



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

**Facultad de Derecho
Facultad de Psicología
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades**

“Influencia colonial, capitalista y patriarcal en la práctica de la lactancia humana. La vivencia del amamantamiento frente al personal sanitario, las políticas públicas y la enajenación del cuerpo”.

T E S I S

para obtener el grado de

MAESTRA EN DERECHOS HUMANOS

presenta

Libia Yáñez Uribe

Directora de tesis

Mtra. Urenda Queletzú Navarro Sánchez



Programa
Nacional
de
Posgrados
de Calidad
(PNPC)



Generación 2016-2018

San Luis Potosí, S.L.P., a octubre de 2018

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A Mati.

A lo largo de dos años de elaboración de esta tesis y de los 3 años previos en los que me fui adentrando en el tema de la lactancia, ha habido tantas personas acompañando este proyecto directa o indirectamente, que difícilmente podría agradecerle a cada una, sin embargo, les guardo en el corazón y forman parte de este trabajo y de mi formación como lactivista.

Muy en particular quiero agradecer:

A mi familia, César, Mateo y Nicolás por sus porras con puño arriba.

A César, por creer en mí, por todos los ánimos, por su abrazo en los momentos de pánico tesista y por su compañía alegre y amorosa.

A mi familia primera, a mi mamá, por Todo. Por animarme a dejar el miedo y comenzar este proyecto. A Amadís, por ser mi compañero en la vida.

A mis suegros, la Sra. Ofelia Alvarado y el Sr. Jorge Gómez, por cada minuto de su tiempo, por tantísimo apoyo y por el cuidado tranquilo y amoroso que han dado a mis niños sobre todo en estos dos años de estrés y ajetreo cotidiano.

A mi directora de tesis, la Maestra Urenda Navarro, por “adoptarme” en el momento de mayor extravío en la tesis. Por su asesoría clara y objetiva.

A Raquel Trigo, por su ayuda desprendida, por la asesoría, por todas las facilidades en el grupo, por contagiar su pasión por la lactancia.

A Jorge Rosales, por tanto apoyo en todo momento, por su asesoría en la tesis, por abrirme la puerta para realizar el trabajo en el hospital, por ser de esos médicos que hacen falta.

A Mónica Orozco, a Ivone Arellano, a Profesora y a la Dra. Zoraida Banda, por compartir experiencias tan valiosas de manera amable y amistosa.

A la Lic. Martha Graciela Martínez, por su accesibilidad y apoyo para realizar observación en el hospital.

A Marichuy por dejarme acompañarla a cada rincón del hospital, por enseñarme tanto, por su paciencia y amistad.

A la Sra. Raquel Hernández por recibirme en su casa en Sabinito Caballete, por su apertura para compartir sus conocimientos, técnicas y recetas.

A “Rosy” que con tanta amabilidad me permitió compartir sus vivencias.

A Citlali, por la entrevista, por su apertura, por compartir causas, por su amistad.

A Francesca Sanz, que compartió conmigo material para leer, sin conocernos, por la pura alegría de tejer redes lactivistas.

A todas las mamás del grupo de lactancia que me permitieron compartir sus experiencias, debo decir que cada petición fue respondida con gran amabilidad y hasta con alegría. Infinitas gracias a ellas y a cada una de las más de 9 mil mamás que lo conforman, por cada duda resuelta, por el acompañamiento, por, de verdad, hacer tribu.

Gracias a CONACYT.

¡Gracias a la Maestría en Derechos Humanos y a cada uno de sus profesores!

A las amistades que nacieron de ella. Liz, Magda, Jeny, Mariana, todo mi cariño para ustedes y agradecimiento por escucharme hablar de lactancia hasta el cansancio.

Mi especial agradecimiento a Magda y Jeny por todas sus horas de trabajo duro en el instrumento (que al final formará parte de algún otro trabajo). A Liz por su asesoría estadística, siempre alegre y oportuna.

LISTA DE ABREVIATURAS UTILIZADAS

- APLV: Alergia a la proteína de la leche de vaca.
- CONEVAL: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- ENIM: Encuesta Nacional de los Niños, Niñas y Mujeres en México.
- ENL: Estrategia Nacional de Lactancia 2014- 2018.
- ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
- FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (Food and Agriculture Organization of the United Nations).
- HGS: Hospital General de Soledad.
- IHAN: Iniciativa Hospital Amigo del Niño.
- INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- LM: Lactancia materna.
- LME: Lactancia Materna Exclusiva
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations International Children´s Emergency Found).

ÍNDICE

CAPÍTULO I. BASES CONCEPTUALES Y CONTEXTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1Acercamiento general al panorama de la lactancia humana en México	3
1.2Orígenes socioeconómico culturales de la problemática en cuanto a LM	8
1.3Bases biológica y fisiológica de la lactancia humana	12
1.3.1 Beneficios de la lactancia humana	12
1.3.2 Lactogénesis	13
1.3.3 Lactancia a demanda	15
1.3.4 Lactancia y medicamentos	16
1.3.5 Lactancia y enfermedades maternas.....	17
1.4 Conclusiones.....	17
CAPÍTULO II. INFLUENCIA COLONIAL, CAPITALISTA Y PATRIARCAL EN LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA. DISCUSIÓN TEÓRICA.	19
2.1 Colonialidad, ciencia y saberes tradicionales	19
2.2 Sistema patriarcal y enajenación del cuerpo de las mujeres.....	23
2.3 Capitalismo y lactancia materna	25
2.4 Conclusiones.....	27
CAPÍTULO III. MARCO LEGAL DE LA LACTANCIA MATERNA	28
3.1 Introducción	28
3.2 Tratados internacionales	28
3.2.1 Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna OMS/UNICEF, 1981.....	28

3.2.2 Declaración conjunta OMS- UNICEF “Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural, la función especial de los servicios de maternidad”	29
3.2.3 Declaración de Innocenti 1990 y 2005	30
3.2.4 Iniciativa Hospital Amigo del Niño.....	31
3.2.5 Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño ...	33
3.2.6 Corte Interamericana de los Derechos Humanos	35
3.3 Antecedentes en México	36
3.3.1 Comité Nacional de Lactancia Materna	36
3.3.2 Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida	36
3.3.3 Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida.....	37
3.4 Marco jurídico	39
3.4.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.....	39
3.4.2 Ley General de Salud	40
3.4.3 Ley del Seguro Social.....	41
3.4.4 Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	42
3.4.5 Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.....	43
3.4.6 Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia	43
3.4.7 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad	44
3.4.8 Normas Oficiales Mexicanas.....	45
3.5 Estrategia Nacional de Lactancia 2014- 2018.....	46
3.6 Índice País Amigo de la Lactancia Materna.....	51
3.7 Conclusiones	53
CAPÍTULO IV. EXPERIENCIA DE LA LACTANCIA EN SAN LUIS POTOSÍ.....	56
4.1 Situación actual de los saberes sobre amamantamiento.....	57
4.1.1 La falta de leche.....	58
4.1.2 Enajenación del cuerpo de las mujeres.....	59

4.1.3 Amamantar en libertad. Entrevista a Citlali	61
4.1.4 Entrevista a una partera tradicional.....	62
4.1.5 Vivencia emocional de la lactancia.....	65
4.1.6 Recuperación de los saberes del amamantamiento	67
4.2 Preparación del personal sanitario sobre lactancia humana.....	69
4.2.1 Formación de los profesionales sanitarios en S.L.P.....	69
4.2.2 Prescripciones médicas	73
4.3 Vivencia del amamantamiento frente al discurso del Estado y las políticas públicas	76
4.3.1 La Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018 y su aplicación en S.L.P.....	77
4.3.2 Observación en el Hospital General de Soledad.....	79
4.3.3 Lactancia materna y trabajo remunerado; entrevista con Rosy	83
4.4 Conclusiones.....	86
CONCLUSIONES GENERALES.....	88
BIBLIOGRAFÍA	90
ANEXO 1	97
ANEXO 2	108

INTRODUCCIÓN

La lactancia humana ha sido estudiada mayormente desde la medicina, sin embargo, como práctica biocultural, tiene implicaciones a distintas escalas, en México se conjugan en el mismo terreno el bajo índice de bebés alimentados con leche materna, las implicaciones de esta carencia a nivel de salud pública, la polaridad en la percepción social que se tiene de la lactancia, el escaso acompañamiento médico del que puede gozar una mujer que quiere amamantar y las pobres garantías que el Estado mexicano puede asegurar a las madres, niños y niñas lactantes.

En el centro de esta interacción de factores está la vivencia individual que se tiene de la lactancia, la motivación para amamantar o no y la manera en la que el amamantamiento se funde con todos los aspectos en la vida de la mujer lactante. Ante este panorama nos preguntamos por las estructuras que mantienen la lactancia como una práctica relegada y la manera en la que estas afectan la vivencia de la misma por las mujeres que amamantan.

Habiendo planteado la colonialidad, el capitalismo y el sistema patriarcal como las estructuras fundantes de la problemática que existe en torno a la lactancia, utilizamos el análisis de contenido como método de investigación,¹ a fin de corroborar si efectivamente existen manifestaciones de estas estructuras en la política pública mexicana encargada de promover y proteger la LM, en los planes de estudio de las carreras enfocadas al cuidado de la salud, en la práctica cotidiana de un centro hospitalario de la ciudad, en el discurso de las madres, de una partera tradicional y del personal sanitario entrevistados y en los comentarios compartidos por madres de manera voluntaria en un grupo de Facebook de apoyo a la lactancia y la crianza (en adelante grupo de lactancia o grupo en Facebook).

En el primer capítulo planteamos el problema haciendo referencia a las estadísticas sobre la práctica de la lactancia en México y los principales actores que participan en dicha problemática, por ejemplo, el personal sanitario y las leyes mexicanas. También hacemos un breve acercamiento a la fisiología de la lactancia, los preceptos y conceptos principales de esta, ya que consideramos necesaria una comprensión elemental

¹ FERNÁNDEZ, Flory, “El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación”, en *Revista de ciencias sociales*, 2-96, junio 2002, Costa Rica, Pp. 36-53.

de la naturaleza de la lactancia para entender las implicaciones del desconocimiento de la misma en las políticas públicas y en la intervención de las y los profesionales de la salud.

En el segundo capítulo hacemos un acercamiento teórico a la Colonialidad, el capitalismo, el sistema patriarcal y la manera en la que se relacionan con el tema de la lactancia; desde la manera en la que se elaboró la noción de *lo científico*, el paradigma eurocéntrico como eje de categorización y elaboración del conocimiento, el papel que han jugado las mujeres en el sistema económico imperante, la manera en la que la agencia sobre sus corporalidades ha sido alienada y, como agente homogeneizador de todo lo anterior, el capitalismo manifestado no sólo en el gran mercado de las fórmulas lácteas, sino en la falta de conocimiento sobre lactancia, en la inaplicabilidad de las políticas públicas y hasta en la manera de vivir la maternidad que se ha impuesto.

En el tercer capítulo realizamos un recorrido por las distintas leyes y acuerdos sobre lactancia humana, partiendo de los acuerdos internacionales, para llegar a las leyes mexicanas y en específico a la Estrategia Nacional de Lactancia 2014-2018. En dicho recorrido vamos analizando la correspondencia entre las garantías escritas y las que realmente se pueden exigir, así como la coherencia entre el fundamento de las mismas y la realidad biológica de la lactancia.

En el cuarto y último capítulo planteamos los resultados del trabajo de campo (análisis de los programas de estudio, entrevistas a madres, partera tradicional y trabajadoras (es) sanitarios, observación directa en un hospital y análisis de los comentarios compartidos en Facebook por parte de madres lactantes) como manifestación de la vivencia más directa del amamantamiento y su relación con la colonialidad, el capitalismo y el sistema patriarcal.

CAPÍTULO I

BASES CONCEPTUALES Y CONTEXTO DEL PROBLEMA

1.1 Acercamiento general al panorama de la lactancia humana en México

A pesar de que la lactancia materna es un proceso fisiológico natural y un mecanismo perfecto que el cuerpo provee para la subsistencia de los recién nacidos, también es un proceso lleno de dificultades labradas por el mismo ser humano.²

Hay poca información detallada sobre lactancia de la que pueda disponer una madre, incluso con un nivel medio de educación o con acceso a internet. Aunque es fácil que se hable de sus beneficios, es complicado encontrar información correcta y suficiente que pueda aplicarse de manera práctica al proceso y las dificultades comunes del amamantamiento, además de que está tan normalizado el uso de las fórmulas lácteas en la alimentación de los recién nacidos, que en muchos casos madres y padres no se cuestionan si necesitan utilizarlas o no.³ Como generalmente se carece de información adecuada, es común que las mujeres teman que sus hijos padezcan hambre, enfermen o no crezcan lo suficiente a causa de una probable insuficiencia o mala calidad de su leche.⁴ Este temor se ve reforzado por el rol de encargadas exclusivas de los cuidados hacia los niños y otras personas vulnerables que se ha adjudicado a las mujeres, así como por las históricamente nuevas características del proceso del embarazo- parto, que se ha ido pareciendo cada vez más a un proceso de enfermedad, en el que tienen que intervenir multitud de expertos, en un ambiente hospitalario, donde quien menos autoridad tiene es la propia madre.

Una de las raíces de esta poca información tiene que ver con la percepción que el personal sanitario tiene acerca de este tema. La Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018, que es la política gubernamental destinada a la promoción de la lactancia en México para el sexenio 2012-2018, reconoce que los médicos no tienen una formación suficiente sobre lactancia materna y que el personal médico “aun cuando conoce los

² DEPÓSITO DE DOCUMENTOS DE LA FAO, “Tendencias de alimentación de los recién nacidos”, <https://goo.gl/FS1zUi> [consulta 25 de septiembre 2016].

³ DEPÓSITO DE DOCUMENTOS DE LA FAO, “Tendencias de alimentación de los recién nacidos”, <https://goo.gl/FS1zUi> [consulta 25 de septiembre 2016].

⁴ BECCAR, Carlos, *El arte de amamantar a su hijo*, Ediciones Macchi, Buenos Aires, 2015, p.58.

beneficios de la práctica de la lactancia materna, prescribe sucedáneos sin razones que lo justifiquen”⁵

Esta patologización del embarazo y del parto lleva a cada vez más nacimientos programados, a cesáreas innecesarias, a la separación del binomio madre- hijo priorizando el supuesto descanso de la madre por sobre el contacto piel con piel⁶. Una vez fuera del hospital, en las semanas y meses siguientes, es común que en el seguimiento pediátrico surjan recomendaciones de dejar la leche materna motivadas por condiciones del infante o de la madre, que pocas veces están realmente contraindicadas.

Si bien, en las escuelas de medicina y enfermería se revisa el tema de la lactancia humana, esto se hace de manera muy superficial, por lo que, en San Luis Potosí como en el resto del país, tanto el personal médico (incluso con las especialidades de pediatría y ginecología) como el personal de enfermería, no cuentan con una preparación suficiente para asesorar adecuadamente a las madres (ver anexo 1).⁷ La mayoría del personal sanitario “pro- lactancia” se ha formado independientemente por interés personal.

Como es esperable, esta deficiencia en la formación de los profesionales de la salud, tiene origen y a la vez repercusiones en otros niveles; podemos verlo por ejemplo en las políticas públicas, en el trabajo de las instituciones de salud y en el marco legal destinado a la protección de los derechos relacionados con este tema. A pesar de que se han establecido principios internacionales de regulación de la comercialización de fórmulas lácteas,⁸ iniciativas como el “Hospital amigo del niño” con lineamientos específicos acerca de cómo fomentar y facilitar la lactancia, entre otras propuestas, en México y en particular en San Luis Potosí, no se siguen de manera integral. Frente a estas circunstancias hay que considerar que el referente inmediato para pedir asesoría sobre lactancia materna es el personal de salud, así que éste (sin importar su especialización) tendría que estar adecuadamente preparado en el tema, ya que se trata de la alimentación primaria y natural del ser humano. Además, persiste un doble discurso institucional, que

⁵ GOBIERNO DE LA REPÚBLICA, “Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014- 2018”, p. 11.

⁶ LOZANO, María “Los Diez Pasos de la OMS y UNICEF para favorecer la lactancia materna. Aplicación y evidencia científica de su eficacia”, en Asociación Española de Pediatría, *Lactancia materna, guía para profesionales*, Madrid, Ergon, 2004, pp. 117- 132.

“Debe facilitarse en contacto piel con piel, inmediatamente después del parto (o tan pronto como sea posible) en un ambiente tranquilo y durante un periodo ilimitado. (...) se recomienda que se coloque al niño en el pecho de su madre. (...) Algunos estudios han demostrado que los recién nacidos colocados sobre el abdomen de su madre, comienzan a hacer movimientos hacia el pecho unos 20 minutos después del parto, y antes de los 50 minutos la mayoría de los recién nacidos están mamando”.

⁷ DEPÓSITO DE DOCUMENTOS DE LA FAO, “Tendencias de alimentación de los recién nacidos”, <https://goo.gl/FS1zUi> [consulta 25 de septiembre 2016].

⁸ OMS- UNICEF, “Código Internacional para la Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna 1981”, <https://goo.gl/TYjL7K> [consulta 22 de septiembre 2016].

apoya la lactancia, pero a la vez no la fomenta generando cambios reales que la posibiliten, como la ampliación del permiso laboral postnatal o la ampliación y la garantía del periodo de lactancia en los centros de trabajo. Cualquier iniciativa por parte del Estado para fomentar la lactancia materna deberá contemplar como bases fundamentales la escasa formación que tiene el personal sanitario en esta materia y el contexto legal en el que está fundado el apoyo a la LM, de lo contrario, dichas iniciativas serán defectuosas desde su base.

La encuesta nacional de los niños, niñas y mujeres en México 2015 (ENIM 2015),⁹ arrojó que un 30.8 % de los recién nacidos son alimentados con lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida,¹⁰ cifra que, aunque en la versión oficial ha aumentado, (en el 2012 era de 14.4)¹¹ no corresponde con la información encontrada en la página de la Sala de prensa de INEGI, donde aparecen “Estadísticas a propósito de la Semana Mundial de la Lactancia Materna” que revelan que en los datos tomados de enero de 2009 a septiembre de 2014, “De los 9,070,065 hijos nacidos vivos que forman parte del presente análisis, 8,290,134 tienen lactancia materna, y de éstos, únicamente 915,340 tienen lactancia materna exclusiva, es decir, solo a un 11% de dichos niños se les da leche materna por un periodo de seis meses y sin ningún otro alimento (inclusive agua) en la dieta”;¹² lo que difiere enormemente del 30.8 que registra ENIM 2015. Aunque no se encontró ningún otro documento de INEGI o de otra dependencia donde se explicita este porcentaje, coincide plenamente con los resultados numéricos del total de niñas y niños amamantados y el total de niñas y niños con LME en la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 2014 de INEGI.¹³ Ya sea que se tome la cifra oficial,

⁹ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA Y UNICEF, *Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final*, México, 2016, <https://goo.gl/nNEFW~9Y> [Consulta 9 de julio 2017] p. 7.

¹⁰ OMS, “Consejería en lactancia materna: curso de capacitación; manual del participante”, División de Salud y Desarrollo del Niño, Ginebra, 1993, Edición revisada 1998, <https://goo.gl/x42Q1g> [Consulta 7 de febrero 2018] p. 10.

Lactancia materna exclusiva (LME) “significa que al bebé no se le da además de la leche materna ningún otro alimento o bebida, incluyendo agua, (excepto medicinas y vitaminas o gotas de minerales; también se le puede dar leche materna extraída)”.

¹¹ ENSANUT, ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN, RESULTADOS NACIONALES, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, Prácticas de alimentación infantil en niños menores de dos años, cuadro 8.6 Indicadores de alimentación infantil. <https://goo.gl/BZkm7c>, [Consulta 9 de julio 2017] p. 165.

¹² INEGI, INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, “Estadísticas a propósito de la Semana Mundial de la Lactancia Materna”, Datos Nacionales, <https://goo.gl/VNMcJV>, [Consulta 2 de noviembre 2016], p. 6.

¹³ INEGI, INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014, Tabulados, <https://goo.gl/C78VZw> [Consulta 30 de julio 2018] Tabla 7.19 “Hijos nacidos vivos en el periodo por entidad federativa y su distribución porcentual según condición de

reconocida incluso por UNICEF,¹⁴ o la menos alentadora de INEGI, seguimos hablando de un porcentaje bajísimo en comparación con el 50% que es la meta mínima propuesta por la OMS como objetivo para el 2025.¹⁵

Podemos ver que, a pesar de sus bondades, la lactancia es una práctica de poco uso, las iniciativas por parte del Estado para promoverla, hasta ahora, no han sido de gran impacto y los índices de obesidad infantil y desnutrición son preocupantes; según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2016, entre los niños de 5 a 11 años, 3 de cada 10 padecen sobrepeso u obesidad; mientras que hay 1.5 millones de niños menores de 5 años con desnutrición crónica.¹⁶ La Comisión para acabar con la obesidad infantil de la OMS menciona entre sus principios para prevenir la obesidad infantil:

1. El inicio inmediato de la lactancia materna durante la primera hora de vida.
2. Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y
3. La introducción de alimentos sólidos (...) a los 6 meses manteniendo al mismo tiempo la lactancia materna hasta los dos años o más”.¹⁷

Una postura que nos parece importante dentro de este trabajo es la de cambiar el discurso que defiende el uso de los sucedáneos entendiéndolos como pares de la leche materna y por lo tanto presentándolos como otra opción igualmente buena para la alimentación de los lactantes, omitiendo que la sustitución de la leche materna por sucedáneos ha contribuido a problemas de salud en los niños como: reflujo gastroesofágico, mayor incidencia de caries, maloclusión y caída dental, aumento en la incidencia y/o gravedad de las infecciones comunes en los lactantes (diarreas, vías respiratorias, otitis media, infecciones de orina); mayor riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante, mayor riesgo de enfermedades crónicas como alergias, diabetes, enfermedad celíaca, esclerosis múltiple, artritis crónica juvenil, obesidad, leucemia infantil, linfoma, hipertensión arterial, e hipercolesterolemia.¹⁸ En un país como México,

lactancia materna” y tabla 7.24 “Porcentaje de hijos nacidos vivos en el periodo con lactancia materna exclusiva por grupo quinquenal de edad de la madre según tamaño de localidad”.

¹⁴ UNICEF MÉXICO, “Duplica México lactancia exclusiva en 3 años, pero aún se requieren esfuerzos para fomentar esta práctica”, <https://goo.gl/7triFk>, [Consulta 9 de julio 2017].

¹⁵ OMS, Metas mundiales de nutrición 2025, “Documento normativo sobre lactancia materna”, <https://goo.gl/juzrd8> [Consulta 8 de julio 2017] p. 1.

¹⁶ ENSANUT, ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN DE MEDIO CAMINO 2016, *Informe final de resultados*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2016, pp. 8, 13.

¹⁷ COMISIÓN PARA ACABAR CON LA OBESIDAD INFANTIL. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Datos y cifras sobre obesidad infantil*. <https://goo.gl/YNPgzH> [consulta 25 de septiembre 2016].

¹⁸ GÓMEZ, Adolfo, “Inconvenientes de la lactancia artificial”, en Asociación Española de Pediatría, *Lactancia materna, guía para profesionales*, Madrid, Ergon, 2004, pp. 73- 79.

donde buena parte de la población carece de servicios médicos, el fomentar la lactancia es un factor fundamental para mejorar la calidad de vida de las familias, ya que redundaría en la salud del bebé y de la madre (hablando por ahora sólo en términos de bienestar físico).

Enmarcamos este trabajo en el derecho humano de las niñas y niños a tener cubiertas de manera óptima sus necesidades físicas y emocionales, pero además del bien superior de las y los pequeños y de la visión de la lactancia humana como derecho sexual y reproductivo, nos parece elemental plantear la lactancia materna como un derecho de las mujeres, que tiene que ser respaldado por todas las instancias relacionadas con el desenvolvimiento de las mujeres en cualquier ámbito, ya que la lactancia, como vivencia física, emocional y social no puede separarse de la actuación de una mujer lactante en ninguno de sus roles. Por otra parte, reivindicamos el derecho a contar con una educación completa acerca de los procesos del propio cuerpo y sus alcances que facilite la toma de decisiones informadas.

Todavía son relativamente pocos los estudios sobre lactancia humana fuera de la perspectiva médica, sin embargo, hay trabajos sumamente interesantes que aportan a la comprensión de la lactancia desde sus alcances sociales y culturales. Un ejemplo de ello, es la icónica investigación de César Victora y colaboradores, donde muestran la relación de la duración de la lactancia con el coeficiente intelectual, los años de escolaridad y el ingreso, haciendo el seguimiento de 5914 personas en Brasil, desde el nacimiento hasta los 30 años.¹⁹ O la apuesta de Ibone Olza, desde la psiquiatría, que rompe la tendencia médica, omisoria de las mujeres- madres una vez que ha pasado el parto; se enfoca en la salud mental de las mujeres en el puerperio, planteando la lactancia no sólo a partir de su importancia para las crías, sino como un “instrumento facilitador para la recuperación psíquica” de las mujeres lactantes que atraviesan trastornos afectivos del posparto.²⁰

Desde la filosofía y enmarcada en los feminismos, Ester Massó plantea la necesaria discusión sobre feminismo y lactancia (“¿dar la teta es feminista o todo lo contrario?”),²¹ se posiciona en el planteamiento de la lactancia como una práctica

¹⁹ VICTORA, César G, *et al.* “Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil”, *Lancet Glob Health* 3 (2015), <https://goo.gl/MgYrZx> [Consulta 8 de mayo 2018] Pp. 199–205.

²⁰ OLZA, Ibone, *et al.* “Lactancia para psiquiatras: recomendaciones sobre el empleo de psicofármacos en madres lactantes”, *Archivos de Psiquiatría*, 74 (2011), <https://goo.gl/LrKB6v> [Consulta 5 de junio 2017] p. 16.

²¹ MASSÓ, Ester, “Conjeturas (¿y refutaciones?) sobre amamantamiento: teta decolonial”, en *Cuando los sujetos se embarazan: Filosofía y maternidad*, revista *Dilemata*, No. 18, 2015, p.184. En <https://goo.gl/534SAL> [consulta 3 de noviembre 2017].

reafirmativa de empoderamiento femenino y transformación social.²² Ester Massó se apoya en Michael Odent, quien habla de la importancia del calostro como una herramienta utilizada históricamente para provocar (mediante el deshecho del mismo, perturbando la relación de la madre y el recién nacido) la agresividad en el ser humano y plantea una *Revolución Calostrál*, que implica el contacto con nuestras raíces mamíferas más profundas; “el camino hacia la convergencia entre instinto y ciencia”.²³

La revista *Dilemata*, en su número 25, hace un compilado exclusivo sobre lactancia humana, donde encontramos discusiones desde las ciencias humanas y sociales, acerca de la historia de las nodrizas, de la relación actual entre las mujeres madres y el ámbito médico, sobre la complicidad y el “tráfico de leche” que llegan a darse entre madres en una sala de cuidados intensivos neonatales; acerca de las nacientes iniciativas activistas en México y otras propuestas igualmente interesantes.²⁴

En México podemos revisar el exhaustivo trabajo sobre lactancia por parte de Teresita González de Cossío, quien, entre otras cosas, propone una política pública que incluya cambios en la legislación, por ejemplo, la ampliación del permiso por maternidad a 6 meses; que se invierta en la capacitación al personal de las instituciones de salud; el trabajo comunitario necesario para la difusión de la práctica de la lactancia y la organización de grupos de apoyo entre madres.²⁵

1.2 Orígenes socioeconómico culturales de la problemática en cuanto a LM

Consideramos que la situación actual de la práctica de la lactancia humana, que se ha planteado líneas arriba, es consecuencia de un todo formado primero por la colonialidad,²⁶ donde han participado aspectos relacionados con la raza, las clases sociales y el sistema

²² MASSÓ, Ester, “La lactancia materna como catalizador de revolución social feminista (o apretando las clavijas del feminismo patriarcal): calostro, cuerpo y cuidado”, <https://goo.gl/wnCZUG> [Consulta 2 de abril 2017].

²³ ODENT, Michael, *El bebé es un mamífero*, Madreselva, Buenos Aires, 2011, Pp. 188.

²⁴ MASSÓ, Ester, Txetxu Ausín (Eds.), “Mamar, Mythos y Logos sobre lactancia humana”, *Dilemata, Revista internacional de éticas aplicadas*, 25 (2017), <https://goo.gl/zRVRya> [Consulta 27 de noviembre 2017].

²⁵ GONZÁLEZ DE COSSÍO, Teresita, Sonia Hernández (eds.) *Lactancia Materna en México*, Academia Nacional de Medicina, CONACYT, México, 2016, Pp. 178.

²⁶ QUIJANO, Anibal, “Colonialidad del poder y clasificación social”, en *Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder*, Buenos Aires, CLACSO, colección Antologías, 2014, pp. 285-327.

“La colonialidad es uno de los elementos constitutivos y específicos del patrón mundial de poder capitalista. Se funda en la imposición de una clasificación racial / étnica de la población del mundo como piedra angular de dicho patrón de poder, y opera en cada uno de los planos, ámbitos y dimensiones, materiales y subjetivas, de la existencia cotidiana y a escala social. Se origina y mundializa a partir de América”.

patriarcal; a la par encontramos la influencia del capitalismo en todas sus vertientes, desde el imaginario que se ha construido sobre lo que “debe” ser una mujer, hasta más específicamente las condiciones y derechos laborales que viven las mujeres en México, pasando por la patologización del nacimiento y de todo lo relacionado con éste.

La cultura occidental ha introyectado que los saberes naturales del ser humano son incivilizados, poco serios; que el cuerpo de la mujer puede ser objeto y propiedad de múltiples personas e intereses, menos del de ellas mismas; que los hijos tienen que hacerse independientes de su madre lo más rápidamente posible por su bien y el de la sociedad y que las secreciones corporales son, todas, desagradables, así que la lactancia materna tiene en sus características todo para ser un proceso relegado e incómodo en la sociedad actual.

En este trabajo pretendemos analizar cómo la colonialidad, el sistema patriarcal y el capitalismo han colocado a la LM en un lugar olvidado dentro de los saberes femeninos y cómo esta práctica, en las sociedades occidentales urbanas, ha quedado casi exclusivamente en la incumbencia de la Medicina. Para lo anterior abordaremos un panorama de las dificultades comunes alrededor del tema de la lactancia humana, centrándonos en tres ejes:

1. Explicar la manera en que han ido desapareciendo los saberes tradicionales en cuanto a la práctica del amamantamiento; mediante las siguientes actividades:
 - a) Análisis teórico.
 - b) Entrevista semiestructurada con una partera/médico tradicional.
 - c) Entrevistas a mujeres- madres y testimonios vertidos en un grupo de apoyo a la lactancia en Facebook.

2. Discutir la insuficiencia del conocimiento médico sobre LM. A través de:
 - a) Análisis de los programas de estudio de las carreras relacionadas con el conocimiento de la LM, que se ofrecen en la ciudad de San Luis Potosí.
 - b) Entrevistas semiestructuradas a personal sanitario.
 - c) Testimonios de madres lactantes en el antes mencionado grupo de apoyo en Facebook.

3. Realizar un análisis comparativo entre el discurso oficial del Estado en cuanto al fomento a la LM y vivencia de las mujeres en cuanto al amamantamiento. Lo que será posible mediante las siguientes actividades:
 - a) Análisis de la Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014- 2018 y

observación directa en una institución de salud de la ciudad de San Luis Potosí.

b) Entrevistas semiestructuradas a madres.

c) Recopilación de experiencias de madres, compartidas en un grupo de lactancia en Facebook, relacionadas con la influencia de las políticas públicas y las instituciones de salud en su ejercicio de la lactancia.

Aunque pareciera que se buscan objetivos separados: El análisis de la situación actual de la LM y la comparación del discurso oficial con la praxis institucional y como otro objetivo, el estudio de la currícula de los futuros profesionales sanitarios y la comprobación de que esta falta de preparación ha influido en la práctica del amamantamiento, nos parece importante resaltar que se trata de dos partes con un mismo fin: Abordar el panorama actual de la LM y sus causas, mostrar el impacto que la falta de preparación del personal médico ha tenido en la práctica que nos atañe y proponer que este conocimiento no necesita ser divulgado solamente de manera institucional, sino que se pueden volver a establecer redes de mujeres que compartan y generen conocimiento solidario.

El hecho de que las políticas públicas funcionen (funcionaran) y que el personal sanitario esté (estuviera) adecuadamente preparado en el tema contribuiría a esta “devolución” del saber a las madres, que, si bien sería en un principio unidireccional de médico a paciente, sería un conocimiento que se replicaría de la misma manera que actualmente se replican mitos y falsas contraindicaciones.

