

Prevalencia de lactancia materna en el sector público de salud de Argentina, según la Encuesta Nacional de Lactancia Materna, 2017

Prevalence of breastfeeding in the public health sector of Argentina according to the National Survey on Breastfeeding of 2017

Guadalupe L. Mangialavori^a , Mariela Tenisi^a , Diana Fariña^b ,
Enrique O. Abeyá Gilardon^b , Natalia Elorriaga^c 

RESUMEN

Introducción. La lactancia materna (LM) reduce el riesgo de morbimortalidad en niños, además, provee ventajas medioambientales y económicas. El monitoreo de su práctica es indispensable para las políticas públicas.

Objetivos. Los objetivos de este trabajo fueron estimar la prevalencia de LM en la población que demanda al sector público, comparar la prevalencia con datos del 2015 y evaluar variables de interés asociadas.

Población y métodos. Estudio transversal observacional. Mediante un cuestionario estructurado, se relevó información de ingestión y datos sociodemográficos de lactantes <6 meses (n = 15 322) y de entre 12 y 15 meses (n = 3243) que concurren en forma espontánea a efectores del sector público entre agosto y septiembre de 2017.

Resultados. La prevalencia de LM exclusiva (LME) en <6 meses fue del 53,5 % (intervalo de confianza del 95 % [IC95%]: 52,7-54,3); al cuarto y sexto mes, del 51,5 % (IC95%: 49,7-53,4) y del 41,7 % (IC95%: 39,8-43,5) respectivamente. La prevalencia de LME al cuarto y al sexto mes aumentaron en relación con el 2015 ($p < 0,001$). La prevalencia de LM en niños de 12 a 15 meses fue del 77,8 % (IC95%: 76,4-79,3). Las siguientes variables se asociaron en forma independiente con menor frecuencia de LME (en <6 meses) y LM: mayor edad del niño, menor nivel educativo materno, parto por cesárea, bajo peso al nacer, puesta al pecho después de la primera hora y separación de la diada madre-hijo/a ≥ 4 horas diarias.

Conclusiones. La LME al sexto mes y la LM continuada muestran cierta mejora, pero aún la proporción de lactantes amamantados no logra alcanzar niveles deseables.

Palabras clave: lactancia materna, prevalencia, encuestas y cuestionarios, Argentina.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2022.152>

Texto completo en inglés:

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2022.eng.152>

- Dirección de Salud Perinatal y Niñez, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.
- Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.
- Consejo Nacional de INvestigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Centro de Investigaciones en Epidemiología y Salud Pública, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia:

Guadalupe L. Mangialavori:
guadamangia@hotmail.com

Financiamiento:

Se recibió apoyo financiero de la Organización Panamericana de la Salud para la realización del estudio.

Conflicto de intereses:

Ninguno que declarar.

Recibido: 22-6-2021

Aceptado: 28-9-2021

INTRODUCCIÓN

El conocimiento científico sustenta la importancia de la lactancia materna (LM) para la nutrición y la salud del lactante, la salud de la mujer y el beneficio de la sociedad.¹ La Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Ministerio de Salud de la Nación, entre otras organizaciones y sociedades científicas, recomiendan la LM exclusiva (LME) hasta los 6 meses de edad y la LM hasta por lo menos los 2 años de vida con la incorporación de alimentos y agua.¹⁻³

La lactancia reduce el riesgo de padecer diarrea e infecciones respiratorias, y de la hospitalización por estas causas;^{4,6} el riesgo de mala oclusión dental, otitis media, leucemia y muerte súbita del lactante también se ve reducido con su práctica. A su vez, se observan mejoras en los puntajes de las pruebas que miden el cociente intelectual.^{4,6} A largo plazo, reduce el riesgo de sobrepeso y de diabetes de tipo 2.⁷ Los beneficios se evidencian también para la salud de la madre: es menor el riesgo de hemorragia posparto y de cáncer de ovario y de mama.¹ Se evitarían 823 000 muertes de niños menores de 2 años de edad y 20 000 muertes por cáncer de mama por año si su práctica fuera casi universal.⁶

