de alimento	Sí	No	NS/NC
Leche materna			
Leche de vaca (fluida o en polvo)			
Fórmula láctea			
Jugos o leches a base de soja			
Agua, agua mineral			
Gaseosas, refrescos			
Alimentos sólidos, semisólidos, sopas			
Jugos de frutas o verduras			
Té, té de yuyos			
Vitaminas u otros medicamentos			
Otros (especificar)			

21. En las últimas 24 horas ¿recibió el niño algún alimento, agua o sustancia en mamadera?
1. Sí
 2. No
 3. No sabe / No contesta

22. ¿Qué edad tenía el niño (en meses cumplidos) cuando dejó definitivamente de tomar pecho? __ __

(No corresponde = 88)

(No sabe / no contesta = 99)

23. En caso de los niños que no reciben pecho materno:

¿Por qué el niño dejó de tomar pecho?

1. Cantidad de leche insuficiente
2. Calidad de leche inadecuada
3. Trabajo materno
4. Indicación médica (especificar causa) _____
5. No succionaba
6. Decisión materna (Motivo: _____)
7. Enfermedad materna (Especificar: _____)
8. Enfermedad del niño (Especificar: _____)
9. Otras (Especificar: _____)
10. No sabe / no contesta
11. No corresponde (niño aún no destetado)
12. Pezones umbilicados, agrietados o doloridos
13. Tomar anticonceptivos
14. Nuevo embarazo
15. Destete natural
16. El niño no estuvo en contacto con la madre biológica
(abandono, muerte materna, adopción)
17. Consejo de la familia o vecinos
18. Consejo de maestros / educadores

anexo 2

Alimentos recibidos según la edad del/de la niño/a en los 3 años estudiados

Consumo de alimentos según la edad del/de la niño/a (en %)

1996. Edad del/ de la niño/a en meses cumplidos	Leche materna	Agua	Jugos	Té o yuyos	Fórmulas lácteas	Leche de vaca	Alimentos complementarios
0	86,6	29,2	7,1	13,9	13,2	18,8	11,7
1	89,7	33,4	3,7	23,2	17,0	19,5	3,0
2	79,4	32,4	8,4	19,5	18,4	35,2	6,3
3	61,7	45,7	20,5	23,1	17,1	47,2	20,3
4	62,5	56,8	27,0	28,0	20,7	51,8	40,8
5	51,6	59,0	48,1	20,3	11,8	61,7	66,1
6	48,4	67,3	59,7	20,6	6,3	69,6	83,4
7	36,5	75,2	63,3	24,2	8,4	76,8	89,2
8	33,5	81,6	71,8	22,3	3,5	82,4	88,6
9	29,5	85,1	68,8	14,4	5,4	79,1	94,1
10	34,1	89,3	67,4	18,4	8,6	79,0	95,4
11	28,0	85,5	71,6	18,2	6,3	79,5	91,0
12	24,7	93,4	72,5	26,0	2,0	85,6	95,9
13	21,9	85,5	64,7	20,7	5,7	82,3	93,3
14	24,3	90,7	71,5	17,8	4,0	92,4	93,1
15	27,5	94,0	66,9	16,4	6,1	90,3	94,7
16	27,6	93,7	71,2	14,4	2,1	94,3	95,6
17	20,9	96,5	74,9	21,5	6,4	84,8	98,2
18	16,2	90,7	75,2	13,7	2,2	92,6	96,8
19	16,5	89,4	69,4	25,5	1,5	96,6	95,7
20	17,0	90,2	63,1	18,5	1,6	93,6	95,9
21	12,6	87,9	59,5	27,1	6,7	94,6	94,6
22	5,1	94,7	75,1	20,1	3,7	100,0	94,0
23	11,8	93,6	61,2	11,4	3,0	92,0	99,4

1ª Encuesta Nacional de Lactancia Materna. Programa de promoción de la Lactancia. MSP, 1996.