Para sustentar la propuesta de la Colonialidad como primer factor fundamental para la pérdida de los saberes relacionados con la práctica de la LM, nos apoyaremos en la propuesta de Aníbal Quijano, quien explica la manera en que la invasión europea en América cambió la forma de conocer y de producir conocimiento, cómo fue impuesta la cultura de los colonizadores, cómo comenzó la segregación racial y cómo “entre la represión cultural y el genocidio masivo, llevaron a que las altas culturas de América fueran convertidas en subculturas campesinas iletradas, condenadas a la oralidad”.²⁷ También retomaremos el planteamiento de Edgardo Lander sobre la Colonialidad del Saber, que explica cómo “con el inicio del colonialismo en América comienza no sólo la organización colonial del mundo sino -simultáneamente- la constitución colonial de los saberes, de los lenguajes, de la memoria y del imaginario” teniendo como eje la

²⁷ QUIJANO, Aníbal, Colonialidad y modernidad/ racionalidad, en *Perú indígena*. No. 13 (29), 1992, pp. 11-20.

separación entre lo occidental y “lo otro”.²⁸ Haremos referencia a Boaventura de Sousa Santos en cuanto a la Sociología de las ausencias y de las emergencias,²⁹ para explicar la pérdida de conocimientos sobre el cuerpo femenino y la lactancia, y un camino posible a la reapropiación de los mismos mediante la Epistemología del Sur que él propone.³⁰

De igual manera buscamos sustentar que la falta de apoyo a la recuperación y socialización de la LM, en contraste con la cada vez mayor producción de sucedáneos creados para la alimentación de los bebés, responde a una lógica de mercado. El filósofo, historiador y teólogo argentino Enrique Dussel propone que la ciencia no impulsa la tecnología y ésta al mercado, como suele decirse; sino que las necesidades del mercado (la competencia) motivan a la ciencia y ésta a la tecnología; también habla de la importancia de la responsabilidad patriótica que la ciencia y la tecnología deberían tener.³¹

Nos apoyaremos en Silvia Federici³² y Vandana Shiva³³ para explicar el proceso histórico y cultural mediante el cual el sistema patriarcal fue estigmatizando el cuerpo femenino y los saberes de las mujeres acerca del mismo con fines económicos y de control. También haremos referencia a Ester Massó para enmarcar el tema de la LM como una herramienta de reivindicación feminista, desde una ética del cuidado anticapitalista, de agencia del propio cuerpo, a la vez que como una práctica conscientemente ecológica y sustentable.³⁴

Para el análisis de la postura del Estado en el tema de la lactancia nos apoyaremos en el “Decreto presidencial del 2014 mediante el que se reforman diversas disposiciones de la Ley General de Salud; de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del artículo 123 Constitucional; de la Ley del Seguro

²⁸ LANDER, Edgardo, “Ciencias sociales, saberes coloniales y eurocéntrico”, en Edgardo Lander (Coord.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales, perspectivas latinoamericanas*, Buenos Aires, CLACSO, 2000, Pp. 5-24.

²⁹ SANTOS, Boaventura de Sousa, *Descolonizar el saber, reinventar el poder*, Uruguay, Ediciones Trilce, 2010. P. 22-27.

³⁰ SANTOS, Boaventura de Sousa, *Una epistemología del Sur; La reinención del conocimiento y la emancipación social*, México, Siglo XXI, CLACSO, 2009. Pp. 368.

³¹ DUSSEL, Enrique, Hacia la liberación científica y tecnológica, en *Revista América Latina en movimiento: ciencia, tecnología e innovación en la integración suramericana*, 10 jun 2014, <https://goo.gl/GieWqz> [consulta 7 de diciembre 2016].

³² FEDERICI, Silvia, *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*, Traficantes de sueños, Madrid, Pp. 367.

³³ SHIVA, Vandana, *Abrazar la vida; mujer, ecología y supervivencia*, Trads. A. Guyer y B. Sosa, Madrid, Horas y horas, 1995, Pp. 302.

³⁴ MASSÓ, Ester, “La lactancia materna como catalizador de revolución social feminista (o apretando las clavijas del feminismo patriarcal): calostro, cuerpo y cuidado”, <https://goo.gl/wnCZUG> [Consulta 2 de abril 2017].

Social; de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, y de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”.³⁵

Así como en la Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014- 2018 del gobierno de la República, donde se reconoce que “No se cuenta con mecanismos de seguimiento al Código de Sucedáneos de Leche Materna, se desconoce si los planes de estudio de las carreras formadoras de personal médico y paramédico en las diferentes universidades del país contienen la materia de lactancia materna” y que “el personal médico que se encarga de la atención de los menores de dos años (...) es determinante en la decisión y continuidad de la lactancia materna”.³⁶

En el convencimiento de que la lactancia materna es un derecho humano (por lo que implica en términos de alimentación, salud, vinculación emocional) y al mismo tiempo por el derecho que tienen las mujeres a amamantar en condiciones de dignidad y tranquilidad, es que buscamos realizar un análisis de cómo los pilares fundamentales del sistema mundial actual afectan la plena realización de este derecho.

1.3 Bases biológica y fisiológica de la lactancia humana

Para una mejor comprensión de las implicaciones que tiene el entorno sociopolítico y económico en la práctica común del amamantamiento, consideramos importante hacer algunos apuntes sobre las características de la leche materna y el establecimiento de la lactancia desde el punto de vista biológico.

1.3.1 Beneficios de la lactancia humana

Es bien sabido que la lactancia natural tiene beneficios inigualables en la salud del bebé y de la madre, pero no es tan conocido que un bebé que se alimenta de su madre tiene 6 probabilidades más de sobrevivir que uno que se alimenta de fórmula. La leche materna provee por sí sola de todos los nutrientes que un bebé necesita, también contiene anticuerpos que le protegen de enfermedades. La lactancia materna además reduce el

³⁵ DOF, Diario Oficial de la Federación, SEGOB. “DECRETO por el que se adicionan y reforman diversas disposiciones de la Ley General de Salud; de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del artículo 123 Constitucional; de la Ley del Seguro Social; de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, y de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, <https://goo.gl/ttBj8T> [consulta 25 de septiembre 2016].

³⁶ ESTRATEGIA NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA 2014- 2018, Gobierno de la República, <https://goo.gl/FPYMtX> [consulta 4 de noviembre 2016].

riesgo de padecer enfermedades crónicas como obesidad, colesterol alto, hipertensión arterial, diabetes, asma y algunos tipos de cáncer infantil.³⁷ La leche humana es un alimento inteligente, que va cambiando su composición de acuerdo a la etapa de desarrollo del infante, la leche que se produce para un recién nacido no es la misma que se produce para un bebé de 6 meses, ni ésta a la que tomará un niño de un año o dos, es un alimento vivo que cambia conforme a las necesidades; cambia incluso a lo largo de una toma,³⁸ “de forma que la leche inicial tiene un alto contenido en agua que sirve para quitar la sed del bebé y bajo contenido en grasas; de ahí que puede parecer “aguada”. Después la leche es más espesa y amarillenta, porque tiene un alto contenido en grasa que sacia su apetito”.³⁹

Además de ser un alimento óptimo para las necesidades alimenticias y el correcto funcionamiento del organismo, alimentar con LM provee beneficios emocionales, un niño que ha sido alimentado con leche materna desarrolla un vínculo especial con su madre, que tiene repercusiones para toda la vida en cuanto a estimulación, conducta, desarrollo del lenguaje, y la sensación de bienestar y seguridad.⁴⁰ La lactancia también es beneficiosa para la salud de la madre, disminuye el riesgo de osteoporosis, las pérdidas de hierro, y ayuda a prevenir el cáncer de ovario y de mama.⁴¹ También disminuye la respuesta de la madre al estrés, lo que tiene un impacto positivo en comportamientos sociales, incluyendo el establecimiento de los lazos madre- hijo.⁴²

1.3.2 Lactogénesis

Una de las causas comunes de la administración de biberones a los recién nacidos es la idea de que el bebé no podrá alimentarse de su madre sino hasta dentro de un par de días

³⁷ UNICEF NUTRICIÓN. “Lactancia Materna. Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial”, <https://goo.gl/jKNqTX> [consulta 22 de mayo 2016].

³⁸ REYES, Horacio, “Composición de la leche humana”, en Ana Luisa Argomedo, *et al. Curso Avanzado de Apoyo a la Lactancia Materna*, México, D.F, Asociación Pro Lactancia Materna APROLAM, 2008. En <https://goo.gl/KiGcYZ> [consulta 20 de enero 2018] Pp. 21-28.

³⁹ DÍAZ, Carmen, *et. al*, Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. Consejería de salud y Servicios Sanitarios de Asturias. P. 27

⁴⁰ UNICEF NUTRICIÓN. “Lactancia Materna. Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial”, <https://goo.gl/jKNqTX> [consulta 22 de mayo 2016].

⁴¹ GONZÁLEZ Carlos. “Comer, amar, mamar, Guía de crianza natural”, Temas de hoy, Barcelona, 2009, p. 424.

⁴² ARGOMEDO, Ana Luisa, “Beneficios de la lactancia para la madre”, en Ana Luisa Argomedo, *et al. Curso Avanzado de Apoyo a la Lactancia Materna*, México, D.F, Asociación Pro Lactancia Materna APROLAM, 2008. En <https://goo.gl/KiGcYZ> [consulta 20 de enero 2018] Pp.131- 133

cuando “baje la leche”. A continuación, hacemos una breve explicación acerca de cómo y en qué momento se produce:

Al comenzar el embarazo la glándula mamaria se prepara para la secreción de leche, entre la quinta y octava semana de gestación se aprecian cambios visibles en las mamas, aumentan de tamaño, se sienten más pesadas, se intensifica la pigmentación de la areola y el pezón.⁴³ Desde el primer trimestre del embarazo comienza a producirse el *precalostro*, que es “un exudado de plasma rico en inmunoglobulinas, células, lactoferrina, sodio, cloro y lactosa”.⁴⁴ Es importante mencionar que gracias a sus bajos niveles de lactosa es ideal para la asimilación por parte de un recién nacido prematuro, que aún tiene niveles disminuidos de lactasa.⁴⁵

A partir del séptimo mes de embarazo se produce el *calostro* y continúa durante los primeros días después del nacimiento. “El calostro es la primera inmunización en contra de bacterias y virus. (...) Es el alimento perfecto para los primeros momentos de vida del bebé (y) viene en pequeñas cantidades, lo cual se adapta al estómago muy pequeño del bebé y al riñón inmaduro que no puede manejar grandes volúmenes de líquidos”.⁴⁶ “El primer día un recién nacido tiene una capacidad gástrica para recibir un volumen de 5 a 7 ml. aproximadamente cada vez que se alimenta. No es casualidad que esa sea la cantidad de calostro que produce el cuerpo”.⁴⁷ Este hecho es fundamental para comprender que en el momento del nacimiento no es necesario “suplir” con sucedáneos en lo que se espera la bajada de leche, sino que el cuerpo de la madre y el de su bebé están preparados para estos primeros días.

Después del parto bajan rápidamente los niveles de progesterona y aumentan los de prolactina; la estimulación que produce la succión del bebé permite la liberación de oxitocina, misma que genera la secreción de leche. La oxitocina también ocasiona contracciones uterinas que reducen la hemorragia materna y ayudan a la involución uterina.⁴⁸

⁴³ MINISTERIO DE SALUD DE CHILE, “Manual de lactancia materna, contenidos técnicos para profesionales de la salud”, Subsecretaría de Salud Pública, Chile, 2010, pp. 67.

⁴⁴ ARGOMEDO, Ana Luisa, “Beneficios de la lactancia para la madre”, en Ana Luisa Argomedeo, et al. *Curso Avanzado de Apoyo a la Lactancia Materna*, México, D.F, Asociación Pro Lactancia Materna APROLAM, 2008. En <https://goo.gl/KiGcYZ> [consulta 20 de enero 2018] p.21.

⁴⁵ *Ibidem*.

⁴⁶ OMS/UNICEF, “Lactancia, promoción y apoyo en un hospital amigo de la madre y del niño, módulo 3, curso de 20 horas para el personal de maternidad”, Argentina, 2013, p. 67.

⁴⁷ UNICEF, “Promoción y apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud amigos de la madre y del niño, manual del facilitador”, Ministerio de Salud de Perú, Lima, 2009, p. 77.

⁴⁸ ARGOMEDO, Ana Luisa, “Beneficios de la lactancia para la madre”, en Ana Luisa Argomedeo, et al. *Curso Avanzado de Apoyo a la Lactancia Materna*, México, D.F, Asociación Pro Lactancia Materna APROLAM, 2008, en <https://goo.gl/KiGcYZ> [consulta 20 de enero 2018] Pp.14-16.

Entre el cuarto y el sexto día después del parto, se produce un aumento notable en la producción de leche (bajada de la leche) y sigue aumentando hasta alcanzar 600- 700 ml/ día entre los 15 a 30 días después del parto.⁴⁹ “Mientras dura la lactancia, el estímulo de la succión mantiene la fisiología de la madre en sintonía con las necesidades del niño/a”.⁵⁰ La leche no se acaba con el paso del tiempo, ni “se seca” si la madre se enfrenta a emociones negativas o se baña con agua fría; una de las premisas de la lactancia humana que de saberse fortalecería la confianza de las madres y contribuiría a la continuación de la alimentación natural es justamente: “*A mayor succión, mayor producción*”.

Bajo este mismo principio es fácil entender por qué es tan perjudicial que se alimente con sucedáneos a los recién nacidos, muchas veces en el mismo hospital cuando ni siquiera han sido acercados a su madre; cada onza de fórmula que se administre al bebé es una onza que el cuerpo de su madre dejará de producir, lo que más adelante se verá reflejado en un desequilibrio entre las necesidades alimenticias de la cría y la producción materna, con su consecuente “complemento” de leche artificial.

1.3.3 Lactancia a demanda

La alimentación a demanda o dirigida por el bebé implica una observación y reconocimiento de las señales del bebé, que determinarán la frecuencia y duración de las mamadas.

El volumen de leche depende del vaciamiento del pecho, y la frecuencia de las mamadas está probablemente determinada por la capacidad de almacenamiento de la glándula mamaria. (...) El bebé puede controlar la composición de la leche, principalmente el componente lípido, con tres variables: el intervalo entre tomas, la duración de las mamadas y si mama de uno o de los dos pechos, satisfaciendo así sus necesidades. Si se establecen horarios estrictos no podrá hacerlo.⁵¹

A causa del desconocimiento general en cuanto a las características del amamantamiento, es común que existan expectativas por parte de los padres acerca de los tiempos de alimentación o de la conducta deseable en el bebé amamantado y que la falta de cumplimiento de éstas les genere miedo y ansiedad de que su hija (o) no se esté

⁴⁹ MINISTERIO DE SALUD DE CHILE, “Manual de lactancia materna, contenidos técnicos para profesionales de la salud”, Subsecretaría de Salud Pública, Chile, 2010, p. 84.

⁵⁰ Ibid; p. 35.

⁵¹ UNICEF, “Promoción y apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud amigos de la madre y del niño, manual del facilitador”, Ministerio de Salud de Perú, Lima, 2009, Pp. 201-202.

alimentando adecuadamente, ejemplos de esto son algunos de los siguientes patrones de alimentación de los bebés amamantados:

- Los bebés recién nacidos quieren mamar aproximadamente cada 1 a 3 horas en los primeros dos a siete días (a veces con mayor frecuencia).

- Las tomas nocturnas son importantes, ya que la prolactina alcanza su punto más alto durante la noche, esto asegura la producción de leche para el siguiente día.

- Durante periodos de crecimiento rápido, los bebés pueden estar más hambrientos y mamar (a veces con aparente desesperación) más a menudo hasta que la cantidad de leche aumente.

- Los bebés pueden cambiar su patrón de alimentación de un día a otro o durante un mismo día.⁵²

1.3.4 Lactancia y medicamentos

Una de las causas más comunes de suspensión de la lactancia por recomendación de los médicos es el uso de medicamentos por parte de la madre. Es frecuente la recomendación de extraer la leche y tirarla, aunque en algunas ocasiones no se hace siquiera esa recomendación y se generan, como consecuencia, problemas de salud a causa de la congestión mamaria.

Lo más frecuente es indicar la suspensión por los días que dure el tratamiento, pero como vimos más arriba, el dejar de amamantar 3, 7 o 15 días tiene una repercusión directa en la producción de leche y también en la adaptación del bebé a una nueva forma de alimentación, lo que puede generar confusión. Lo anterior no sería tan grave sin el hecho de que la mayoría de los medicamentos no están realmente contraindicados. “La mayoría de las drogas pasan a la leche materna pero solo en pequeñas cantidades y pocas drogas afectan al bebé”.⁵³ Llama la atención que, como dice el pediatra español Carlos González: “El mismo médico que le receta un tratamiento al bebé sin pensárselo dos veces se cree obligado a consultar gruesos libros y a sopesar los pros y los contras antes de darle el tratamiento a la madre”.⁵⁴ Dado que la mayoría de los medicamentos son compatibles con la lactancia, si hay preocupación por el uso de un fármaco en particular, las más de las veces basta con buscar un tratamiento alternativo.

⁵² Ibid; p. 202-203

⁵³ Ibid; p. 289

⁵⁴ GONZÁLEZ, Carlos, *Comer, amar, mamar. Guía de crianza natural*. Editorial Temas de Hoy, Barcelona. 2009, p. 349.

1.3.5 Lactancia y enfermedades maternas

Otros de los motivos para suspender la lactancia es la idea de que la madre pasará la enfermedad al bebé por el contacto cercano o hasta por la misma leche; que si la madre tiene fiebre la leche se descompone y no puede ser consumida, e incluso que, si la madre tiene gases, estos mismos los pasará a través de la leche hasta el estómago de su hijo.

“Las mujeres pueden continuar amamantando en casi todos los casos cuando están enfermas. Hay muchos beneficios al continuar el amamantamiento durante la enfermedad”.⁵⁵ Obviamente tenemos que subrayar la diferencia entre la decisión informada de una madre que decide suspender la lactancia a causa de su malestar y la congoja que le puede causar a otra el “tener que” suspender por la falsa idea de que podría contagiar a su bebé.

Amamantar durante una enfermedad de la madre resulta beneficioso la mayoría de las veces, ya que el cuerpo de la mujer produce anticuerpos contra sus infecciones que pasan a la leche materna y pueden ayudar a proteger al bebé de la infección, en cambio si se suspende la lactancia en ese momento el bebé está en mayor riesgo de contraer la infección de la madre.⁵⁶

Las únicas contraindicaciones reales en lo que se refiere al contagio madre-hijo/hija son el VIH, que tiene una posibilidad del 15% de transmitirse a través de la leche; el herpes simple en el pezón, de gran riesgo porque puede producir una infección generalizada en los menores de 15 días, pero que permite continuar la lactancia del lado no infectado y en ambos lados una vez sanada la infección; Que la mujer se encuentre en tratamiento con quimioterapia.⁵⁷ Aparte de estos riesgos, también está contraindicada cuando la mujer consume alguna droga o alcohol en exceso.⁵⁸

1.4 Conclusiones

Considerando a la lactancia humana como un proceso biocultural, podemos comprender la multitud de factores que intervienen en la práctica de la misma. En este capítulo planteamos el panorama mexicano, donde interactúan por ejemplo, la falta de preparación en este tema por parte de los profesionales sanitarios y su posición de autoridad ante las

⁵⁵ OMS/UNICEF, “Lactancia, promoción y apoyo en un hospital amigo de la madre y del niño, módulo 3, curso de 20 horas para el personal de maternidad”, Argentina, 2013, p. 255.

⁵⁶ *Ibid*; p. 257.

⁵⁷ GONZÁLEZ, Carlos. *Comer, amar, mamar. Guía de crianza natural*. Editorial Temas de Hoy, Barcelona, 2009. Pp. 370-385.

⁵⁸ *Ibid*.

madres, con el miedo y la culpa asimilados por las mujeres a través de la educación en la femineidad que se les da desde la infancia; la falta de información veraz y suficiente para las madres, la normalización del uso de fórmulas lácteas y la situación de precariedad en la que viven la mayoría de las personas en México; Un marco legal y de políticas públicas que habla del fomento y protección a la LM desde el desconocimiento de las necesidades reales de las mujeres, niñas y niños lactantes y como escenario de todo lo anterior, una apabullante cantidad de infantes con obesidad, sobrepeso, desnutrición y otras enfermedades que podrían prevenirse a través de la lactancia natural.

Realizamos este acercamiento a la lactancia materna desde un enfoque de Derechos Humanos, en el que resulta imprescindible considerar como ejes fundamentales el derecho a la salud de niñas y niños, el derecho a la información sobre salud sexual y reproductiva que permita a las mujeres la toma de decisiones libres sobre su cuerpo y el bienestar de sus hijos e hijas, y la garantía del ejercicio de la lactancia natural o artificial en un entorno de libertad, respeto y dignidad.

Además de su capacidad alimentaria, rescatamos el potencial de la LM como un mecanismo de reivindicación femenina, de agencia del cuerpo y de ejercicio sustentable y anticapitalista.

CAPÍTULO II

INFLUENCIA COLONIAL, CAPITALISTA Y PATRIARCAL EN LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA. DISCUSIÓN TEÓRICA

2.1 Colonialidad, ciencia y saberes tradicionales

A partir de la invasión europea en América se reconfiguró la manera de existir, tanto de los pueblos conquistados, como de los conquistadores. Aníbal Quijano, sociólogo peruano, explica cómo la experiencia de la colonialidad se fue fundiendo con los requerimientos del capitalismo, generando así un nuevo universo de relaciones intersubjetivas de dominación bajo la hegemonía eurocentrada.⁵⁹

La colonialidad es uno de los elementos constitutivos y específicos del patrón mundial de poder capitalista. Se funda en la imposición de una clasificación racial/ étnica de la población del mundo como piedra angular de dicho patrón de poder y opera en cada uno de los ángulos, ámbitos y dimensiones, materiales y subjetivas, de la existencia cotidiana y a escala social. Se origina y mundializa a partir de América. Con la constitución de América Latina, en el mismo momento y en el mismo movimiento histórico, el emergente poder capitalista se hace mundial.⁶⁰

Para Vandana Shiva, filósofa y activista india, la corriente dominante de la ciencia moderna, el paradigma reduccionista, es un proyecto específico del hombre occidental, que nació durante los siglos XV- XVII. “En el método experimental de Bacon (...) había una dicotomía entre macho y hembra, espíritu y materia, lo objetivo y lo subjetivo, lo racional y lo emocional, y una reunión entre la dominación masculina y la científica sobre la naturaleza, la mujer y lo no occidental”.⁶¹ A través de la colonialidad, este nuevo principio transformó la manera de conocer y construir conocimiento, “las relaciones intersubjetivas y culturales entre Europa [...], y el resto del mundo, fueron codificadas en

⁵⁹ QUIJANO, Aníbal, “Colonialidad del poder y clasificación social” en *Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/ descolonialidad del poder*, Buenos Aires, CLACSO, 2014, p. 2.

⁶⁰ Ibidem. p.3

⁶¹ SHIVA, Vandana, *Abrazar la vida; mujer, ecología y supervivencia*, Trads. A. Guyer y B. Sosa, Madrid, Horas y horas, 1995, Pp. 46, 47.

un juego entero de nuevas categorías: Oriente- Occidente, primitivo- civilizado, mágico/ mítico- científico, irracional- racional, tradicional- moderno”.⁶²

Aníbal Quijano explica cómo este dualismo afectó todo tipo de relaciones, por ejemplo, las de dominación sexual; las mujeres quedaron en el campo de lo natural, de lo corporal y emocional, frente a los hombres, a quienes se identificó con lo racional y analítico. Esta separación binaria juega un papel importante en la situación actual de la LM, en primer lugar, por ser una actividad femenina que evoca a la naturaleza mamífera del ser humano. En segundo lugar, porque nos remite a prejuicios de raza y de clase: en Europa era común la participación de las nodrizas en la alimentación infantil, por lo que la lactancia natural queda en el marco de lo no europeo, que con el tiempo fue entendiéndose como una práctica rural, incivilizada y de pobres.

A esto hay que agregar que con el tiempo sólo hubo un tipo de conocimiento válido, como refiere Boaventura de Sousa Santos: “Al comienzo del siglo XIX, la ciencia moderna se había convertido ya en una instancia moral suprema, ella misma más allá del bien y del mal. Según *Saint- Simon*, la crisis moral que había aquejado a Europa desde la Reforma, y la consiguiente separación entre el poder secular y el religioso, solo podía resolverse con una nueva religión; y aquella religión era la ciencia”.⁶³

Se buscó “reducir los conocimientos de los pueblos conquistados a la condición de una manifestación de irracionalidad, de superstición o, cuando mucho, de saberes prácticos y locales, cuya relevancia dependiera de su subordinación a la única fuente de conocimiento verdadero, la ciencia”.⁶⁴ La relación de los seres humanos con la naturaleza y los saberes que a través de ella se habían desarrollado, quedaron subsumidos a la concepción de charlatanería, de mitos rurales; en este proceso la práctica del amamantamiento quedó relegada junto con otros saberes del cuerpo femenino, de la crianza de los niños, del cultivo de la tierra y de las interacciones sociales.

El reduccionismo, lejos de ser un accidente epistemológico, es una respuesta a las necesidades de una forma especial de organización económica y política.

⁶² QUIJANO, Aníbal, “Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina”, en Edgardo Lander (Coord.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales, perspectivas latinoamericanas*, Buenos Aires, CLACSO, 2000, pp. 201-246.

⁶³ SANTOS, Boaventura de Sousa, *Derecho y emancipación*, Corte Constitucional para el periodo de transición. Quito, 2012, p. 38.

⁶⁴ SANTOS, Boaventura de Sousa; Meneses, María. y Nunes, Joao, “Introducción: para ampliar el canon de la ciencia: la diversidad epistemológica del mundo”, en *Sembrar otras soluciones. Los caminos de la biodiversidad y de los conocimientos rivales*, Ministerio de Ciencia y Tecnología, En prensa, Caracas, 2006, p. 3.

La concepción reduccionista del mundo, la revolución industrial y la economía capitalista fueron los componentes filosófico, tecnológico y económico del mismo proceso.⁶⁵

A lo largo de este trabajo veremos cómo los mismos componentes interactúan mediante distintas facetas (a través de la medicina, las leyes, la cultura, los requerimientos económicos) en la práctica de la lactancia humana. “Las pretensiones objetivas de la ciencia no tienen un origen objetivo en sí mismo, sino que de hecho se desarrollan a partir de una subestructura emocional (predominantemente masculina) que estaría marcada por el deseo de control y la búsqueda de la distancia con el objeto. Esto determinaría algunos rasgos característicos de cierto tipo de ciencia hegemónico en occidente, en el que más que objetividad, se daría un *objetivismo*”.⁶⁶ A partir de esta clasificación dicotómica que mencionábamos, podemos ver claramente de dónde viene la situación que se vive hoy a nivel institucional (hablando sobre todo de instituciones de salud), por ejemplo, en cuanto al “uso” que se hace del cuerpo de las mujeres en el momento del parto, condicionándolas a un estatus de objeto y expropiando su derecho a decidir cómo será su proceso de parto/ nacimiento/ establecimiento de la lactancia. Como consecuencia del principio de dualidad observamos en este tema la separación entre los ámbitos público y privado y cómo la lactancia natural ha sido desplazada (como la maternidad en sí misma) al espacio privado, como una actividad que debe hacerse en casa, cubierta, casi a escondidas.

La nueva configuración eurocentrada del poder, a través de la disputa que ejerce por el control de los distintos ámbitos de existencia social, influyó en la expropiación de los saberes femeninos acerca del amamantamiento. Aníbal Quijano identifica cinco ámbitos: 1. El trabajo y sus productos, 2. La naturaleza y sus recursos de producción, 3. El sexo, sus productos y la reproducción de la especie, 4. La subjetividad y sus productos materiales e intersubjetivos, incluido el conocimiento, 5. La autoridad y sus instrumentos de coerción para asegurar la reproducción de este patrón de relaciones.⁶⁷ Mirando retrospectivamente la evolución de la lactancia humana no hay duda del control que se ha

⁶⁵ SHIVA, Vandana, *Abrazar la vida; mujer, ecología y supervivencia*, Trads. A. Guyer y B. Sosa, Madrid, Horas y horas, 1995, p. 56.

⁶⁶ VARGAS-MONROY, Luz. “Mestizajes: cuerpo y conocimiento en la obra de Gloria Anzaldúa” en Álvarez, N. et. al. (coords). *Cuerpos políticos y agencia, reflexiones feministas sobre cuerpo, trabajo y colonialidad*. Editorial Universidad de Granada, Granada, 2011. P. 177- 195.

⁶⁷ QUIJANO, Aníbal, “Colonialidad del poder y clasificación social” en *Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/ descolonialidad del poder*, Buenos Aires, CLACSO, 2014, p. 6.

ejercido sobre el cuerpo y funciones reproductivas de las mujeres, así como sobre los conocimientos femeninos del propio cuerpo.

En esta comprensión de la evolución histórica de la epistemología occidental, la idea de modernidad juega un papel importante, Edgardo Lander detalla cuatro dimensiones elementales en la noción de modernidad:⁶⁸

1. La visión universal de la historia asociada a la idea del progreso.
2. La naturalización tanto de las relaciones sociales, como de la naturaleza humana de la sociedad liberal- capitalista.
3. La naturalización u ontologización de las múltiples separaciones propias de esa sociedad.
4. La necesaria superioridad de los saberes que produce esa sociedad (ciencia) sobre todo otro saber.

Se acepta como una realidad incuestionable que toda sociedad tendría que seguir el mismo camino para llegar al progreso como un mismo destino, socialmente se obvia que una mujer “moderna” tendría que tener un trabajo remunerado, la posibilidad económica de delegar el cuidado de sus hijos y por lo tanto el estatus adecuado como para costear un método de alimentación para ellos que concuerde con la dinámica y el ritmo de la vida moderna.

Como además se hace una justificación naturalista de las diferencias sociales, se ha establecido un saber implícito acerca de en qué mujeres es esperable el amamantamiento (mujeres racializadas y precarizadas) y por supuesto, se asumen como verdad absoluta los argumentos que todavía se dan desde los profesionales sanitarios sobre la uniformidad en las características de la leche humana y la leche industrializada.

Otro aspecto limitante, que es común en este tema, es la inseguridad tan frecuente de las madres (a las que se les ha impuesto culturalmente la responsabilidad total sobre la salud de los hijos),⁶⁹ acerca de no alimentarlos bien o suficientemente, o de que enfermen “por su culpa” al insistir en no dar sucedáneos. (“El miedo, la culpa y el dolor, como tres elementos en la subjetividad femenina que subordinan a las mujeres en el sistema socio-sexual patriarcal”).⁷⁰

⁶⁸ LANDER, Edgardo, “Ciencias sociales, saberes coloniales y eurocéntrico”, en Edgardo Lander (Coord.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales, perspectivas latinoamericanas*, Buenos Aires, CLACSO, 2000, p.9.

⁶⁹ GONZÁLEZ, Soledad. “Los oficios de la maternidad, una mirada desde la Antropología médica” en *Desacatos* (en línea), 2003. En <https://goo.gl/ika3ZD> [consulta 2 de diciembre 2016].

⁷⁰ SÁNCHEZ, Natalie. “La experiencia de la maternidad en mujeres feministas” en revista *Nómadas*, núm. 44, Bogotá, 2016. P. 255-267

Jack Newman, fundador del Centro Internacional de la lactancia en Canadá, señala claramente el proceso de intención de amamantar- intervención médica- inseguridad en la madre que la hace abandonar la lactancia: “En muchos casos en los que el bebé es alimentado con fórmula, su madre deseaba inicialmente amamantarlo, pero le fue indicado introducir fórmula cuando no era necesario ni indicado por razones médicas. El miedo de las madres a no alimentar a su bebé correctamente o que su salud sea puesta en riesgo es la táctica usada para que las madres accedan a alimentar con fórmula y quebrantar su voluntad de amamantar”.⁷¹

2.2 Sistema patriarcal y enajenación del cuerpo de las mujeres

Es importante observar cómo prevalece la idea de que alguien con conocimientos científicos puede saber más del cuerpo de otra persona que ella misma; si bien esto es una consecuencia clara de la colonialidad, también lo es del sistema patriarcal, que ha estigmatizado y castigado el conocimiento y la exploración del propio cuerpo por parte de las mujeres y ha incluso criminalizado conocimientos femeninos que se habían mantenido por siglos.⁷²

No son raros los intentos (por parte de médicos, familia, pareja), de hacer cambiar de opinión a una mujer que decide amamantar, ni es poco común que se le exija cubrirse al hacerlo, o que pueda resultar incómodo para el entorno ver que dispone natural y confiadamente de su cuerpo y “peor” aún, que lo usa en complicidad con sus hijos.

