

Abril de 2014

**Carpeta de indicadores y
tendencias sociales,
número 25**



LXII LEGISLATURA
CÁMARA DE DIPUTADOS

Centro de Estudios
CSOP
Sociales y de Opinión Pública

Información sobre lactancia materna 2012

Rafael López Vega

Contenido

Lactancia materna	3
Criterios que definen las prácticas seleccionadas de alimentación infantil (OMS)	5
Indicadores clave para el seguimiento, monitoreo y evaluación de la alimentación infantil	6
ENSANUT 2012. Indicadores seleccionados de lactancia materna por ámbito de residencia	10
ENDANUT 2012. Indicadores seleccionados de lactancia materna por características sociodemográficas de la madre	11
Material de referencia	12

Lactancia materna

La alimentación infantil reconoce dos momentos de suma relevancia para la salud del niño y de la madre, la lactancia y la alimentación complementaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. Se recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida. Después debe complementarse con otros alimentos hasta los dos años. Actualmente menos del 40% de los lactantes menores de seis meses en el mundo reciben leche materna como alimentación exclusiva.

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables, y se constituye en una de las estrategias más costo efectivas para prevenir la morbilidad y mortalidad infantil.

La leche materna estimula el sistema inmune, posee agentes (anticuerpos) que contribuyen a proteger a los lactantes de las bacterias y los virus. Los bebés alimentados con leche materna son más capaces de combatir todo tipo de infecciones:

- gastrointestinales,
- infecciones de vías respiratorias (como neumonías y bronquiolitis),
- infecciones de orina, otitis y diarrea

La OMS estima que con la lactancia materna además de prevenir la malnutrición, cada año se puede salvar la vida a cerca de un millón de niños en el mundo.

Es sabido que la lactancia natural beneficia de distintas maneras a la madre, se ha constatado que se asocia con menor riesgo de sufrir cáncer de mama o de ovarios, así como osteoporosis y diabetes. Además entre los métodos tradicionales de anticoncepción es usual referir que la lactancia materna exclusiva funciona como un método natural (aunque no totalmente seguro) de control de la natalidad (98% de protección durante los primeros seis meses de vida) al inhibir la ovulación, situación que incide también con una mejora general en la salud nutricional de la mujer al disminuir el sangrado menstrual, lo que contribuye a un importante ahorro de hierro.

En un sentido económico la lactancia materna está relacionada con ahorros familiares sustanciales al evitar llevar a cabo gastos en compra de fórmula, así como en gastos en consultas médicas y medicamentos que podrían evitarse por el amamantamiento. En el ámbito laboral, es deseable que existan los programas y condiciones contractuales o beneficios para la madre que le permitan tiempo para amamantar y para el cuidado infantil. Al respecto la OMS recomienda:

“...Se puede facilitar la lactancia materna adaptando las condiciones de trabajo, por ejemplo mediante la baja por maternidad remunerada, el trabajo a tiempo parcial, las guarderías en el

lugar de trabajo, las instalaciones donde amamantar o extraerse y recoger la leche, y las pausas para dar el pecho.”¹

Con el objetivo de orientar sobre la lactancia antes de los seis meses y de los seis hasta antes de los dos años la OMS desde 1991 ha trabajado en proponer indicadores que permitan entre otras cosas monitorear el avance en las prácticas de lactancia a escala mundial y ha producido documentos técnicos que documentan los beneficios de la lactancia, uno de los más importantes es el de Kramer y Kakuma que data del año 2002 (Véase bibliografía).

Hace poco más de un lustro la OMS en el documento **Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño** (2007) detalla en el Cuadro 1 los criterios que definen las prácticas de alimentación infantil, el cual por su relevancia a continuación se reproduce.