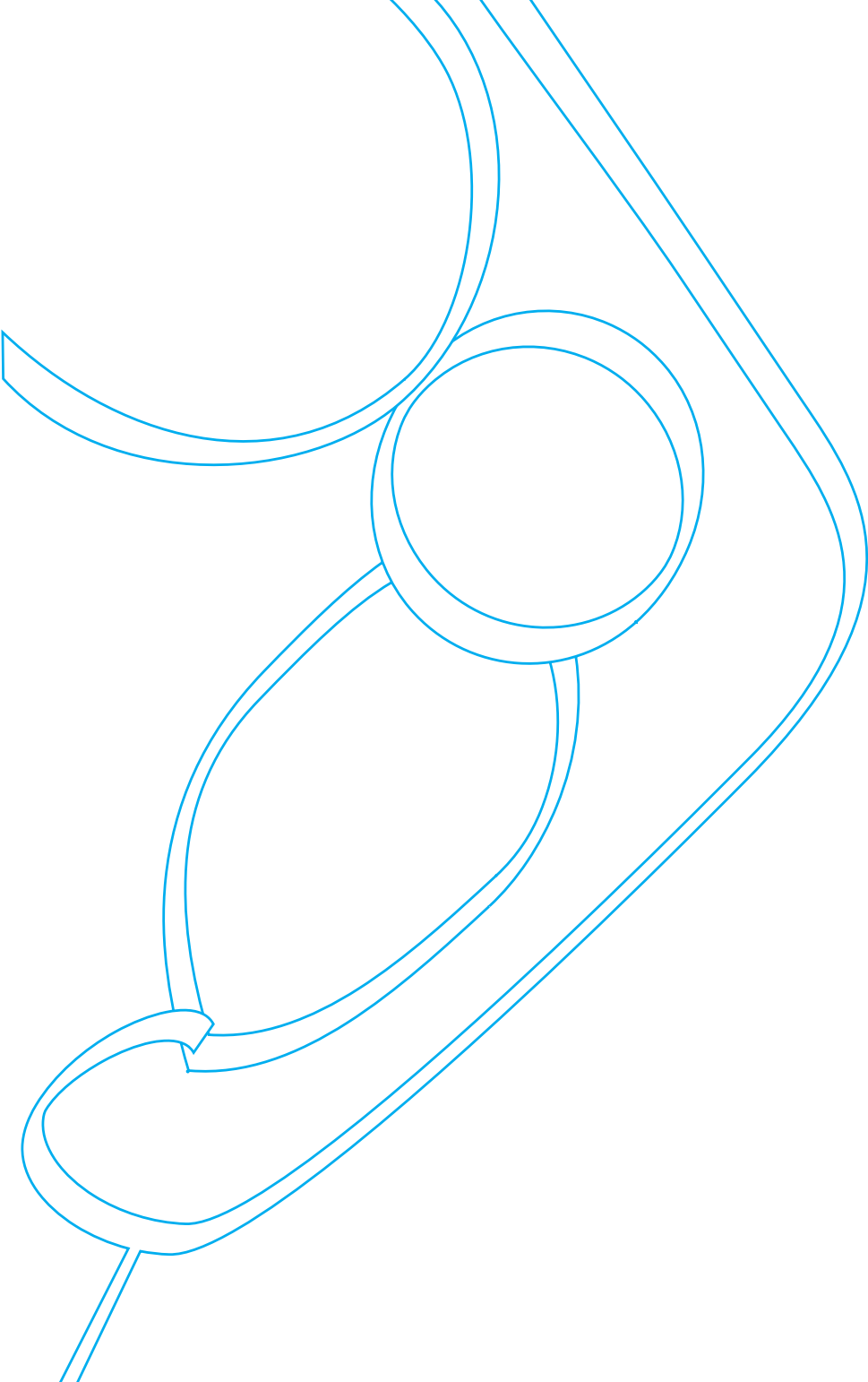
Consumo de alimentos según la edad del/de la niño/a (en %)							
1999. Edad del/ de la niño/a en meses cumplidos	Leche materna	Agua	Jugos	Té o yuyos	Fórmulas lácteas	Leche de vaca	Alimentos complementarios
0	98,1	8,6	0,6	5,8	9,0	6,1	0,0
1	96,2	11,0	2,0	8,5	12,9	11,1	0,7
2	93,4	16,7	4,0	7,2	17,1	16,4	0,4
3	86,3	29,3	10,0	10,9	13,8	20,9	9,6
4	73,3	36,3	25,4	11,0	16,6	35,4	20,2
5	72,6	51,6	34,3	15,2	17,1	38,1	48,6
6	68,2	62,7	56,7	9,0	5,9	45,2	79,4
7	72,0	71,2	58,8	11,1	7,6	54,6	84,3
8	59,1	78,6	73,2	12,2	7,6	58,9	90,5
9	54,9	77,0	74,5	11,6	9,4	56,7	90,8
10	49,9	85,8	78,1	13,9	5,7	73,2	92,7
11	43,6	86,5	80,4	15,4	9,0	70,8	97,3
12	46,6	90,8	84,5	21,6	1,5	78,1	94,4
13	43,3	81,9	78,9	9,4	4,2	80,9	93,5
14	33,3	81,1	75,2	15,5	2,8	89,4	97,5
15	35,8	93,1	74,8	15,7	1,3	78,9	93,1
16	17,0	88,7	84,4	34,8	10,1	88,0	100,0
17	29,4	75,1	78,3	20,9	8,1	85,8	98,6
18	45,7	89,1	79,7	21,1	0,0	74,9	94,0
19	35,7	90,4	83,1	17,8	5,3	92,8	97,0
20	44,2	87,0	74,9	16,2	0,0	93,5	96,5
21	5,6	96,6	89,7	29,9	1,7	98,3	100,0
22	18,6	90,6	86,5	8,9	7,9	92,3	92,3
23	24,3	85,7	73,4	25,3	0,0	85,8	90,1

2ª Encuesta Nacional de Lactancia Materna. Programa de promoción de la Lactancia. MSP, 1999.

Consumo de alimentos según la edad del/de la niño/a (en %)