Como veremos, colonialidad, capitalismo y sistema patriarcal son tres caras de un mismo fenómeno, por lo que, aunque para fines de organización de la información hacemos apartados para cada tema, estos tres estarán indisolublemente relacionados. Silvia Federici, filósofa y activista feminista, retoma el concepto de Marx de “Acumulación primitiva” entendido como un proceso fundacional que revela las condiciones estructurales que hicieron posible la sociedad capitalista, sin embargo, ella lo plantea desde los cambios que produjo en la posición social de las mujeres y en la producción de la fuerza de trabajo.⁷³ Para ella esta acumulación primitiva se manifiesta particularmente a través de tres fenómenos:

⁷¹ NEWMAN Jack, “Do mothers really have the choice to breastfeed?” en The Huffington Post, en <https://goo.gl/2taCUJ> [consulta 16 de septiembre 2016].

⁷² Sobre este tema puede revisarse *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*, de Silvia Federici.

⁷³ FEDERICI, Silvia, *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*, Traficantes de sueños, Madrid, p.20.

1. El desarrollo de una nueva división sexual del trabajo, que somete el trabajo femenino y la función reproductiva de las mujeres a la reproducción de la fuerza de trabajo.
2. La construcción de un nuevo orden patriarcal, basado en la exclusión de las mujeres del trabajo asalariado y su subordinación a los hombres.
3. La mecanización del cuerpo proletario y su transformación, en el caso de las mujeres, en una máquina de producción de nuevos trabajadores.⁷⁴

Este rol adjudicado a las mujeres estuvo articulado a eventos concretos como la privatización de las tierras; la falta de apoyo y desdén hacia la agricultura de subsistencia, provocó que las mujeres perdieran autonomía alimentaria y tuvieran que realizar trabajos secundarios en la agricultura comercial; depender económicamente de trabajos mal pagados y /o del salario de los hombres. Con el alejamiento de las mujeres de la agricultura de subsistencia se perdieron muchos de los conocimientos sobre el campo que se habían construido y compartido generacionalmente.⁷⁵ La sobre explotación de la tierra estuvo acompañada de una nueva forma de explotación de la fuerza de trabajo de las mujeres, quienes no sólo perdieron los saberes de subsistencia agrícola; en palabras de Cristina Cielo y Cristina Vega “el control del cuerpo de las mujeres se convirtió en un instrumento para la acumulación, pero para ello era necesario antes desposeer a las mujeres de su propio cuerpo y de todos los saberes propios de una sociedad ginocéntrica”⁷⁶.

La perspectiva que Silvia Federici propone nos permite una mayor comprensión de la situación actual de la práctica de la lactancia humana si consideramos por un lado esta asignación a las mujeres de la reproducción de la fuerza de trabajo, la prohibición de ejercer una verdadera agencia sobre sus cuerpos y por otro lado la necesidad del capital de que dependan económicamente. “Ser madre fue usado como impedimento para que la mujer ocupara sitios en la vida pública y se constituyera como ciudadana de pleno derecho”.⁷⁷

⁷⁴ Ibidem.

⁷⁵ SHIVA, Vandana, *Abrazar la vida; mujer, ecología y supervivencia*, Trads. A. Guyer y B. Sosa, Madrid, Horas y horas, 1995.

⁷⁶ CIELO, Cristina, Vega Cristina, “Reproducción, mujeres y comunes: leer a Silvia Federici desde el Ecuador actual”, en *Revista Nueva Sociedad*, No. 256, 2015. en <https://goo.gl/jJo76C> [consulta 9 de mayo 2017].

⁷⁷ BARCELÓ, María Inmaculada, “Un camino hacia la maternidad pospatriarcal” en *Revista de Antropología Iberoamericana*, Vol. 11, No. 1, 2016, en <https://goo.gl/AHcgn9> [consulta 19 de diciembre 2017] p.10.

2.3 Capitalismo y lactancia materna

Jean Robert habla (comentando a Jean-Pierre Dupuy) de que “la finalidad de la sociedad industrial ya no es la producción en sí, sino la *producción de rodeos de producción*, es decir la producción de «trabajo» o, mejor dicho, de «necesidad de trabajo»”,⁷⁸ es común que las familias hagan esfuerzos extremos para poder conseguir lo que naturalmente podrían encontrar en casa, ello pone en evidencia la forma en que el sistema capitalista, en su complejo engranaje, interviene de múltiples formas en la gradual desaparición de la práctica de amamantar.

Bolívar Echeverría, filósofo y economista de origen ecuatoriano, explica cómo funciona una de estas formas: “La acumulación del capital sólo puede llevarse a cabo si la naturaleza es escasa y por ello el orden capitalista reinventa la escasez absoluta; ésta, que prevalece sin duda actualmente, no es una escasez espontánea sino una *escasez artificial* reproducida por el capital como condición de su propia existencia”.⁷⁹

El sistema moderno favorece la desvalorización de conocimientos y formas de vida tradicionales para, mediante su escasez, imponer nuevas posibilidades capitalistas. En la actualidad existe la creencia bien implantada de que la mayoría de las mujeres no tienen leche y pocas veces se plantea la posibilidad de que esta pueda ser suficiente para alimentar a un bebé (o dos, o tres...) sin “ayudas” artificiales. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2012, la principal razón de las madres encuestadas para no amamantar es justamente la sensación de no tener leche (37.4%).⁸⁰ A través de la desinformación, la falta de capacitación del personal sanitario y el fomento del temor en las madres se ha creado esta escasez artificial que asegura el mercado de los sucedáneos.

Vandana Shiva, hablando de cómo la ciencia reduccionista participa en la crisis ecológica, nos permite ver un panorama claro sobre la desvalorización y pérdida de los saberes sobre amamantamiento:

En las economías de subsistencia, las mujeres –que producen y reproducen la vida en sociedad con la naturaleza- han sido expertas en su propio derecho a un conocimiento holístico y ecológico de los procesos naturales. Pero el paradigma reduccionista no reconoce estos modos de conocimiento

⁷⁸ ROBERT, J, “El retorno de los saberes de subsistencia”, en *Polis* (en línea), 33 | 2012, Publicado el 23 de marzo 2013, <http://polis.revues.org/8531> [consulta 1 de octubre 2017] p.4.

⁷⁹ ECHEVERRÍA, Bolívar, “La múltiple modernidad de América Latina” en *Contrahistorias, La otra mirada de Clío*, núm. 4, México, marzo- agosto de 2005, p. 5, <https://goo.gl/3cRT1w> [consulta 1 de octubre 2017].

⁸⁰ ENSANUT, Evidencia para la Política Pública en Salud, “Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apegarse a lo básico”, en <https://goo.gl/SICbEU> [consulta 15 de mayo 2017] p. 2.

alternativos encaminados a obtener beneficios sociales y a satisfacer las necesidades de subsistencia porque no percibe el carácter interconectado de la naturaleza o la conexión de la vida, trabajo y conocimiento de la mujer con la creación de riqueza.⁸¹

El sistema capitalista ha creado un imaginario en el que las mujeres “deberían” ser libres, autónomas, productoras y consumidoras, mientras que, en la realidad, mediante la clasificación sexual del trabajo, la doble jornada, el pago desigual y la extrema exposición a estándares de perfección casi obligatorios, más bien se coarta justamente esta libertad y autonomía. Para el sistema capitalista la LM es una práctica que estorba, porque le permite a las mujeres, por el contrario de lo que nos han hecho creer, el control sobre el propio cuerpo, la libertad de acción y movimiento junto con su hijo o hija, la independencia económica en lo que se refiere a la alimentación del bebé, la independencia parcial del entorno médico, que ha establecido que los bebés son delicados, enfermizos, que requieren cuidados profesionales que implican grandes gastos económicos o que desde el nacimiento requieren de alimentos y complementos especiales.

Los procesos de embarazo y parto se han patologizado; actualmente, en las sociedades urbanas y en muchas sociedades rurales es el personal sanitario quien dicta cómo deberá llevarse el embarazo, cómo será el parto y cómo serán los primeros días de la persona recién nacida, dejando de lado las expectativas, deseos y conocimientos de los padres.

Es precisamente en el contexto hospitalario donde todavía se opta por el alojamiento separado, la administración de fórmulas lácteas a los recién nacidos (con o sin autorización de los padres), la omisión del contacto piel con piel, que son dinámicas contrarias a las recomendaciones de la OMS para el adecuado establecimiento de la lactancia natural. La mayoría de los seguimientos a embarazos y los partos se realizan en contextos hospitalarios e incluso en algunos sectores es común contratar personal de enfermería para que “cuide” a la madre y al/ la bebé en casa los días posteriores al parto.

De la misma manera se han ido creando necesidades materiales, desde suplementos alimenticios y cremas para evitar las estrías, hasta almohadas especiales y servicios de fotografía durante el embarazo, paquetes hospitalarios que incluyen desde una cena especial para los padres después del parto, hasta recuerdos del nacimiento para las visitas; incontables accesorios para el recién nacido, todo tipo de extractores para la

⁸¹ SHIVA, Vandana, *Abrazar la vida; mujer, ecología y supervivencia*, Trads. A. Guyer y B. Sosa, Madrid, Horas y horas, 1995, Pp. 57.

leche materna, bolsas para almacenarla, biberones especiales que se asemejan al seno materno, protectores de lactancia para evitar humedad en la ropa, ropa especial para la lactancia, joyería hecha con leche materna o cordón umbilical y más productos que se han vuelto comunes.

El sistema económico juega un papel fundamental en la práctica de la lactancia materna. Antes de la participación de las mujeres en el mercado laboral, si bien, de igual manera se trabajaba fuera del espacio familiar, este trabajo frecuentemente podía realizarse con el bebé cargado a la espalda y amamantar cuando se requiriera; actualmente, si una mujer permanece alejada de su cría entre 8 y 10 horas cada día -porque las condiciones laborales hacen prácticamente imposible que le pueda tener consigo- se generan nuevas particularidades en la práctica y mecánica de la lactancia, ya que hay condiciones físicas distintas en ambas situaciones. En estas nuevas circunstancias, pensar en la leche materna como alimento exclusivo implica todo un reto en la vida de la mujer y de la familia.

“Cuando desde diferentes áreas se cree tener todas las soluciones para la maternidad, desde el ámbito sanitario, científico, social, cultural... la mujer sigue reducida a un mero recipiente. A veces, es la extraña en un proceso que le pertenece. Es indispensable para la generación de la vida, pero no se la quiere incluir en los procesos de toma de decisiones”.⁸²

2.4 Conclusiones

Frecuentemente se reduce la problemática del ejercicio de la LM a la incursión de las mujeres al mercado laboral y el surgimiento de las fórmulas lácteas como causas del abandono de la lactancia, sin embargo, podemos observar que la situación es mucho más compleja y que involucra múltiples causas y consecuencias.

Tomamos como contexto estas grandes estructuras que son la colonialidad, el capitalismo y el sistema patriarcal para explicar las tantas aristas que de ellas se derivan y que participan no sólo en la práctica del amamantamiento, sino en el escenario social, económico y político en el que esta se desarrolla.

El tan frecuente malestar de las madres cuando vuelven al trabajo después del nacimiento de sus hijos es un ejemplo claro del rígido entorno artificial en el que se pretende embonar un proceso natural que tiene su propio tiempo y su propio ritmo. La necesidad económica y la exigencia social funcionan magníficamente como una corriente que arrastra las decisiones y necesidades individuales hacia un espacio global donde se entremezclan factores históricos, culturales, económicos y políticos.

⁸² ALCALÁ, Inmaculada, “Feminismos y maternidades en el siglo XXI”, en *Cuando los sujetos se embarazan: Filosofía y maternidad*, revista Dilemata, No. 18, 2015, p. 64. En <https://goo.gl/534SAL> [consulta 3 de noviembre 2017].

CAPÍTULO III

MARCO LEGAL DE LA LACTANCIA MATERNA

3.1 Introducción

Este capítulo está enfocado en hacer un repaso por los lineamientos nacionales e internacionales que regulan el fomento a la LM desde las instituciones. Pretendemos que este recorrido sirva como contraste con el capítulo 4, donde abordamos la realidad de las instituciones, observadas a través de la información recabada en las entrevistas a madres y personal sanitario, las experiencias de madres expuestas en un grupo de lactancia materna en Facebook y la observación directa en un hospital de la ciudad.

3.2 tratados internacionales

3.2.1 Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna OMS/UNICEF, 1981

Este Código fue resultado de una reunión llevada a cabo en Ginebra en 1979 entre OMS, UNICEF, un grupo de expertos y representantes de la industria.⁸³ En su artículo 4, “Información y Educación” el código establece lo siguiente:

Los gobiernos deben asumir la responsabilidad de garantizar que se facilite a las familias y a las personas relacionadas con el sector de la nutrición de los lactantes y los niños de corta edad una información objetiva y coherente. Esa responsabilidad debe abarcar sea la planificación, la distribución, la concepción y la difusión de la información, sea el control de esas actividades.⁸⁴

Podemos resaltar sus puntos más importantes en relación al control de sucedáneos:

- No hacer publicidad en instituciones de salud.
- No distribuir muestras gratis.
- No promocionar sucedáneos en entidades de salud.
- No inducir o dar promoción no científica a los trabajadores de la salud.

⁸³ DEPÓSITO DE DOCUMENTOS DEL FAO, “Lactancia Materna. Control de la promoción de la fórmula láctea infantil”, <https://goo.gl/mxnLod> [consulta 30 de mayo 2016].

⁸⁴ OMS- UNICEF, “Código Internacional para la Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna 1981”, p. 5. <https://goo.gl/TYjL7K> [consulta 22 de septiembre 2016].

- No distribuir muestras gratis o a bajo costo para las salas de maternidad y para los hospitales.
- Distribuir solamente literatura con base en hechos y no orientada a la promoción; etiquetas no promocionales que afirmen la superioridad de la lactancia y los peligros de la alimentación con biberón.

Hasta el 2014, instituciones de salud como IMSS e ISSSTE daban a las madres, como prestación, la fórmula láctea como “ayuda en especie” durante 6 meses. A partir de la reforma a las leyes de estos dos organismos, se otorga solamente cuando el médico determina que la madre no puede o no debe amamantar; sin embargo, vale la pena recordar la afirmación de la propia Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018, donde reconoce que es precisamente el personal sanitario quien, aun reconociendo que la lactancia natural es el mejor alimento, prescribe fórmulas lácteas sin razones que lo justifiquen.

3.2.2 Declaración conjunta OMS- UNICEF “Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural, la función especial de los servicios de maternidad”

Esta declaración, publicada en 1989, establece algunos puntos imprescindibles sobre LM que tendrían que ser del conocimiento de cualquier especialista en salud. Se ocupa del periodo que involucra la atención prenatal, obstétrica y perinatal⁸⁵ y a las pautas que habrían de seguirse para garantizar un buen inicio y la continuación de la lactancia natural.

Dentro de esta declaración se incluye un anexo que sirve como lista de comprobación para que las instituciones de salud puedan tener una guía sobre los aspectos a cumplir para efectivamente proteger, promover y apoyar la lactancia, donde se establecen 10 puntos clave (los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa) que se espera sean cumplidos por cualquier establecimiento que brinde servicios de atención al parto y cuidados del recién nacido (**ver anexo 2**).

Llama la atención que, aunque esta declaración fue elaborada hace casi 30 años, muchos de los puntos a los que hace referencia como “mensajes que tienen que llegar al personal sanitario” siguen siendo grandes desconocidos de la mayoría de los trabajadores de la salud, como ejemplo citamos algunos:

⁸⁵ Periodo que comprende desde las 22 semanas de gestación hasta los primeros 28 días de vida neonatal.

- Prácticamente todas las mujeres pueden lactar; son raras las razones genuinamente fisiopatológicas que se puedan oponer a la lactancia natural.
- La necesidad de reposo de la mujer que acaba de parir se puede satisfacer más adelante; en realidad facilitará el reposo un íntimo contacto con su hijo durante la primera hora aproximadamente.
- La cohabitación debe reemplazar a la costumbre de mantener a la madre y al niño en habitaciones separadas.
- Se facilitará el que el niño succione, cuando lo desee, la mama de la madre, con frecuencia y sin un horario predeterminado. La frecuente succión y vaciamiento de las mamas favorecerán además un mejor y más rápido establecimiento de la lactación.
- En condiciones normales las reservas naturales de energía y agua que posee el recién nacido son suficientes para mantenerle durante sus primeros días hasta que se establezca plenamente la lactación.
- El uso del biberón (...) de hecho constituye una importante fuerza contra la buena iniciación y mantenimiento de la lactancia, al reducir la frecuencia y el vigor del reflejo de succión del niño.⁸⁶

Tomamos esos ejemplos en función de las recomendaciones más comúnmente dadas por el personal sanitario según los comentarios de diversas madres en un grupo de lactancia en Facebook (capítulo 4).

3.2.3 Declaración de Innocenti 1990 y 2005

La Declaración de Innocenti fue elaborada y aprobada por los participantes en una reunión conjunta entre OMS/ UNICEF, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y el Organismo Sueco de Desarrollo Internacional, realizada en 1990 en el Spedale degli Innocenti (Hospital de los Inocentes) museo que anteriormente fue hospital y orfanato en Florencia, Italia.

En esta Declaración se plantean como base los beneficios físicos, sociales y económicos de la lactancia materna, para instar a los gobiernos y organismos internacionales a comprometerse para lograr en el lapso de 5 años algunas metas

⁸⁶ OMS/UNICEF, *Declaración conjunta; Protección, promoción y apoyo a la lactancia natural, la función especial de los servicios de maternidad*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1989, Pp. 7- 27.

encaminadas a garantizar un verdadero fomento a la LM. Entre otras, estas son algunas de las metas:

- Haber nombrado a un coordinador nacional sobre lactancia materna que cuente con la autoridad apropiada y haber establecido un comité multisectorial de lactancia materna integrado por representantes de los departamentos 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 para una Lactancia Exitosa, que aparecen en la declaración conjunta OMS/UNICEF.
- Haber tomado medidas para poner en práctica los principios y objetivos de todos los artículos del Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud en su totalidad.⁸⁷

Por último, nos parece relevante la importancia que reconoce la Declaración acerca de la sociedad civil, al afirmar que para que se cumpla la meta de que todas las madres puedan amamantar y todos los infantes sean amamantados, en muchos países es necesario reforzar la cultura de la lactancia materna y ejercer una “vigorosa defensa” contra la cultura del biberón, mediante la movilización social y la influencia de líderes sociales.

3.2.4 Iniciativa Hospital Amigo del Niño

La Iniciativa Hospital Amigo del Niño/(IHAN) [en México del niño y la niña] es un esfuerzo mundial lanzado en 1991 por la OMS y UNICEF en respuesta al llamado de acción para la Protección, Promoción y Apoyo a la lactancia materna de la Declaración de Innocenti de 1990.

Es una iniciativa bastante completa que organiza en cinco secciones los elementos necesarios para que en los establecimientos de salud donde se lleven a cabo servicios de atención al parto y al recién nacido, la lactancia materna sea la norma. Las metas de la IHAN son:

1. “Transformar los hospitales y salas de maternidad por medio de la implementación de los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa y

⁸⁷ ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA, “Declaración de Innocenti, sobre la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna”, traducción de V. Alcaraz, en <https://goo.gl/5dSFVo> [consulta 10 de septiembre 2017].

2. Terminar con la distribución gratuita o a bajo costo de sucedáneos de la leche materna en hospitales o maternidades”.⁸⁸

Durante 2004 y 2005 se efectuó una revisión de los materiales que formaban parte de la Iniciativa, para esto se formuló un cuestionario que se aplicó a personal sanitario de diversos países; con la revisión de los instrumentos se elaboró un borrador que fue posteriormente revisado y validado por expertos en lactancia en distintos países “industrializados y en vías de desarrollo” y a finales de 2007 se publicó la versión final que se espera actualizar a finales del 2018. En ésta se incluyen:

- Sección 1. Antecedentes e Implementación. Que presenta una guía para la implementación de la Iniciativa a nivel de país y a nivel hospitalario.
- Sección 2. Fortalecimiento y Sostenibilidad de la IHAN, Curso para tomadores de decisiones. En el que se orienta a directores, administrativos, gerentes y diseñadores de políticas en cuanto al impacto de la implementación de la Iniciativa y mediante el cual se busca generar en los asistentes el compromiso para promover y sostener la misma.
- Sección 3. Promoción y Apoyo a la lactancia en un Hospital Amigo del Niño, curso de 20 horas para el personal de maternidad, enfocado en fortalecer el conocimiento y las habilidades del personal en los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa.
- Sección 4. Monitoreo y Autoevaluación del Hospital. Que provee de instrumentos para que los directivos de los hospitales determinen si están en condiciones de solicitar una evaluación externa y para que, una vez designados como Hospitales Amigos, mantengan un monitoreo de la calidad y la implementación de los 10 Pasos.⁸⁹
- Sección 5. Evaluación Externa y Reevaluación. Que presenta los criterios para que los evaluadores externos puedan determinar si los hospitales cumplen con los puntos de la Iniciativa y si una vez designados HAN, mantienen los criterios necesarios. Este último manual no está disponible para la distribución general, sino que solamente las autoridades nacionales de la IHAN son las encargadas de proveerlo a los evaluadores.

⁸⁸ CHÁVEZ, Vilma, La Iniciativa Hospital Amigo del Niño, evidencia científica y avances recientes, OMS, en <https://goo.gl/4i1F4B> [consulta 2 de diciembre 2017].

⁸⁹ UNICEF/OMS. *Iniciativa Hospital Amigo del Niño, revisada, actualizada y ampliada para la atención integral, Sección 1. Antecedentes e implementación 2009*, OPS, Washington, D. C., 2008, p. 5, 6. Pp. 80.

Aunque en México se ha adoptado esta iniciativa no se ha desarrollado completamente. El documento oficial de la Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018, refiere que sólo el 7.93% de los 1097 hospitales que dan atención obstétrica en el sector público cumplen con el estándar actual del Hospital Amigo del Niño.⁹⁰

En el reporte de la IHAN correspondiente a América Latina y el Caribe, refiere que, a pesar de que esta zona tiene el porcentaje más alto de nacimientos en establecimientos de salud a nivel mundial (89%) sólo cerca de un tercio de los bebés son alimentados exclusivamente con leche materna.⁹¹ También habla de las dificultades más serias para la implementación de la IHAN:

1. La resistencia al cambio y una falta de identificación con la Iniciativa por parte del personal médico y las instancias normativas.
2. Problemas de recursos humanos relacionados con una dotación inadecuada de personal, rotación constante del personal y falta de tiempo y financiamiento para la capacitación.⁹²
3. También destacaron otros problemas relacionados con la ejecución, como la falta de recursos financieros para apoyar la iniciativa, dificultades para cumplir algunos de los “Diez pasos” de la IHAN, en especial el inicio temprano de la lactancia, el alojamiento conjunto de las madres y los niños y el establecimiento de grupos de apoyo comunitarios.⁹³

3.2.5 Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño

Este material de la OMS, que pretende ser una guía para la adopción de medidas, fue adoptado por la Asamblea Mundial de Salud y por la UNICEF en 2002. El propósito de la Estrategia es “mejorar, a través de una nutrición óptima, el estado de nutrición, el

⁹⁰ ESTRATEGIA NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA 2014- 2018, Gobierno de la República, <https://goo.gl/FPYMtX> [consulta 4 de noviembre 2016].

⁹¹ OMS/ OPS, *La Iniciativa Hospital Amigo del Niño en América Latina y el Caribe: estado actual, retos y oportunidades*, OMS Oficina Regional para las Américas y Organización Panamericana de la Salud, Washington, D. C., 2016, en <https://goo.gl/WB2Q7X> [consulta 5 de noviembre 2017] p. 8.

⁹² OMS/ OPS, *La Iniciativa Hospital Amigo del Niño en América Latina y el Caribe: estado actual, retos y oportunidades*, OMS Oficina Regional para las Américas y Organización Panamericana de la Salud, Washington, D. C., 2016, en <https://goo.gl/WB2Q7X> [consulta 5 de noviembre 2017] p. 9.

⁹³ OMS/ OPS, *La Iniciativa Hospital Amigo del Niño en América Latina y el Caribe: estado actual, retos y oportunidades*, OMS Oficina Regional para las Américas y Organización Panamericana de la Salud, Washington, D. C., 2016, en <https://goo.gl/WB2Q7X> [consulta 5 de noviembre 2017] p. 9.

crecimiento y el desarrollo, la salud y, de este modo, la supervivencia de los lactantes y niños pequeños”.⁹⁴

Como objetivos específicos propone sensibilizar acerca de los principales problemas que afectan a la alimentación del lactante y del niño pequeño, aumentar el compromiso de los gobiernos, las organizaciones internacionales y otras partes interesadas, en favor de las prácticas óptimas en este sentido.

Esta estrategia resalta temas importantes como la necesidad de que se aprueben leyes innovadoras que protejan e impulsen a las madres trabajadoras, la relevancia de que el sector salud promueva comprometidamente la LM exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta pasados los dos años y la importancia de que los padres tengan acceso a información “objetiva, coherente y completa acerca de las prácticas apropiadas de alimentación, libre de toda influencia comercial”.⁹⁵

Un primer paso para el logro de los objetivos de la Estrategia es reafirmar la pertinencia (de hecho, la urgencia) de los cuatro objetivos operativos de la Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia natural. También hace énfasis, dentro de la aplicación de medidas de alta prioridad, al apoyo a través del sistema de atención de salud, en el que menciona algunas medidas importantes:

1. Permitir que las madres permanezcan con sus hijos hospitalizados, para asegurar la continuidad de la lactancia natural (...) y de ser posible, permitir que los niños que lactan se queden con sus madres hospitalizadas.
2. Asegurar la alimentación terapéutica eficaz de los niños enfermos y malnutridos, incluida la prestación de apoyo profesional sobre lactancia natural cuando sea preciso.
3. Formar a los agentes de salud que se encargan de madres, niños y familias, con relación a: las aptitudes de asesoramiento y asistencia necesarios para la lactancia natural, (...) y si es necesario la alimentación con un sucedáneo de leche materna; la alimentación en caso de enfermedad y las responsabilidades de los agentes de salud derivadas del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna.

⁹⁴ OMS, *Estrategia Mundial Para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2003. P. 6.

⁹⁵ OMS, *Estrategia Mundial Para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, p. 12.

4. Revisar y reformar los planes de estudio previos a la incorporación al servicio de todos los agentes de salud, nutricionistas y personal paramédico para que puedan proporcionar información y asesoramiento apropiados acerca de la alimentación del lactante y del niño pequeño (...).⁹⁶

Muchos de los puntos mencionados en esta Estrategia se contemplan también en la Estrategia Nacional de Lactancia 2014-2018, que es la herramienta mexicana mediante la cual deberían regularse y aplicarse todas las normativas nacionales e internacionales respecto al tema de la LM, sin embargo, en la observación que hemos podido realizar directamente en el ya mencionado centro hospitalario, nos damos cuenta de que en la práctica, algunas de estas medidas resultan incompletas y otras inexistentes (este tema se amplía en el capítulo 4).

3.2.6 Corte Interamericana de los Derechos Humanos

Llama la atención que en el cuadernillo dedicado al Derecho Humano a la Alimentación y a la Seguridad Alimentaria, no se menciona la lactancia materna, sin embargo, en su introducción, plantea el derecho a la alimentación como “un derecho incluyente, no es estrictamente un derecho a una ración mínima de calorías, proteínas y otros elementos nutritivos concretos. Es un derecho a todos los componentes nutritivos que una persona necesita, para vivir una vida sana y activa, y a los medios para tener acceso a ellos.” Consideramos que, siendo la lactancia materna, el único alimento inteligente, capaz de modificar su composición durante una misma toma y a lo largo del tiempo, adaptándose a las necesidades de crecimiento del ser humano, resulta inherente a la definición de la CIDH.

En el cuadernillo de jurisprudencia dedicado a género y derechos humanos de las mujeres, se hace referencia a la lactancia materna sólo refiriéndose a casos de mujeres privadas de la libertad y el cuidado especial que deberá otorgárseles en caso de que se encuentren en periodo de embarazo o lactancia.

De igual manera en el cuadernillo de jurisprudencia dedicado a niños y niñas, sólo se menciona la lactancia en tanto que: “Los Estados deben prestar especial atención y cuidado a la protección de este grupo y adoptar medidas especiales que garanticen a las

⁹⁶ OMS, *Estrategia Mundial Para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2003. Pp. 16 y 17.

madres, en especial durante la gestación, el parto y el período de lactancia, el acceso a servicios adecuados de atención médica”.⁹⁷

3.3 Antecedentes en México

3.3.1 Comité Nacional de Lactancia Materna

En 1989 el Sistema Nacional de Salud estableció el propósito de crear las condiciones propicias para establecer la lactancia natural como único recurso de alimentación y nutrición durante los primeros cuatro a seis meses de vida.

Para esto se creó el Comité Nacional de Lactancia Materna, presidido por el secretario de salud de ese período, en el que intervinieron todas aquellas instituciones involucradas en favor de la lactancia y se adoptó la Iniciativa Hospital Amigo del Niño de la OMS/UNICEF, bajo la conducción de la Dirección General de Atención Materno Infantil de la Secretaría de Salud.⁹⁸ Al año siguiente de su creación se emitió un acuerdo que establecía el carácter temporal de dicho Comité. Durante su funcionamiento, el Comité Nacional desarrolló el Programa Nacional de Lactancia Materna, cuyo objetivo era contribuir en el mejoramiento de la calidad en la atención materno infantil y la instalación del alojamiento conjunto en todas las unidades de salud que atendieran partos (a la fecha y tras varios programas posteriores esta meta está lejos de cumplirse).

3.3.2 Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida

El programa Arranque Parejo en la Vida, tuvo como propósito “mejorar la salud reproductiva de la población femenina de nuestro país, la salud de niñas y niños, contribuyendo de esta manera a lograr una mayor equidad en las condiciones de salud de la población”.⁹⁹

El 30 de octubre de 2001 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el acuerdo por el que se crea el Comité Nacional del Programa Arranque Parejo en la Vida, que, en sus transitorios “deja sin efectos a los diversos números 121 y 127, publicados en el Diario Oficial de la Federación los días 8 de mayo y 2 de agosto de 1995”.¹⁰⁰ Este

⁹⁷ CORTE INTERAMERICANA DE LOS DERECHOS HUMANOS. Cuadernillo de jurisprudencia de la corte interamericana de Derechos humanos N.º 4: género y derechos humanos de las mujeres. P. 37

⁹⁸ ESTRATEGIA NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA 2014- 2018, Gobierno de la República, p. 14, <https://goo.gl/FPYMtX> [consulta 4 de noviembre 2016].

⁹⁹ PROGRAMA DE ACCIÓN ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA, Secretaría de Salud, México, D.F. 2002, Pp. 17. <https://goo.gl/pAMEVB> [Consulta 5 de mayo 2018].

¹⁰⁰ ESTRATEGIA NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA 2014- 2018, Gobierno de la República, p. 16, <https://goo.gl/FPYMtX> [consulta 4 de noviembre 2016].

Comité estuvo formado por el secretario de salud, el subsecretario de prevención y protección a la salud, la directora general de salud reproductiva, así como los directores del IMSS, ISSSTE, del Instituto Nacional de Pediatría, el Instituto Nacional de Perinatología, y el Instituto Nacional de Salud Pública; tendría entre sus actividades: proponer políticas, lineamientos, y estrategias para la implementación del programa, vigilar y evaluar el cumplimiento de las normas y del desarrollo del mismo programa, coordinar las acciones de las instituciones que integran el comité para homogeneizar las acciones, entre otras.¹⁰¹

El Acuerdo 121 decretaba la creación del Comité Nacional de Lactancia Materna, por lo que a partir de entonces este Comité dejó de existir.¹⁰² El acuerdo 127 era el destinado a la creación del Comité Nacional para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal.¹⁰³

3.3.3 Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida.

Este Programa surge en 2002 a partir de la “necesidad de aumentar la información y el acceso a los servicios de salud de calidad, para la población femenina e infantil menor de dos años, para reducir los rezagos de salud que afectan a estos grupos de la población”.¹⁰⁴

El Programa se estructura en torno a 4 componentes sustantivos:

1. Embarazo saludable.
2. Parto y puerperio seguros. (Donde se incluye como acción, el promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida).
3. Recién nacido sano.
4. Niñas y niños bien desarrollados.