¹ <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/es/index8.html>

Cuadro 1. Criterios que definen las prácticas seleccionadas de alimentación infantil

Práctica alimentaria	Requiere que el lactante reciba	Permite que el lactante reciba	No permite que el lactante reciba
Lactancia materna exclusiva	leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza)	SRO, gotas, jarabes (vitaminas, minerales, medicinas)	Cualquier otra cosa
Lactancia materna predominante	leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) como la fuente predominante de alimentación	Ciertos líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta), líquidos rituales y SRO, gotas o jarabes (vitaminas, minerales, medicinas)	Cualquier otra cosa (en particular, leche de origen no humano, alimentos líquidos o licuados)
Alimentación complementaria^a	leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) y alimentos sólidos o semisólidos	Cualquier cosa: cualquier comida o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial)	No aplica
Lactancia materna	leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza)	Cualquier otra cosa: cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial)	No aplica
Alimentación con biberón	Cualquier líquido (incluyendo leche materna) o alimento semisólido proporcionado mediante un biberón con tetina (leche artificial)	Cualquier otra cosa: cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes	No aplica

^a El término alimentación complementaria, reservado para describir la alimentación adecuada en niños amamantados que cuentan con 6 meses de edad o más, ya no se utiliza en los indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. El indicador previamente usado 'tasa de alimentación complementaria oportuna' (1), que combinaba la lactancia materna continua con el consumo de alimentos sólidos, semisólidos y suaves, era difícil de interpretar. Por lo tanto, este indicador ha sido reemplazado por el indicador 'introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves' que indica la medición de una sola práctica alimentaria. Sin embargo, el término alimentación complementaria es aún muy útil para describir las prácticas de alimentación adecuadas en niños amamantados de 6 a 23 meses de edad y continuará siendo usado en los esfuerzos programáticos para mejorar la alimentación del lactante y del niño pequeño como lo aconseja la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (8). La tasa de alimentación complementaria oportuna también puede calcularse utilizando los datos generados de la medición de los indicadores nuevos y actualizados.

Con base en estos criterios de las prácticas seleccionadas de alimentación infantil la OMS detalla quince indicadores clave para el seguimiento, monitoreo y evaluación de la alimentación infantil a escala global, de éstos 8 se clasifican en básicos y los restantes en opcionales. La lista es la siguiente:

Inicio de la lactancia materna	Inicio temprano de la lactancia materna: Proporción de niños nacidos durante los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento
Lactancia materna exclusiva	Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses: Proporción de lactantes de 0 a 5 meses de edad alimentados exclusivamente con leche materna.
Lactancia materna continua	Lactancia materna continua al año de vida: Proporción de niños de 12 a 15 meses de edad que son amamantados
Introducción de alimentos complementarios	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves: Proporción de lactantes de 6–8 meses de edad que reciben alimentos sólidos, semisólidos o suaves
Diversidad Alimentaria	Diversidad alimentaria mínima: Proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben alimentos de 4 o más grupos alimentarios
Frecuencia de comidas	Frecuencia mínima de comidas: Proporción de niños amamantados y no amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves (pero que también incluyeron leche para los niños no amamantados) el número mínimo de veces o más.
Indicador compuesto sumario de alimentación de lactantes y niños pequeños	Dieta mínima aceptable: Proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben una dieta mínima aceptable (aparte de la leche materna).
Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro	Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro: Proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben alimentos ricos en hierro o alimentos especialmente diseñados para lactantes y niños pequeños, fortificados con hierro o que sean fortificados en el hogar.

Lactancia Materna	Niños que fueron amamantados alguna vez: Proporción de niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron amamantados alguna vez
	Lactancia materna continua a los 2 años: Proporción de niños de 20 a 23 meses de edad que fueron amamantados
	Lactancia materna adecuada según la edad: Proporción de niños de 0 a 23 meses de edad que fueron amamantados adecuadamente
	Lactancia materna predominante antes de los 6 meses: Proporción de lactantes de 0 a 5 meses de edad que son predominantemente amamantados
Duración de la lactancia materna	Duración de la lactancia materna: La duración mediana de la lactancia materna entre los niños de menos de 36 meses de edad
Alimentación infantil con biberón	Alimentación con biberón: Proporción de niños de 0 a 23 meses de edad que fueron alimentados con biberón.
Frecuencia de alimentación con leche para los niños que no son amamantados	Frecuencia de tomas de leche para niños no amamantados: Proporción de niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad que reciben al menos 2 tomas de leche

Al inicio del siglo XXI la OMS y UNICEF lanzaron “La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño” (2003) cuyo 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.”, que se une a los esfuerzos previos como la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN, 1991), y el Plan de Acción Regional sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre del recién nacido y del niño (2008) que en el año de su lanzamiento diagnosticaba “Se estima que en la Región de las Américas más de 20,000 madres mueren durante el embarazo y el parto y más de 200,000 recién nacidos mueren en los 28 días seguidos al nacimiento...”.