Existen diversos obstáculos para su práctica adecuada tanto a nivel sociocultural, individual como en los servicios de salud.⁸ En Argentina, algunas barreras incluyen la escasa observancia del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos

Cómo citar: Mangialavori GL, Tenisi M, Fariña D, Abeyá Gilardon EO, Elorriaga N. Prevalencia de lactancia materna en el sector público de salud de Argentina, según la Encuesta Nacional de Lactancia Materna, 2017. *Arch Argent Pediatr* 2022;120(3):152-157.

de la Leche Materna, la valoración positiva sobre las fórmulas y el desconocimiento de sus riesgos, la ignorancia de los beneficios de la lactancia, entre otras.^{9,10}

Por el impacto negativo de no amamantar acorde a las recomendaciones, su promoción y protección son consideradas una prioridad de salud pública. Es un aspecto fundamental el relevamiento sistemático de indicadores epidemiológicos que describan su evolución y los factores asociados, con el fin de ajustar políticas sanitarias.⁵

Los objetivos de esta publicación fueron estimar la prevalencia de LM en Argentina en la población que demanda al sector público de salud, compararla con mediciones anteriores y evaluar variables de interés asociadas.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Del 15 de agosto al 30 de septiembre de 2017, se realizó la Encuesta Nacional de Lactancia Materna (ENaLac) en centros de salud, hospitales públicos y vacunatorios de todo el país. Los datos están disponibles en el Informe 2018. Situación de la Lactancia Materna en Argentina.¹¹ La ENaLac es un estudio transversal y observacional realizado desde 1998, que releva la alimentación del día anterior mediante un cuestionario estructurado realizado a cuidadores de lactantes hasta 6 meses y entre 12 y 15 meses que concurren en forma espontánea al control de salud del niño sano durante los días estipulados para la encuesta.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: patologías de la madre o el niño que interfieran o contraindiquen la lactancia (enfermedades metabólicas, neurológicas, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], entre otras); niño enfermo al momento de la encuesta (con patologías respiratorias o gastrointestinales que interfieran en la alimentación); y adulto que se niega a participar por cualquier motivo.

También se relevan datos sobre el peso al nacer (PN), la educación de la madre y el tipo de parto, entre otras variables. Los adultos fueron informados de los alcances del estudio y participaron en forma voluntaria. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Organización Panamericana de la Salud (PAHOERC, por su sigla en inglés).

La recolección de datos se realizó con el apoyo de los programas materno infantiles jurisdiccionales y del personal de los centros de salud, vacunatorios y hospitales públicos, que, previo a la implementación, fueron capacitados

vía teleconferencia y en forma presencial, según requerimiento.

Se definió la lactancia materna (LM) a la ingestión de leche materna (directa del pecho, por biberón u otra forma) el día anterior a la entrevista, medida para cualquier grupo etario; lactancia materna exclusiva (LME) a la ingestión de leche materna sin ingestión de ningún otro alimento y/o bebida y/o leche, estimada hasta los 6 meses; y lactancia materna continuada (LMC) a la prevalencia de LM en el grupo de 12 a 15 meses.

La muestra se diseñó teniendo en cuenta los porcentajes obtenidos en cada jurisdicción según los datos de la ENaLac anterior y del número de recién nacidos vivos del 2015 para lograr que el indicador de LME antes del sexto mes fuera representativo de cada jurisdicción y para que el indicador de LMC fuera representativo a nivel nacional.¹¹ Las características de la muestra se describen utilizando porcentajes. Para el cálculo de la prevalencia, los resultados fueron ponderados sobre la base de los nacidos vivos de cada provincia.¹² Se calcularon intervalos de confianza (IC) para las variables relevadas. La significancia estadística para comparar los valores de LME entre 2015 y 2017 se evaluó mediante la comparación de intervalos de confianza y de la prueba de diferencia de proporciones a dos colas con un valor $p < 0,01$ como mínimo.¹³