A pesar de que el Programa está enfocado en las madres y los infantes menores de dos años, el tema de la lactancia materna pasa casi desapercibido. Acerca de la atención a los embarazos, se especifica que hay que dar orientación sobre signos de alarma, manejo del recién nacido y lactancia materna; así como dentro de los procedimientos para mejorar la atención del recién nacido, se menciona “iniciar la lactancia materna inmediata y

¹⁰¹ PROGRAMA DE ACCIÓN ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA, Secretaría de Salud, México, D.F. 2002, Pp. 33. <https://goo.gl/pAMEVB> [consulta 5 de mayo 2018].

¹⁰² DOF: 08/05/1995, ACUERDO número 121 por el que se crea el Comité Nacional de Lactancia Materna, en <https://goo.gl/ULD7xd> [consulta 3 de octubre 2017].

¹⁰³ DOF: 02/08/1995, ACUERDO número 127 por el que se crea el Comité Nacional para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal, en <https://goo.gl/SYB4gs> [consultado el 3 de octubre de 2017].

¹⁰⁴ SECRETARÍA DE SALUD, *Programa de acción “Arranque Parejo en la Vida”*, México, DF, 2002. p. 17 Pp. 74 en <https://goo.gl/F9JhUA> [consulta 1 de diciembre 2017].

alojamiento conjunto”, ambos puntos sin dar ningún tipo de información acerca de los parámetros de esta indicación o de la orientación que se dará a las madres y sin considerar la previa capacitación del personal que la realizará.

Pese a abarcar la misma edad de atención, no se hace mención a la recomendación de la OMS de amamantar por lo menos hasta entrado el segundo año de vida, ni a ninguna otra recomendación de instancias internacionales.

Por otra parte, en el cuadernillo Programas de Acción Específica del mismo Programa, correspondiente al sexenio 2006-2012, sí contempla la LM, pero éste resulta ser un estado de la cuestión, más que un programa de acción. Hace un recorrido de los campos de acción del Programa explicando la problemática actual del tema, con estadísticas nacionales e internacionales, y planteando algunos retos, sin ampliar la información acerca de las acciones que se ejecutarán.

En el tema de la LM, el cuadernillo menciona las ventajas de ésta en cuanto al impacto en las condiciones de salud y la prevención de obesidad en los niños y se plantea como retos:

“Lograr una lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida y combinada con otros alimentos hasta avanzado el segundo año de vida, informar en forma clara y honesta a toda la población las ventajas de la lactancia materna y los riesgos de otro tipo de alimentación y asegurar que todos los sectores de la población trabajemos unidos en el fomento y práctica de la lactancia materna”.¹⁰⁵

La Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018, refiere en su apartado de Antecedentes en México, que en 2014 se llevó a cabo una reunión extraordinaria del Comité Nacional Arranque Parejo en la Vida, “que tuvo como propósito dar a conocer las acciones para promover, proteger y fomentar la práctica de la lactancia materna” y en la que se lograron cuatro acuerdos que la Estrategia califica como históricos:

1. El compromiso por parte de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, federal y estatal, de entregar un plan de trabajo con indicadores y metas alineadas a la Estrategia Nacional, que deberán incluir el compromiso de aumentar los hospitales nominados en la IHAN.
2. La creación del Grupo Interinstitucional Permanente de Lactancia Materna, cuyo objetivo será dar seguimiento a las metas e indicadores.

¹⁰⁵ SECRETARÍA DE SALUD, *Programas de Acción Específica 2007- 2012 Arranque Parejo en la Vida*, México, DF, 2007, p. 29, en <https://goo.gl/Ci5j2s> [consulta 1 de diciembre 2017] Pp. 84

3. Realizar en lanzamiento de la ENLM en un evento de alta participación.
4. Presentar la ENLM en el Consejo Nacional de Salud.¹⁰⁶

Respecto de los anteriores acuerdos, como parte de la ENLM 2014-2018 se retomó el compromiso de aumentar los hospitales nominados y efectivamente se lanzó la Estrategia en un evento de alto alcance mediático.

3.4 Marco jurídico

3.4.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

En su artículo 123, apartado A fracción V, dice que “Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un descanso de seis semanas anteriores a la fecha fijada aproximadamente para el parto y seis semanas posteriores al mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el período de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno para alimentar a sus hijos.”¹⁰⁷ Y en el mismo artículo, en su apartado B, fracción X, inciso c, dicta que, además, se gozará de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayudas para la lactancia y de servicio de guarderías infantiles.

Es importante mencionar que el 20 de febrero de 2014 se publicó en el Diario Oficial de la Federación un decreto presidencial por el que se adicionaron y reformaron diversas leyes en torno a la lactancia, dando un plazo de 365 días naturales para su entrada en vigor. En dicho decreto, la reglamentaria del apartado B del artículo 123 se reformó para quedar de la siguiente manera:

Las mujeres disfrutarán de un mes de descanso antes de la fecha que aproximadamente se fije para el parto, y de otros dos después del mismo. Durante la lactancia tendrán derecho a decidir entre contar con dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, o bien, un descanso extraordinario por día, de una hora para amamantar a sus hijos o para realizar la extracción manual de leche, en lugar adecuado e higiénico que designe la institución o dependencia y tendrán acceso a la capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna

¹⁰⁶ ESTRATEGIA NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA 2014- 2018, Gobierno de la República, p. 17, <https://goo.gl/FPYMtX> [consulta 4 de noviembre 2016].

¹⁰⁷ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Art. 123.

sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de edad.¹⁰⁸

Aunque la reforma es beneficiosa para las madres, los dos meses de incapacidad post- natal siguen siendo insuficientes para el cuidado de un recién nacido, incluyendo aquí el establecimiento adecuado de la lactancia; considerando que uno de los factores fundamentales para lograr una lactancia materna exitosa es ofrecerla de acuerdo a la demanda del bebé, es decir, sin horarios ni limitantes de tiempo por toma.

Dado que las jornadas laborales implican pasar 9, 10 o más horas fuera de casa, la ausencia de las madres durante los brotes de crecimiento implicará que en muchas ocasiones se complemente la alimentación del bebé con sucedáneos de leche materna, lo que generará que, a falta de succión, la producción de la madre disminuya y se dificulte cada vez más la lactancia natural.

También se incluye en esta reforma la posibilidad de realizar la extracción de leche en un lugar higiénico y adecuado, lo que la mayoría de las veces no sucede. En la práctica, cuando realmente se hace efectivo este derecho, frecuentemente se hace en lugares no aptos para mantener la esterilidad de la leche y sin las condiciones mínimas de comodidad para la madre, como baños, bodegas y vestidores.

3.4.2 Ley General de Salud

Esta ley en su capítulo V, de Atención Materno- Infantil, en el artículo 64, establece que: En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes, establecerán:

- II. Acciones de orientación y vigilancia institucional, capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil, además de impulsar, la instalación de lactarios en los centros de trabajo de los sectores público y privado.

¹⁰⁸ DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. SEGOB. “DECRETO por el que se adicionan y reforman diversas disposiciones de la Ley General de Salud; de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del artículo 123 Constitucional; de la Ley del Seguro Social; de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, y de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, <https://goo.gl/ttBj8T> [consulta 25 de septiembre 2016].

II Bis. Al menos un banco de leche humana por cada entidad federativa en alguno de sus establecimientos de salud que cuente con servicios neonatales.¹⁰⁹

En la recta final de la ENLM, vemos que se han implementado algunos de sus puntos, favoreciendo el mediano cumplimiento de las leyes que los avalan, como es el caso del fomento a la LME hasta los 6 meses que contemplan ésta y otras leyes, sin embargo, en el caso del establecimiento de lactarios y de bancos de leche humana, no ha habido hasta la fecha un verdadero seguimiento de las instancias responsables para que esto se lleve a cabo.

3.4.3 Ley del Seguro Social

Previo a la reforma del decreto presidencial de febrero de 2014, el artículo 94 de esta ley establecía que el Instituto otorgaría a las madres derechohabientes la asistencia obstétrica, una “ayuda en especie por seis meses para la lactancia” y una canastilla una vez nacido el bebé.¹¹⁰

Posterior a la reforma, el mismo artículo especifica que se dará la misma ayuda en especie para la lactancia, pero agregando que se otorgará “capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida”.¹¹¹ Para ejemplificar las principales limitantes de esta ley nos gustaría citar al Depósito de Documentos de la FAO, que define claramente la problemática de la lactancia en la legislación laboral:

Entre los obstáculos principales se encuentran, licencia de maternidad muy corta o rechazo de la licencia de maternidad a las empleadas temporales o provisionales; despido del trabajo a quienes toman licencia de maternidad; falta de instalaciones para la atención de los niños las cuales deberían estar

¹⁰⁹ LEY GENERAL DE SALUD, Capítulo V, artículo 64, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Secretaría de Servicios Parlamentarios, en <https://goo.gl/BBN2K7> [consulta 1 de diciembre de 2017].

¹¹⁰ LEY DEL SEGURO SOCIAL, Artículo 94, 21 de diciembre 1995, <https://goo.gl/v1SCJg> [consulta 30 de octubre 2016].

¹¹¹ DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. SEGOB. “DECRETO por el que se adicionan y reforman diversas disposiciones de la Ley General de Salud; de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del artículo 123 Constitucional; de la Ley del Seguro Social; de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, y de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, <https://goo.gl/ttBj8T>, consulta 25 de septiembre 2016.

disponibles en los lugares donde gran número de mujeres están empleadas; falta de períodos de descanso para que las madres puedan amamantar a sus hijos durante una larga jornada de trabajo; y utilización de las madres trabajadoras como objetivo de las compañías fabricantes de sucedáneos para persuadirlas de alimentar a sus niños con la fórmula en vez de amamantarlos.¹¹²

3.4.4 Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Al igual que la ley del IMSS, ésta considera en su artículo 39 reformado, que la asegurada tiene derecho:

II. A la capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida y ayuda para la lactancia cuando, según dictamen médico, exista incapacidad física o laboral para amamantar al hijo. Esta ayuda será proporcionada en especie, hasta por un lapso de seis meses con posterioridad al nacimiento, y se entregará a la madre o, a falta de esta, a la persona encargada de alimentarlo.¹¹³

Este punto nos hace plantearnos obligatoriamente dos preguntas sobre la validez del mencionado “dictamen médico”: ¿será este dado precisamente por esos médicos a los que alude la ENL, que *prescriben el uso de fórmulas sin razones que lo justifiquen?* y ¿qué pasará con las madres que no tengan una incapacidad física o laboral para amamantar, pero que decidan libremente no hacerlo? ¿quedarán ellas y sus hijos excluidos de la seguridad social por esta decisión personal?

¹¹² FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura), Depósito de documentos, “Lactancia Materna. Lactancia y legislación laboral”, <https://goo.gl/77B2AF> [consulta 30 de mayo 2016].

¹¹³ DECRETO por el que se adicionan y reforman diversas disposiciones de la Ley General de Salud; de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del artículo 123 Constitucional; de la Ley del Seguro Social; de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, y de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

3.4.5 Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

Igual que en las leyes antes citadas, en su artículo 28 resalta la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses y complementario hasta el segundo año de edad.¹¹⁴ Pero llama la atención que no hace referencia alguna a los casos de niñas y adolescentes embarazadas, ni a la educación sexual que toda niña, niño y adolescente necesita. En 2009 la OCDE ya reportaba el nacimiento de un hijo por cada 15 niñas de 15 a 19 años de edad.¹¹⁵

Esta omisión de la ley nos parece grave, ya que las niñas y adolescentes embarazadas están doblemente expuestas a la violencia desde lo particular y desde las instituciones. Son más propensas a recibir “regaños” y malos tratos por parte de las y los profesionales sanitarios, se encuentran en una posición de mayor sumisión ante los trabajadores de la salud (entendiendo que aún una mujer adulta y con información puede sentirse intimidada ante una experiencia de vulnerabilidad física, frente a la posición de autoridad médica), y una vez pasado el parto se encontrarán en mayores dificultades para vivir la maternidad.

En este caso, hablar de lactancia implica no sólo hablar del compromiso de las instituciones para garantizar la protección en todos los ámbitos de la madre y su hija o hijo, sino también de las dificultades propias de la infancia o la adolescencia, del entorno de las madres y hasta del estigma social.

3.4.6 Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia

Artículo 11. “Constituye violencia laboral: la negativa ilegal a contratar a la Víctima o a respetar su permanencia o condiciones generales de trabajo; la descalificación del trabajo realizado, las amenazas, la intimidación, las humillaciones, la explotación, el impedimento a las mujeres de llevar a cabo el período de lactancia previsto en la ley y todo tipo de discriminación por condición de género.”¹¹⁶

Al respecto de este artículo es importante subrayar la existencia de una gran cantidad de mujeres que trabajan sin seguridad social, la de otras tantas que, aunque la tengan no pueden hacer efectivo el permiso de lactancia por desconocimiento de éste o

¹¹⁴ Ibidem.

¹¹⁵ OCDE, México, Country Highlights, Doing better for children, 2009, <https://goo.gl/uyUoU4> [Consulta 30 de agosto 2018].

¹¹⁶ Ibidem.

por impedimento del centro de trabajo y la de las madres que ejercen este derecho en condiciones denigrantes.

3.4.7 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad

En su capítulo III, Artículo 25 establece que la publicidad de fórmulas para lactantes deberá fomentar la lactancia materna e indicar que el uso de fórmulas solo se recomienda para los casos de intolerancia del niño a la leche materna,¹¹⁷ ausencia de la madre o si tuviera alguna incapacidad para dar leche u otra razón sanitaria fundada. También deberá incluir información sobre el manejo correcto de las fórmulas, su preparación y los cuidados específicos que hay que dar a los biberones antes de ofrecerlos a los lactantes.¹¹⁸

Nos llama la atención que se contemple la “intolerancia a la leche materna” ya que esta patología no existe como tal. Puede hablarse de alergia a algún componente en la leche (la más común es la alergia a la proteína de la leche de vaca -APLV-), misma que permite continuar con la lactancia si la mujer lactante lleva una dieta de exclusión. También puede hablarse de galactosemia, que es “una grave enfermedad congénita que afecta aproximadamente a uno de cada 50,000 recién nacidos” en cuyo caso el o la bebé no puede ingerir ni leche materna ni fórmulas normales, sino que debe tomar una leche completamente exenta de lactosa.¹¹⁹

Consideramos que incluir en una ley un término que alude a una condición de salud inespecífica sólo colabora a la confusión y a que, tanto personas sin formación médica como personal sanitario, adjudiquen malestares o incomodidades varias observadas en los bebés a este trastorno en cuyo “nombre” podría aplicarse a cualquier síntoma.

¹¹⁷ Lactapp.es, <https://goo.gl/cUaPw2> [Consulta 5 de mayo 2018].

“No se puede ser alérgico a la leche materna, pero puede ser alérgico a algún componente presente en la leche materna. Hay ciertas proteínas de los alimentos que llegan a la leche materna y que pueden causar problemas a los bebés con alergias ya que una pequeña cantidad causa una reacción de su sistema inmune. Cuando se averigua qué alimento produce la alergia, la madre lo puede eliminar de su dieta, evitando así que forme parte de su leche y que su bebé tenga reacciones alérgicas. Se llama dieta de exclusión y dependiendo del grado de alergia del bebé, la dieta deberá ser más o menos estricta”.

¹¹⁸ SECRETARÍA DE SALUD, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, Ciudad de México, 2000, en <https://goo.gl/JicBtE> [consulta 3 de mayo 2017].

¹¹⁹ GONZÁLEZ Carlos. “Comer, amar, mamar, Guía de crianza natural”, Temas de hoy, Barcelona, 2009, pp. 398, 399.

3.4.8 Normas Oficiales Mexicanas

La NOM-007-SSA2-1993 trata sobre la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como del recién nacido y criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

Contempla en el punto 5.7 la protección y fomento a la LME. En él, especifica que todas las unidades de atención obstétrica deberán tener criterios y procedimientos para la protección y fomento de la lactancia, atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante. Es importante mencionar que en ningún otro de los reglamentos o leyes nacionales se ha tomado en cuenta en entorno de la madre como un factor importante para la práctica de la lactancia natural.

También hace referencia a la obligación por parte de las instituciones de tener criterios para el alojamiento conjunto, a la responsabilidad del médico en cuanto a los medicamentos prescritos a la madre y que pudieran tener efectos desfavorables en el bebé (por lo que especifica que el médico de la madre y el del infante deberán estar en estrecha comunicación), a la obligación que tienen las instituciones de ofrecer las condiciones para que sea posible la LME, excepto en los casos médicamente justificados y el deber de informar diariamente a embarazadas y puérperas sobre los beneficios de la LM y los riesgos de las leches industrializadas.

En cuanto al control de sucedáneos, establece que en las unidades de salud no se permite la distribución gratuita ni la promoción de fórmulas lácteas, que no se empleará en dichas unidades a enfermeras u otro personal sanitario remunerado por fabricantes o distribuidores de sucedáneos y que estos fabricantes no podrán ofrecer incentivos financieros o materiales al personal para promover sus productos. Finalmente aclara que la prescripción de sucedáneos a menores de cuatro meses sólo podrá hacerse bajo prescripción médica y con una justificación por escrito.¹²⁰

La NOM-043-SSA2-2005 trata sobre los servicios básicos de salud, promoción y educación para la salud en materia alimentaria y criterios para brindar orientación.

Esta norma alberga información abundante acerca de cómo ayudar a la implementación de la lactancia, rescatamos a continuación algunos puntos importantes de la misma:

1. Habla de la promoción de la LME durante los primeros 4 a 6 meses de vida.

¹²⁰ NOM- 007- SSA2- 1993, *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*, Secretaría de Salud, en <https://goo.gl/niO78> [consulta 10 de junio 2017].

2. Establece la necesidad de orientar a las madres sobre sus requerimientos de energía, proteína y calcio, que son mayores incluso que durante el embarazo.
3. Aclara que la LME excluye la administración de cualquier otro líquido.
4. Promueve el inicio de la AC a partir del cuarto o sexto mes de vida.
5. Especifica que a los menores de 9 a 12 meses hay que ofrecerles primero la comida familiar y posteriormente la leche materna.
6. En su Apéndice Informativo F, presenta una amplia explicación sobre la lactancia directa e indirecta, sobre algunas medidas que puede tomar la madre para facilitar el amamantamiento, posiciones para amamantar, las características de un buen agarre al seno por parte del bebé, los principios sanitarios para una correcta extracción y el almacenamiento de la leche materna.¹²¹

Cabe mencionar, que de todos los reglamentos, programas y normativas que hay en México sobre el tema que nos ocupa, esta Norma es la más detallada en cuanto a la práctica del amamantamiento.

En mayo de 2018 el Diario Oficial de la Federación publicó el Proyecto de Norma Oficial Mexicana 050 Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna.¹²² Que establece los criterios y procedimientos para la promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna hasta los dos años de edad. En esta se contemplan las obligaciones de las instituciones de salud, las especificaciones técnicas de las salas de lactancia, los principios de establecimiento de los bancos de leche humana y los temas sobre lactancia que deberán cubrirse en las carreras formadoras de profesionales sanitarios, así como la cantidad de tiempo que deberá destinarse a cada uno.

3.5 Estrategia Nacional de Lactancia 2014- 2018

El Programa Nacional de Desarrollo del Gobierno de la República para el periodo del 2013 al 2018, está formado por 5 Metas Nacionales:

- I. México en paz.
- II. México incluyente.
- III. México con educación de calidad.

¹²¹ NOM- 043- SSA2- 2005, *Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación*, Secretaría de Salud, en <https://goo.gl/TauR5a> [consulta 10 de junio 2017].

¹²² SEGOB, Diario Oficial de la Federación, Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA-2-2018, en <https://goo.gl/NyM26628>, [Consulta 28 de junio 2018].

IV. México próspero.

IV. México con responsabilidad global.

Como parte del eje II. México incluyente, se encuentra el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, del que forma parte el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal, del que se desprende la Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018.

Diego Iturralde, hablando de la antropología jurídica como enfoque de investigación dice que:

Este enfoque transdisciplinario para la investigación (...) aparece en un momento crucial, respecto del cual sus planteamientos son como una bisagra que articula las prácticas relacionadas con el establecimiento de alternativas para entender las demandas del derecho y la justicia [indígenas] con la reflexión académica sobre la compleja relación entre las normas y las prácticas, provocando un enriquecimiento mutuo.¹²³

En la Estrategia Nacional,¹²⁴ se busca la atención a las dificultades comunes de la práctica de la lactancia natural, sin embargo, no refleja una observación de las prácticas ya existentes y de los distintos contextos que las mantienen. Algunas metas de la Estrategia van enfocadas a la adaptación de la normatividad (refiriéndose a las reformas de ley establecidas en el 2014),¹²⁵ a la difusión en redes sociales, a fortalecer la política en materia de sucedáneos,¹²⁶ y a la capacitación del personal sanitario. Sin embargo, estas propuestas omiten particularidades sociales e institucionales que resultan incompatibles con las expectativas.

Por ejemplo, las reformas que se hicieron a diversas leyes en materia de lactancia giran en torno a dos aspectos:

- Fomentar la lactancia materna como alimento exclusivo los primeros seis meses de vida y complementario hasta los dos años.
- La participación de las instituciones en este fin mediante: 1. El permiso de lactancia que especifica el Art. 132 constitucional, 2. El establecimiento de lactarios en los centros de trabajo, 3. El apoyo mediante capacitación a las madres por parte de las instituciones de salud.

¹²³ ITURRALDE, Diego, “Utilidades de la antropología jurídica en el campo de los Derechos Humanos: experiencias recientes”, *Revista pueblos y fronteras digital*, 5 (2008). P. 9

¹²⁴ ESTRATEGIA NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA 2014- 2018.

¹²⁵ DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. SEGOB. “DECRETO por el que se adicionan y reforman (...).

¹²⁶ OMS- UNICEF. “Código Internacional para la Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna 1981”. <https://goo.gl/TYjL7K> [consulta 22 de septiembre 2016].

Como vemos, todos estos puntos omiten una vez más que el tiempo de permiso laboral posnatal implica en sí mismo una limitante para la lactancia y que, aun contando con un lactario, el compaginar la LME con la vida laboral significa un reto para la continuación de la lactancia.

En cuanto a fortalecer las políticas de control de sucedáneos, es importante revisar uno de los puntos del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios, que especifica que: “La entrega gratuita de sucedáneos de la leche materna o humana sólo podrá realizarse en los supuestos siguientes: (...) II y III. Mediante prescripción médica, para satisfacer las necesidades nutrimentales de los lactantes con trastornos, enfermedades o condiciones médicas específicas durante los primeros meses de vida o el estado de salud de la madre impida la lactancia materna durante los primeros meses de vida”.¹²⁷

Este punto nos llama la atención particularmente y nos remite al “Estudio para Estimar la Prevalencia de Violaciones al Código Internacional de los Sucédáneos de la Leche Materna en dos entidades federativas de Estados Unidos Mexicanos” (que cita la propia ENLM) en el que se obtiene que cerca de la mitad de las madres entrevistadas reportaron haber recibido recomendaciones de alimentar a su hija/o con algún producto lácteo, siendo los médicos quienes predominantemente hicieron esta recomendación.¹²⁸

Otro de los propósitos es dar capacitación al personal sanitario y actuar desde las universidades en la adecuada preparación de los próximos profesionales, sin embargo no se ha documentado la manera en la que se contempla incidir en las universidades y en la Guía Técnica para la Capacitación de la Lactancia Materna,¹²⁹ publicada por el Instituto de Salud del Estado de México, que es una de las entidades donde se llevó a cabo un plan formal de capacitación al personal sanitario, se puede observar el establecimiento administrativo de lineamientos para la atención desde el embarazo, durante el parto y en la atención inmediata posterior a éste, encaminados al fomento de la lactancia, pero no refleja el sustento teórico y práctico de cómo se llevarán a cabo.

¹²⁷ ESTRATEGIA NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA, *op.cit.* p.30.

¹²⁸ SECRETARÍA DE SALUD, SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD, CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, *Estudio para Estimar la Prevalencia de Violaciones al Código Internacional de los Sucédáneos de la Leche Materna en dos entidades federativas de Estados Unidos Mexicanos, Resumen*, <https://goo.gl/FbstKX>, [Consulta 3 de enero 2018] p.3.

¹²⁹ INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO, “Guía Técnica para la Capacitación de la Lactancia Materna”, 2016. <https://goo.gl/8CziHk> [consulta 28 de febrero 2017].

Probablemente el interés de las madres en amamantar o las prácticas específicas de amamantamiento vayan variando en función de cambios económicos, sociales y de la información a la que se puede tener acceso con las nuevas tecnologías, pero estos cambios no están contemplados en la política pública.

Conocer la dinámica real de la práctica de la lactancia natural, implica darse cuenta de que seis semanas de permiso posparto no solo no facilitan esta práctica, sino que la terminación de éste coincide con una de las crisis o baches de crecimiento,¹³⁰ una madre que recién vuelve al trabajo y se enfrenta a la dificultad de compaginar estos dos eventos, muy probablemente optará por las fórmulas lácteas.

De igual manera, incentivar la lactancia materna exclusiva en madres que laboran fuera de casa sin modificar la estructura de los derechos laborales relacionados con la maternidad, es omitir la realidad de las condiciones laborales del país. Un verdadero fomento tendría que comenzar por replantear la duración del permiso posparto y por garantizar que todas las personas tuvieran seguridad social.

Podemos ver que, aunque la Estrategia propuesta por la Secretaría de Salud, resulta muy ambiciosa por la intención de fomentar la práctica de la lactancia materna desde diversos ángulos, las bases legales e institucionales del país, se confrontan desde la raíz con este tipo de propuestas, sin dejar de lado que estas bases están sustentadas por el entorno capitalista y patriarcal que son factores poderosos de influencia en la pobre situación de la lactancia natural en México.

En cuanto a la ENLM, obtuvimos información de la Unidad de Transparencia de la Secretaría de Salud,¹³¹ y pudimos corroborar lo que se observa en el contacto con madres lactantes y en el trabajo de observación en el Hospital.

- Del 80% previsto de personal sanitario capacitado, sólo se logró hasta el 2017 el 28.16%.
- Del 80% previsto de los Centros de Desarrollo Infantil capacitado, no se capacitó a ninguno.
- De 60 bancos de leche humana previstos se lograron 24.

¹³⁰ FERNÁNDEZ, Carmen E. *et. al.* “Guía de lactancia materna”, Granada, Complejo Universitario Granada y distrito Granada metropolitano, 2015, <https://goo.gl/6iHPcw> [consulta 26 de septiembre 2016], p.35.

Crisis o baches de crecimiento: Etapas en las que necesitan alimentarse más a menudo aumentando así la producción de leche en sus madres de acuerdo con sus nuevos requerimientos nutricionales.

¹³¹ Solicitud de información folio: 0001200239417, entregada por internet por parte de la Unidad de Transparencia de la Secretaría de Salud, el 28 de agosto de 2017.

- No se contó con un presupuesto etiquetado específicamente para la Estrategia.
- Se nominaron a Hospital Amigo del niño 136 hospitales (de 3 que había antes de la Estrategia), de los cuales ninguno ha logrado el nombramiento, ya que ninguno ha solicitado la evaluación.
- De 60 lactarios empresariales que se planeaban, se lograron abrir 158.

Claudia Espinoza Días y Daniel Vázquez, hablan sobre las características inherentes a una política pública con enfoque de Derechos Humanos, entre las cuales están las siguientes:¹³²

1. Recuperar dentro del contenido de la política pública (PP) las obligaciones provenientes del Derecho Internacional de los Derechos Humanos (considerado tanto en el Sistema Universal como en el Interamericano de Derechos Humanos).
2. Propiciar una elaboración participativa de la política pública.
3. Establecer mecanismos de exigibilidad.
4. Recuperar la perspectiva de género.
5. Aplicar la perspectiva de igualdad y no discriminación.
6. Establecer mecanismos de cultura de Derechos Humanos.

En las distintas etapas de la ENLM se observan algunos de los aspectos de enfoque de Derechos Humanos, por ejemplo, se alude a acuerdos internacionales como el Código Internacional de Comercialización de sucedáneos de leche humana, elaborado por la Asamblea Mundial de Salud en 1981, y a la Iniciativa del Hospital amigo del niño, establecida por UNICEF y OMS en 1992.

Aparentemente cumple con el establecimiento de mecanismos de exigibilidad, puesto que hay leyes que se han modificado con este propósito, aunque existe una gran cantidad de mujeres que no pueden hacerlas efectivas, por ejemplo, por no tener un empleo formal. Por este mismo motivo no podría hablarse de que cumpla con el principio de igualdad y no discriminación.

Si bien se habla de dar información a las madres sobre lactancia materna desde el embarazo, el que tengan esta información no garantiza que decidan alimentar a su hija o hijo con leche materna. A pesar de tratarse de un tema inherentemente femenino, la ENLM no tiene un enfoque de género.

¹³² ESPINOSA, Claudia y Vázquez, Daniel. “Las políticas públicas con perspectiva de derechos humanos en el giro a la izquierda. De la ruptura a la segunda vuelta institucional en Venezuela y Ecuador”. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*, 2015, volumen 26. p. 81

Según el CONEVAL, en el 2012 se registraban 31.2 millones de personas (63.1%) ocupadas sin acceso a seguridad social, aunque desconocemos la cantidad de mujeres dentro de este total, la cifra hace evidente la realidad de millones de mujeres que no habrán tenido acceso al permiso por maternidad y mucho menos al de lactancia.¹³³ Tratándose de una política pública enfocada a la salud, no tendría que estar supeditada a la probabilidad de que la madre cuente con seguridad social.

3.6 Índice País Amigo de la Lactancia Materna

Aunque este proyecto no corresponde a los tratados o al marco legal de la LM, lo incluimos en este capítulo por ser una propuesta completa y fundamentada de apoyo, promoción y protección a la lactancia.

El proyecto Índice País Amigo de la Lactancia proporciona a los países una herramienta de autoevaluación multisectorial e indica los pasos a seguir para mejorar sus esfuerzos de lactancia materna basados en el Modelo de Engranajes de la Lactancia Materna, que integra de manera muy comprensiva todos los aspectos claves para proteger, promover y apoyar la lactancia materna.¹³⁴

Este índice fue desarrollado entre 2015 y 2016 por la Universidad de Yale, junto con un grupo de consultores técnicos de Canadá, Reino Unido, América Latina, el oeste de África y el sur y sureste de Asia; en el caso de México, la puntuación del Índice se obtuvo en reuniones de trabajo con “múltiples expertos provenientes del sector público, académico y de la sociedad civil”. El modelo en el que está fundamentado este Índice, contempla 8 engranajes: abogacía; voluntad política; legislación y políticas; financiamiento y recursos; capacitación y entrega de programas; promoción, investigación y evaluación; coordinación; y monitoreo. El resultado del Índice en México es de 1.44 en una escala del 1 al 3, lo que se interpreta como la existencia de un ambiente “moderadamente propicio” para implementar programas e iniciativas que protejan, promuevan y apoyen la LM.

A continuación, enlistamos algunas de las recomendaciones surgidas del Índice para México:

¹³³ CONEVAL, “Consideraciones para el Proceso Presupuestario 2015”, en <https://goo.gl/jUJZU8>, [consulta 25 de febrero 2017].

¹³⁴ BBF, a guide to global scale-up, *Índice País Amigo de la Lactancia Materna: situación y recomendaciones para México*, Fundación Familia Larsson-Rosenquist, Ciudad de México, 2017, p. 5 y 6, en <https://goo.gl/RReZZA> [consulta 12 de diciembre 2017].

- Mantener la congruencia entre las declaraciones y las acciones de los tomadores de decisiones en torno a la LM.
- Incluir la ENLM en el presupuesto de egresos de la Federación.
- Ratificar el Convenio 183 y la Recomendación 191 de la Organización Internacional del Trabajo.¹³⁵
- Ampliar la licencia por maternidad a 6 meses, iniciando con una ampliación a 18 semanas.
- Modificar de manera inmediata la legislación sobre los descansos para lactancia, para que en los primeros seis meses se tome de manera simultánea el descanso y la reducción de jornada y a partir de los seis y hasta los 24 meses, la madre pueda escoger entre uno u otro.
- Implementar medidas de monitoreo, supervisión y denuncia que aseguren el cumplimiento del marco jurídico nacional.
- Promover la creación de una figura dentro de la estructura del Gobierno Federal que pueda tomar decisiones en LM y fungir como vocero del Grupo Interinstitucional Permanente de Apoyo a la LM (GIPALM).
- Incluir una materia obligatoria de LM en todos los programas de estudio de pregrado de los profesionales de la salud, que contemple horas teóricas y prácticas.
- Hacer públicas las sesiones del GIPALM.
- Dotar de voto y no sólo de voz a las instituciones de la sociedad civil, la academia y dependencias que no pertenezcan al sector salud.¹³⁶

Aunque consideramos que la reapropiación de saberes del amamantamiento por parte de las mujeres requeriría un esfuerzo enorme por parte de las mismas mujeres, de organizaciones de la sociedad civil y hasta de las instituciones, definitivamente suscribimos las anteriores recomendaciones considerando estos cambios como un impulso que facilitaría el camino a dicha reapropiación.