2003. Edad del/ de la niño/a en meses cumplidos	Leche materna	Agua	Jugos	Té o yuyos	Fórmulas lácteas	Leche de vaca	Alimentos complementarios
0	97,5	3,2	0,0	4,5	9,5	5,9	0,9
1	96,2	7,9	0,7	5,3	19,2	9,0	0,0
2	89,7	10,9	1,2	10,0	13,1	21,5	0,3
3	85,0	14,5	5,4	8,2	15,0	23,1	3,7
4	81,4	23,2	14,5	6,3	11,7	35,6	19,6
5	76,7	37,3	30,0	7,5	9,3	37,7	44,4
6	79,8	53,9	44,3	8,8	9,6	42,6	69,6
7	69,4	73,1	58,6	10,5	4,5	52,4	93,6
8	66,2	74,8	63,3	13,2	4,6	57,9	96,8
9	59,9	86,4	68,0	10,3	2,0	72,4	100,0
10	60,6	86,3	70,2	18,2	7,0	62,3	96,5
11	44,5	87,8	64,4	11,8	4,7	70,3	96,3
12	53,9	77,3	74,6	13,5	3,6	72,9	97,6
13	36,6	89,6	55,5	8,2	2,6	89,6	100,0
14	52,3	88,7	82,2	16,5	0,0	79,5	100,0
15	44,0	84,6	73,1	15,2	3,9	80,9	100,0
16	36,5	94,9	60,9	9,7	2,4	79,9	99,6
17	49,8	84,5	67,6	11,7	1,8	77,8	98,2
18	30,7	86,0	69,2	12,9	1,8	84,0	98,4
19	40,4	90,6	62,8	21,5	0,7	90,5	100,0
20	31,2	90,8	70,2	36,1	0,0	93,3	100,0
21	31,5	91,8	62,3	13,7	0,0	84,4	100,0
22	42,9	96,5	48,9	13,1	2,1	81,6	100,0
23	15,7	90,1	66,6	13,0	2,4	95,9	100,0

3ª Encuesta Nacional de Lactancia Materna. RUANDI-UNICEF 2003.



II. Recomendaciones para una política nacional sustentable

Una política nacional de lactancia materna necesariamente debería inscribirse en la *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*, aprobada por la 55ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS 55.25, 18 de mayo de 2002). En esta oportunidad la AMS instó a los Estados miembros a que, con carácter urgente, adoptaran la *Estrategia*, fortalecieran las estructuras existentes o crearan otras nuevas para su aplicación, definieran metas y objetivos nacionales, así como indicadores que permitieran la vigilancia y evaluación de las medidas adoptadas y movilizaran recursos sociales y económicos para intervenir activamente en su aplicación.

La *Estrategia mundial* fue formulada durante un proceso participativo de dos años en el que intervinieron todos los Estados miembros, organizaciones internacionales, intergubernamentales y no gubernamentales, asociaciones de profesionales de la salud y la industria de alimentos elaborados.

Su propósito es mejorar, a través de una alimentación óptima, el estado de nutrición, el crecimiento y el desarrollo, la salud y, de este modo, la supervivencia de los lactantes y los niños pequeños. La *Estrategia* pretende ser una guía para la adopción de medidas.

Una prioridad de la *Estrategia mundial* para todos los gobiernos es formular, aplicar, supervisar y evaluar una política integral sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño en el contexto de las políticas y los programas nacionales relativos a la nutrición, los niños y la salud reproductiva, y la reducción de la pobreza.

Una política nacional integral debería fomentar un entorno en el que se protejan, se estimulen y se apoyen prácticas apropiadas de alimentación del lactante y del niño pequeño, a través del sistema de atención de salud y en la comunidad.

De acuerdo con la AMS, su aplicación requiere que aumenten la voluntad política, la inversión pública, la sensibilización entre los agentes de salud, la participación de las familias y las comunidades y la colaboración entre los gobiernos, las organizaciones internacionales y otras partes interesadas que, en última instancia, velarán por que se adopten todas las medidas necesarias.

El primer paso reconocido por la AMS para el logro de los objetivos de la *Estrategia* es reafirmar la pertinencia (de hecho, la urgen-

cia) de los cuatro objetivos operativos de la Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia natural:

- nombrar a un *coordinador nacional sobre lactancia natural* que cuente con la autoridad apropiada, y establecer un *comité nacional multisectorial de lactancia natural* integrado por representantes de los departamentos gubernamentales pertinentes, de organizaciones no gubernamentales y de asociaciones de profesionales de la salud;
- garantizar que todas las instituciones que proporcionen servicios de maternidad practiquen plenamente la totalidad de los *Diez pasos hacia una feliz lactancia natural* que aparecen en la declaración conjunta OMS-UNICEF sobre lactancia natural y servicios de maternidad;
- tomar medidas para poner en práctica los principios y objetivos del Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud en su totalidad;
- aprobar leyes innovadoras que protejan los derechos de amamantamiento de las trabajadoras y establezcan medios para llevarlos a la práctica.

Según la AMS, a la vista de las pruebas científicas acumuladas y de la experiencia en materia de políticas y programas, ha llegado el momento de que los gobiernos, con el apoyo de las organizaciones internacionales y otras partes interesadas:

- se replanteen la mejor forma de asegurar la alimentación apropiada de los lactantes y los niños pequeños y renueven su compromiso colectivo de hacer frente a ese desafío;
- creen órganos nacionales de base amplia que dirijan la aplicación de esta *Estrategia* como respuesta nacional multisectorial coordinada de todas las partes interesadas ante los múltiples desafíos que plantea la alimentación de los lactantes y los niños pequeños; y
- establezcan un sistema de vigilancia regular de las prácticas de alimentación y evalúen las tendencias (utilizando datos desagregados por sexos) y las consecuencias de las intervenciones.

De conformidad con el primer objetivo de la Declaración de Innocenti, más de cien países ya han nombrado a un coordinador sobre la lactancia materna y han establecido un comité nacional multisectorial. La AMS considera que estas disposiciones podrían constituir la base para la creación del nuevo órgano que la *Estrategia* reclama.