Los contenidos de la estrategia, iniciativa y plan no han sido ajenas a las propias preocupaciones de salud materno-infantil en México en distintos momentos de nuestra historia como lo atestigua la recolección de información específica sobre lactancia y salud materna desde los años sesenta del siglo XX, hasta la integración desde los años ochenta de dicho siglo de un Sistema Nacional de Encuestas de Salud. No obstante, recientemente ven reflejada su adopción desde 2012 en:

- “ACUERDO por el que se establecen las directrices para fortalecer la política pública en lactancia materna” y que a letra indica que “...tiene por objeto establecer directrices que permitan fortalecer la política pública en lactancia materna, a fin de fomentar que todos los niños y niñas mexicanos puedan beneficiarse con prácticas óptimas en la materia, logrando los mayores niveles posibles de lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida y continuando con esta práctica en forma complementaria a otros alimentos hasta avanzado el segundo año de vida.”²
- Y, que permanece vigente en la actual planeación del desarrollo a través de este acuerdo y del Decreto de la Cruzada contra el Hambre para atender a la población en pobreza multidimensional extrema, y del “Acuerdo por el que se establecen las directrices para fortalecer la política pública en lactancia materna.”³
- Así como en el “ACUERDO por el que el Consejo de Salubridad General emite disposiciones para fortalecer la política pública en lactancia materna en materia de sucedáneos de la leche materna o humana.”⁴

En ellos se establecen además de las acciones que deberán cumplirse para acreditar el fomento a la lactancia materna en los establecimientos de atención médica que se sujeten al procedimiento de Certificación propuesto por el Consejo de Salubridad General acciones relativas a la Iniciativa Hospitalaria Amigo del Niño (IHAN).

² Consejo de Salubridad General, DOF:22/06/2012.

³ Secretaría de Salud, DOF: 22/10/2012.

⁴ Consejo de Salubridad General, DOF: 7/03/2013.

De acuerdo a los estudios especializados que en relación con el levantamiento y resultados que se derivan de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) el Instituto Nacional de Salud Pública, indican que la lactancia materna se situaba con tasas de las más bajas entre los países en desarrollo (entre 1960-1980), la duración mediana en 1987 era la misma que en 1976, y aproximadamente la mitad de los niños mayores de 6 meses no eran ya amamantados. Establecen también que el inicio y duración de la lactancia materna fueron más cortos en zonas urbanas y mayores en las grandes urbes.

Con base en los indicadores enunciados y estimados a partir de la ENSANUT 2012 se encontró principalmente que:

- La lactancia materna exclusiva (menores de seis meses) había permanecido estable desde la década de los 70 hasta 2006, pero entre 2006 y 2012 se observa un notable deterioro al pasar de 22.3 a 14.5%. Este descenso se explica por un incremento en el porcentaje de niños que consumen fórmula infantil, otras leches y agua.

Como materia previa de los porcentajes de los indicadores obtenidos en la ENSANUT 2012, baste recordar que en Chile el porcentaje de niños con porcentaje de lactancia materna exclusiva (menor de seis meses) era de 58.1%, en Brasil el porcentaje de niños alguna vez amamantados era en 2006-2007 de 96.4%, y el porcentaje con lactancia materna exclusiva era de 39.8%, en Estados Unidos el porcentaje de niños alguna vez amamantados en 2007-2008 fue de 73.9% y el porcentaje con lactancia materna exclusiva fue de 13.6%.

A continuación se presenta la información publicada por el INSP en relación con la Encuesta Nacional de Nutrición 1999, y las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición 2006 y 2012.