¹³⁵ OIT, Organización Internacional del Trabajo, C183 - Convenio sobre la protección de la maternidad y R191 - Recomendación sobre la protección de la maternidad. Pueden revisarse en <https://goo.gl/8hFOHI> y <https://goo.gl/AR8XrZ> [consulta 1 de diciembre 2017].

¹³⁶ BBF, a guide to global scale-up, Índice País Amigo de la Lactancia Materna: situación y recomendaciones para México, Fundación Familia Larsson-Rosenquist, Ciudad de México, 2017, Pp. 9-17, en <https://goo.gl/RReZZA> [consulta 12 de diciembre 2017].

3.7 Conclusiones

En la anterior revisión encontramos algunas propuestas muy completas y ambiciosas; es importante reconocer, por ejemplo, la visión interdisciplinaria de la ENLM, la minuciosidad con que la IHAN contempla cada área de atención y para la que prevé una adecuada y específica capacitación, o el panorama completísimo de la LM en México que presenta el Índice País Amigo de la LM.

Sin embargo, también es necesario observar la estructura superficial de la ENLM, que abarca quizás todos los campos de fortalecimiento para la LM, pero no contempla, en la práctica, con detalles, la manera exacta en la que se desarrollaría su plan de acción ni cuenta con un presupuesto destinado para llevarse a cabo. Las distintas leyes mexicanas intentan fomentar y proteger la LM con uno de los permisos de maternidad más cortos del mundo, sin una verdadera regulación de los espacios laborales, ignorando a miles de mujeres que trabajan en empleos informales y omitiendo absolutamente la calidad de vida de las familias.

Ponemos un ejemplo práctico de lo anterior: En circunstancias normales, una madre regresa de su permiso posnatal cuando su bebé tiene un mes y medio de edad; suponiendo que ha recibido buena información, capacitación y que desea hacerlo, establece una lactancia materna exclusiva. Si tiene “la suerte” de que sus empleadores hagan válido su permiso de lactancia, quizás realice dos extracciones durante su jornada, pero estas dos extracciones representan cuando mucho dos tomas para dejar a su bebé al día siguiente (si trabaja 8 horas y hace una más de trayecto, deberá dejar por lo menos tres tomas, descuidando la necesidad de la libre demanda, lo que implica que quizás el bebé pida alimento más veces que sólo las previstas -por los productores de fórmulas infantiles- cada 3 horas). Por lo que deberá realizar más extracciones fuera del horario laboral, lo que, sumado a la atención del bebé, ocupará casi todo su tiempo. Añadiendo a esto que todavía en la mayoría de las familias son las mujeres quienes se ocupan de las labores domésticas y de cuidado y si además suponemos que pudiera tener más hijos u otras personas vulnerables que requieran de cuidados, podemos imaginarnos lo complejo que puede ser mantener la lactancia exclusiva por 6 meses.

Mi bebé tiene dos meses, me he esforzado por ser LME, en unos días regreso a trabajar y no hay un área para realizarme extracciones, conseguí una guardería en la cuadra de atrás para poder amamantar directamente y

*no quisieron por no contar con un espacio, ¿qué pasa si comienzo lactancia mixta?*¹³⁷

Aparte del esfuerzo que implica amamantar de manera exclusiva si se trabaja fuera de casa, hay que contemplar que son pocos los centros de trabajo que cuentan con un lugar apropiado para la extracción de leche; en la mayoría de los casos las mujeres se extraen la leche (muchas veces a escondidas) en espacios improvisados, sucios o donde frecuentemente son solicitadas por sus compañeros de trabajo. Por otra parte, los centros de cuidado infantil por lo general no reciben leche materna por temor de administrar leche en mal estado, ya que no están capacitados en técnicas de conservación de la leche.

En agosto de 2018, durante la Semana Mundial de la Lactancia Materna (SMLM), la Secretaría de Salud ejemplificó de manera clara su postura respecto a la promoción y la protección de la LM, al organizar el evento “Uniendo esfuerzos por la lactancia materna”, en el que se reunieron el secretario de salud federal Dr. José Narro Robles, la Cámara Nacional de Industriales de la Leche, la Comisión de Fabricantes de Fórmulas Infantiles, el Consejo de Ética y transparencia de la Industria Farmacéutica y la Asociación Nacional de Fabricantes de Medicamentos. Dicho evento llamó la atención de la prensa y la sociedad por la total ausencia de mujeres y por las noticias relacionadas con la lucha conjunta de estas instancias por proteger la lactancia materna, sin embargo pasó desapercibido el hecho de que esta reunión fue resultado de la actualización del Código de Ética, Transparencia y Buenas Prácticas de Comercialización y Publicidad de los Sucedáneos de la Leche Materna,¹³⁸ creado por la propia Comisión de Fabricantes de Fórmulas Infantiles y la Cámara Nacional de Industriales de la Leche (CANILEC) en 2016, para autoregularse; esto por encima de los lineamientos del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, que México ha suscrito.

La Liga de la Leche México, en respuesta a este evento destacó la gravedad de que la CANILEC sea juez y parte en un tema que pone en riesgo la salud de millones de infantes en nuestro país e hizo notar que la participación de la industria farmacéutica y de sucedáneos en eventos de la SMLM crea una asociación entre la lactancia materna y las fórmulas artificiales, posiciona su marca y fomenta la lealtad a la misma.¹³⁹

¹³⁷ Comentario de una madre, compartido en el grupo de lactancia el 1 de abril de 2017.

¹³⁸ Asociación Mexicana de Pediatría, “Firma del Código de Ética, Transparencia y Buenas Prácticas de Comercialización y Promoción de Sucedáneos de la Leche Materna o Humana para Lactantes”, Descargar el código completo, en <https://goo.gl/xhCnSw>, [Consulta 28 de junio 2017].

¹³⁹ La Liga de la Leche México, “Respuesta de La Liga de la Leche de México, A.C. al evento Uniendo Esfuerzos por la Lactancia Materna”, en <https://goo.gl/4fLwcu>, [Consulta 11 de agosto 2018].



Imagen 1. Fotografía de Secretaría de Salud, galerías.¹⁴⁰

¹⁴⁰ Secretaría de Salud, Galerías, Uniendo Esfuerzos por la Lactancia Materna, en <https://goo.gl/cAurcE>, [Consulta 31 de agosto 2018].

CAPÍTULO IV

EXPERIENCIA DE LA LACTANCIA EN SAN LUIS POTOSÍ

Para conocer de primera mano el panorama de la lactancia en la ciudad de San Luis Potosí, buscamos observar la vivencia de esta desde los ojos de casi todos los personajes directamente involucrados:¹⁴¹ las mujeres que amamantan, el personal sanitario, la dinámica de un hospital público con perfil pro-lactancia y la visión de una partera tradicional. El acercamiento a la experiencia de las mujeres madres fue a través de dos medios: mediante entrevistas semi dirigidas a dos madres y con el análisis de los comentarios vertidos en un grupo de apoyo a la lactancia en Facebook.¹⁴²

La elección de las informantes mediante entrevista, Rosy y Citlali, corresponde a su observación de la lactancia y sus dificultades como fenómeno social. Ambas, a partir de su experiencia personal, crearon una explicación amplia de las razones por las que la lactancia no es un asunto individual y desde sus espacios buscaron transformar esta realidad. Por su parte, los comentarios compartidos en el grupo de Facebook nos permiten dar un vistazo a la parte más íntima de la lactancia, la manera en la que las propias madres experimentan las vicisitudes del amamantamiento. Consideramos que tienen una riqueza particular por su naturaleza espontánea y de iniciativa personal.

Para conocer la perspectiva del personal sanitario realizamos entrevistas a 7 personas, entre las cuales se encuentran dos enfermeras: Ivone, quien trabaja en un centro de salud de primer nivel de atención y María de Jesús Martínez (en adelante Marichuy), quien cuenta con preparación en lactancia y es responsable del lactario del Hospital General de Soledad (HGS); Una profesora de una de las carreras de medicina que se ofertan en la ciudad y que decidió mantenerse en el anonimato; Dos asesoras en lactancia, ambas psicólogas: Raquel Trigo, creadora y administradora de un grupo de apoyo a la lactancia y la crianza en Facebook, con más de 9000 mamás y Mónica Orozco, líder de La Liga de la Leche en San Luis Potosí; Dos médicos pediatras: Jorge Rosales, pediatra

¹⁴¹ Una limitante en los estudios sociales sobre lactancia humana, es que, junto con las mujeres, son las y los niños los principales actores de esta práctica y son precisamente quienes no pueden dar voz a sus necesidades.

¹⁴² Para la selección de los comentarios, se tomó como requisito que representaran temas que se han planteado repetidamente en el grupo. Se le solicitó autorización a la creadora y administradora del grupo para tomar capturas de pantalla y localizar a las mujeres autoras de cada comentario, quienes dieron su autorización para el uso del mismo. Estos testimonios se fueron recogiendo por espacio de dos años, del 2016 al 2018.

neumólogo con perfil prolactancia y jefe de pediatría en el HGS y Zoraida Banda, quien es pediatra y IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant).¹⁴³

Con el objetivo de poder observar de cerca la dinámica del apoyo a la lactancia desde las instituciones y el grado de congruencia existente entre su actuación y el discurso de las leyes y las políticas públicas, se llevó a cabo un ejercicio de observación directa en el Hospital General de Soledad.¹⁴⁴ Por último y con la intención de conocer una perspectiva diferente a la establecida desde la medicina, se realizó una entrevista semi dirigida a la Sra. Raquel Hernández, partera en la comunidad de Sabinito Caballete, del municipio de Rayón, S.L.P.

Siguiendo como parámetro los objetivos que planteamos al principio de este proyecto, en este capítulo organizamos la información obtenida en el trabajo de campo conforme a las siguientes categorías de análisis:

1. Situación actual de los saberes sobre amamantamiento.
2. Preparación del personal sanitario sobre lactancia humana.
3. Vivencia del amamantamiento frente al discurso del Estado y las políticas públicas.

Mediante esta organización pretendemos poner de manifiesto en primer lugar, las estructuras socioeconómico-culturales que mantienen la lactancia humana como una actividad exigida y castigada a la vez; en segundo lugar, cómo estas estructuras abrazan las condiciones para que desde la práctica médica se desvirtúen las características y potencialidades de la LM y, por último, cómo estos dos factores participan en la vivencia directa del amamantamiento a través del discurso del Estado Mexicano. Al tiempo que hacemos este recorrido, vamos revisando los temas ríspidos de la lactancia y, en lo posible, develando algunas realidades del tema que frecuentemente son desconocidas aún por las mujeres lactantes.

4.1 Situación actual de los saberes sobre amamantamiento

Como planteamos en el capítulo II, la práctica de la LM se ha visto influida por procesos sociales, económicos y políticos. En este apartado mostramos algunos ejemplos de estas grandes estructuras (colonialidad, capitalismo y sistema patriarcal) presentes de manera

¹⁴³ Consultora Internacional de Lactancia.

¹⁴⁴ Dicho trabajo de observación se realizó del 8 de diciembre de 2017 al 31 de enero de 2018, asistiendo tres veces por semana, en distintos horarios, durante un promedio de 4 horas por día, para poder observar las diversas actividades que se realizan en el área encargada del acompañamiento y asesoría en lactancia.

a veces evidente y a veces implícita, en la pérdida de saberes sobre lactancia y en la práctica común de la misma.

4.1.1 La falta de leche

Como herencia del modelo reduccionista del que hablábamos en el capítulo II, encontramos el conflicto de confiar en lo que no se ve. Ante la dificultad de medir la leche que se toma directamente del pecho, suele ser complicado, tanto para las madres como para profesionales sanitarios, tener la certeza de que un bebé se alimentará integralmente.¹⁴⁵

Probablemente la manera en que se suele hablar de la leche esté también relacionada con el principio científico de la distancia entre sujeto y objeto. En el discurso popular pareciera que la leche es un ente independiente al cuerpo de la mujer, que aparece y desaparece por voluntad propia. “No me bajó la leche”, “se me fue la leche”, “se le secó la leche”, “le bajó bastante leche”. Será interesante preguntarnos cómo influye esta concepción en la apropiación que una mujer puede tener de su lactancia.

No es casualidad que la mayoría de los libros y manuales sobre lactancia incluyan un apartado sobre la creencia de las madres de no tener leche. Es una de las causas más comunes de abandono de la lactancia y de los factores que más claramente nos hablan de la importancia del acompañamiento durante el inicio de la lactancia. Se ha silenciado tanto la escucha del cuerpo femenino, que la mayoría de las mujeres necesitamos de alguien externo que nos diga que nuestro cuerpo funciona para poder confiar en que así es.

En todas las entrevistas realizadas a personal sanitario se planteó la pregunta de si se ha conocido a alguna madre que no tenga leche. Las respuestas fueron contundentes: Marichuy comparte sus cifras del 2017: de 2274 asesorías llevadas a cabo en el hospital, sólo una mujer tardó en producir leche debido a su edad avanzada, a que padecía obesidad mórbida y diabetes; logró amamantar complementando con fórmula. Raquel Trigo, con 10 años como educadora en lactancia: “*Conozco el tema por los libros, la bibliografía habla de un 1% pero [...] cuántas mamás no habré visto y nunca he visto una que no tenga leche*”. De la misma manera, aunque todas las personas entrevistadas saben que podría haber una mujer que no produjera leche, sus respuestas van en el mismo tenor. La

¹⁴⁵ “Aquí en San Luis, como no tenemos ni un banco de leche humana es difícil demostrarles (a otros médicos) que sí es posible, demostrar que sí se puede alimentar a un bebé con sólo leche materna”. Entrevista realizada a la Dra. Zoraida Banda el 12 de abril de 2018.

doctora Zoraida Banda, pediatra y Consultora Internacional de Lactancia, explica que a ella le han llegado dos casos de mujeres con hipoplasia mamaria después de haber pasado por la revisión de asesoras, médicos y grupos de apoyo, pero que *“son mamás a quienes se les anima a que la producción que tengan, que la brinden y complementar, se les enseña a suplementar y mantenemos la lactancia lo más que podemos [...] incluso algunas consultoras tienen casos de mamás que, con hipoplasia mamaria, se pasaban enganchadas con su bebé todo el día y lograban lactancia materna exclusiva”*.

Lo que sí han encontrado de manera recurrente las personas entrevistadas ha sido casos en los que se pierde la producción de leche a causa de la falta de estimulación por alimentar a los bebés con biberón o por suspender temporalmente la lactancia para prescribir medicamentos a las madres.

En lo que respecta a la Partera Raquel Hernández, *“todas tienen”* y cuando falta leche es *“por descuidos que tienen ellas, porque cuando se acaban de salir del hospital salen bien destapadas (...) no deben estar en su casa desnudas o descubiertas”*, sin embargo la falta de leche, en su experiencia es algo que puede corregirse: *“se calienta una barrita de chocolate Carlos V en la leche de vaca, lo más natural (...) a veces le dan té de hierbabuena (al bebé) mientras van a traer el chocolate y lavarle el pecho con hojas de papaya y jabón de lavar (...) se le lava sus pechitos y su espalda, se le pone fomentos de papaya con el jabón, entonces eso tiene que producir leche (...) para producir, la hoja de Pañorlanda (Nochebuena), se hierven dos hojitas en atole, y se le da a tomar, de perdido unos cinco días y con eso va a tener mucha leche”*.

4.1.2 Enajenación del cuerpo de las mujeres

Si bien la enajenación del cuerpo femenino se ejerce de múltiples formas y a lo largo de este trabajo hemos abordado algunas de ellas, en este apartado nos referiremos específicamente a la que se da desde las parejas y desde las personas cercanas a la mujer que amamanta, como la familia. Marichuy, encargada del área de lactancia del HGS hace énfasis en lo complicado que es amamantar para una madre que ha perdido la confianza en sí misma y que no cuenta con el apoyo familiar *“por ejemplo la pareja influye mucho (...) porque si la pareja apoya en dar lactancia materna, es lo mejor, pero si la pareja le dice “dale fórmula”, lamentablemente todavía estamos muy sumisas aquí en México”*.¹⁴⁶

¹⁴⁶ Entrevista a Marichuy Martínez, Licenciada en Enfermería y encargada del lactario del Hospital General de Soledad, realizada el 22 de enero de 2018, donde comparte anécdotas vividas en el hospital de cómo las madres, suegras y parejas son fundamentales para el buen curso de una lactancia.

Durante la observación que pudimos realizar en el HGS y de igual manera en el grupo de Facebook, un tema común de las madres es la presión que ejercen sus parejas para que dejen de amamantar o complementen con fórmula (“para que nos deje dormir”, “porque no se llena y por eso llora”).¹⁴⁷

Aunque cada vez hay más padres involucrados en la crianza de sus hijos, que participan activamente y muestran su apoyo a su pareja tanto si decide amamantar como si no, no podemos omitir la idea que persiste en la sociedad de que los senos de las mujeres son del dominio de un hombre y que como tal, es decisión de este si los “presta” o no a los niños y niñas lactantes y por cuánto tiempo. Ester Massó, filósofa y antropóloga granadina, describe el desafío que representa la lactancia para los estándares sociales:

En el mundo contemporáneo (...) la norma es el individualismo, es la productividad, es la independencia; (...) un cierto canon de belleza física, además de la disponibilidad sexual permanente por parte de la mujer para la pareja adulta (mayoritariamente varón). Ello, aplicado a un cuerpo de madre, supone un cuerpo que se independice, a la mayor brevedad posible tras el parto, de su criatura para ser productivo, según un canon capitalista, y deseable, según un canon de erotismo adulto genéricamente masculino; y por ende, supone que su criatura se “independice” de su primer cuerpo de origen, pudiendo depender de otros a través de la nutrición por la (leche de) fórmula y el artilugio (prótesis, a fin de cuentas) que supone el biberón.¹⁴⁸

En el grupo de Facebook encontramos algunos comentarios que nos dejan ver cómo la lactancia, igual que todos los aspectos de la vida sexual y reproductiva de las mujeres, en muchos casos está regulada por la venia de alguien más (“*Cuando tu pareja está en contra de tus creencias, pero el pediatra te da la razón, a mí no me hace caso, pero si lo dice el pediatra si vale*”),¹⁴⁹ cómo en lugar de vivirse como un derecho pleno puede llegar

¹⁴⁷ Al respecto el Dr. Jorge Rosales, neumólogo pediatra, comparte lo importante que es dar a la pareja, durante la consulta prenatal, un panorama de lo que se espera una vez que nazca el bebé, y posteriormente en la consulta pediátrica dar asesoría y contención no sólo a la madre, sino también al padre que muchas veces desconoce los alcances de su participación en la lactancia. “*Yo les digo que en los primeros tres meses de vida de su bebé están realmente en el cuarto trimestre del embarazo y que los papás también se embarazan (...) porque les digo que el nicho que condicionó que el bebé se desarrollase nueve meses fue el útero, pero que lo que va a permitir que se desarrolle el resto del proceso de gestación extrauterina son los brazos de mamá, pero también los de papá, tratar de dar su papel específico al papá es algo que tiende a tranquilizarlos*”. Entrevista al Dr. Jorge Rosales, realizada el día 9 de abril de 2018.

¹⁴⁸ MASSÓ, Ester, “Conjeturas (¿y refutaciones?) sobre amamantamiento: teta decolonial”, en *Cuando los sujetos se embarazan: Filosofía y maternidad, revista Dilemata*, No. 18, 2015, p.184. En <https://goo.gl/534SAL> [consulta 3 de noviembre 2017].

¹⁴⁹ Comentario compartido por una madre en el grupo de lactancia el 9 de mayo de 2018.

a ser algo que puede negociarse e incluso prohibirse: “*Un poco presionada por mi esposo he decidido comenzar con el destete (...) y ayer no pude iniciar con el proceso respetuoso... no me dejó darle en todo el día... hasta que no aguanté verla llorar y a pesar de él le di pecho*”,¹⁵⁰ y la manera en que el interés personal de la pareja puede transgredir la decisión y el trabajo ya realizado por la madre lactante: “*mi esposo me insiste en que ya no le dé pecho porque siempre estoy cansada. Yo no le quiero dejar de dar. Antes le daba casi todo de fórmula y me costó darle sólo LME, ¡pero lo logré! Pero él le dio bibe y pues quitárselo sería un problema con él, de por sí ya no quiere que le dé en la noche*”.¹⁵¹

Ante la pregunta de una mujer en el grupo: “*¿A nadie le ha pasado que su marido les critique su lactancia?*”¹⁵² surgen historias que nos dejan ver, por un lado, el grado de enajenación del cuerpo de las mujeres, donde el interés primordial de las niñas y niños y el derecho de las mujeres sobre su propio cuerpo son lo menos importante; por otro lado el apoyo femenino, los ánimos para quien se rebeló ante la crítica, los consejos de alguien más sobre cómo hacerlo pacíficamente y como catarsis grupal, muchas risas ante las posibles maneras de responder a la prohibición.

4.1.3 Amamantar en libertad. Entrevista a Citlali

Citlali tiene un hijo pequeño y gracias a sus continuos viajes acompañada de su niño pudo observar que la segregación a las mujeres que amamantan es algo generalizado: “*infinidad de detalles donde el punto era que estaba amamantando a mi hijo en espacios públicos (...) las salas de lactancia siempre, en cualquier parte, son cuartos en los baños, con olor a caca, a orines, si tienes suerte a un lado de los baños públicos y si no, adentro de los baños públicos*”.

A partir de su experiencia personal como madre decide hacer un entrenamiento como asesora de lactancia, estudiar y asesorar desde la perspectiva social del tema. “*En este mundo parece que todo está construido para que amamantar sea la peor de las carreras de obstáculos, desde que estás embarazada, desde que tu hijo nace te enfrentas a que no sabes qué hacer, que no tienes información para enfrentar los primeros retos y además, después, casi tienes que pedir disculpas porque vas a dar teta a tu hijo en un espacio público y justificarte. Yo cada vez me sentía más harta, más enojada (...) decido*

¹⁵⁰ Comentario compartido por una madre en el grupo de lactancia el 17 de agosto de 2017.

¹⁵¹ Comentario compartido por una madre en el grupo de lactancia el 23 de junio de 2016.

¹⁵² Comentario compartido en el grupo de lactancia el 16 de mayo de 2017.

hacer un texto sobre los recursos jurídicos que la legislación en México otorga". El texto de Citlali al final fue un video, compartido en su página Amamanta en Libertad, con 60,869 reproducciones, donde explica una por una las garantías legales que tienen una mujer que amamanta y su bebé en México, así como los recursos con los que se cuenta en caso de sufrir discriminación.¹⁵³ Para ella la clave de la recuperación de la práctica de la lactancia es *"compartir información, hay mucho trabajo que hacer de madre a madre, de mujer a mujer (...) me preocupa esta guerra de madres creada, cuando hablas de lactancia inmediatamente hay otra madre ofendida (...) ¿por qué una mujer que da el biberón es mucho más respetada, cuidada y protegida que yo? (...) yo sólo quiero un trato igual de respetuoso, quiero que me vean con la misma cara de ternura y de empatía con que ven a una madre sacando el biberón por sacar mi teta"*.¹⁵⁴

Como en el caso de Citlali, la gran mayoría de las personas dedicadas a la asesoría, promoción o estudio en el tema de la lactancia humana, comenzaron a interesarse a partir de sus propias experiencias como madres y padres, al vivir ellas mismas la mala asesoría de un médico, el rechazo social o familiar o la ausencia de respaldo por parte del centro de trabajo y de las instituciones del Estado.

4.1.4 Entrevista a una partera tradicional

Con el fin de contrastar la dinámica y el conocimiento médicos acerca de la LM con otros conocimientos más cercanos a los saberes femeninos que quizás no han normalizado la falta de leche y el uso de sucedáneos, nos acercamos a la Sra. Raquel Hernández, partera y médico tradicional en la comunidad de Sabinito Caballete, del municipio de Rayón, S.L.P.

Llama la atención las similitudes entre las recomendaciones de la Sra. Raquel y las que hacen OMS y UNICEF, por ejemplo, sobre la importancia del contacto piel con piel, de ofrecer el pecho inmediatamente después del parto y de dar lactancia a libre demanda.

Luego que se lo peguen, para que se caliente el pecho, porque el pecho está frío, y hay que darle su pecho luego para que se vaya imponiendo, porque si le damos la mamila, pues la mamila va a querer y el pecho se le va yendo la leche por eso, porque necesita que lo esté calentando. Porque ellos son como unos niñitos que huelen, van oliendo el pecho y el mismo calor de la naricita

¹⁵³ <https://www.facebook.com/amamantaenlibertad/>

¹⁵⁴ Entrevista realizada a Citlali mediante videoconferencia el 6 de febrero de 2018.

va calentando el pecho a su mamá (...) El niño necesita estar calentito, porque los niños son como unos pollitos de recién nacidos, tienen mucho frío, entonces ya se lo coloca uno aquí en su estómago y se calienta y pronto se recupera la criatura también, agarra calor. Ellos necesitan estar bien abrigaditos pegados a su madre, es muy importante eso.

Sin embargo, vemos que en este caso la explicación no gira alrededor de la acción hormonal que se genera posterior al parto, sino a la conservación del calor corporal que se genera en el contacto entre mamá y bebé. En los manuales y en general en el discurso de las asociaciones y personas educadoras en lactancia, se sigue el principio de que, si bien hay que cuidar la alimentación cuando se amamanta, “ningún alimento es culpable hasta que se demuestre lo contrario”,¹⁵⁵ así como de que las emociones de la madre no pasan, de ninguna manera, a la leche. Se percibe al cuerpo como un conjunto de sistemas y procesos que no forzosamente se afectan unos a otros. En ese sentido, la concepción de la Partera Raquel, mantiene una visión más holística de la persona: “Tiene sentimientos, todo lo lleva la leche, entonces uno cuando tiene su recién aliviada no debe hacerla enojar, ni lastimarla, porque también se va la leche en eso”. También recomienda “dar” un baño de hierbas a la mujer que acaba de parir, “se baña toda y se cuida para que no le dé el aire” y “no comer carne de cochino porque es fría, pollo sí y verduras”.¹⁵⁶

Observamos que los remedios que la partera Raquel propone ante la demora en “la bajada” de la leche, los malestares físicos o emocionales de la mujer que recién ha parido, o las dolencias diversas que pudieran presentar sus crías, se encuentran casi todos a la mano, sembrados o crecidos naturalmente alrededor de su casa y el gran mercado de la alimentación infantil no forma parte de su panorama inmediato. Igualmente, problemáticas comunes en la bibliografía médica y en la práctica urbana de la lactancia, como las grietas o la mastitis, para ella son casos aislados.

También nos llama la atención la manera en la que los conocimientos médicos se han integrado a los de la partería, probablemente a causa de las capacitaciones que ofrece la Secretaría de Salud a médicos tradicionales y parteras para otorgarles validez ante esta, ya que al preguntarle que hasta cuándo se puede seguir con la lactancia, ella responde casi automáticamente: “hasta los seis meses, ya siete es cuando empieza uno con el atole (...)”

¹⁵⁵ Comentario vertido en el grupo de lactancia, por Raquel Trigo, en respuesta a la duda de una integrante del grupo ante la pregunta de si podía comer chocolate y lácteos, el 3 de octubre de 2015.

¹⁵⁶ Entrevista con la partera Raquel, el día 14 de mayo de 2018, en la comunidad de Sabinito Caballete, Rayón, S.L.P.

a los siete meses ya pueden dejar de darle, si no quieren que ya no le den, pero ya le dieron la leche más buena, que son los calostros”,¹⁵⁷ de igual manera al afirmar que ella no atendió los partos de sus hijas porque “*no quería que sufrieran, mejor las mandaba que se fueran al hospital, pobrecitas decía, se ponen más malas (...) en la casa a uno lo tienen ahí a veces hincado, ahora ya se acostumbra acostadas, pero más antes era hincado (...) se cansa mucho uno y acostado como que sí, más bien sale la criatura*”. No sólo se han adoptado los conocimientos médicos, sino que, con ellos, también la lógica científica- colonizadora de las corporalidades y las costumbres.

Sin embargo, también encontramos conocimientos que son popularmente aceptados por muchas mujeres y que desde la perspectiva médica son vistos como mitos, por ejemplo, la importancia de cubrir la espalda y la cabeza para evitar que se enfríen y se desencadenen así problemas en la lactancia; la influencia (que puede ser positiva o negativa) de ciertos alimentos y bebidas ingeridos por la mujer en su producción de leche y en la salud del bebé; la posibilidad de atender con tés los malestares menores de las crías y la certeza de que las emociones vividas por la madre llegan a la leche y esta las transmite al bebé.



Imagen 2. Sra. Raquel Hernández. Partera.

¹⁵⁷ Entrevista con la partera Raquel, el día 14 de mayo de 2018, en la comunidad de Sabinito Caballete, Rayón, S.L.P.

4.1.5 Vivencia emocional de la lactancia

Como parte de los saberes incluimos en este apartado los correspondientes a la experiencia emocional del amamantamiento, ya que ésta mantendrá una dinámica de retroalimentación con la manera en que se concibe racionalmente la lactancia, y por lo tanto ejercerá una influencia directa en la manera de vivir dicho proceso.

Además de sacar a flote la falta de apoyo del personal sanitario, los comentarios compartidos en el grupo de Facebook nos dan cuenta del trasfondo emocional que implica la lactancia y del que pocas veces se habla. La mayoría de las narraciones relacionadas con las indicaciones médicas de suspensión o los comentarios sobre la calidad de la leche llevan una connotación emocional importante, son muy comunes frases como: *“me preocupa mucho”*, *“me dio mucho coraje y tristeza”*, *“me sentí con mucha impotencia”*, *“me siento muy triste”*, *“siento un hueco en el corazón”*. En esta idea que hemos aprendido socialmente de que la lactancia no es tan importante, que es difícil de lograr, que siempre se cuenta con el “respaldo” de la fórmula, como con otros aspectos de salud reproductiva de las mujeres, la verbalización de las emociones ha quedado prohibida. Las madres que, casi siempre por falta de acompañamiento, no logran amamantar, suelen sentirse tristes y frustradas, sin embargo, pocas veces se atreven a hablar de este dolor por considerarlo exagerado o fuera de lugar.

Raquel Trigo comparte, sobre cómo nació su interés en la lactancia materna, *“mi primera niña tiene alergia a la proteína de la leche de la vaca, entonces el pediatra más desinformado que yo, me dice que es mi leche la que le está provocando esto, la suspendo y después de tres meses de que ninguna fórmula le caía bien llego con [otro pediatra], él la revisa y me dice que es un caso tal cual de APLV, “su leche es la mejor”, entonces me entra mucho coraje, mucha frustración, obviamente me culpé a mí misma [...] no le hice caso a mi instinto, porque yo pensaba “no puede ser que mi leche le caiga mal, la naturaleza no puede equivocarse tanto”, cuando me dijeron eso fue muy fuerte, me puse muy triste y pensé que como yo debía haber miles”*.¹⁵⁸

Igual que las emociones, también el sentido común o “instinto” ha quedado relegado al campo de lo intrascendente, sobre todo si se enfrenta a la verdad médica. En el grupo de lactancia encontramos muchos comentarios relacionados con la duda entre lo que la madre observa y desea y lo que dice el médico. *“El pediatra me dijo que tengo que destetar, le dije que si aunque sea le podía dar para dormir y dijo que no”*,¹⁵⁹ *“temor de*

¹⁵⁸ Entrevista realizada a Raquel Trigo, Psicóloga infantil y asesora de lactancia, el 6 de marzo de 2018.