El día 7 de agosto de 2003, con motivo del cierre de la Semana Mundial de la Lactancia Materna, se desarrolló en la ciudad de Montevideo un seminario con el objetivo de presentar y discutir los resultados de la 3ª Encuesta Nacional de Lactancia Materna y su comparación con las dos primeras.

A continuación se convocó a un grupo de expertos, el que fue invitado a dividirse en tres subgrupos según su área de experiencia, con el objetivo de formular recomendaciones de base para la formulación de una política nacional de lactancia materna, a la luz de la experiencia acumulada y de las tendencias presentadas en los indicadores de lactancia materna en el país.

Los subgrupos fueron los siguientes:

- Sector público de atención de la salud, que incorporó el tema de la *desnutrición*;
- Sector privado de atención de la salud, que incorporó el tema del *trabajo materno*; y
- Campaña de comunicación.

Los grupos de discusión fueron coordinados por miembros de IBFAN Uruguay y trabajaron a partir de una pauta preelaborada. Establecieron recomendaciones generales y particulares, coincidiendo entre ellos y con lo definido en la *Estrategia mundial* en ciertos aspectos centrales de base, como la necesidad de:

- renovar los compromisos asumidos por el país con respecto a la promoción, la protección y el apoyo a la lactancia;
- establecer un órgano nacional multisectorial que coordine las acciones en la materia, reconociendo la legitimidad de la Comisión Nacional de Lactancia Materna (CNLM), la cual podría ser enriquecida con la integración de nuevos representantes;
- nombrar un coordinador nacional;
- dar continuidad a intervenciones interrumpidas y que demostraron ser valiosas para la promoción de la lactancia, como la iniciativa Hospitales Amigos del Niño (HAN) y Consultorios Amigos de la Niñez (CAN);
- formar agentes de salud para la promoción de la lactancia materna y
- utilizar las estructuras y programas existentes, coordinando y reforzando cuando sea necesario.

A continuación se adjuntan los reportes de los grupos de trabajo:

grupo sector público de atención de la salud

a

Papel del MSP, de una Comisión Nacional de Lactancia, de ONG y de organismos internacionales con respecto a la promoción, la protección y el apoyo de la lactancia materna.

b

El grupo mencionó el compromiso contraído por Uruguay en 1989 en la Declaración de Inocenti, que actualmente no se está cumpliendo.

c

Manifestó que debía existir un efectivo compromiso de las autoridades del MSP para desarrollar un Programa de Lactancia Materna conformado por un coordinador y una Comisión Nacional de Lactancia Materna (CNLM). En cuanto a sus funciones, el Programa debería ser normativo, rector y regulador, con el objetivo de promover, proteger y apoyar las prácticas de lactancia materna.

Se destacó que la CNLM podría continuar integrada como actualmente, pero también se vio importante incorporar a otros actores con experiencia en el tema. En esta línea se propuso integrar a las ONG como la Liga de la Leche e IBFAN-Uruguay.

El grupo también consideró necesario:

- crear un comité en el Norte, con un representante en la Comisión Nacional, dado que resulta difícil asistir a las reuniones a aquellos que viven en departamentos lejanos a Montevideo;
- desarrollar acciones de promoción de la lactancia dentro de las DAPS (Oficinas de Atención Primaria de la Salud);
- que las acciones en lactancia se desarrollen a través de los diferentes programas que implemente el MSP, como parte de una política nacional;
- que la Comisión Nacional de Lactancia Materna actúe en los tres niveles de atención.

Fortalezas y debilidades en el sector público con respecto a la promoción, la protección y el apoyo de la lactancia materna

El grupo de trabajo identificó como fortalezas del sector público:

- personal de los servicios motivado y que ha seguido promoviendo la lactancia;
- personal capacitado en el tema, tal como lo demuestran los resultados de la 3ª Encuesta de Lactancia en el sector público;
- disposición de los resultados de tres encuestas de lactancia materna que permiten conocer las tendencias en el sector.

Con respecto a las debilidades se manifestó:

- poco compromiso del MSP;
- falta de apoyo uniforme de los directores de los diferentes centros de salud;
- falta de unificación de criterios;
- falta de recursos para afiches, folletos y para la capacitación;
- inexistencia de un programa que coordine actividades y regule;
- ausencia de reevaluación de los HAN y los CAN;
- falta de motivación de algunos integrantes del equipo, quienes deben realizar varias tareas a la vez;
- existencia de varios programas, lo que recarga a los trabajadores de la salud y hace difícil visualizar los productos.

Cómo instrumentar o reinstrumentar la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) y la Iniciativa Consultorio Amigo de la Niñez (ICAN)

El grupo entendió que las iniciativas HAN y CAN deben ser propuestas no solo como estrategia para el logro de una lactancia exitosa, sino también como necesarias para:

- disminuir la desnutrición;
- mejorar la calidad del servicio; y
- disminuir gastos en las familias, los servicios, la sociedad y el Estado por concepto de leches de fórmulas e internación por diarrea e infección respiratoria.

Para instrumentar dichas iniciativas se entendió necesario:

- el apoyo del MSP, tanto del nivel central como de los directores de hospitales y centros;
- la capacitación continua del personal, tanto técnico como no técnico;
- la motivación para aquellos que realicen las tareas de apoyo, promoción y protección de la lactancia materna;
- incorporar el tema lactancia materna como parte de los “compromisos de gestión” que actualmente firman los servicios públicos de salud con el MSP;
- nombrar a la iniciativa como *Amiga de la Lactancia* y no como *Amiga del Niño*, ya que produce rechazo querer ser un HAN si no hay medicamentos suficientes, si no se puede brindar una buena atención.