A través del cálculo de las razones de momios (OR, por su sigla en inglés) crudas y ajustadas por las mismas variables, se evaluó la asociación de la LM y LME con otras variables, incluidas edad (meses), máximo nivel educativo de la madre (hasta primario completo o primario completo o superior); tipo de parto (natural o cesárea), PN (< 2500 g o ≥ 2500 g); momento de puesta al pecho luego del parto (antes de la primera hora o después de la primera hora); y tiempo diario de separación madre-hijo/a (< 4 horas, o igual o ≥ 4 horas).

El paquete estadístico utilizado para el análisis fue Stata/SE 12.0® para Windows (Stata Corp LP, College Station, TX, USA, 2011).

RESULTADOS

Se obtuvieron datos de todas las provincias; de las que se descartó el 20 % por estar fuera del rango etario o no poseer datos de ingesta. La muestra final ponderada fue 18 565 casos: el 82,5 % ($n = 15 322$) lactantes de menos de 6 meses y el resto ($n = 3243$) entre 12 y 15 meses (Tabla 1).

Prevalencia de lactancia materna, lactancia materna exclusiva y lactancia materna continuada

Al momento de la encuesta, la mayoría de los lactantes se encontraba recibiendo LM. Tanto la prevalencia de la LM como de la LME muestran una tendencia descendiente a mayor edad en meses del lactante (Tabla 2).

En menores de 6 meses sin LME, se indagó el tipo de leche utilizada como sustituto de la LM. Se observó que el 58,6 % (IC95%: 57,5-59,8) consumió fórmula infantil, mientras que el 28,3 % (IC95%: 27,3-29,4) recibió leche de vaca.

Al comparar la prevalencia de LME con los resultados del año 2015 (estimación sin la representatividad de Catamarca, Corrientes, Santa Cruz y Santiago del Estero), se observó un aumento significativo tanto en la prevalencia de LME a los 6 meses como a los 4 meses. Al cuarto mes, la LME presentó un aumento del 5 % ($p < 0,001$), elevándose del 46 % (IC95%: 45,6-46,3) al 51 % (IC95%: 49,7-53,4); mientras que la LME al sexto mes mostró un aumento del 7 % ($p < 0,001$), con una elevación del 35 % (IC95%: 34,7-35,5) al 42 % (IC95%: 39,8-43,5).

TABLA 1. Características de la muestra ($n = 18\ 565$)

Variable	Categorías	n (%)
Edad (meses)	0 a 6	15 322 (82,5)
	12 a 15	3243 (17,5)
Nivel educativo de la madre	Hasta primario incompleto	1691 (9,3)
	Primario completo y secundario incompleto	9217 (50,8)
	Secundario completo o más	7245 (39,9)
Tipo de parto	Vaginal	11 307 (60,9)
	Cesárea	7238 (39,0)
	Sin dato	20 (0,1)
Peso al nacer	Menos de 2500 g	1044 (5,6)
	2500 g o más	17 522 (94,4)
Momento de puesta al pecho luego del parto	Antes de la primera hora posterior al parto	12 627 (68,0)
	Luego de la primera hora de haber nacido, pero antes de cumplir un día	4403 (23,7)
	Luego del primer día de vida	1141 (6,1)
	Nunca fue puesto al pecho	279 (1,5)
	NS/NR	115 (0,6)
Tiempo de separación madre-hijo/a	Hasta 4 horas por día	15 041 (81,0)
	Más de 4 horas por día	3426 (18,5)
	Sin dato	98 (0,5)

NS/NR: no sabe/no responde.

Fuente: Encuesta Nacional de Lactancia Materna, 2017.