¹⁵⁹ Comentario compartido en el grupo de lactancia por una madre el 30 de septiembre de 2016.

llegar a afectar a mi bebé por aferrarme a darle sólo pecho”,¹⁶⁰ *“el pediatra me dijo que está baja de peso (...) que debo dejar de darle pecho, que sólo tres veces al día y más comida. (...) tengo sentimientos encontrados porque yo la veo saludable y feliz y no quisiera dejar de darle”*.¹⁶¹ En el Hospital también encontramos que estas situaciones son frecuentes, madres de niñas y niños sanos preguntando si están en el peso adecuado, si estarán comiendo bien, si su leche será suficiente. El miedo, el juicio externo y el peso de la responsabilidad de hacer crecer bien a un bebé con *sólo* leche materna es más fuerte que la evidencia de un bebé sano y alegre.

Así como las dificultades para amamantar y la mala asesoría generan tristeza y frustración, también hemos podido observar la alegría y seguridad que se pueden gestar a partir de una experiencia de lactancia exitosa. De la misma manera en que la seguridad y la confianza en el propio cuerpo son indispensables para lograr la lactancia, a su vez, el lograrla fortalece la seguridad y la confianza de las mujeres.

El hecho de ver crecer a un bebé sólo con el alimento que su cuerpo le ofrece resulta revelador para muchas mujeres en cuanto a sus posibilidades y alcances personales. *“Hay mamás que al inicio tienen mucha pena, pero cuando logramos que no haya dolor y todo esté muy bien, me dicen “yo ya me destapo donde sea, lo que quiero es que coma, ya se me quitó la pena, que digan lo que quieran”. [...] hay mujeres a las que no les gusta, pero aquellas que lo desean, cuando lo logran y ven que va creciendo su bebé bien, que está sano, se sienten enormemente felices, es un logro para ellas.”*¹⁶²

En el grupo de lactancia es común que se compartan situaciones de alegría o de festejo que están viviendo las mujeres de esta tribu virtual, entre estas encontramos comentarios como: *“después de un memorable regreso a sus 6 meses a la lechita de mamá, seguimos nuestra historia [...] que nos transformó y me hizo demostrarme a mí misma la propia fortaleza que puedes tener cuando abrazas algo con el alma”*. Encontramos mamás festejando el tiempo que han logrado de lactancia y que cuentan cómo lo han experimentado. *“Estaba baja de peso y lo primero que sugirió el doctor fue darle fórmula [...] mi mundo se vino abajo porque llegué a pensar que mi leche no era suficientemente buena para mi bebé, [una amiga] me sugirió platicar con Raqui [...] y*

¹⁶⁰ Comentario compartido en el grupo de lactancia por una madre el 6 de diciembre de 2016

¹⁶¹ Comentario compartido en el grupo de lactancia por una madre el 1 de junio de 2017.

¹⁶² Entrevista con la Dra. Zoraida Banda el 12 de abril de 2018.

me regresó el alma al cuerpo [...] Ha pasado el tiempo y yo sigo confiando en mi cuerpo, en mí y en lo que mi bebé y yo hemos construido".¹⁶³

Una situación común, que quizás sea justamente la llave para la difusión masiva de información sobre lactancia y para la reapropiación femenina de los saberes sobre amamantamiento, es el efecto dominó que sucede cuando una mujer logra amamantar y desea compartir con otras mujeres lo que le ha sorprendido y disfruta de la lactancia materna. *"Les quiero compartir lo afortunada que me sentí ayer. ¡Fui a misa y en un espacio de 6 metros éramos 3 mamás dando pecho! [...] luego se me acerca un señor y me dice: "eso que está haciendo es lo mejor que va a poder hacer por su hijo en toda su vida" [...] lo dejé darnos una cátedra [...] resultó ser médico, al final le agradecí por empoderarme y le pedí que lo siga haciendo con cuanta mamá se encuentre"*.

4.1.6 Recuperación de los saberes del amamantamiento

En las entrevistas realizadas a personal sanitario, uno de los ejes fue en cuanto a cuál puede ser el camino para que los conocimientos sobre LM vuelvan a ser de dominio femenino. Mónica Orozco, psicóloga y líder de la Liga de la Leche en San Luis Potosí opina que *"para que las mujeres puedan reapropiarse de los conocimientos sobre lactancia, el camino es compartir el conocimiento, en lo común, en la fiesta familiar, en la práctica diaria de amamantar naturalmente, sin importar si se está en la calle o si el bebé es grande. Yo creo que las asesoras tendremos que desaparecer y que la información se comparta entre mujeres cercanas"*.¹⁶⁴ La Dra. Zoraida Banda comenta que *"cada vez hay más asesoras, más IBCLC, también líderes de LLL, a la vez vamos difundiendo la información con las mamás, yo siento que todo eso, poco a poco se va a ir permeando en la sociedad y entre una y otra mamá se van a ir apoyando"*.¹⁶⁵ Raquel Trigo coincide en que *"ayuda la práctica diaria de las madres, la normalización de la lactancia, por ejemplo, en los niños que ven a sus madres amamantar a sus hermanos. Si una mamá confía en su cuerpo y no se deja llevar por el miedo, si confía en su instinto, entonces puede amamantar"*.¹⁶⁶

Boaventura de Sousa Santos plantea la Sociología de las Ausencias para referirse a las investigaciones que buscan demostrar que lo que no existe en nuestro campo visible

¹⁶³ Comentario compartido en el grupo de lactancia por una madre el 22 de noviembre de 2017.

¹⁶⁴ Entrevista con Mónica Orozco, líder de la Liga de La Leche en San Luis Potosí, el 22 de febrero de 2018.

¹⁶⁵ Entrevista con la Dra. Zoraida Banda el 23 de mayo de 2018.

¹⁶⁶ Entrevista con la Psicóloga y Asesora en lactancia Raquel Trigo el 7 de marzo del 2018

de análisis está siendo “activamente producido como no existente”, para él hay cinco modos de producción de ausencia, uno de ellos es la *lógica productivista*, misma que considera que “el crecimiento económico es un objetivo racional incuestionable (...) la naturaleza productiva es la naturaleza máximamente fértil dado el ciclo de producción, bajo esta lógica la no existencia es producida bajo la forma de lo improductivo”.¹⁶⁷ Si tomamos la propuesta de Boaventura de Sousa podemos entender por qué alrededor del mundo la lactancia materna sigue siendo una práctica minoritaria, porqué en muchos países las políticas públicas destinadas al fomento de la misma siguen siendo infértiles y porqué, a pesar de ser un magnífico mecanismo de supervivencia para el ser humano, no se protegen los saberes del amamantamiento como un auténtico patrimonio de la humanidad.

Por su parte, la Sociología de las emergencias, “consiste en sustituir el vacío del futuro según el tiempo lineal, por un futuro de posibilidades plurales y concretas, simultáneamente utópicas y realistas, que se va construyendo en el presente a partir de las actividades de cuidado. (...) Proceder a la ampliación simbólica de los saberes, prácticas y agentes”.¹⁶⁸ Como un modo de recuperación e integración de conocimientos, él habla de la Ecología de Saberes:

“Esta persigue proveer una consistencia epistemológica para un conocimiento propositivo y pluralista (...) en un proceso de aprendizaje gobernado por la ecología de saberes, es crucial comparar el conocimiento que está siendo aprendido con el conocimiento que por lo tanto está siendo olvidado o desaprendido. Mientras fuerza la credibilidad para un conocimiento no científico no implica desacreditar el conocimiento científico, simplemente implica su uso contrahegemónico. Este uso consiste, por un lado, en explorar (...) prácticas científicas alternativas que han sido hechas visibles por epistemologías feministas y poscoloniales y, por otro lado, en promover la interacción e interdependencia entre conocimientos científicos y no científicos”.¹⁶⁹

Bajo la idea de la ecología de saberes, rescatamos la importancia fundamental de que el saber científico sobre LM salga de los consultorios de las y los profesionales de la salud y de las asesoras de lactancia, para ser aprehendido por las madres como un saber

¹⁶⁷ SANTOS, Boaventura de Sousa, *Descolonizar el saber, reinventar el poder*, Uruguay, Ediciones Trilce, 2010. P. 22-24.

¹⁶⁸ *Ibidem.* p. 24.

¹⁶⁹ *Ibidem.* Pp. 52, 53.

que les pertenece y a la vez, que los saberes populares, sean considerados más que como mitos, saberes en resistencia que han permanecido en el acervo cultural de las mujeres como manifestación de un conocimiento holístico de la salud del ser humano y que poseen el mismo potencial de compartir conocimientos importantes que hasta ahora han sido rechazados por corresponder a lo que la colonialidad nos ha mostrado como ignorancia y charlatanería.

Es importante mencionar que el trabajo de asesoría que realiza Raquel Trigo dentro del grupo de lactancia, en la impartición de talleres y en el acompañamiento directo a madres lactantes lo hace de manera gratuita. De igual manera Mónica Orozco, líder de La Liga de la Leche en S.L.P. quien otorga acompañamiento en lactancia la mayoría de las veces a cambio de una aportación voluntaria. Ambos casos son ejemplos magníficos de socialización del conocimiento en cuanto a lactancia que se va replicando de madre a madre a niveles que quizás aún no alcanzamos a prever.

4.2 Preparación del personal sanitario sobre lactancia humana

A lo largo de este trabajo hemos insistido en la insuficiencia del conocimiento médico sobre lactancia humana. En este apartado presentamos, como antecedente, un panorama sobre la formación de los estudiantes de distintas carreras de perfil sanitario en la ciudad; algunas de las limitantes para la preparación en lactancia durante el ejercicio de la profesión y la implicación que tiene esta carencia en la atención a mujeres en periodo de lactancia.

4.2.1 Formación de los profesionales sanitarios en S.L.P

Con el objetivo de conocer la preparación que recibe el personal de salud sobre LM durante su formación, nos pareció importante hacer una revisión de la estructura curricular de las diferentes carreras de perfil sanitario que se ofrecen en la ciudad. Para esto tomamos como eje las carreras a nivel de licenciatura y especialidad, aunque a nivel técnico hay también otras ofertas en el caso de la formación para personal de enfermería que no se contemplaron. Revisamos 11 programas, correspondientes a 5 universidades: **(anexo 1)**.

1. Universidad Autónoma de San Luis Potosí: Lic. Médico Cirujano, Lic. en Enfermería, Lic. en Nutrición, Especialidad en Medicina Familiar, Especialidad en Pediatría, Especialidad en Ginecología y obstetricia.

2. Universidad Cuauhtémoc: Lic. Médico Cirujano.
3. Universidad del Valle de México: Lic. en Medicina.
4. Universidad Tangamanga: Lic. en Enfermería en 8 semestres y el programa para 9 cuatrimestres.
5. Centro Universitario de la Salud de Cruz Roja Mexicana/ UNAM: Lic. en Enfermería y obstetricia.

En coincidencia con lo que nos comparte más adelante el personal sanitario a quien entrevistamos, en ninguna de las carreras se realiza una revisión profunda acerca de LM (*“Creo que me dieron más clase de fórmulas que de lactancia materna”*),¹⁷⁰ y mucho menos se incluye una materia exclusiva para este tema, por lo que, aunque existen materias dedicadas a la salud de las mujeres durante el parto y puerperio o al cuidado de los neonatos, en ninguno se incluye a profundidad el tema de la LM.

Durante la entrevista con la informante a quien hemos llamado Profesora,¹⁷¹ ella nos lee las respuestas de algunos alumnos de sexto semestre en una de las carreras de Medicina, a quienes se les preguntó como parte de un trabajo escolar: *“¿Qué tuvo que haber pasado para que una mamá amamante a su bebé durante dos años?”* Algunas de las respuestas fueron: *“Que la mamá tenga alta tolerancia al dolor”*, *“Que tenga una enfermedad psiquiátrica, ya que no es posible que después de dos años siga con ese apego”*, *“No cuenta con acceso a ningún servicio de salud que la oriente en sus hábitos de crianza”*, *“Que el personal de salud no eduque a la mujer, por lo que ella desconozca los riesgos a los que expone a su hijo”*, entre otras. Al respecto la misma profesora comenta que *“no fueron capaces de leer sobre eso y lo hicieron con sus prejuicios”* y exactamente esa es la realidad de muchos médicos ya formados. Más adelante, en el apartado 4.2.2 de este trabajo hacemos referencia a la experiencia de algunas madres que han recibido prescripciones de suspender la lactancia, críticas y hasta regaños por parte de sus médicos, basados precisamente en prejuicios que no han buscado fundamentar.

Durante el 2012 se realizó un estudio en una universidad potosina para identificar los conocimientos y actitudes de los docentes la carrera de Medicina frente a la utilización de las GPC (Guías de Práctica Clínica);¹⁷² se encontró que el 97.1% de los médicos

¹⁷⁰ Entrevista realizada a la Dra. Zoraida Banda, pediatra y Consultora Internacional de Lactancia (IBCLC) el 12 de abril de 2018.

¹⁷¹ Entrevista realizada a una profesora de una de las carreras de Medicina, quien prefirió mantenerse anónima. 12 de febrero de 2018.

¹⁷²CENETEC Difusión, en <https://goo.gl/oYVBpD> [Consulta 30 de agosto 2018].

“Con el fin de apoyar a los profesionales de la salud en las decisiones respecto al cuidado apropiado de una enfermedad o afección clínica específica, el Sistema Nacional de Salud desarrolla

docentes refirieron saber qué eran las GPC y el 94.9% las habían consultado alguna vez, el 87.6% de los médicos docentes contestaron que sabían dónde podían encontrar las guías; sin embargo, sólo el 15.9% mencionaron la página electrónica del CENETEC como fuente, el 30.4%, la página de la Secretaría de Salud y el 7.3%, ambas páginas.¹⁷³ A pesar de que las guías de práctica clínica tienen como objetivo “estandarizar la atención, disminuir la variabilidad y, con esto, incrementar la calidad de los servicios de salud” vemos que no son,¹⁷⁴ como se esperaba, material de consulta frecuente para las y los trabajadores de la salud, lo que llama la atención por partida doble tratándose de personas formadoras de nuevos profesionales sanitarios.

Desde una visión enfocada en la prevención y atendiendo a la naturaleza sistémica del cuerpo humano, una adecuada preparación sobre lactancia materna es indispensable en cualquier persona trabajadora de la salud, sobre todo si se toma en cuenta los alcances de la lactancia natural en términos inmunológicos a corto y largo plazo. No basta con que los profesionales de la salud sepan que “la lactancia es lo mejor” sino que es necesaria una comprensión profunda de las bases fisiológicas y de cómo éstas interactúan con situaciones concretas de tipo social y cultural; que sepan acompañar desde el primer contacto piel con piel entre una madre y su bebé, hasta el momento del destete. Es necesario que un (a) dentista sepa que no es verdad, como frecuentemente se afirma, que si un bebé es amamantado por más de 6 meses tendrá problemas dentales,¹⁷⁵ que los ginecólogos sepan que en un embarazo normal una madre puede seguir amamantando a su primer hijo sin riesgo de aborto,¹⁷⁶ que los pediatras estén enterados de que se puede amamantar a dos pequeños de distintas edades sin que el mayor “le quite” los nutrientes al pequeño,¹⁷⁷ que las y los psicólogos sepan que un niño o niña puede ser amamantado por el tiempo que él o ella y su madre decidan sin que esto afecte su desarrollo

documentos de referencia conocidos como Guías de Práctica Clínica (GPC), los cuales proporcionan información actualizada y basada en la evidencia científica, que permiten brindar una mejor atención a los pacientes. Las GPC están diseñadas para profesionales de la salud, pacientes y sus cuidadores y ciudadanos en general, cuyo objetivo es ser un referente nacional homologado que beneficie a la comunidad en general y ayude al profesional de la salud en la toma de decisiones clínicas”.

¹⁷³ Padrón, Aldanely, *et al.* “Conocimientos y actitudes de los docentes de una Facultad de Medicina y el uso de las guías de práctica clínica (GPC) nacionales”, *Gaceta Médica de México*, 2014, 50, Pp. 137-143. <https://goo.gl/2dEZkn> [Consulta 2 de febrero 2018].

¹⁷⁴ *Ibid.*

¹⁷⁵ MINISTERIO DE SALUD DE CHILE, “Manual de lactancia materna, contenidos técnicos para profesionales de la salud”, Subsecretaría de Salud Pública, Chile, 2010, pp. 57.

¹⁷⁶ *Ibid.* p. 216.

¹⁷⁷ *Ibid.*

negativamente.¹⁷⁸ Los estudiantes de medicina a los que les pareció anormal que una mujer pudiera amamantar durante dos años, no habían recibido en los seis semestres de formación médica que llevaban hasta el momento, una perspectiva diferente sobre la lactancia ni sobre lo elemental de fundamentar teóricamente una opinión médica.

Aunque hablamos de la realidad potosina, la falta de preparación del personal sanitario en el tema de la lactancia humana no es exclusiva del estado ni del país. En la presentación de uno de los tantos manuales sobre lactancia dirigidos a personal de salud que se han elaborado en España a partir de la organización de grupos de apoyo formados por madres lactantes, el Dr. Jesús Martín -Calama, coordinador del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, habla precisamente del lugar de los médicos en la falta de información que prevalece en el tema:

Los profesionales de la salud no podemos negar la responsabilidad que hemos tenido en el abandono de la lactancia durante las pasadas décadas. Nuestro mayor error, sin duda, ha sido no darnos cuenta de la ignorancia que teníamos en este asunto. Bien porque dábamos por hecho que amamantar debía ser una cosa sencilla, porque lo considerábamos “una cosa de madres”, o porque suponíamos que debíamos dedicar nuestro tiempo a cuestiones más científicas, lo cierto es que desconocíamos hasta lo más básico de la lactancia. Y lo peor fue, que, desde esta posición de ignorancia profesional, dictábamos normas, o dábamos recomendaciones cuya eficacia no había sido probada. Ante el elevado índice de fracasos, pocos se planteaban que quizá se estaba haciendo algo mal. La responsabilidad terminaba derivándose a las madres: “no tienen paciencia”, “tienen poco interés en dar el pecho”; o más grave aún, “no tiene leche suficiente” o “la leche es de mala calidad”.¹⁷⁹

En los programas revisados encontramos asignaturas como *Nutrición materno infantil*,¹⁸⁰ *Neonatología*,¹⁸¹ *Pediatría médica ambulatoria y puericultura*,¹⁸² *Pediatría*,¹⁸³ *Nutrición y metabolismo*,¹⁸⁴ *El cuidado para la salud en el niño sano*,¹⁸⁵

¹⁷⁸ PERALES, José Ignacio, “Aspectos socioculturales de la lactancia materna en niños mayores”, *Revista Pediatría Atención Primaria*. 2017;19. 337-344. <https://goo.gl/8Pnki5> [Consulta 26 de febrero 2018] p. 6.

¹⁷⁹ DÍAZ, Carmen, et. al, *Guía de lactancia materna para profesionales de la salud*. Consejería de salud y Servicios Sanitarios de Asturias. P. 7.

¹⁸⁰ Licenciatura en Nutrición, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, tercer año.

¹⁸¹ Especialidad en Pediatría, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, primer año.

¹⁸² *Ibidem*.

¹⁸³ Licenciatura en Médico Cirujano, Universidad Cuauhtémoc, quinto año.

¹⁸⁴ Licenciatura en Medicina, Universidad del Valle de México, tercer año.

¹⁸⁵ Licenciatura en Enfermería, Universidad Tangamanga, programa de ocho semestres, tercer año.

Cuidado integral a la mujer durante parto y puerperio,¹⁸⁶ entre otras, y a pesar de que el conocimiento sobre lactancia humana es inherente a estos temas, este se trata superficialmente en no más de dos horas. Cabe aclarar que el curso que propone la Iniciativa Hospital Amigo del Niño para personal sanitario, solamente sobre *Los 10 Pasos para una Lactancia Exitosa* tiene una duración de 20 horas; de igual manera el Instituto de Salud Pública ofrece un curso gratuito en línea sobre *Lactancia materna y amamantamiento*, cuyo objetivo es rescatar la información elemental sobre LM que propone la OMS; la duración de este curso básico es de 40 horas.¹⁸⁷

4.2.2 Prescripciones médicas

En el grupo de Facebook encaminado al fomento a la lactancia y la crianza con apego, creado por Raquel Trigo,¹⁸⁸ es común leer comentarios de madres que han recibido prescripciones de suspender la lactancia y hasta regaños por la duración de la misma. El más común de estos es que, ante alguna enfermedad de la madre, se le indique suspender la lactancia para poder prescribirle medicamentos o para que no le pase la enfermedad a través de la leche (“*A ver, ¿tú tomarías leche de una vaca enferma? Entonces ¿por qué le das a tu hija?*”).¹⁸⁹ También son comunes los comentarios vertidos acerca de las deficiencias de la leche materna como causa para su suspensión (“*Me dijo el pediatra que si sigo dando pecho me desnuto y a ella ya no le nutre como debería (...) que el pecho ya no le sirve de nada, que sólo me podría ocasionar una infección en el pecho...*”).¹⁹⁰ La idea de que hay leches de mala calidad (“*Estoy algo triste ya que hoy llevé a mi bebé al pediatra y me dijo que mi leche tal vez es muy delgada y entonces no le sirve a mi bebé*”),¹⁹¹ la idea de que la lactancia sólo es para bebés (“*le dije: un año, dos meses. Me hizo una súper cara de asco y me dijo ya tiene que destetarla*”),¹⁹² o incluso las prescripciones de retirarla o dosificarla por la creencia de que causa sobrepeso en los bebés (“*Llevé a mi niña al pediatra, tiene 3 meses y 8 días (...) somos LME, me dice el*

¹⁸⁶ Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, Centro Universitario de la Salud de Cruz Roja Mexicana, tercer año.

¹⁸⁷ Instituto Nacional de Salud Pública, Curso en Línea Masivos Abiertos. <https://goo.gl/VAkhKB>

¹⁸⁸ Psicóloga infantil y asesora de lactancia.

¹⁸⁹ Comentario de un médico a una madre, compartido por ella en el grupo de Facebook, el 9 de julio de 2017.

¹⁹⁰ Comentario de una madre que narra la prescripción de destete a su niña de 6 meses, compartido en el grupo de lactancia el 30 de septiembre de 2016.

¹⁹¹ Comentario de una madre compartido en el grupo de lactancia el 9 de noviembre de 2016.

¹⁹² Comentario de una madre compartido en el grupo de lactancia el 3 de noviembre de 2016.

*pediatra que le tengo que dar pecho cada 4 horas porque si no se pondrá obesa, además de darle agua entre cada toma”).*¹⁹³

Vandana Shiva nombra *violencia del reduccionismo* a la destrucción de sistemas ecológicos y de conocimiento, violencia que se manifiesta, entre otros, contra las mujeres “por la división experto- no experto que los convierte en personas sin conocimiento inclusive en las esferas de la vida en las que, por la diaria participación, son los verdaderos expertos y en las cuales las responsabilidades de la práctica residen en ellos”.¹⁹⁴ Frecuentemente las preguntas que se hacen en el grupo de Facebook sobre recomendaciones en detrimento de la lactancia van acompañadas de la puesta en duda de dicha recomendación; pareciera que la mayoría de las veces existe un conocimiento intuitivo sobre lactancia, del cual estamos obligadas a dudar ante el saber científico.

Mediante las experiencias que comparten las mujeres que participan en este grupo podemos ver la gran influencia que tiene el impulso o el desánimo que pueda favorecer el personal sanitario en la lactancia y cómo en ocasiones las madres tienen que luchar por mantenerla contra la opinión médica o tratar de convencer a los trabajadores de la salud de que la lactancia es lo mejor para sus bebés.

*Todo ha sido un tobogán de emociones encontradas. Mi bebé ha estado con cuidados especiales, presentó ictericia y se tuvo que quedar en el hospital, a mí ya me dieron de alta. Encima estaba muy frustrada porque no podíamos establecer la lactancia porque ahí le dan biberón y como es prematuro batalla mucho para succionar de mi pezón. Pero quiero compartir que el insistir a las enfermeras y a él ha dado resultado y ya se prende, sé que es apenas el comienzo, pero para mí es súper importante, ya teniéndolo en casa será LME (...).*¹⁹⁵

Los testimonios sobre las prescripciones médicas también nos abren el panorama para observar de cerca el tabú de la lactancia relacionada con prejuicios de raza y de clase: “Tengo un conocido pediatra que me insiste en que ya le de comida a mi bebé y que no es verdad que le tenga que dar pecho hasta los dos años, que él tiene 40 años de experiencia y que la OMS hace esa recomendación por los niños en desnutrición en África”.¹⁹⁶ Otras madres comparten experiencias similares: “he escuchado doctores que

¹⁹³ Comentario de una madre compartido en el grupo de lactancia el 25 de septiembre de 2017.

¹⁹⁴ SHIVA, Vandana, *Abrazar la vida; mujer, ecología y supervivencia*, Trads. A. Guyer y B. Sosa, Madrid, Horas y horas, 1995, Pp. 59, 60.

¹⁹⁵ Comentario compartido en el grupo de lactancia el 28 de septiembre de 2016.

¹⁹⁶ Comentario compartido en el grupo de lactancia por una madre el 15 de enero de 2018.

dicen que es por la pobreza”,¹⁹⁷ *“Una vez un médico conocido también me dijo que la leche materna era para pobres”*.¹⁹⁸ Esta visión de la lactancia, por supuesto, no es exclusiva del personal de salud, sino que vive instalada en el imaginario de muchas personas en México como una manifestación de la colonialidad: ¹⁹⁹*“Me acaban de llamar india ranchera por darle de lactar y practicar el colecho con mi niña”*.²⁰⁰

Raquel Trigo y Mónica Orozco, ambas asesoras de lactancia, coinciden en que cada vez más médicos se están capacitando en lactancia humana, ya que las madres les mienten y/o no siguen sus indicaciones. En el grupo de apoyo a la lactancia del cual tomamos testimonios también hay diversas experiencias de madres que reconocen “darles por su lado” a los médicos, quienes han discutido con ellos, quienes solicitan información con respaldo científico para compartirla con el personal sanitario, o quienes incluso han instado a las demás mujeres del grupo a no quedarse calladas frente a los médicos que prescriben el abandono de la lactancia ya que *“si no nos quedamos calladas también estamos poniendo nuestro granito de arena para que se mantengan más lactancias, que de otro modo se terminan por causas que no deberían”*.²⁰¹

También hemos encontrado narraciones de mujeres bien informadas en el tema que nos dejan ver la gravedad de la poca preparación de los médicos en cuanto a lactancia humana.

*A mi gine de cabecera casi le da el ataque cuando le dije que tenía 18 meses lactando... y en rojo anotó en mi expediente ectasia ductal por lactancia aún sin checarme! No se cansaba de decirme que se me iban a hacer abscesos, que si yo soy dentista apoco no iba a saber que por los dientes me iba a pasar bacterias (...) y al final todavía me quería prescribir medicamento para “secarme” la leche.*²⁰²

Roberto Castro y Joaquina Erviti, explican refiriéndose a la violencia obstétrica, cómo se sostiene esta relación de poder entre médico y paciente: “la jerarquía, el pretendido monopolio del saber y la descalificación de las quejas de las mujeres son posibles gracias a (y simultáneamente refuerzan) la existencia de un micro orden social

¹⁹⁷ Comentario compartido en el grupo de lactancia por una madre el 15 de enero de 2018.

¹⁹⁸ *Ibidem*.

¹⁹⁹ *“Salí a tomar un café, a media charla mi bebé pide de comer y así como en cualquier lugar lo cargué y le di su chiche, cuando pasan un par de señoras, una me mira despectivamente y dice: ¿cómo permiten que hagan eso aquí?, es como de pobretones, ¿no?, si no pueden comprar mamilas y leche ¿para qué tienen hijos?”* Comentario compartido en el grupo de lactancia por una madre el 19 de septiembre de 2018.

²⁰⁰ Comentario compartido en el grupo de lactancia por una madre el 17 de septiembre del 2017.

²⁰¹ Comentario compartido en el grupo de lactancia por una madre el 6 de febrero de 2017.

²⁰² Comentario compartido en el grupo de lactancia por una madre el 6 de febrero de 2017.

que establece que el papel protagónico en ese escenario es el del personal de salud, y que las mujeres que acuden ahí (...) no tienen sino un rol secundario”.²⁰³

No sólo es común la presión para dejar de amamantar después de los seis meses, sino que incluso desde el comienzo, en lugar de fortalecer la confianza de las mujeres en la capacidad natural que tiene su cuerpo para alimentar a su (s) bebé (s), es el mismo personal sanitario quien infunde miedo a las madres; como si fuera parte del protocolo a casi todas las mujeres se les han dicho cosas como “si no damos fórmula en lo que te baja la leche se va a deshidratar”, “sufrirá hipoglucemia” o “si le pasa algo será tu responsabilidad”.

*“La pediatra que recibió a mi bebé al nacer, quien por cierto lo llenó de fórmula cuando nació y me dijo: «estás loca si piensas que solo con tu leche vas a poder alimentar a un bebé que nació pesando 4.200kg, para él sólo fórmula!!», el segundo fue el pediatra que a sus tres semanas le recetó una fórmula rebajada...”*²⁰⁴

El Dr. Jorge Rosales habla de cómo *“por seguir la inercia de los médicos mayores, preparados”* en sus inicios él mismo llegó a aconsejar a las madres en consulta a dejar de amamantar bajo la idea de que *“ya es pura agua”* y resalta la importancia de que el propio personal sanitario esté convencido de la efectividad de la lactancia materna, *“el obstáculo más grande [para que un médico se prepare en lactancia] es la falta de interés. (...) No es raro el escenario en el cuál una mamá acaba de tener a su bebé y en lugar de recibir ese apoyo, recibe toda la hostilidad, toda la agresión, que a lo mejor uno de forma inconsciente no sabe lo que está haciendo, pero es como esa ciega de taller, como esa rutina que aplica con todos los pacientes y te olvidas de la empatía”*.²⁰⁵

4.3 Vivencia del amamantamiento frente al discurso del Estado y las políticas públicas

¿Cómo garantiza el Estado Mexicano la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna a través de sus mecanismos e instituciones? En este apartado hacemos una revisión de la puesta en práctica de los lineamientos de la ENLM, desde la mirada cercana del personal sanitario y desde la propia observación en el Hospital General de Soledad.

²⁰³ CASTRO, Roberto y Joaquina Erviti, *Sociología de la práctica médica autoritaria, Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, Cuernavaca, UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 2015, p. 97.

²⁰⁴ Comentario compartido en el grupo de lactancia por una madre el 31 de enero de 2018.

²⁰⁵ Entrevista realizada al Dr. Jorge Rosales, neumólogo pediatra, prolactancia, el 5 de abril del 2018

También contrastamos el discurso legal con la vivencia particular de Rosy, una madre que combina actividad laboral remunerada con lactancia materna exclusiva.

4.3.1 La Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018 y su aplicación en S.L.P.

Como vimos en el apartado sobre *Formación de los profesionales sanitarios en S.L.P* en ninguno de los 11 programas revisados,²⁰⁶ correspondientes a las carreras de cuidado de la salud que se ofrecen en la ciudad de San Luis Potosí, está incluido de manera explícita el estudio de la lactancia humana. Todas las personas con preparación en ciencias de la salud a quienes entrevistamos coinciden en que durante su formación no vieron prácticamente nada sobre lactancia. El Dr. Jorge Rosales comparte que *“incluso en Pediatría, sólo llevé una hora dedicada a los cuidados del recién nacido donde se incluía, entre todo lo demás, algo sobre lactancia”*.

En todos los casos el acercamiento al tema se dio cuando ya ejercían la profesión por distintos motivos personales (como el nacimiento de sus hijos) o de trabajo. Marichuy, encargada del lactario del HGS, relata que al quedar como encargada del lactario cambió radicalmente su percepción de la LM, *“que antes percibía como algo que no era tan importante y que fácilmente puede sustituirse por la fórmula, al poder ver la capacidad y tiempo de recuperación de un bebé alimentado con LM”*.

Ivonne, una de las enfermeras entrevistadas, que labora en un centro de primer nivel de atención (Centro de Salud de una colonia de la capital) comenta que si el propio personal sanitario no cuenta con la información difícilmente puede acompañarse a una madre lactante. Ella misma comparte que correspondiente a la ENLM, recibió una capacitación, a la que, de las 10 personas que laboran en su centro, sólo ella fue enviada.

La ENLM incluye entre sus propuestas la inclusión de una materia sobre LM en los planes de estudio de las universidades y la capacitación a todo el personal sanitario que tenga contacto con madres y niños pequeños, sin embargo, esto no se ha cumplido (*“En cuanto a la Estrategia hace falta... ¡empezar!”*).²⁰⁷ Respecto a la capacitación que se ha dado a personal sanitario también queda de manifiesto que en ocasiones personal ya capacitado no aplica las medidas establecidas, ya sea por falta de interés, por costumbre, o porque las mismas condiciones hospitalarias lo dificultan, el exceso de personas afiliadas a una institución de salud, o al Seguro Popular, la falta de personal, la escasez

²⁰⁶ Ver anexo 1.