Recursos necesarios

Se lograría implementar con:

- voluntad política del MSP al habilitar los procedimientos necesarios para implementarla;

a

b

c

a

- acuerdo de los directores de los servicios;
- unificación de los criterios para el manejo de la lactancia, para lo que es necesaria la capacitación y la actualización de todos los que trabajan en el servicio, técnicos y funcionarios no técnicos;

b

- motivación para los servicios, ya sea económica o que el servicio reciba lo que necesita para funcionar mejor. (Esta pregunta fue la más difícil de responder, ya que el grupo tenía claras las dificultades presupuestarias que está atravesando el MSP. Sin embargo, había interés en plantear que lo que se invirtiera económicamente sería reintegrado con el ahorro que se lograría al comprar menos fórmulas y tener menos niños internados.)

c

En relación con la acreditación como HAN y/o CAN y la reevaluación para mantener la acreditación, ¿quiénes realizarían la evaluación y reevaluación?, ¿quién la financiaría?

- la evaluación y la reevaluación la deben realizar los evaluadores ya capacitados;
- los costos deben ser responsabilidad del MSP con el apoyo de los organismos internacionales.

Recomendaciones para lograr una lactancia exclusiva y alimentación complementaria oportuna en los niños para prevenir la desnutrición infantil, en niños con bajo peso y prematuros

Hubo consenso respecto a que existen varios programas que, si se llevan a cabo en forma adecuada, podrían contribuir a lograr una lactancia exclusiva de 6 meses con una incorporación oportuna de alimentos. Se destacaron los siguientes:

- Programa AIEPI (Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia);
- Programa Aduana para el seguimiento del control de los/as niños/as;
- Programa Setiembre, para el seguimiento del control de la embarazada;
- Programa de Diarrea.

El grupo de trabajo manifestó como muy importante el seguimiento del/de la niño/a de bajo peso o con riesgo de desnutrición.

Se estimó necesario integrar en todos los programas la promoción, la protección y el apoyo de la lactancia materna, para lo cual deberían unificarse los criterios y lograr que cada programa aporte

lo que le compete, sin duplicar esfuerzos. Esto requiere la coordinación de un grupo, ya sea en el marco de un programa de lactancia o una comisión nacional.

En resumen: Articular e integrar los programas que ya están en las iniciativas HAN y CAN y supervisar su cumplimiento.

a

b

c

grupo sector privado de atención de la salud

a

Papel del Estado, MSP, Comisión Nacional de Lactancia Materna, ONG y organismos internacionales en la promoción, el apoyo y la protección de la lactancia materna

b

El Estado es responsable de mantener políticas sociales sustentables. La promoción, protección y apoyo de la lactancia materna debería formar parte de una política de Estado.

c

El MSP debería cumplir un rol rector y regulador, ser quien establezca metas, estrategias y objetivos. También debería brindar apoyo logístico (ciertos recursos materiales y humanos, material pedagógico y de promoción, etcétera).

Estas funciones las podría ejercer a través de la Comisión Nacional de Lactancia Materna o del Programa de Lactancia Materna. La Dirección General de la Salud también tendría un rol importante como reguladora del trabajo a lo largo del tiempo.

Las ONG facilitan la formación de redes de trabajo; también proponen y llevan a cabo iniciativas privadas. De todas formas sería importante el aval del MSP para estas iniciativas. Pueden ser importantes aliados para la puesta en práctica de las políticas definidas por el Estado.

Los organismos internacionales como el UNICEF y la OPS actuarían como veedores internacionales, validando las propuestas y brindando apoyo y respaldo tanto a las instituciones públicas como privadas.

Fortalezas y debilidades con respecto a la promoción, la protección y el apoyo de la lactancia materna en el sector

Las fortalezas identificadas fueron:

- grupos de trabajo ya consolidados que son puntales para el futuro trabajo;
- comunidad sensible al tema;
- buena convocatoria de los equipos de salud y/o instituciones;
- reconocimiento por parte de las instituciones del trabajo llevado a cabo por los grupos comprometidos con el tema;
- intención manifiesta del MSP de buscar los mecanismos para estimular la atención primaria en salud.

Las debilidades encontradas fueron:

- falta de continuidad en la IHAN y todo lo que esto implica:

flexibilización de las normas de lactancia de cada institución, falta de capacitación del nuevo personal, flexibilización de la indicación de complementos, menor apoyo de las direcciones de las instituciones, etcétera;

- persistencia de los mensajes contradictorios sobre el tema, especialmente en el personal médico;
- desniveles y falta de instancias de capacitación;
- desmotivación en los equipos de salud y personal involucrado debida a la falta de continuidad en el tema;
- ausencia de un hilo conductor u órgano regente, como lo fueron el Programa de Lactancia y la Comisión Nacional en el ámbito del MSP;
- falta de incorporación de nueva gente comprometida;
- pocas oportunidades de apoyo a la madre luego del alta (ausencia de clínicas de lactancia o grupos de apoyo).

Cómo instrumentar o reinstrumentar la IHAN y la ICAN en el sector

En el nivel del gobierno:

- Se considera fundamental que el MSP continúe instrumentando la IHAN. Debería actuar como órgano rector a través de la Comisión Nacional de Lactancia Materna y/o el Programa de Lactancia Materna. La CNLM cumpliría las funciones de oficializar, regular y proponer estrategias y objetivos.
- Continuar con la capacitación en la lactancia materna para la IHAN.
- Promover instancias de discusión sobre la mejor forma de llevar adelante la iniciativa en el sector privado.