TABLA 2. Porcentaje de lactancia según la edad

Edad (meses)	Porcentaje (IC95 %)	
	Lactancia materna	Lactancia materna exclusiva
2	93,3 (92,4-94,3)	57,9 (55,9-60,0)
4	89,2 (88,2-90,3)	51,5 (49,7-53,4)
6	88,3 (87,1-89,5)	41,7 (39,8-43,5)
0 a 6	90,7 (90,2-91,2)	53,5 (52,7-54,3)
12 a 15	77,8 (76,4-79,3)	NA

IC95%: intervalo de confianza del 95 %; NA: no aplica.

Fuente: Encuesta Nacional de Lactancia Materna, 2017.

Además de la edad en meses, distintos factores se asociaron independientemente con las chances de LM, incluida la educación materna, el tipo de parto, el PN, el momento de puesta al pecho luego del parto y la separación de la díada madre-hijo/a.

Lactancia y educación materna

La prevalencia de LME fue diferente según el nivel de instrucción materno. En lactantes cuyas madres tenían hasta primario incompleto, fue del 47,3 % (IC95%: 44,7-49,9); en las que tenían primario completo o secundario incompleto, fue del 54,0 % (IC95%: 52,9-55,1); y en aquellas con secundario completo o más, fue del 53,7 % (IC95%: 52,5-55,0). La LM y la LME fueron mayores entre lactantes cuyas madres habían alcanzado por lo menos el nivel primario completo (Tabla 3); sin embargo, esta asociación no se observó para la LMC.

Lactancia y tipo de parto

En toda la muestra se reportó un 39 % de cesárea (Tabla 1) y la cantidad de cesáreas y partos vaginales fue similar cuando el PN fue <2500 g

(528 partos vaginales y 516 cesáreas). En cambio, se registró casi el doble de partos vaginales que cesáreas en nacimientos con ≥ 2500 g (10 779 y 6722 respectivamente). La cesárea se asoció con menor prevalencia de LM o LME en menores de 6 meses y más chances de destete luego del año. Finalmente, la cesárea se asoció negativamente con la puesta al pecho antes de la primera hora en niños nacidos con ≥ 2500 g (OR = 2,35; IC95%: 2,20-2,51) (Tabla 3).

Lactancia y peso al nacer

Del total de nacidos con <2500 g, al momento de la encuesta, el 79,3 % (IC95%: 76,9-81,8) recibía LM; mientras que, entre los nacidos con ≥ 2500 g, el 89,9 % (IC95%: 88,5-89,5) recibía LM. La prevalencia de LM en menores de 6 meses nacidos con <2500 g fue del 80,9 % (IC95%: 78,3-83,5), mientras que para el otro grupo la prevalencia fue del 91,3 % (IC95%: 90,8-91,8).

Al analizar la prevalencia de LME, la diferencia entre ambos grupos fue más marcada: el 34,7 % (IC95%: 31,6-37,9) y el 54,7 % (IC95%: 53,8-55,5) respectivamente.

Tabla 3. Razón de momios (crudas y ajustadas) de lactancia materna y lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses y lactancia materna continuada en niños y niñas de 12 a 15 meses, según características sociodemográficas y perinatales