²⁰⁷ Entrevista realizada a la Dra. Zoraida Banda el 12 de abril de 2018.

de materiales y medicamentos y los espacios saturados. Para Marichuy Martínez “*uno de los problemas es la falta de apoyo entre el mismo personal*”.²⁰⁸

En el seguimiento común que se da a los embarazos no se incluye la preparación para el parto y para la lactancia. En las clínicas de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud, donde muchas mujeres llevan el control de su embarazo, suelen darse pláticas por parte del personal de enfermería a las embarazadas; uno de los temas a tratar es la LM, pero suele abordarse desde las ventajas de la lactancia natural, sin tocar asuntos específicos sobre cómo amamantar y las dificultades comunes.²⁰⁹ Después del parto son pocos los hospitales que se ocupan de acompañar a las madres y enseñarles a amamantar. Durante la observación que realizamos en el Hospital General de Soledad, pudimos observar que las mujeres que han dado a luz en hospitales públicos están generalmente mejor preparadas que las que atendieron su parto en clínicas y hospitales privados, y de éstas, quienes mayor dificultad tienen para amamantar son las mujeres con niveles de educación media y superior, de clase media, que han pagado con esfuerzo un parto en algún hospital privado y que acuden al hospital público por el tamiz y las primeras vacunas de su bebé.²¹⁰

Respecto a las políticas públicas, a pesar de que la ENLM tiene como uno de sus ejes la capacitación al personal sanitario, Ivone, enfermera en un centro de salud comenta que “*ya se tenía planeado qué personas asistirían a los cursos, pero por alguna razón se suspendió y la única que fue a eso fui yo y ya no se volvió a tocar ahorita lo de la LM (...) fue nada más un día, nos hablaron de la Norma, de la LM, las ventajas que se tienen y nos hablaron de los 10 pasos*”.²¹¹

Aunque algunas de las personas entrevistadas reconocen que notan un aumento en las mujeres que amamantan en los últimos 4 años, no se lo adjudican a la ENLM, sino a la potente difusión que se ha hecho de madre a madre personalmente y mediante redes sociales. Para la Psicóloga y asesora en lactancia Raquel Trigo “*El sistema de salud está*

²⁰⁸ Entrevista realizada a María de Jesús Martínez el 22 de enero de 2018.

²⁰⁹ Entrevista realizada a la L.E. Ivonne, trabajadora de un Centro de Salud en una colonia popular de S. L. P.

²¹⁰ *La mayoría de esas mujeres que acuden al lactario atendieron su parto en el mismo hospital, por lo que habían recibido capacitación en cuanto al inicio de la lactancia, pero también tuvimos contacto con madres que se atendieron en clínicas privadas; en ningún caso habían sido acompañadas en el comienzo de la lactancia, por el contrario, a sus bebés se les administró fórmula y a ellas se les desanimó con comentarios acerca de no tener leche, de no tener el pezón formado y del riesgo de deshidratación e hipoglucemia al no dar fórmula. Al conocer sus casos las invitamos al lactario para recibir asesoría, sólo dos madres aceptaron esta invitación; en ambos casos presentaban congestión y dolor a causa de la acumulación de leche y en ambos, después de la asesoría con la encargada del lactario, lograron amamantar a sus bebés y extraerse leche manualmente.*

²¹¹ Entrevista realizada a la Lic. en Enfermería Ivone el 19 de diciembre de 2017.

*en pañales (...) el trabajo se ha hecho de afuera hacia adentro, los grandes cambios los está haciendo la gente”.*²¹² También el Dr. Jorge Rosales comenta que *“las mamás que no podían tener ni voz ni voto, con el uso de grupos de apoyo, con la concientización a través de redes sociales pues no ha hecho más que obligar al nivel estatal y federal a ponerse las pilas, creo que el gobierno ha hecho su parte, pero ha sido por la presión de la sociedad”.*²¹³

4.3.2 Observación en el Hospital General de Soledad

Durante dos meses realizamos trabajo de observación en el Hospital General de Soledad, acompañando a la persona encargada del área de lactancia en todos sus recorridos y actividades.

Se pudo observar de cerca la imposibilidad de cumplir con las metas de la ENLM, la falta de personal, la falta de capacitación del personal de algunas áreas. El gran compromiso por parte de algunas personas para fomentar la LM y el desinterés por parte de otras. También pudimos presenciar dos capacitaciones a estudiantes pasantes, una a pasantes de medicina²¹⁴ y otra a pasantes de enfermería,²¹⁵ esto nos permitió observar de primera mano la falta de preparación, en lo referente a LM, con la que inicia la práctica médica. Si bien, no todos estos pasantes estarán en áreas de atención a madres o niños en situación lactante, a lo largo de su ejercicio profesional seguramente sí se encontrarán con esta situación. En ambos casos se evidenció falta de conocimiento de anatomía (se confundía pezón con areola, por ejemplo, también desconocían dónde se “guarda” la leche en el seno).

Dentro del acompañamiento a la encargada del área de lactancia también tuvimos oportunidad de acompañar a muchas mujeres en etapa de puerperio, en su primer acercamiento a la lactancia, pudimos ser testigos de sus miedos y expectativas. En el caso de las mujeres con bebés mayores, ver cómo siguen preocupándose de que estén en el peso adecuado para su edad “porque la leche no los llena”, los casos de madres que vienen de un parto en hospitales privados donde no les ayudaron, ni por error, a acercarse al pecho a su bebé, o donde incluso les dijeron que no podrían amamantar tras haber tenido una cesárea.

²¹² Entrevista a la Psicóloga y Asesora en lactancia Raquel Trigo el día 6 de marzo del 2018.

²¹³ Entrevista al Dr. Jorge Rosales el 9 de abril de 2018.

²¹⁴ Diario de campo. Capacitación a pasantes de diversas escuelas de Medicina. 20 de diciembre de 2017.

²¹⁵ Diario de campo. Capacitación a pasantes de enfermería. 31 de enero de 2018.



Imagen 3. Lactario del Hospital General de Soledad.

Cada día hubo madres angustiadas por la sensación de no tener leche, en la gran mayoría de los casos ya presentaban congestión por la cantidad de leche acumulada. Cuando se les ayudaba a extraer la leche y la encargada del lactario (con plena consciencia de que lo que falta no es leche, sino confianza en el cuerpo) hacía salir un chorro y decía: “¿ya ves? ¡tienes mucha leche!” además de la gran sonrisa y el brillo en los ojos de la madre en cuestión, se generaba un momento de alegría compartida con las demás mujeres que visitaban el lactario; todas tuvieron que descubrir (o descubrían en ese momento), como si no fuera normal, que es verdad que hay leche y que esa que sale de ellas basta para alimentar a sus hijos.



Imagen 4. Área de Puerperio en el Hospital General de Soledad.

En el área de Puerperio se encuentran las mujeres que acaban de tener a sus bebés y que ya pasaron el periodo de observación; comparten alojamiento con su hijo o hija en la misma cama y ahí reciben a la encargada del lactario, quien acude a darles información sobre lactancia materna, las señales de hambre del bebé, los aspectos a observar para comprobar que está comiendo adecuadamente y los signos de alarma en caso de que no fuera así. También les da una segunda asesoría en cuanto a la manera de acomodar al bebé al seno (la primera la da el personal de enfermería al momento de entregar al bebé a su madre) y les enseña a extraer la leche manualmente.

Conforme a lo establecido en la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y de Niño Pequeño, en los casos en los que un bebé tiene que permanecer en el hospital, se le alimenta con leche materna directamente de su madre y/o extraída. Las madres reciben asesoría para realizar las extracciones manuales y ya sea que lleven la leche desde su casa o que la extraigan en el lactario, ésta se guarda debidamente registrada en los refrigeradores del hospital para alimentar con ella a los bebés. Cuando hay madres foráneas incluso se les apoya a ambos padres otorgándoles las comidas para que puedan permanecer el tiempo necesario en la ciudad, colaborando de esta manera a que las mujeres puedan recibir una buena alimentación y pasar el tiempo necesario en el hospital a fin de lograr alimentar al bebé con lactancia materna exclusiva, lo que redunda en tiempos de recuperación mucho más cortos comparados con los de los niños y niñas alimentados con fórmula.²¹⁶



Imagen 5. Habitación en el Hospital General de Soledad.

²¹⁶ Diario de campo de la observación realizada en el HGS, 13 de diciembre de 2017.

Cuando hay niñas o niños mayores que tienen que ser hospitalizados, se asesora a sus madres para que sigan siendo alimentados con leche materna durante su estancia en el hospital o incluso para que, si aún es posible y ellas quieren, recuperen la lactancia cuando ya la habían abandonado o para que la hagan exclusiva si estaban alimentando también con fórmula. Incluso en situaciones en las que una mujer lactante tiene que ser hospitalizada, si ella lo desea y su condición lo permite, se ingresa también al bebé para que no tenga que destetar a causa de la enfermedad. En todos estos casos, la encargada del lactario acompaña a las madres en todo lo referente a la lactancia.

A pesar de estos esfuerzos, que sin duda son indispensables para el apoyo a la LM y además muy superiores a los que se realizan en la mayoría de hospitales y clínicas en la ciudad; también encontramos grandes obstáculos difíciles de superar, mismos que corresponden plenamente con las dificultades de las que habla la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (Resistencia al cambio por parte del personal, limitaciones en cuanto a los recursos humanos, falta de presupuesto). Cuando se preguntó en el Hospital por la realización del contacto piel con piel inmediato al parto,²¹⁷ la respuesta fue clara: “*se hace dependiendo del pediatra, hay algunos que lo hacen, otros a los que no les interesa*”, “*depende del pediatra, del ginecólogo y hasta de que la enfermera ande de buen humor*”, esto a pesar de que el “no propiciar el apego precoz del niño con la madre, sin causa médica justificada” está catalogado como violencia obstétrica en la Ley Estatal para el Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en el Estado de San Luis Potosí.²¹⁸

De igual manera al preguntar por la cantidad del personal capacitado en lactancia, nos encontramos con que la cantidad de trabajo de la encargada del lactario y la misma rotación frecuente del personal hace difícil cumplir la meta de capacitar a todo el personal. Además de que la efectividad de la capacitación al personal está en función también de otros factores “*a muchos no les interesa y por lo tanto no ponen atención, o van saliendo del turno de noche y ya se quieren ir.*”²¹⁹ Podemos ver que, si bien se hacen esfuerzos realmente encomiables por fomentar y apoyar la práctica, el personal encargado puede llegar a verse rebasado en sus actividades de atención a las madres, seguimiento de

²¹⁷ OMS/UNICEF, “Lactancia, promoción y apoyo en un hospital amigo de la madre y del niño, módulo 3, curso de 20 horas para el personal de maternidad”, Argentina, 2013, p. 48.

Entre las prácticas de hospital que facilitan la lactancia, se recomienda “realizar el contacto piel con piel inmediatamente después del nacimiento, lo cual mantiene al bebé caliente y permite un comienzo temprano de la lactancia”.

²¹⁸ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en el Estado de San Luis Potosí. Art. 3-VII, Violencia obstétrica. <https://goo.gl/WD8kLf> [consulta 27 de mayo 2018].

²¹⁹ Entrevista con el Dr. Jorge Rosales el 17 de enero de 2018.

lactantes, capacitación al personal lo que redundaría en el aplazamiento de algunas funciones con su consecuente incumplimiento de los 10 Pasos.

Roberto Castro y Joaquina Erviti, hablan en su investigación sobre Sociología de la práctica médica autoritaria, de una serie de situaciones comunes a los médicos:²²⁰

- Que han incorporado en forma de habitus el campo médico.²²¹
- Cuya actitud “natural” ante el mundo (...) es producto de la incorporación de un vasto sistema de jerarquías y, con frecuencia, de abusos y maltratos sufridos durante los años de formación, y reproducidos puntualmente sobre las nuevas generaciones de residentes e internos a su cargo, y
- Que enfrentan múltiples presiones laborales para atender una numerosa consulta con escasos recursos.

En el centro hospitalario que pudimos observar, así como en el resto de los hospitales públicos encontramos poco personal en relación a la cantidad de personas usuarias del servicio, recursos insuficientes, tiempo limitado para la atención a los pacientes; situaciones que, aunque no son el único motivo, no están aisladas de la falta de apoyo a la lactancia, la omisión del contacto piel a piel o incluso la inclinación por realizar varias cesáreas en el tiempo en que se acompañaría quizás un solo parto fisiológico.

Sin embargo, y a pesar de estas limitaciones, pudimos corroborar que las medidas efectuadas por el Hospital en apoyo a la LM tienen un resultado positivo en cuanto al inicio temprano de la lactancia, la continuación de esta y el acompañamiento efectivo a las madres lactantes. En San Luis Potosí solo hay dos hospitales con una política pro lactancia, vale la pena imaginar el impacto que podría tener una iniciativa gubernamental bien fundamentada y respaldada con recursos humanos y económicos a nivel nacional.

4.3.3 Lactancia materna y trabajo remunerado; entrevista con Rosy

Aunque comúnmente entendemos el amamantamiento sólo como un método de alimentación infantil, su influencia hormonal, emocional y de práctica cotidiana, así como sus implicaciones sociales y culturales lo hacen un proceso que está presente en todos los campos de la vida de la mujer que amamanta. Por el tiempo que le dedica a alimentar a su hija o hijo, por la organización de sus tiempos y actividades para adaptarlas a esa nueva

²²⁰ CASTRO, Roberto y Joaquina Erviti, Sociología de la práctica médica autoritaria, Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos, Cuernavaca, UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 2015, p. 50.

²²¹ *Los autores toman la referencia de Bourdieu, quien define el Habitus como la interiorización de las estructuras objetivas que a la vez permite la reproducción de aquéllas.*

realidad que se vuelve una labor predominante durante el día, por la comodidad o incomodidad que sentirá al dar de mamar a su hijo fuera de su casa, por el disfrute y/o cansancio con el que viva la lactancia y hasta por la ropa que elegirá cada día en función de su practicidad para amamantar.

Dentro de las complicaciones más comunes que viven las madres que dan de lactar está el compaginar la lactancia con el trabajo fuera de casa, lo que implica no sólo organizar su tiempo para hacer extracciones, dejar la cantidad de leche necesaria para el día siguiente y a veces hacer un esfuerzo extra para conseguir hacer un banco de leche para emergencias; sino que también es común el sabotaje a la lactancia por parte de empleadores y compañeros de trabajo.

Rosy es mamá de una niña y un niño y trabaja en una oficina de gobierno.²²² Ella logró amamantar a su hija mayor durante un año a pesar de sus condiciones laborales, usando como lactario un cuarto de archivo *“con su respectiva dosis de polvo”*, sin mobiliario, haciendo extracciones de leche cuando el tiempo se lo permitía y solicitando áreas en las empresas que tenía que visitar, *“y cuando no se podía porque me sacaban o iban a ocupar el lugar, me tocaba hacerlo en mi coche”*.

En su narración se observa una combinación de situaciones comunes en las madres que amamantan y realizan trabajos remunerados, por ejemplo:

1. La falta de apoyo del centro de trabajo, *“el frigobar que existe en la sala de juntas era de uso exclusivo (¿de quién? aún no lo descubro), así que me mandaron a volar con mis lechitas y me lo ofrecieron “para emergencias”*.
2. El esfuerzo extremo de la madre para conseguir amamantar y además cumplir con todos los requerimientos que la familia, el empleo y el sistema social le imponen; cuando tuvo un ascenso y pudo dejar de visitar empresas *“estaba (...) entrando a trabajar a las 8 am y saliendo a las 9 o 10 de la noche (...) tenía qué hacer extracciones en la mañana antes de salir de la casa, las que pudiera hacer en el trabajo y regresando a la casa, el fin de semana y algunas veces levantarme en la madrugada para completar”*.²²³
3. La limitante que implica la percepción hiper sexualizada del cuerpo femenino que se tiene sobre todo en el imaginario masculino y que obliga a muchas mujeres no

²²² Para facilitar el encuentro a pesar de sus horarios laborales la entrevista fue por escrito, a través de Messenger, el día 18 de enero de 2018.

²²³ En el grupo de lactancia también encontramos comentarios al respecto: *“Cuando me hacía extracciones, que iba a l trabajo, sentía que era una friega y que no iba a poder más”*. Comentario compartido por Irlanda García, una madre del grupo, el 14 de septiembre de 2018.

sólo a ocultarse al amamantar, sino a intentar disimular el crecimiento de los senos o el goteo de leche; en este caso el mismo tabú fue usado ingeniosamente en pro de la continuación de la lactancia: *“tenía que hacer 4 extracciones al menos para no bajar la producción, con puros hombres como jefes, que no entendían lo que implica que te saltes una extracción, opté por quitarme los protectores en algunas ocasiones, así veían que se me escurría la leche y me dejaban salir de la junta, apenados y sacados de onda”*.

4. La insuficiencia del tiempo de permiso para amamantar que establece la ley, lo que impulsa a muchas madres a desobedecerlo *“mi periodo de lactancia ya había terminado, mis extracciones eran de contrabando y por lo tanto irregulares”*.
5. La sensación de logro y orgullo: *“al fin llegamos al año de mi nena y la adaptación para la leche de vaca, tardó dos meses, así que fueron 14 meses de pura leche materna! a mí me supieron a triunfo”*.

Bajo las condiciones en las que las mujeres hemos aprendido a buscar igualdad de oportunidades, es decir, mediante una lucha que ya desde el comienzo es desventajosa, el orgullo y el ideal social de la “súper mujer” no han hecho más que abonar a estas desigualdades. En el tema de la lactancia y la vida laboral es común el desgaste extremo, la autoexigencia de luchar por mantener intacta, aunque sea esa parte de célula madre-bebé que la vuelta al trabajo amenaza con romper. Pero, si bien puede ser motivo de una gran satisfacción para las mujeres que lo logran, también colabora a la invisibilización de la lactancia como asunto político.²²⁴

En la experiencia de Rosy también podemos ver los alcances reales de las iniciativas del Estado: *“Cuando nació mi niño ya sabía a lo qué me iba a enfrentar, las juntas, los horarios, pero con la diferencia de que estaban remodelando, certificándose en la Norma Mexicana de Igualdad Laboral y No Discriminación, y tal vez mis múltiples quejas habían dado frutos. Pero no, regresé a un nuevo cuarto de archivo, a sentarme en cajas de plástico, al menos mi jefe me dejó meter una mesita de llantitas, un banco y ahora hay*

²²⁴ CORREA, Noelia; Menéndez, Mariana, *Brujas de ayer y de hoy, trabajo reproductivo y lucha feminista; Entrevista a Silvia Federici*, en <https://goo.gl/SNtPcD>, [Consulta 18 de julio 2018].

“Las tareas de cuidado y el trabajo doméstico se han naturalizado, esta invisibilización no sólo lo ha desvalorizado socialmente, también le ha impedido de ser capaz de luchar contra. Porque si es “natural” hacer estos trabajos, si hacerlos es lo que significa ser una “buena mujer”. Si te dicen que hacer estos trabajos es la forma de reproducir tu familia, de cuidar a los que tú amas, sino se ve que este es un trabajo que beneficia al capitalismo, que reproduce la fuerza de trabajo y que sustenta la reproducción capitalista siendo la base material de la acumulación. Si esto no se ve tú piensas que cuando rechazas este trabajo rechazas a quienes tú amas”.

enchufes que si funcionan".²²⁵ *"Mis obstáculos fueron mi trabajo, el corto periodo de lactancia que protege la ley y la insensibilidad de los jefes"*.

Aunque estas situaciones son comunes a muchas mujeres, la situación laboral de Rosy no se parece en nada a la de otras tantas que no tienen acceso a un cuarto de archivo, sino (si acaso) a un baño o al vestidor de una fábrica; que desde el primer día hacen extracciones de contrabando, o que no tienen siquiera esa posibilidad y que además no tienen información sobre lactancia ni sobre sus derechos asociados a ésta, por no hablar en principio de los más elementales derechos laborales.

Dificultades similares viven las madres que son estudiantes, la informante a la que llamamos Profesora nos hace la observación de que en los campus universitarios no se cuenta con un lactario y que *"es contradictorio porque (siendo una escuela de medicina) no tenemos por ejemplo una enfermería (...) la única ventaja es que por ejemplo yo nunca he tenido que pedir permiso para irme a extraer, sólo cierro la puerta de la oficina, me pongo el extractor y puedo seguir trabajando, pero por ejemplo para ella (señalando a su compañera de la oficina vecina) no fue igual"*.²²⁶ Vale la pena agregar que no sólo se omiten las necesidades de las madres lactantes, sino las de toda la población universitaria que tiene hijos. En el caso específico de la UASLP, no se cuenta con espacios para los hijos de los empleados ni los estudiantes, no hay lactarios y todavía es común que se impida o sea mal vista la presencia de infantes en las oficinas y aulas universitarias.

4.4 Conclusiones

A partir de la revisión de los programas de estudio, de las entrevistas realizadas a personal sanitario y de las experiencias compartidas por mujeres en el grupo de apoyo a la lactancia, podemos corroborar que la preparación de las y los trabajadores sanitarios en cuanto a lactancia humana es insuficiente, por lo que se asesora y prescribe desde el prejuicio, o desde los mitos que se han reproducido durante años, lo que tiene consecuencias directas en la práctica del amamantamiento, generando destetes innecesarios, inclusión de alimentos y bebidas de manera prematura y la sustitución de la leche materna por fórmulas lácteas con los perjuicios que todo esto conlleva.

²²⁵ Muchas mujeres optan por sacarse la leche con extractores eléctricos por ser más rápidos y menos cansados que la extracción manual. A pesar de su practicidad, por su costo elevado la mayoría de las mujeres utilizan extractores mecánicos o hacen recolección manual de la leche.

²²⁶ Entrevista realizada el 22 de febrero de 2018 a una profesora de una de las carreras de Médico Cirujano que hay en la ciudad de San Luis Potosí y que prefirió mantener el anonimato para no verse afectada por conflictos de interés en su centro de trabajo.

Podemos ver manifestaciones de la colonialidad al considerar la lactancia materna como una práctica de pobres; también en la autoridad con la que el personal sanitario dicta la posibilidad o no de que una madre amamante a su hijo o hija de la manera y por el tiempo que ella decida y en la aparente imposibilidad de que las madres puedan cuestionar esas indicaciones; de igual manera, y relacionada con la organización socio sexual patriarcal, podemos identificar una clara concepción de la lactancia como un asunto privado, lo que dificulta su discusión como asunto político y la exigencia de condiciones dignas para llevarse a cabo en todos los campos de la vida de las mujeres y de los niños y niñas. En este campo también salta a la vista la prevalencia de la autoridad masculina sobre el cuerpo y las decisiones de las mujeres.

Identificamos las implicaciones del sistema capitalista no sólo en la predominancia y fomento de la alimentación artificial, sino en toda la estructura conformada por instituciones de salud, leyes que desconocen y son ajenas a las necesidades de las madres y los infantes, y políticas públicas que no cuentan con un verdadero fundamento para su realización; creando juntas un escenario idóneo para la inexigibilidad de derechos, para la patologización y comercialización de los procesos corporales (la realización indiscriminada de cesáreas, por ejemplo), y para la omisión descarada de todos los principios elementales para un buen comienzo en la lactancia (y por lo tanto en la salud, a través de la prevención).

CONCLUSIONES GENERALES

A partir del recorrido que hemos hecho sobre las dificultades en la práctica de la lactancia, sus causas y sus implicaciones, llegamos a la elaboración de algunas conclusiones:

PRIMERA. La colonialidad, mediante el establecimiento del saber científico como el único reconocido, ha colaborado a la desvalorización de algunos conocimientos populares sobre amamantamiento, que con el paso del tiempo han quedado en calidad de mitos. También como manifestación de la colonialidad podemos observar la autoridad científica representada por los profesionales sanitarios, quienes son percibidos como portadores de una verdad indiscutible ante la cual las mujeres puérperas y lactantes quedan como personajes ajenos en sus propios procesos.

SEGUNDA. En San Luis Potosí, la preparación de las y los estudiantes de carreras relacionadas con el cuidado de la salud en cuanto a lactancia humana, es insuficiente, lo que redundará en poca o mala asesoría por parte de los profesionales sanitarios para las madres y una pobre práctica del amamantamiento con sus consecuentes repercusiones de salud pública.

TERCERA. A pesar de que la estructura legal del país contempla la promoción, protección y apoyo a la LM, en la práctica, los derechos que busca garantizar no son realmente ejecutables, primero por la falta de sustento de las leyes en las reales necesidades sociales, económicas, físicas y emocionales de las madres y sus hijas e hijos, y segundo porque las instituciones encargadas de hacer efectivos estos derechos no cuentan con los recursos estructurales, humanos ni económicos para cumplir con esta encomienda.

CUARTA. La falta de un apoyo real a la lactancia materna tiene un trasfondo complejo de interrelación de factores sociales, económicos y políticos, que se manifiestan a través de la pobre actuación del Estado mexicano en su función de garantizar los derechos más elementales a toda la población, de la normalización de las desigualdades entre hombres y mujeres, de la invisibilización de las labores de cuidado y crianza y la mercantilización de que han sido objeto los procesos reproductivos de las mujeres.

QUINTA. Las distintas leyes mexicanas destinadas a la protección y promoción de la LM, así como la ENLM 2014-2018, no contemplan en su fundamento necesidades primordiales de la díada madre- hijo/ hija, como la de poder amamantar a libre demanda, la de poder permanecer juntos a tiempo completo o la de amamantar y trabajar fuera de casa sin ver vulnerados otros derechos elementales, como no ver reducido su salario, o el disfrute del descanso y tiempo libre.

SEXTA. En cuanto a la recuperación por parte de las mujeres de los saberes sobre lactancia materna, una propuesta idónea puede ser la Ecología de Saberes de Boaventura de Sousa Santos, que plantea el rescate de los conocimientos populares que han estado invisibilizados e innombrados y la interacción entre estos y los saberes científicos, a fin de generar nuevos conocimientos. Lo anterior podría llevarse a cabo a través de grupos independientes de madres, de asociaciones civiles, de redes activistas y desde la academia, lo que consideramos que generaría, por un lado, riqueza cultural en el tema del amamantamiento, que permita un ejercicio más amplio del mismo; y por otro, colaboraría al establecimiento de redes solidarias entre mujeres.

SÉPTIMA. En el estudio de la lactancia encontramos multitud de situaciones que nos hablan de la vida cotidiana de las mujeres (de las que amamantan y las que no), de las exigencias sociales a las que están expuestas; del contenido emocional de la práctica de la lactancia, del que pocas veces se habla; del desconocimiento del cuerpo; de los requerimientos de la dinámica capitalista, que generan conflicto a muchas madres entre su deseo emocional y físico de permanecer cuerpo a cuerpo con sus bebés y la imperiosa necesidad de trabajar fuera de casa o la exigencia de cumplir con un estándar de modernidad.

OCTAVA. En el análisis de los comentarios en Facebook y las entrevistas hechas a madres pudimos ver que la práctica de la lactancia puede tener implicaciones importantes en la vida intelectual y emocional de las mujeres, que no forzosamente están relacionadas con la maternidad, sino con una reafirmación de su potencial personal, con la confianza en su cuerpo e incluso como la manifestación de una postura política. La manera en la que influye la lactancia en procesos psicológicos de afirmación en otras áreas de la vida es un tema de gran interés que queda abierto para su posterior estudio.

NOVENA. Una debilidad de los estudios sobre lactancia es que, a pesar de que los niños y niñas son sujetos protagonistas en el tema generalmente no pueden manifestar sus necesidades o inquietudes. Una investigación con niños que han sido amamantados de manera ininterrumpida y que ya son capaces de expresarse verbalmente también sería una gran aportación al tema.

BIBLIOGRAFÍA

Alcalá, Inmaculada, Feminismos y maternidades en el siglo XXI, en *Dilemata, Revista internacional de éticas aplicadas*, No. 18, 2015, pp. 63- 81. En <https://goo.gl/534SAL>.

Argomedo, Ana Luisa, “Beneficios de la lactancia para la madre”, en Ana Luisa Argomedo, et al. Curso Avanzado de Apoyo a la Lactancia Materna, México, D.F, Asociación Pro Lactancia Materna APROLAM, 2008. En <https://goo.gl/KiGcYZ>, Pp.136.

Asociación Española de Pediatría, “Declaración de Innocenti, sobre la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna”, traducción de V. Alcaraz tomando como base el documento que se encuentra en: <https://goo.gl/5dSFVo>.

Asociación Mexicana de Pediatría, “Firma del Código de Ética, Transparencia y Buenas Prácticas de Comercialización y Promoción de Sucedáneos de la Leche Materna o Humana para Lactantes”, en <https://goo.gl/xhCnSw>.

Aznar, Antonio, *Alternativas teóricas en percepción: raíces, orígenes y actualidad*, Nau llibres, Valencia, 1991, p. 175.

Barceló, María Inmaculada, “Un camino hacia la maternidad pospatriarcal” en *Revista de Antropología Iberoamericana*, Vol. 11, No. 1, 2016, <https://goo.gl/AHcgn9>, Pp.22.

BBF, A guide to global scale-up, *Índice País Amigo de la Lactancia Materna: situación y recomendaciones para México*, Fundación Familia Larsson-Rosenquist, Ciudad de México, 2017, Pp. 20, en <https://goo.gl/RReZZA>.

Beccar, Carlos, *El arte de amamantar a su hijo*, Buenos Aires, Ediciones Macchi, 2015, p.58.

Broche, Regla Caridad, et. al.” Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva”, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27, 2, La Habana, abr- jun 2011, <https://goo.gl/mv2bks>.

Castro, Roberto y Joaquina Erviti, *Sociología de la práctica médica autoritaria, Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, Cuernavaca, UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 2015, Pp. 323.

Centro de Prensa UNICEF México, “La lactancia materna puede salvar la vida a millones de niños y niñas y prevenir enfermedades graves: UNICEF”, <https://goo.gl/hGbrNv>.

Chávez, Vilma, La Iniciativa Hospital Amigo del Niño, evidencia científica y avances recientes, OMS, en <https://goo.gl/4i1F4B>.

Comisión para Acabar con la Obesidad Infantil. OMS. *Datos y cifras sobre obesidad infantil*. <https://goo.gl/YNPgzH>.

CONEVAL, “Consideraciones para el Proceso Presupuestario 2015”, en <https://goo.gl/jUJZU8>

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Art. 123.

Coronado, Maylin, et. al. *Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses en San José de las Lajas*. La Habana, Hospital General Docente Leopoldito Martínez. Ministerio de Salud Pública. P. 73. <https://goo.gl/Zbb87y>.

Depósito de documentos de la FAO, “Lactancia Materna. Control de la promoción de la fórmula láctea infantil”, <https://goo.gl/mxnLod>.

Depósito de documentos de la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura). Lactancia Materna. “La Iniciativa del Hospital Amigo del Bebé”. <https://goo.gl/cCtDGN>.

Depósito de documentos de la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura). “Lactancia Materna. Lactancia y legislación laboral”. <https://goo.gl/77B2AF>.

Depósito de Documentos de la FAO (organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura). “Tendencias de alimentación de los recién nacidos”. <https://goo.gl/FS1zUi>.

DOF, Diario Oficial de la Federación: 08/05/1995, ACUERDO número 121 por el que se crea el Comité Nacional de Lactancia Materna, en <https://goo.gl/ULD7xd>.

DOF, Diario Oficial de la Federación: 02/08/1995, ACUERDO número 127 por el que se crea el Comité Nacional para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal, en <https://goo.gl/SYB4gs>.

DOF, Diario Oficial de la Federación, SEGOB. “DECRETO por el que se adicionan y reforman diversas disposiciones de la Ley General de Salud; de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del artículo 123 Constitucional; de la Ley del Seguro Social; de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, y de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.” <https://goo.gl/ttBj8T>.

Díaz, Carmen, et. al, *Guía de lactancia materna para profesionales de la salud*. Consejería de salud y Servicios Sanitarios de Asturias. P. 128

Dussel, Enrique, “Hacia la liberación científica y tecnológica”, en *Revista América Latina en movimiento: ciencia, tecnología e innovación en la integración suramericana*, 10 jun 2014, <https://goo.gl/GieWqz>.

Echeverría, Bolívar, “La múltiple modernidad de América Latina” en *Contrahistorias, la otra mirada de Clío*, núm. 4, México, marzo- agosto de 2005, <https://goo.gl/3cRT1w>.

ENSANUT, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, Prácticas de alimentación infantil en niños menores de dos años, <https://goo.gl/BZkm7c>.