Indicadores seleccionados de alimentación infantil (lactancia) en tres encuestas de nutrición por ámbito de residencia 1999, 2006 y 2012

Indicador	Grupo de edad (meses)	Población menor de 2 años estimada (en miles) e indicadores (%)											
		ENN 1999			ENSANUT 2006				ENSANUT 2012				
		Población	Nacional	Urbana	Rural	Población	%	Urbana	Rural	Población	%	Urbana	Rural
Alguna vez amamantado	0 a 23	3,751.6	92.3	92.3	92.2	2,514.3	90.4	89.5	92.5	4,103.3	93.7	93.5	94.4
Lactancia materna exclusiva	0 a 5	900.2	20.0	14.8	32.7	802.5	22.3	17.3	36.9	1,069.5	14.4	12.7	18.5
Lactancia materna predominante	0 a 5	900.2	33.5	25.6	52.8	802.5	30.9	25.1	47.4	1,069.5	25.0	22.7	30.6
Lactancia materna continua al año de edad	12 a 15	683.7	36.5	30.1	53.7	325.1	37.1	30.0	50.3	779.0	35.5	31.1	47.7
Lactancia continua a los 2 años de edad	20 a 23	518.5	25.1	21.6	32.1	291.8	18.6	15.3	24.0	639.1	14.1	12	19.6
Lactancia adecuada	0 a 11	1,977.2	30.8	25.3	43.4	1,590.8	37.0	33.2	48.5	2,022.2	29.4	25.4	39.8
Lactancia adecuada	12 a 23	1,774.3	28.8	24.7	38.1	-	-	-	-	2,081.1	23.8	20.8	31.6
Mediana de la duración de la lactancia (meses)	0 a 36	3,754.7	9.7	4.9	10.9	3,470.9	10.4	8.5	10.9	6,259.9	10.2	4.9	10.8

ENN: Encuesta Nacional de Nutrición ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

Fuente: Cuadro 8.6, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales 2012, INSP, 2012.

Indicadores seleccionados de alimentación infantil (lactancia) en tres encuestas de nutrición por características socioeconómicas de la madre 1999, 2006 y 2012

Encuesta	Características	Alguna vez amamantado	Lactancia materna exclusiva	Lactancia materna predominante	Lactancia materna continua al año de edad	Lactancia continua a los 2 años de edad	Lactancia adecuada	Mediana de la duración de la lactancia (meses)
		0 a 23	0 a 5	0 a 5	12 a 15	20 a 23	0 a 11	0 a 36
ENN 1999	Edad (años)							
	Menor de 19	92.1	22.7	38.5	59.4	32.7	34.3	12.8
	19 a 25	93.5	21.4	41.7	36.0	23.1	29.8	8.7
	25 a 35	92.2	17.9	26.7	33.4	19.2	30.3	8.7
	Más de 35	91.2	21.6	29.6	33.3	45.6	33.1	2.1
	Educación (años)							
	Menos de 1	89.0	36.2					12.9
	1 a 6	90.8	23.7	50.5	46.3	40.5	37.0	12.6
	6 a 9	92.8	22.9	43.4	44.1	34.2	36.1	8.8
	9 a 12	92.7	17.1	37.3	51.5	30.8	32.1	6.9
	12 a 14	93.9	19.0	28.2	28.6	12.5	29.8	4.7
	Más de 14	94.4	2.8	30.4	12.7	14.2	28.9	6.6
				9.5	17.3	8.9	15.4	
	Hablantes de Lengua Indígena							
Sí	93.4	46.0	59.8	74.7	52.9	51.2	20.8	
No	92.3	17.5	30.7	32.9	21.3	28.6	8.5	
ENSANUT 2006	Edad (años)							
	Menor de 19	89.8	24.7	31.4	38.7	7.4	38.6	10.5
	19 a 25	91.7	16.6	22.7	33.6	13.8	31.9	8.6
	25 a 35	89.6	25.4	38.1	36.8	21.9	38.5	8.9
	Más de 35	90.3	25.3	30.4	44.3	22.6	42.4	8.8
	Educación (años)							
	Menos de 1	88.9	34.2	44.5	38.4	42.2	38.2	6.9
	1 a 6	92.8	33.4	44.8	64.6	33.1	50.0	14.6
	6 a 9	90.0	25.5	31.4	39.5	16.8	39.5	7.0
	9 a 12	91.4	13.9	24.2	31.3	7.9	30.1	8.7
	12 a 14	87.6	23.9	33.2	14.5	7.9	37.7	8.6
	Más de 14	87.3	17.7	21.1	8.3	17.2	33.0	8.5
	Hablantes de Lengua Indígena							
	Sí	98.4	34.5	42.0	60.9	39.7	62.7	13.0
No	89.5	21.6	30.2	33.7	15.2	34.8	8.6	
ENSANUT 2012	Edad (años)							
	Menor de 19	91.8	14.1	20.7	33.0	25.8	28.5	8.7
	19 a 25	94.9	13.3	22.2	36.5	15.6	31.7	6.9
	25 a 35	94.7	15.9	28.5	43.1	10.3	30.0	9.0
	Más de 35	89.4	13.5	27.1	24.2	17.1	24.7	8.7
	Educación (años)							
	Menos de 1	95.5	-	-	72.5	-	49.8	-
	1 a 6	92.5	12.8	42.3	40.0	34.4	35.1	8.9
	6 a 9	92.5	16.9	30.0	49.3	20.2	34.5	12.6
	9 a 12	94.5	13.3	24.1	34.9	11.6	28.1	8.6
	12 a 14	94.1	11.1	14.6	29.3	10.0	24.5	4.6
	Más de 14	92.2	21.8	25.7	13.8	-	27.6	4.6
	Hablantes de Lengua Indígena							
	Sí	95.4	27.5	39.3	70.9	37.7	53.0	18.6
No	93.6	13.4	23.9	32.1	11.8	27.3	8.6	