Variables	Lactancia materna exclusiva		Lactancia materna		Lactancia materna continuada	
	OR cruda (IC95%)	OR ajustada (IC95%)*	OR cruda (IC95%)	OR ajustada (IC95%)*	OR cruda (IC95%)	OR ajustada (IC95%)*
Edad (meses)	0,84 (0,81-0,87)	0,84 (0,83-0,86)	0,87 (0,82-0,93)	0,89 (0,86-0,92)	0,73 (0,60-0,88)	0,77 (0,70-0,84)
Máximo nivel educativo de la madre						
Hasta primario incompleto	1 (Ref.)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	1 (Ref.)
Primario completo o superior	1,31 (1,05-1,62)	1,34 (1,19-1,50)	1,54 (1,07-2,22)	1,58 (1,33-1,87)	0,99 (0,59-1,68)	1,15 (0,84-1,57)
Tipo de parto						
Vaginal	1 (Ref.)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	1 (Ref.)
Cesárea	0,56 (0,49-0,63)	0,63 (0,59-0,68)	0,57 (0,46-0,72)	0,70 (0,62-0,78)	0,64 (0,45-0,90)	0,68 (0,56-0,81)
Peso al nacer						
≥ 2500 g	1 (Ref.)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	1 (Ref.)
<2500 g	0,44 (0,33-0,58)	0,53 (0,46-0,62)	0,40 (0,28-0,59)	0,53 (0,44-0,65)	0,69 (0,37-1,26)	0,79 (0,55-1,13)
Momento de puesta al pecho luego del parto						
Durante la primera hora del nacimiento	1 (Ref.)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	1 (Ref.)
Después de la primera hora del nacimiento	0,47 (0,41-0,54)	0,51 (0,47-0,51)	0,44 (0,35-0,55)	0,49 (0,43-0,51)	0,56 (0,40-0,79)	0,59 (0,49-0,51)
Tiempo diario de separación madre-hijo/a						
Menos de 4 horas	1 (Ref.)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	1 (Ref.)
4 horas o más	0,39 (0,32-0,46)	0,41 (0,37-0,45)	0,57 (0,43-0,72)	0,59 (0,52-0,67)	0,67 (0,47-0,97)	0,64 (0,53-0,77)

OR: razón de momios (por su sigla en inglés); IC95%: intervalo de confianza del 95 %; LME: lactancia materna exclusiva; LM: lactancia materna; LMC: lactancia materna continuada; Ref.: referencia.

*La OR informada para cada variable corresponde al valor ajustado por el resto de las características en un modelo que incluye edad, máximo nivel educativo de la madre, tipo de parto, peso al nacer, momento de la primera puesta al pecho, tiempo diario de separación madre-hijo/a.

Para los lactantes de 12 a 15 meses, la prevalencia de LMC en nacidos con <2500 g fue del 71,1 % (IC95%: 64,2-78,1) y, para el grupo de nacidos con \geq 2500 g, fue del 78,2 % (IC95%: 76,6-79,7).

Luego de ajustar por otros factores, el bajo PN se asoció en forma independiente con menos chances de LM y LME en menores de 6 meses, pero no con la práctica de LMC (Tabla 3).

Lactancia y momento de puesta al pecho luego del parto

El 68,0 % (IC95%: 67,3-68,7) de los lactantes fueron puestos al pecho antes de la primera hora de vida. Al analizar el dato según el PN, se observó que el 40,1 % (IC95%: 36,9-43,4) de los niños nacidos con <2500 g fue puesto al pecho antes de la primera hora, mientras que, entre los niños nacidos con \geq 2500 g, esa proporción fue del 69,6 % (IC95%: 68,8-70,3). La puesta al pecho luego de la primera hora se asoció con menos chances de LM y de la LME en el conjunto de menores de 6 meses como también para la LMC (Tabla 3), aun luego de ajustar por otros factores.

Lactancia y separación de la díada madre-hijo/a

Hubo una menor prevalencia de LM en niños separados al menos 4 horas diarias de sus madres: el 82,2 % (IC95%: 81,0-83,5) versus el 89,9 % (IC95%: 89,4-90,4). Se observó una tendencia similar con la LME en menores de 6 meses: aquellos que pasaban al menos 4 horas separados de sus madres presentaban menor porcentaje de LME (34,1 % [IC95%: 32,2-36,0]) que aquellos que no se separaban (57,2 % [IC95%: 56,3-58,0]). Ajustando por el resto de los factores evaluados, la separación diaria se asoció con menos chances de LM y LME en menores de 6 meses, y de LMC (Tabla 3).