En el nivel de los servicios de salud:

- Reinstalar las comisiones locales en las diversas instituciones.
- Fortalecer las políticas de lactancia de cada institución.
- Instrumentar autoevaluaciones o reevaluaciones internas periódicas de cada institución.

Recursos humanos y financieros

Los recursos deberían provenir de acuerdo con la pirámide de responsabilidades: Estado, MSP, instituciones privadas, ONG, organismos internacionales.

El MSP debería brindar ciertos recursos, optimizando los ya existentes y evaluando la posibilidad de dedicar otros a este trabajo en

a

b

c

a

la medida en que la promoción de la lactancia materna permite importantes ahorros por la disminución de los días de internación, la compra de fórmulas lácteas, etcétera. Se plantea la posibilidad de recurrir a la esponsorización privada (industria, comercios, etcétera).

b

Las evaluaciones y reevaluaciones de HAN y CAN podrían ser llevadas a cabo por los evaluadores ya capacitados. Podrían ser convocados y regulados por la CNLM.

c

Se considera oportuno capacitar a nuevos evaluadores.

Se considera que el financiamiento de las evaluaciones se debería mantener como se hacía en un principio: UNICEF para las instituciones públicas y las propias instituciones en el caso de las privadas.

Se plantea la necesidad de normatizar las reevaluaciones.

Madres que trabajan en el sector privado

Dificultades más frecuentes:

- desconocimiento de los derechos legales;
- horarios de trabajo muy extensos;
- desconocimiento de formas adecuadas de extracción de leche;
- falta de lugares adecuados para la extracción de leche en los lugares de trabajo;
- informalización del mercado de trabajo;
- falta de apoyo adecuado.

Soluciones y líneas prioritarias:

- informar sobre los derechos legales;
- brindar instancias de apoyo: clínicas de lactancia, grupos de apoyo, etcétera;
- ofrecer instancias de educación a la embarazada y a la madre lactante;
- capacitar en la extracción de leche;
- realizar acciones promocionales con las empresas para sensibilizarlas en el tema: conocer las ventajas de apoyar a la madre, brindar lugares para extracción de leche, etcétera. (Se destaca el trabajo de los *shopping centers* que han instaurado salas de lactancia.)

grupo campaña de comunicación

El grupo comenzó estableciendo algunas recomendaciones generales con respecto a una eventual campaña de comunicación:

a. Es necesario diseñar una campaña de comunicación en intercambio directo entre profesionales de la comunicación y especialistas en lactancia.

b. Esta campaña deberá estar dirigida, a través de diferentes estrategias, a la población en su conjunto, y considerar mensajes segmentados para:

- madres y padres;
- docentes;
- abuelos/as;
- líderes comunitarios.

c. Mensaje central:

- la lactancia materna es buena para todos;
- la lactancia materna sostiene a las mujeres (sostén emocional para todas las familias en situación de crisis);
- ternura, paz, satisfacción mutua;
- no es un tema solo de madres y bebés;
- las madres nerviosas o desnutridas también pueden amamantar;
- derecho al mejor alimento para el mejor desarrollo.

d) Es necesario que esta campaña se acompañe de una transformación de los servicios de salud e instituciones vinculadas (por ejemplo, escuelas, centros CAIF, MSP, sociedades científicas):

- prácticas a clientes externos (usuarios);
- actitudes hacia su cliente interno (personal).

Estrategias y herramientas que han funcionado en la promoción de la lactancia

- Trabajar en el ámbito de las carreras de:
 - comunicación;
 - salud;
 - educación.
- Capacitación para maestros: estos adecuan el mensaje a los diferentes niveles. Es necesario preparar materiales y algunos otros elementos de apoyo. Es posible coordinarlo a través de inspecciones técnicas.
 - Estimular lo que tiene que ver con lo recreativo: música, teatro, sensibilizando y motivando a organizaciones vinculadas.

a

b

c

a

b

c

- Establecer vínculos entre asociaciones de consumidores y asociaciones de agencias de publicidad y periodistas para evitar mensajes directos o indirectos que desalientan la lactancia materna.

- Carteles, folletería y rotafolios son recursos útiles como *apoyo* a una actividad educativa.

- Considerar la reemisión del *spot* televisivo que tuvo un impacto positivo en su momento (figuró entre los diez más recordados y recibió una Campana de Oro, premio otorgado por la Cámara de Anunciantes del Uruguay).

En síntesis: existe un capital acumulado de materiales elaborados con la cooperación de las sociedades científicas, de las organizaciones de la sociedad civil y de organismos internacionales, que podrían ser un punto de partida para actualizar y reeditar.

Fortalezas para la promoción de la lactancia materna

- El Uruguay es signatario de la Estrategia Global de Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño y UNICEF lo tiene como mandato.

- Existen carreras de comunicación.

- Hay 18 HAN y 3 CAN certificados, con una deuda: se requiere reevaluación de los HAN.

- Se dispone de una cartera de recursos humanos capacitados y sensibilizados que esperan una señal de compromiso del MSP y el gobierno.

Oportunidades

- La emergencia ha sensibilizado la opinión pública respecto a la nutrición infantil.

- Hay interés del más alto nivel político.

- El tiempo es hoy, previo al período preelectoral.