ENSANUT, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Evidencia para la Política Pública en Salud, “Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apearse a lo básico”, en <https://goo.gl/SiCbEU>.

Espinosa, Claudia, Vázquez, Daniel. “Las políticas públicas con perspectiva de derechos humanos en el giro a la izquierda. De la ruptura a la segunda vuelta institucional en Venezuela y Ecuador”. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*, 2015, volumen 26. Pp. 79-98.

Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014- 2018, Gobierno de la República, <https://goo.gl/FPYMtX> [consulta 4 de noviembre 2016].

Federici, Silvia, *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*, Traficantes de sueños, Madrid, p.367.

Fernández, Carmen *et al*; *Guía de lactancia materna*, Complejo Hospitalario Universitario Granada y Distrito Granada Metropolitano, 2015, Pp. 137.

Fernández, Flory, “El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación”, en *Revista de ciencias sociales*, 2-96, junio 2002, Costa Rica, Pp. 36-53.

Gómez, Adolfo, “Inconvenientes de la lactancia artificial”, en Asociación Española de Pediatría, *Lactancia materna, guía para profesionales*, Madrid, Ergon, 2004, pp. 73- 79.

González, Carlos. *Comer, amar, mamar. Guía de crianza natural*. Editorial Temas de Hoy, Barcelona. 2009. Pp. 586.

González de Cossío, Teresita, Sonia Hernández (eds.) *Lactancia Materna en México*, Academia Nacional de Medicina, CONACYT, México, 2016, Pp. 178.

Gorrita, Remigio Rafael. “Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna.” *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 86, 2. Abr- Jun 2014. <https://goo.gl/3H7uz1>.

INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014, Tabulados, <https://goo.gl/C78VZw>

INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Estadísticas a propósito de la Semana Mundial de la Lactancia Materna”, Datos Nacionales, <https://goo.gl/VNMcJV>.

INMA, *Manual de seguimiento del niño de 0 a 12 meses. Infancia y medio ambiente. Cohorte de Valencia*, <https://goo.gl/1PHhsC>, p. 15.

Instituto de Salud del Estado de México, “Guía Técnica para la Capacitación de la Lactancia Materna”, 2016. <https://goo.gl/8CziHk>.

Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015, “Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final”, Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México, México, 2016

Iturralde, Diego “Utilidades de la antropología jurídica en el campo de los Derechos Humanos: experiencias recientes”, *Revista pueblos y fronteras digital*, 5 (2008). <https://goo.gl/eqrnwG>.

La Liga de la Leche México, “Respuesta de La Liga de la Leche de México, A.C. al evento Uniendo Esfuerzos por la Lactancia Materna”, en <https://goo.gl/4fLwcu>.

Lander, Edgardo,” Ciencias sociales, saberes coloniales y eurocéntrico”, en Edgardo Lander (Coord.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales, perspectivas latinoamericanas*, Buenos Aires, CLACSO, 2000, Pp. 5-24.

Ley del Seguro Social. Artículo 94. 21 de diciembre 1995. <https://goo.gl/v1SCJg>.

Ley General de Salud, Capítulo V, artículo 64, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Secretaría de Servicios Parlamentarios, <https://goo.gl/BBN2K7>.

Lozano, María “Los Diez Pasos de la OMS y UNICEF para favorecer la lactancia materna. Aplicación y evidencia científica de su eficacia”, en Asociación Española de Pediatría, *Lactancia materna, guía para profesionales*, Madrid, Ergon, 2004, pp. 117-132.

Massó, Ester, “Conjeturas (¿y refutaciones?) sobre amamantamiento: teta decolonial”, en *Dilemata, Revista internacional de éticas aplicadas*, No. 18, *Cuando los sujetos se embarazan, Filosofía y maternidad*, 2015, <https://goo.gl/534SAL>, p.39.

Massó, Ester. “La lactancia materna como catalizador de revolución social feminista (o apretando las clavijas al feminismo patriarcal: calostro, cuerpo y cuidado”, p. 17 <https://goo.gl/wnCZUG>.

Massó, Ester, Txetxu Ausín (Eds.), “Mamar, Mythos y Logos sobre lactancia humana”, en *Dilemata, Revista internacional de éticas aplicadas*, 25 (2017).

Ministerio de Salud de Chile, *Manual de lactancia materna, contenidos técnicos para profesionales de la salud*, Subsecretaría de Salud Pública, Chile, 2010, pp. 238

Naranjo, Migdalia, et. al. “Lactancia Materna, su reproducción en los juegos de roles”. En *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 14, 2. La Habana, mar- abr 1998. <https://goo.gl/YWkM5Z>.

Newman, Jack, “Do mothers really have the choice to breastfeed?” en *The Huffington Post*, <https://goo.gl/2taCUJ>.

NOM- 007- SSA2- 1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, Secretaría de Salud, en <https://goo.gl/niO78>.

NOM- 043- SSA2- 2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación, Secretaría de Salud, en <https://goo.gl/TauR5a>

Olza, Ibone et al. “Lactancia para psiquiatras: recomendaciones sobre el empleo de psicofármacos en madres lactantes”, en *Archivos de Psiquiatría*, 74 (2011), <https://goo.gl/LrKB6v>.

OMS, Metas mundiales de nutrición 2025, “Documento normativo sobre lactancia materna”, <https://goo.gl/juzrd8>.

OMS, Estrategia Mundial Para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Pp. 36.

OMS/ OPS, La Iniciativa Hospital Amigo del Niño en América Latina y el Caribe: estado actual, retos y oportunidades, OMS Oficina Regional para las Américas y Organización Panamericana de la Salud, Washington, D. C., 2016, en <https://goo.gl/WB2Q7X>, Pp. 72.

OMS- UNICEF. “Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna 1981”. <https://goo.gl/TYjL7K> [consulta 22 de septiembre 2016].

OMS/UNICEF, “Declaración conjunta; Protección, promoción y apoyo a la lactancia natural, la función especial de los servicios de maternidad”, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1989, Pp. 46.

OMS/UNICEF, “Lactancia, promoción y apoyo en un hospital amigo de la madre y del niño, módulo 3, curso de 20 horas para el personal de maternidad”, Argentina, 2013, Pp. 357.

Padrón, Aldanely, *et al.* “Conocimientos y actitudes de los docentes de una Facultad de Medicina y el uso de las guías de práctica clínica (GPC) nacionales”, en *Gaceta Médica de México*, 2014, 50, Pp. 137-143

Perales, José Ignacio, “Aspectos socioculturales de la lactancia materna en niños mayores”, en *Revista Pediatría Atención Primaria*. 2017;19. 337-344.

Prendes, Marianela de la C. et. al. “Factores asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez”. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 15,4. La Habana, Jul-Ago 1999. <https://goo.gl/8UgKZR> [consulta 21 de septiembre 2016].

Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, Secretaría de Salud, México, D.F. 2002, Pp. 74. <https://goo.gl/pAMEVB> [consulta 5 de mayo 2018].

Quijano, Aníbal, “Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina”, en Edgardo Lander (coord.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales, perspectivas latinoamericanas*, Buenos Aires, CLACSO, 2000, pp. 246

Quijano, Aníbal, “Colonialidad del poder y clasificación social” en *Cuestiones y horizontes de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/ descolonialidad del poder*, Buenos Aires, CLACSO, 2014, Pp. 285- 327.

Quijano, Aníbal, “Colonialidad y modernidad/ racionalidad”, en *Perú indígena*. No. 13 (29), 1992, pp. 11-20.

Reyes, Horacio, “Composición de la leche humana”, en Ana Luisa Argomedo, *et al. Curso Avanzado de Apoyo a la Lactancia Materna*, México, D.F, Asociación Pro Lactancia Materna APROLAM, 2008. En <https://goo.gl/KiGcYZ> [consulta 20 de enero 2018] Pp. 21-28.

Riquelme, Cristina, et.al. “Evaluación de la calidad de un programa de lactancia materna en el HUBU”, *Universidad de Burgos*, 2015, <https://goo.gl/yTm1dT> [consulta 13 de mayo 2017].

Robert, J, “El retorno de los saberes de subsistencia”, en *Polis* [En línea], 33 | 2012, Publicado el 23 de marzo 2013, <http://polis.revues.org/8531> [consulta 1 de octubre 2017]. p.4.

Sánchez, Natalie. “La experiencia de la maternidad en mujeres feministas” en revista *Nómadas*, núm. 44, Bogotá, 2016. P. 255-267

Santos, Boaventura de Sousa, *Derecho y emancipación, Corte Constitucional para el periodo de transición*. Quito, 2012, Pp. 266.

Santos, Boaventura de Sousa, *Descolonizar el saber, reinventar el poder*, Uruguay, Ediciones Trilce, 2010. Pp. 113.

Santos, Boaventura de Sousa; Meneses, María y Nunes, Joao, “Introducción: para ampliar el canon de la ciencia: la diversidad epistemológica del mundo”, en *Sembrar otras soluciones. Los caminos de la biodiversidad y de los conocimientos rivales*, Ministerio de Ciencia y Tecnología, En prensa, Caracas, 2006, p. 3.

Santos, Boaventura de Sousa, *Una epistemología del Sur; La reinención del conocimiento y la emancipación social*, México, Siglo XXI, CLACSO, 2009. Pp. 368

Secretaría de Salud, Programa de acción “Arranque Parejo en la Vida”, México, DF, 2002. p. 17 Pp. 74 en <https://goo.gl/F9JhUA> [consulta 1 de diciembre 2017].

Secretaría de Salud, Programas de Acción Específica 2007- 2012 Arranque Parejo en la Vida, México, DF, 2007, Pp. 84, en <https://goo.gl/Ci5j2s> [consulta 1 de diciembre 2017].

Secretaría de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, Ciudad de México, 2000, en <https://goo.gl/JicBtE> [consulta 3 de mayo 2017].

Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Ley Federal del Trabajo, Artículo 170, p. 65.

SEGOB, Diario Oficial de la Federación, Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA-2-2018, en <https://goo.gl/NyM26628>, [Consulta 28 de junio 2018].

Shiva, Vandana, *Abrazar la vida; mujer, ecología y supervivencia*, Trads. A. Guyer y B. Sosa, Madrid, Horas y horas, 1995, Pp. 302.

UNICEF Nutrición, “Lactancia Materna. Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial”, <https://goo.gl/jKNqTX> [consulta 22 de mayo 2016].

UNICEF/OMS. Iniciativa Hospital Amigo del Niño, revisada, actualizada y ampliada para la atención integral, Sección 1. Antecedentes e implementación 2009, OPS, Washington, D. C., 2008, Pp. 80

UNICEF, “Promoción y apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud amigos de la madre y del niño, manual del facilitador”, Ministerio de Salud de Perú, Lima, 2009, Pp. 416.

Vargas, Luz María. “Mestizajes: cuerpo y conocimiento en la obra de Gloria Anzaldúa” en Álvarez, N. et. al. (coords). *Cuerpos políticos y agencia, reflexiones feministas sobre cuerpo, trabajo y colonialidad*. Editorial Universidad de Granada, Granada, 2011. P. 177-195.

ANEXO 1

PLANES DE ESTUDIO DE LAS CARRERAS VINCULADAS A LA LM EN LA CIUDAD DE SAN LUIS POTOSÍ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ LIC. MÉDICO CIRUJANO²²⁷

	Semestre agosto- diciembre	Semestre enero- junio
AÑO 1	Histología	Psicología
	Historia de la medicina	Bioquímica
	Bioética	Embriología
		Bioética
AÑO 2	Fisiología A	Fisiología B
	Microbiología	Biología Molecular
	Inmunología	Propedéutica clínica
	Taller de TICS	Farmacología y Toxicología I
		Taller de TICS
AÑO 3	Medicina Interna I	Medicina Interna II
	Práctica clínica de Medicina Interna I	Práctica Clínica de Medicina Interna II
	Anatomía Patológica	Salud Pública
	Farmacología y Toxicología II	
AÑO 4	Anestesiología	Cirugía B
	Cirugía A	Práctica quirúrgica B
	Práctica quirúrgica A	Imagenología
	Nutrición	Prácticas de Salud Pública
	Técnicas quirúrgicas	
AÑO 5	Ginecología y Obstetricia	Psiquiatría
	Medicina legal	Pediatría
	Epidemiología crítica	Genética
AÑO 6	Internado Rotatorio de Pregrado	
AÑO 7	Servicio Social	

²²⁷ Página de la Facultad de Medicina de la UASLP, en <https://goo.gl/gb8JkQ>, [consulta 28 de junio 2018].

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

LIC. ENFERMERÍA²²⁸

	Semestre agosto- diciembre	Semestre enero- junio
Año 1	Fundamentos para el cuidado primario a la salud I	Fundamentos para el cuidado primario a la salud II
	Ciencias biomédicas I	Valoración clínica
	Psicosociología de la salud I	Ciencias biomédicas II
	Educación para la salud	Psicosociología de la salud II
	Epidemiología	Tecnologías de la información e investigación
Año 2	Fundamentos del cuidado enfermero	Cuidado enfermero al adulto
	Ciencias biomédicas III	Enfermería comunitaria y ambiental
	Psicosociología de la salud III	Ciencias biomédicas IV
	Bioestadística I	Psicosociología del adulto, familia y comunidad
Año 3	Cuidado enfermero al adulto mayor	Cuidado enfermero en la etapa reproductiva
	Ciencias biomédicas V	Fisiología y patología de la reproducción
	Psicosociología del adulto y del adulto mayor	Psicosociología en la etapa reproductiva
	Administración de los servicios de enfermería	Gestión de la calidad del cuidado en enfermería
Año 4	Cuidado enfermero al niño	Optativa Enfermería
	Fisiología y patología del niño	Psiquiatría
	Psicosociología del niño	Desarrollo profesional
	Metodología de la investigación I	Metodología de la investigación II
	Bioestadística II	Optativa General
Año 5	Servicio Social	Servicio Social
CURSOS	Curso de intervenciones básicas en situaciones de urgencia	
	Cursos de intervenciones avanzadas en situaciones de urgencia	
	Cursos de intervenciones pediátricas situaciones de urgencia	

²²⁸ Página de la Facultad de enfermería y nutrición UASLP, licenciatura en enfermería, programas académicos, en <https://goo.gl/5zDZgp>, [consulta 28 de junio 2018].

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

LIC. NUTRICIÓN²²⁹

	Semestre agosto-diciembre	Semestre enero- junio
Año 1	Anatomía y Fisiología	Fisiología nutricional
	Biología Celular	Bioquímica
	Química y biomoléculas	Microbiología de los alimentos
	Laboratorio básico	Biomédica
	Administración general	Bases de nutrición
	Sociedad y salud	Psicología del desarrollo
	Antropología de la alimentación	Ética profesional
		Optativa 1
Año 2	Fisiopatología	Nutrición del adulto y adulto mayor
	Evaluación nutricional	Bromatología
	Toxicología de alimentos	Dietología y dietoterapia
	Taller de técnicas culinarias	Administración de servicio de alimentos
	Nutrición y actividad física	Educación para la salud
	Psicología de la salud y conducta alimentaria	Optativa 3
	Optativa 2	
Año 3	Nutrición materno- infantil	Nutrición del niño y adolescente
	Interacción fármaco- nutriente	Nutriología clínica
	Taller de servicio de alimentos	Nutrición en salud pública
	Tecnología y ciencia de los alimentos	
	Bioestadística	
	Nutrición y ambiente	
	Epidemiología	
Año 4	Nutriología clínica	Nutrición comunitaria
	Nutrición en el deporte	Investigación II
	Práctica de servicio de alimentos	Mercadotecnia
	Desarrollo de nuevos productos	Tópicos selectos
	Investigación I	Práctica de integración
	Bioética	Desarrollo profesional y emprendimiento
	Optativa 4	
Año 5	Servicio social I	Servicio social II

²²⁹ Página de la Facultad de enfermería y nutrición UASLP, Licenciatura en nutrición, programas 2015, en <https://goo.gl/qMdVoh>, [consulta 28 de junio 2018].

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR²³⁰

	Materias	Rotaciones (práctica clínica)
Año 1	Riesgos médicos civiles	Medicina familiar: Consulta de Medicina Familiar, Geriátría, Consultorio escuela, Atención Médica Continua, Coordinación de Medicina Familiar.
	Medicina Familiar I	Medicina Interna: Gastroenterología, Cardiología, Endocrinología, Neumología y Medicina Interna, Urgencias, Infectología.
	Medicina interna I	Ginecología: Prenatal, Ginecobstetricia, Clínica de Displasias, Clínica de Mama, Planificación Familiar, Urgencias de Maternidad
	Pediatría I	Ginecología: Prenatal, Ginecobstetricia, Clínica de Displasias, Clínica de Mama, Planificación Familiar, Urgencias de Maternidad
	Gineco -obstetricia I	
	Educación I	
	Seminario de investigación I	
Año 2	Administración I	Medicina Familiar: Consulta de Medicina Familiar, Geriátría, Consultorio Escuela, Atención Medica Continua, Coordinación de Medicina Familiar.
	Salud pública I	Medicina Interna: Nefrología, Dermatología, Reumatología, Neurología, Urgencias.
	Medicina familiar II	Cirugía: Cirugía General. Oftalmología, Otorrinolaringología, Trauma y Ortopedia, Urología, Angiología, Urgencias, Cirugía Pediátrica. Coloproctología.
	Medicina interna II	Salud Pública: Salud en el Trabajo, Epidemiología.
	Cirugía y urgencias	
	Metodología de la enseñanza	
	Bioética	
	Seminario de investigación	
Año 3	Administración II	Medicina Familiar: Consulta de Medicina Familiar, Geriátría, Consultorio Escuela, Atención
	Salud pública II	Salud Pública: Rehabilitación física.
	Medicina familiar III	Medicina Interna: Inmuno-Alergología, Hematología, Oncología Médica, Banco de Sangre, Psiquiatría.
	Medicina interna III	Ginecoobstetricia: Urgencias de Maternidad.
	Pediatría II	Pediatría: Urgencias Pediátricas.
	Gineco-obstetricia II	
	Educación II	
	Seminario de investigación II	

²³⁰ Página de la facultad de medicina UASLP, Medicina familiar, plan de estudios, en <https://goo.gl/b9Vr5S>, [consulta 28 de junio 2018].

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA²³¹

	Materias	Rotaciones (práctica clínica)
Año 1	Riesgos médicos civiles	Lactantes, Escolares, Infectología, Cunas.
	Accidentes e intoxicaciones	Unidad de Cuidados Neonatales.
	Cirugía pediátrica	Especialidades 1: Gastroenterología.
	Infectología y parasitología	Estimulación Temprana, Genética.
	Líquidos y electrolitos	
	Neonatología	
	Nutrición	
	Pediatría médica ambulatoria y puericultura	
	Pediatría social	
	Didáctica general (metodología de la enseñanza)	
	Seminario de investigación I	
	Práctica clínica I	
Año 2	Cardiología	Lactantes, Escolares, Quemados, Consulta
	Dermatología	Externa Pediatría, Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales,
	Gastroenterología	Especialidades 2: Dermatología,
	Hematología	Oftalmología
	Nefrología y urología	
	Neumología	
	Neurología	
	Paidopsiquiatría	
	Terapia intensiva	
	Bioética	
	Seminario de Investigación II	
	Práctica clínica II	
Año 3	Endocrinología	Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica,
	Genética	Urgencias, Especialidades 3: Endocrinología,
	Inmunología y reumatología	Neurología, Especialidades 4: Nefrología,
	Oftalmología	Cardiología, Oncología, Rotación Foránea
	Otorrinolarongología	(servicio social), Rotación Foránea (Hospitales de apoyo)
	Seminario de investigación III	
	Práctica clínica III	

²³¹ Página de la Facultad de Medicina UASLP, Pediatría, plan de estudios, en <https://goo.gl/zojoNf>, [consulta 28 de junio 2018].

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA²³²

	Materias
Año 1	Riesgos médicos civiles
	Anatomía I
	Principios de Cirugía y de Técnicas Quirúrgicas I
	Obstetricia General I
	Obstetricia Operatoria I
	Ginecología General I
	Metodología de la enseñanza
	Bioética
	Seminario de Investigación I
	Actividad Clínica Complementaria I
Año 2	Obstetricia general II
	Obstetricia operatoria II
	Ginecología General II
	Seminario de Investigación II
	Actividad clínica complementaria II
Año 3	Obstetricia de Alto Riesgo y Medicina Materno Fetal I
	Oncoginecología y Colposcopia I
	Biología de la Reproducción I
	Uroginecología y Disfunción del Piso Pélvico I
	Urgencias Obstétricas y Medicina Crítica en Obstetricia I
	Seminario de Investigación III
	Actividad Clínica Complementaria III
Año 4	Obstetricia de Alto Riesgo y Medicina Materno Fetal II
	Oncoginecología y Colposcopia II
	Biología de la Reproducción II
	Uroginecología y Disfunción del Piso Pélvico II
	Urgencias Obstétricas y Medicina Crítica en Obstetricia II
	Seminario de Investigación IV
	Actividad Clínica Complementaria IV

²³² Página de la Facultad de Medicina UASLP, Ginecología y obstetricia, admisión, plan de estudios, <https://goo.gl/jyLXQq>, [consulta 28 de junio 2018].

UNIVERSIDAD CUAUHTÉMOC

LIC. MÉDICO CIRUJANO²³³

	Semestre agosto- diciembre	Semestre enero- junio
Año 1	Morfología I	Morfología II
	Biología del Desarrollo	Neuroanatomía
	Bioquímica	Fisiología I
	Metodología de la Investigación	Biología Molecular
	Nutrición	Bioestadística
	Psicología	
Año 2	Microbiología y Parasitología	Técnicas Quirúrgicas
	Fisiología II	Genética Humana
	Propedéutica, Semiología y Diagnóstico Físico I	Diseño Experimental
	Antropología Social	Propedéutica, Semiología y Diagnóstico Físico II
	Salud Pública	Sexualidad Humana
		Farmacología Básica
		Salud Ambiental
		Bioética
Año 3	Medicina Interna I	Medicina Interna II
	Cardiología	Endocrinología
	Nefrología	Neurología
	Infectología	Inmunología Clínica
	Patología	Fisiopatología
	Medicina del Trabajo	Medicina basada en Evidencias
Año 4	Medicina Interna III	Medicina Interna IV
	Neumología	Reumatología
	Gastroenterología	Hematología
	Dermatología	Oncología
	Imagenología	Cirugía General
	Medicina Forense	Geriatría
	Investigación Clínica	Farmacología Clínica
	Economía de la Salud	Seminario IV
	Seminarios III	
Año 5	Cirugía II	Clínicas Médico Quirúrgicas
	Urología	Psiquiatría
	Otorrinolaringología	Clínicas de Gineco-Obstetricia
	Oftalmología	Clínicas de Pediatría
	Medicina física y rehabilitación	Urgencias Médicas
	Ginecología y Obstetricia	Administración de los Servicios de Salud
	Pediatría	Ortopedia y Traumatología
	Seminarios V	Seminarios VI
Año 6	Internado Médico de Pregrado	Internado Médico de Pregrado
Año 7	Servicio Social	Servicio Social

²³³ Página de la Universidad Cuauhtémoc, Licenciatura en médico cirujano, en <https://goo.gl/gfjVFH>, [consulta 28 de junio 2018].

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MÉXICO

LIC. EN MEDICINA²³⁴

	Semestre agosto- diciembre	Semestre enero- junio
Año 1	Biología Celular	Procesos Biológicos
	Estructura y Función Humana	Sistema Circulatorio
	Desarrollo Humano y Social	Sistema Respiratorio
	Salud Pública	Sistema Hematopoyético
	Práctica Médica I	Salud Ambiental y Estilo de Vida
		Práctica Médica II
Año 2	Agresión y Defensa en Medicina Humana	Biología Molecular y Genética
	Sistema Gastrointestinal	Sistema Nervioso y Conducta
	Piel y anexos	Sistema Ostio- Mio- Articular
	Sistema Genitourinario	Sistema Endócrino y Reproductivo
	Medicina Comunitaria	Metodología de la Investigación
	Práctica Médica III	Práctica Médica IV
Año 3	Farmacología	Medicina Familiar
	Nutrición y Metabolismo	Urgencias y Emergencias
	Fisiopatología I	Fisiopatología II
	Biotecnología e Informática	Bioética y Profesionalismo
	Clínica Integrada	Medicina Legal y Forense
Año 4	Medicina Interna	Cirugía
	Pediatría	Ginecología y Obstetricia
	Fisiopatología III	Seminario Integrador I
	Epidemiología	
Año 5	Electiva Médica I	Internado: Medicina Familiar
	Electiva Médica II	Internado: Ginecología y Obstetricia
	Seminario Integrador II	Internado: Cirugía General
	Gerontología	
Año 6	Internado: Medicina Interna	
	Internado: Pediatría Clínica	
	Internado: Urgencias	

²³⁴ Página de Universidad UVM, licenciatura en medicina, plan de estudios, en <https://goo.gl/pr9VXB>, [consulta 28 de junio 2018].

UNIVERSIDAD TANGAMANGA

LIC. EN ENFERMERÍA 8 semestres²³⁵

	Semestre agosto- diciembre	Semestre enero- junio
Año 1	Taller para el estudio de las Ciencias de la Enfermería	Anatomía y Procesos Fisiológicos I
	Socio Antropología para la Salud	Principios Didácticos en la Promoción a la Salud
	Procesos Microbiológicos para el Cuidado	Principios Teóricos para el Cuidado Enfermero
	Bases de Psicología General en Salud	Nutrición y Bioquímica aplicada en el Cuidado Enfermero
	Introducción a la Organización de la Salud en México	Taller Integrador para el Cuidado I
	Análisis Epidemiológico en Salud	Introducción a los Métodos de Investigación
Año 2	Anatomía y Procesos Fisiológicos II	Proceso Psicopedagógico en la Etapa Reproductiva
	Principios de Farmacología	El Cuidado para la Salud Reproductiva
	Desarrollo del Proceso Docente en Enfermería	Gerencia Aplicada al Cuidado Enfermero
	Principios del Cuidado Enfermero en el Paciente Hospitalizado	Taller Integrador para el Cuidado III
	Taller Integrador para el Cuidado II	Enfermería Farmacológica Aplicada
	Principios Bioéticos y Legislación	
Año 3	El Cuidado para la Salud en el Niño Sano	Procesos Fisiopatológicos en el Adulto I
	El Cuidado para la Salud en el Niño Enfermo	El Cuidado para la Salud en el Adulto I
	Taller Integrador para el Cuidado IV	Desarrollo de la Personalidad en el Adulto
	Desarrollo de la Personalidad Infantil	Gerencia Aplicada en los Servicios de Salud
	Procesos Fisiopatológicos en el Niño	Métodos de Investigación en Salud I
Año 4	Procesos Fisiopatológicos en el adulto II	Procesos Fisiopatológicos en el Adulto Mayor
	El Cuidado para la Salud del Adulto II	El Cuidado para la Salud del Adulto Mayor
	Taller Integrador para el Cuidado V	El Cuidado para la Salud Mental
	Transición Profesional	Taller Integrador para el Cuidado VI
	Seminario de Tesis I	Seminario de Tesis II

²³⁵ Página de la Universidad Tangamanga, licenciatura en enfermería, en <https://goo.gl/HBwH2H>, [consulta 28 de junio 2018].

UNIVERSIDAD TANGAMANGA

LIC. EN ENFERMERÍA 9 cuatrimestres²³⁶

Primer Cuatrimestre	Segundo Cuatrimestre
Anatomía y Fisiología I	Anatomía y Fisiología II
Epidemiología y Análisis de Datos	Atención Primaria a la Salud
Estrategias de Estudio y Aprendizaje	Enfoque Intercultural en Atención Primaria
Introducción a la Enfermería Comunitaria	Microbiología
Socio Antropología	
Tercer Cuatrimestre	Cuarto Cuatrimestre
Bioquímica	Bioética y Legislación
Enfermería Básica I	Desarrollo Humano I
Farmacología	Enfermería Básica
Metodología de la Investigación	Nutrición Terapéutica
Quinto Cuatrimestre	Sexto Cuatrimestre
Desarrollo Humano II	Docencia en Atención Primaria
Didáctica en Enfermería	Enfermería en la Atención Pediátrica
Enfermería en la Atención de la Etapa Reproductiva	Métodos de Investigación en Enfermería
Patologías en Gineco -Obstetricia	Patología en Pediatría
Séptimo Cuatrimestre	Octavo Cuatrimestre
Administración en los Servicios de Enfermería	Enfermería en la Atención de Urgencias I
Enfermería en la Atención del Adulto	Enfermería en la Atención del individuo en Estado Crítico
Patologías Médico -Quirúrgicas en el adulto	Innovaciones Electromédicas y aprovechamiento de recursos del entorno
Salud Mental	Kinestesia
Noveno Cuatrimestre	
Administración de los Servicios de Salud	
Enfermería en la Atención del Adulto Mayor	
Geriatría y Gerontología	
Transición Profesional	

²³⁶ Ibidem.

CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD DE CRUZ ROJA MEXICANA
LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA²³⁷

	Semestre agosto- diciembre	Semestre enero- junio
Año 1	Procesos de Desarrollo de la Persona	Evidencia Científica en enfermería
	Sociedad y Salud	Anatomía y Fisiología II
	Anatomía y Fisiología I	Determinantes Ambientales de la Salud
	Bases Filosóficas en Enfermería	Fundamentos de Enfermería II
	Fundamento de Enfermería I	Salud Mental
	Historia de la enfermería y Partería	
Año 2	Salud Colectiva	Cuidado Integral a la Niñez y la adolescencia
	Cuidado Integral de la Adulterez	Educación para la Salud
	Procesos Bioquímicos y Farmacológicos	Farmacología Clínica
	Procesos Fisiopatológicos I	Gerencia de Servicios de Salud y Enfermería
	Proceso de Atención Nutricional	Procesos Fisiopatológicos II
	Ética y Legislación	
Año 3	Cuidado Integral a la Mujer durante la Gestación I	Cuidado Integral a la mujer durante parto y puerperio I
	Educación Perinatal	Gestión del Cuidado Obstétrico
	Género y Salud	Salud Infantil
	Investigación Descriptiva	3 seminarios de acuerdo al programa
	Procesos genéticos y embriológicos	
	Salud sexual y reproductiva	
Año 4	Cuidado Integral Ginecológico	Cuidado Integral Neonato de riesgo
	Cuidado Integral a la Mujer durante la Gestación II	Cuidado integral a la mujer durante parto y puerperio II
	Cuidados interculturales en la Salud Materna e Infantil	Emergencias Obstétricas
	Farmacología Obstétrica	3 seminarios de acuerdo al programa
	Salud Familiar	

²³⁷ Folleto informativo proporcionado en el mismo Centro, el 3 de agosto 2017.

ANEXO 2

10 PASOS PARA UNA LACTANCIA EXITOSA²³⁸

Todo establecimiento que brinde servicios de atención al parto y cuidados del recién nacido debe cumplir con estas normas, que, a partir del 2018, están subdivididas en:

I. Procedimientos de gestión críticos.

1-A. Cumplir plenamente con el *Código Internacional de Comercialización de sucedáneos de la leche materna* y las resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud.

1-B. Tener una política escrita de alimentación infantil que se comunique rutinariamente al personal y a los padres.

1-C. Establecer sistemas continuos de monitoreo y gestión de datos.

2. Asegurarse de que el personal tenga los conocimientos, la competencia y las habilidades suficientes para apoyar la lactancia materna.

II. Prácticas clínicas clave.

3. Discutir la importancia y el manejo de la lactancia materna con mujeres embarazadas y sus familias.

4. Facilitar el contacto directo e ininterrumpido piel con piel y apoyo a las madres para iniciar con la lactancia tan pronto como sea posible después del nacimiento.

5. Apoyar a las madres para iniciar y mantener la lactancia materna y manejar las dificultades comunes.

6. No proporcionar a los recién nacidos alimentados con leche materna ningún alimento o líquido que no sea leche materna, a menos que esté medicamento indicado.

²³⁸ OMS, Nutrición, “10 pasos para una lactancia materna exitosa, revisado 2018”, en <https://goo.gl/4eBmAs>, [Consulta 30 de agosto 2018].

7. Permitir que las madres y sus bebés permanezcan juntos y practiquen el alojamiento conjunto las 24 horas del día.
8. Apoyar a las madres para que reconozcan y respondan a las señales de alimentación de sus bebés.
9. Aconsejar a las madres sobre el uso y los riesgos de alimentar con biberones, tetinas y chupones.
10. Coordinar el alta para que los padres y sus bebés tengan acceso oportuno a asistencia y atención constante.