DISCUSIÓN

La obtención de estos datos epidemiológicos actualizados es indispensable para guiar las políticas relacionadas con la lactancia. Puede observarse que, en Argentina, los indicadores de LM aún no logran niveles en consonancia con las recomendaciones actuales.^{1,3} A nivel mundial, más del 80 % de los recién nacidos reciben LM en casi todos los países; sin embargo, solo el 35,7 % recibe LME, valor en aumento desde 1993, cuando era del 24,9 %.⁴

Estos datos son bastante similares a los hallados en nuestros últimos relevamientos, teniendo en cuenta un valor del 42 % de LME al sexto mes en 2017 y un valor del 35 % en

2015.¹¹ Asimismo, debe resaltarse una importante variación en los resultados entre provincias: Tierra del Fuego presentó mayor proporción de LME en el conjunto de lactantes menores de 6 meses (68 %) y La Rioja y Santiago del Estero, menor proporción (35 %).¹¹

El rápido descenso de la prevalencia de LM a medida que crece el lactante no es un evento exclusivo de nuestro país y pone de manifiesto la necesidad de generar acciones específicas para lograr sostenerla.¹⁴ Otro dato para considerar a nivel mundial es que, del total de niños que inicia la LM, solo la mitad lo hace durante la primera hora de vida,⁴ mientras que nuestro estudio reveló un valor superior para niños nacidos con \geq 2500 g.

En Argentina se valora positivamente la LM, dato que coincide con la prevalencia de LM en edades tempranas⁹ y con el inicio de la LM reportado en otras estadísticas nacionales;^{15,16} sin embargo, a pesar de esa alta adherencia inicial, la práctica decae rápidamente a medida que los lactantes crecen.^{15,16}

La educación materna es un factor reconocido que influencia la práctica de la LM.¹⁷ En nuestro país, en el año 2005 se había encontrado una mayor prevalencia en hogares con menor nivel educativo,¹⁵ tendencia que en la presente investigación se invierte.

La incorporación de la madre al trabajo es un obstáculo para la LM^{8,18,19} debido a los desafíos que conlleva.²⁰ Esta encuesta mostró una menor prevalencia de LM aun con una separación de 4 horas diarias.

El contacto temprano del recién nacido con su madre es importante para aumentar la prevalencia y la duración de la LM como para reducir el riesgo de mortalidad neonatal.^{21,22} La proporción de lactantes de \geq 2500 g al nacer puestos al pecho antes de la primera hora de vida fue del 69,6 %, pero aún se puede mejorar ese indicador. A su vez, la cantidad de lactantes puestos al pecho antes del día de vida fue similar a otros estudios realizados en Argentina.²³

Este estudio presenta limitaciones: la población relevada responde solo a quienes demandan al sistema público, lo que limita su extrapolación; la información es autorreportada; debe destacarse que en el año 2015 las provincias de Catamarca, Corrientes, Santa Cruz y Santiago del Estero no aportaron datos; y, finalmente, se trata de un estudio transversal cuyo diseño impide el establecimiento de relaciones causales, por lo que sus resultados deben tomarse con finalidad descriptiva y posibles asociaciones.

Sus fortalezas radican en ser un estudio de alcance nacional, que utiliza indicadores recomendados para la comparabilidad con otros estudios de la región y que se enmarca en una serie de estudios históricos que permite observar tendencia a nivel nacional. Por último, posee un diseño sencillo para su utilización por parte de los equipos de salud, lo cual mejora la calidad del reporte.