- Proyectos de ley en curso evidencian que desde el Poder Legislativo es posible identificar estrategias para la promoción de la lactancia materna.

- Es posible llegar a gran parte de la población a través de los programas que actualmente desarrolla el INDA.

Amenazas

- Campañas políticas preelectorales.

- Mitos y creencias, como, en este momento, el cuestionamiento de que una madre que no tiene un buen estado nutricional pueda amamantar con éxito.

- El único que puede hacer esponsorización ética de los mensajes acerca de cómo usar el presupuesto familiar es el gobierno.

Potenciales aliados

- organismos internacionales;
- organizaciones de la sociedad civil;
- Programa Infancia y Familia en Riesgo;
- Presidencia de la República;
- el sector educación;
- INDA;
- INAME;
- Plan CAIF;
- Escuelas de Nutrición, de Enfermería y de Parteras;
- HAN y CAN;
- Sociedad Uruguaya de Pediatría;
- Espacio Ciencia, LATU.

Recursos humanos

Es necesario que se integre un grupo humano interdisciplinario e intersectorial, en el marco de una Comisión Nacional, capaz de pensar en forma global una campaña nacional que integre las recomendaciones que surgieron de este grupo.

a

b

c

integrantes de los grupos de trabajo

SECTOR PÚBLICO

María Adela Soncini. Partera

Coordinadora del Programa de Lactancia del BPS. Integrante de la CNLM.

Olga Beatriz Acevedo. Partera

Integrante del Grupo de Lactancia Materna del Hospital y del Centro de Salud de Treinta y Tres (ambas instituciones fueron acreditadas como HAN)

María Laura Michelini. Pediatra

Evaluadora de la IHAN y de la ICAN, integrante del equipo coordinador de la Clínica de Lactancia de la Policlínica Casabó de la IMM. Secretaria del Comité de Lactancia de la Sociedad Uruguaya de Pediatría. Integrante de la CNLM desde 1996 hasta 1999.

Rosario Gularte. Licenciada en Enfermería

Coordinadora de la policlínica Entre Vecinos de la IMM. Integrante de la CNLM desde 1996 hasta 1999. Coautora del estudio *Resultados de una Clínica de Apoyo a la Lactancia, Policlínica Colón y Tiraparé de la IMM.*

Elvira Siscar. Pediatra

Coordinadora del Programa Aduana y del Programa Setiembre (madres adolescentes). Promoción de Lactancia Materna en todos los programas del primer nivel de atención primaria del MSP.

Jacqueline Ubal. Pediatra

Ex coordinadora del primer Consultorio Amigo de la Niñez del Servicio Médico Integral.

Elena Picheli. Pediatra

Subjefa del Departamento de Pediatría del Hospital de las Fuerzas Armadas (HAN). Integrante de la Comisión de Apoyo de la Lactancia Materna del Hospital de las Fuerzas Armadas.

Mabel González Torres. Pediatra

Profesora agregada de Pediatría en el Primer Nivel de Atención de la Clínica Pediátrica A. Docente de pregrado y posgrado de Pediatría. Integrante del Programa AIEPI.

Berta Maisonnave. Pediatra neonatóloga

Evaluadora de la IHAN. Integrante de la CNLM desde 1996 hasta 1999. Ex directora del Servicio de Recién Nacidos del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Lucy Mendina Farias. Licenciada en Enfermería

Encargada del Centro de Salud de Artigas. Encargada del Programa de Lactancia materna en el mismo Centro.

María Leal. Pediatra neonatóloga

Encargada del Centro de Salud de Young. Coordinadora del Programa de Lactancia Materna del Hospital de Young. Impulsora de la acreditación del Centro Auxiliar de Young como HAN.

Ricardo Gargiulo. Pediatra

Asistente de Neonatología. Ex asistente de Clínica Pediátrica. Integrante de la CNLM.

Norma Pedrozo. Médica

Coordinadora de la Unidad de Médicos de Familia del MSP.

Mercedes Traversa. Pediatra

Integrante desde el inicio de la campaña de Promoción de la Lactancia Materna, en 1996, del equipo interdisciplinario con participación de diferentes actores de la comunidad en el departamento de Flores.

Jacqueline Lucas. Nutricionista

Integrante de la Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil IBFAN-Uruguay. Profesora adjunta del Departamento de Nutrición Básica de la Escuela de Nutrición. Integrante de la CNLM entre 1996 y 1999. Coordinadora de la Semana Mundial de la Lactancia Materna para Montevideo, 1999.

Rosebel de Oliveira. Pediatra, neonatóloga

Integrante de la Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil IBFAN-Uruguay. Coordinadora de la Subcomisión de HAN de la CNLM, 1996-1999. Integrante del Comité de Lactancia de la Sociedad Uruguaya de Pediatría.

Cecilia Severi. Nutricionista

Integrante de la Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil IBFAN-Uruguay. Profesora agregada del Departamento de Nutrición Básica de la Escuela de Nutrición. Investigadora del CLAP. Coordinadora de la Subcomisión de Monitoreo de la CNLM, 1996-1999.

SECTOR PRIVADO

Beatriz Carbajal. Pediatra

Médica pediatra de CAMEC (Rosario), HAN. Co-coordinadora de la Comisión de Lactancia materna de CAMEC. Participante activa e impulsora de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre.