ENN: Encuesta Nacional de Nutrición

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

Fuente: Cuadro 8.6, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales 2012, INSP, 2012; González de Cosío, T., et al (2013a). "Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México", Cuadro I, Rev. Salud pública de México, vol. 55, suplemento 2 de 2013, INSP; y González de Cosío, T., et al (2013b). "Breastfeeding in Mexico Was Stable, on average, but Deteriorated among the Poor, whereas Complementary Feeding Improved: Results from the 1999 to 2006 National Health and Nutrition Surveys.", Table II, *Journal of Nutrition*. www.nutrition.org

Material consultado

Asociación de apoyo al a lactancia materna "Mamare Castellón". Beneficios de la lactancia materna, Universitat Jaume I, <http://www.uji.es/bin/serveis/prev/prodserv/salut/blactmat.pdf>

Alaiz, Antuña de. Lactancia materna y diabetes, Clínica diabetológica,

<http://www.clinidiabet.com/es/infodiabetes/educacion/control/embarazo/05.htm>

Consejo de Salubridad General (2013). ACUERDO por el que el Consejo de Salubridad General emite disposiciones para fortalecer la política pública en lactancia materna en materia de sucedáneos de la leche materna o humana. DOF: 14/03/2013.

González de Cosío, T., et al (2013a). "Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México", *Rev. Salud pública de México*, vol. 55, suplemento 2 de 2013, INSP.

Ejecutivo Federal (2012). Cruzada contra el hambre. México.

González de Cosío, T., et al (2013b). "Breastfeeding in Mexico Was Stable, on Average, but Deteriorated among the Poor, whereas Complementary Feeding Improved: Results from the 1999 to 2006 National Health and Nutrition Surveys.", *Journal of Nutrition*. www.nutrition.org

INSP (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales 2012.

INSP (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Aspectos Metodológicos 2012.

KRAMER, M. S. y KAKUMA, R. (2002). **THE OPTIMAL DURATION OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING. A SYSTEMATIC REVIEW**, WHO.

Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 1. Art. No.: CD003517. DOI: 10.1002/14651858.CD003517. <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD003517.pdf>

First published online: 21 January 2002 in Issue 1, 2002.

OMS (2003). DIETA, NUTRICIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, OMS, Serie de Informes Técnicos 916, Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO Ginebra. <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/006/ac911s/ac911s00.pdf>

OMS (2003). 5.4 Recomendaciones para la prevención de las enfermedades cardiovasculares, <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/006/ac911s/ac911s01.pdf>

OMS (2007). Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Parte 1 Definiciones. Conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, EE.UU. Versión impresa en Francia. Consulta electrónica en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243596662_spa.pdf

OMS (2013). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Suiza. www.who.org

Secretaría de Salud (2012). ACUERDO por el que se establecen las directrices para fortalecer la política pública en lactancia materna. DOF: 22/10/2012.

Strain, H. (2001). Lactancia materna, UNICEF. http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/LActancia%20materna_profesionales.pdf

OMS y UNICEF (2003). "La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño".

OMS Y UNICEF (2007). Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Parte 1. Definiciones.

OMS (1991). Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN).

PAHO (2008). Plan de Acción Regional sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre del recién nacido y del niño. 48o Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud 60a Sesión del Comité Regional Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008.