CONCLUSIONES

En Argentina los indicadores para la LME al cuarto y sexto mes, y la LMC muestran mejoras con respecto a los indicadores de encuestas anteriores, pero aún no logran alcanzar los niveles deseados. Variables como la educación materna, el tipo de parto, el peso al nacer, el tiempo transcurrido para la puesta al pecho luego del parto y el tiempo de separación de la díada madre-hijo/a muestran ser factores que inciden favorable o desfavorablemente en la lactancia. Esto muestra que es necesario reforzar las estrategias de promoción, protección y apoyo a la lactancia para poder extender el período de la LME hasta 6 meses y de la lactancia continuada en los mayores de un año. ■

REFERENCIAS

- United Nations Children's Fund (Unicef). Breastfeeding a Mother's gift, for every child. 2018. [Acceso: 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://data.unicef.org/resources/breastfeeding-a-mothers-gift-for-every-child/>
- World Health Organization. Infant and young child feeding: Key facts. 2018. [Acceso: 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Ley 26.873. Lactancia Materna. Promoción y Concientización Pública. Buenos Aires, Argentina. 5 de agosto de 2013. [Acceso: 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/218212/norma.htm>
- American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*. 2012; 129(3):e827-41.
- Horta B, Victora C, World Health Organization. Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. 2013. [Acceso: 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506120>
- Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; 387(10017):475-90.
- Horta BL, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding: A systematic review. Geneva: World Health Organization; 2013. [Acceso: 19 de abril de 2017]. Disponible en: www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
- Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016; 387(10017):491-504.
- Liga de la Leche Argentina, Voices. Mitos y creencias acerca de la lactancia materna en Argentina. 2015. [Acceso: 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2015/Lactancia/Cilley_Encuesta_opinion_publica.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Ginebra: OMS; 1981. [Acceso: 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42533/9243541609_spa.pdf;jsessionid=A82EA59C1325B504FAAEB3D12FF61733?sequence=1
- Argentina. Ministerio de Salud. Situación de la lactancia materna en Argentina: informe 2018. Buenos Aires; 2018. [Acceso: 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001281cnt-situacion-lactancia-materna-2018.pdf>
- Argentina. Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas Vitales Información básica, Año 2016. Buenos Aires; 2016. [Acceso: 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/09/Estadisticasvitales2016.pdf>
- Evwcombe RG, Merino Soto C. Inrtervalos de confianza para las estimaciones de proporciones y las diferencias entre ellas. *Interdisciplinaria*. 2006; 23(2):141-54.
- Grummer-Strawn LM, Scanlon KS, Fein SB. Infant feeding and feeding transitions during the first year of life. *Pediatrics*. 2008; 122(Suppl 2):S36-43.
- Mangialavori G, Abeyá Gilardon E, Biglieri Guidet A, Durán P, Kogan L. La alimentación de los niños menores de 2 años. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud -ENNyS 2010. Buenos Aires; Ministerio de Salud; 2010. [Acceso: .. de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000258cnt-a09-alimentacion-de-ninos-menores-de-2-anos.pdf>
- Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. ENNyS 2. Indicadores priorizados. Buenos Aires; 2019. [Acceso: 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recursos/2deg-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-indicadores-priorizados>
- Vieira GO, Reis MR, Vieira TO, Oliveira NF, et al. Trends in breastfeeding indicators in a city of northeastern Brazil. *J Pediatr (Rio J)*. 2015; 91(3):270-7.
- RajVK, Plichta SB. The role of social support in breastfeeding promotion: a literature reievew. *J Hum Lact*. 1998; 14(1):41-5.
- Spitzmueller C, Wang Z, Zhang J, Thomas CL, et al. Got milk? Workplace factors related to breastfeeding among working mothers. *J Organ Behav*. 2016; 37(5):692-718.
- Liga de la Leche Argentina, Voices. Encuesta nacional de lactancia y trabajo. 2018. [Acceso: 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.comunicarseweb.com/sites/default/files/resultados.pdf>
- Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, Sinha B, et al. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017; 12(7):e0180722.
- KiehlEM, AndersonGC, WilsonME, FossonL. Social status, mother-infant time together, and breastfeeding duration. *J Hum Lact*. 1996; 12(3):201-6.
- Argentina. Ministerio de Desarrollo Social, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Encuesta sobre condiciones de vida de niñez y adolescencia. 2011-2012. 2012. [Acceso: 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/07/3.-Encuesta-Sobre-Condiciones-de-Vida1.pdf>