Elena Penadés. Obstetra partera

Responsable de la Policlínica de Lactancia del SMI (Servicio Médico Integral, Montevideo), Consultorio Amigo de la Niñez. Líder de la Liga de la Leche. Coordinadora de Nacer Mejor, institución de atención alternativa del embarazo, parto y puerperio.

Lidia Chauvié. Pediatra

Impulsora de la IHAN en CAMCEL (Cerro Largo). Docente del curso prenatal. Integrante de la Comisión de Lactancia Materna de CAMCEL

Eduviges Estevez. Pediatra

Médica pediatra de COMTA (Tacuarembó), HAN. Integrante y coordinadora de la Comisión de Lactancia Materna de COMTA. Co-gestora de la IHAN en la institución desde 1998. Integrante de la comisión organizadora de la Semana Mundial de la Lactancia Materna. Integrante de la Comisión de Educación (madres, personal de salud, comunidad).

Graciela Palomino. Pediatra

Integrante de la Comisión Nacional de Lactancia Materna. Evaluadora para la IHAN. Capacitadora de grupos sobre lactancia materna.

Mariela Ciosek. Licenciada en Enfermería

Fundadora de la Clínica de Lactancia Nueva Vida, de IMPASA, HAN desde 1997. Docente de lactancia materna en cursos prenatales. Jefe de la Maternidad y coordinadora de la Clínica de Lactancia.

María del Rosario Rodríguez. Licenciada en Enfermería

Fundadora y coordinadora de la Clínica de Lactancia Nueva Vida, de IMPASA, HAN desde 1997. Docente de lactancia materna en cursos de preparación para el nacimiento.

Mirtha Rodríguez. Obstetra partera

Integrante del equipo de lactancia materna de COMECA (Canelones, HAN). Atención de la policlínica de lactancia materna.

Zulma Sosa. Obstetra partera

Integrante fundadora del equipo de lactancia materna de la IAC (Treinta y Tres), HAN. Trabajo asistencial, docente y de promoción.

Irma Sugo Mautone. Pediatra

Asistencial Médica de Maldonado. Integrante de la Comisión Nacional de Lactancia Materna. Evaluadora para la IHAN. Docente en múltiples instancias de formación para la IHAN.

Estela Abbona. Nutricionista

Coordinadora de lactancia materna del Círculo Católico (HAN de Montevideo). Integrante de la Comisión Nacional de Lactancia Materna. Evaluadora para la IHAN. Miembro de la Red IBFAN en Uruguay. Organizadora de la Semana Mundial de la Lactancia Materna en el Círculo Católico.

Cristina Estefanel. Pediatra

Impulsora de la acreditación de CRAMI (Las Piedras) como HAN. Miembro del Comité de Nutrición de la Sociedad Uruguaya de Pediatría. Miembro del Grupo IBFAN Uruguay.

Nora d´Oliveira. Psicóloga

Miembro del Grupo IBFAN Uruguay. Presidenta de la Liga de la Leche Internacional, Grupo Uruguay. Integrante del Programa de Promoción de la Lactancia Materna del MSP desde 1997 hasta 2000. Coordinadora de la Subcomisión de Clínicas de Lactancia y Extensión Comunitaria. Autora y coautora de publicaciones e investigaciones sobre lactancia materna.

COMUNICACIÓN

Serrana Rubini. Comunicadora social

Integrante desde el inicio de la campaña de Promoción de la Lactancia Materna en 1996, del equipo interdisciplinario con participación de diferentes actores de la comunidad en el Departamento de Flores.

Isabel Ressio. Maestra educadora para la salud

Coordinadora desde 1997 a la fecha de la celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna en Paysandú con instituciones públicas y privadas y comunidad en general.

Isabel Aldabe. Nutricionista especializada en Salud Pública

Directora del Programa de Alimentación Escolar. Hasta 1998, nutricionista del CASMU, Educación Materno-Infantil, durante el proceso de acreditación como Hospital Amigo del Niño.

Joseline Martínez. Nutricionista

Nutricionista del Instituto Nacional de Alimentación (INDA). Docente de la Escuela de Nutrición y Dietética. Coordinadora del Área Educación Nutricional. Se apoyó al Programa de Lactancia Materna desde 1996 con material educativo para el fomento de la lactancia. Desde las policlínicas municipales se educa a las madres sobre la lactancia, a través de estudiantes avanzados y pasantías de nutrición.

Begoña Hermosilla. Nutricionista

Coordinadora técnica del Plan CAIF dentro de la estructura del INDA. Docente en taller de capacitación dirigido a educadores, auxiliares y manipuladores de alimentos que trabajan con niños y familias del Plan CAIF.

Cecilia Muxi Muñoz. Nutricionista.

Trabajó como coordinadora regional IBFAN América Latina. Con experiencia en el tema derechos de la mujer y lactancia materna. Especialista en Gerencia y Economía de la Salud. MBA en Planificación, Organización y Dirección de Servicios de Salud.

Florencia Cerruti. Nutricionista

Presidente del Grupo IBFAN Uruguay, desde 2000. Directora del Programa de Promoción de la Lactancia Materna del MSP (1996-2000). Desarrolló diversos trabajos de investigación en el área, incluyendo los de opinión pública sobre la lactancia materna para la

definición de contenidos y evaluación de una campaña nacional de promoción de la lactancia materna.

María Luisa Ageitos. Pediatra

Consultora de UNICEF Argentina. Ex presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Álvaro Arroyo. Médico

Consultor en salud de la Oficina de UNICEF en Uruguay.

