

SITUACIÓN DE LA LACTANCIA EN LA ARGENTINA

Encuesta Nacional
de Lactancia (ENaLac)
2022

Dirección de
Salud Perinatal y Niñez

100 días



Ministerio de Salud
Argentina

*primero
la gente*

Autoridades Nacionales

Presidente de la Nación
ALBERTO FERNÁNDEZ

Ministra de Salud de la Nación
CARLA VIZZOTTI

Secretaria de Acceso a la Salud
SANDRA TIRADO

Subsecretario de Estrategias Sanitarias
JUAN MANUEL CASTELLI

Director Nacional de Abordaje por Curso de Vida
MARCELO BELLONE

Directora de Salud Perinatal y Niñez
JULIANA FINKELSTEIN

Informe elaborado por el Área de Nutrición de la Dirección de Salud Perinatal y Niñez (DiSaPeNi)

Equipo de trabajo¹

Diseño e implementación del protocolo de ENaLac:

Lic. Mg. Guadalupe Mangialavori y Lic. Mg. Mariela Tenisi

Diseño y coordinación del relevamiento de datos de ENaLac y de gestión de lactancia:

Lic. Mg. Gabriela Figueroa, Lic. Mg. Guadalupe Mangialavori, Lic. Marcela Pérez, Lic. Mg. Heloisa Silva y Lic. Mg. Mariela Tenisi (área de nutrición, DiSaPeNi)

Diseño, elaboración e implementación del sistema de carga para las encuestas:

Ing. Federico Liquin, Anl. Sist. Gonzalo Torres Mazza y Ing. Juan Schifres

Diseño del muestreo:

Mg. Rosana Kucukbeyaz y Lic. Alicia Masaútis

Análisis de indicadores y procesamiento de la base de datos:

Mg. Rosana Kucukbeyaz, Lic. Adriana Ramella y Lic. Alicia Masaútis

Redacción del documento:

Lic. Mg. Guadalupe Mangialavori, Lic. Mg. Mariela Tenisi y Dra. María Elisa Zapata

Se sugiere citar este documento del siguiente modo:

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Salud Perinatal y Niñez.
“Situación de la Lactancia en Argentina. Encuesta Nacional de Lactancia, 2022”.

¹ Listado en orden alfabético

Coordinadores provinciales de la ENaLac - 2022

Buenos Aires	Lic. Micaela Fiordelli
Catamarca	Lic. Waldina de Jesús González
Chaco	Lic. María Pía Chocobar María Gimena Palacio
Chubut	Dra. Paula Martínez
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Dra. Noriko Higa Lic. Vanesa Valls
Córdoba	Lic. Ana Lía González
Corrientes	Lic. Iris García Lic. María Agustina Mauri
Entre Ríos	Lic. María de la Paz Spoturno
Formosa	Lic. Marianela Rojas
Jujuy	Lic. María Claudia Montenovi
La Pampa	Lic. Mg. Carolina Gallo
La Rioja	Lic. Andrea Nuñez Delgado
Mendoza	Lic. Lucía Quintana
Misiones	Lic. María Gimena Alfonso
Neuquén	Dra. Betina Gigena Lic. Cecilia Maisler
Río Negro	Lic. Lorena Menna
Salta	Lic. Bernardita Torres Lic. María Rosa Parada
San Juan	Dra. Verónica Zapata
San Luis	Dra. Haydee Erbes
Santa Cruz	Cristina Muñoz
Santa Fe	Dra. Alina Berenguer
Santiago del Estero	Dra. Norma Graciela Anzani
Tierra del Fuego	Lic. Sofía Bonaparte
Tucumán	Lic. María Florencia Ferrari

Listado de abreviaturas

AUH	Asignación Universal por Hijo
DiSaPeNi	Dirección de Salud Perinatal y Niñez
ENaLac	Encuesta Nacional de Lactancia
LE	Lactancia exclusiva
LC	Lactancia continuada
LP	Lactancia parcial

Mensaje de la Dirección de Salud Perinatal y Niñez

Esta Dirección, desde hace años impulsa e implementa políticas para la promoción, protección y apoyo de la lactancia en todo el país, las cuales son posibles gracias al trabajo incesante de todos los miembros de los equipos de salud en cada una de las jurisdicciones. El desarrollo e implementación de estrategias como Hospital y Centro de Salud Amigos de la Lactancia, Centros de Lactancia y Bancos de Leche Humana, son algunas de las estrategias que en su conjunto están orientadas a facilitar el máximo desarrollo de la práctica de la lactancia desde el sistema de salud; sin embargo, además del sector salud, se requiere del apoyo articulado de toda la sociedad para lograr el sostenimiento de la lactancia en consonancia con las recomendaciones. En este sentido, esta cartera sanitaria también trabaja fomentando el apoyo en espacios laborales y comunitarios con iniciativas como las de Espacios Amigos de la Lactancia o campañas de difusión.

El relevamiento sistemático de datos epidemiológicos permite evaluar las estrategias

implementadas y planificar nuevas en función de las necesidades sanitarias existentes; y es por eso, desde el año 1998, nuestro país cuenta con un relevamiento nacional que no solo mide la prevalencia de la lactancia (exclusiva, continuada, etc.) sino que también la evalúa en el contexto de factores asociados como el tipo de parto, o la edad de la persona gestante.

Dada la importancia sanitaria de esta práctica, resulta indispensable su monitoreo permanente, por lo que esperamos que este informe, contribuya a fortalecer las políticas públicas en torno a la lactancia, entendiendo que los datos estadísticos nos marcan el camino a seguir y que su relevamiento y monitoreo son necesarios, pero no suficientes, para lograr mejor adherencia a la lactancia.

Invitamos a todos los equipos de salud a apropiarse de estos datos, para que los mismos puedan impactar en la gestión y de esta manera, mejorar nuestros indicadores que, en definitiva, se traducirán en más personas beneficiadas con la lactancia.

Juliana Finkelstein

Directora

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
ANTECEDENTES DE LA ENaLac.....	8
OBJETIVOS.....	8
METODOLOGÍA.....	9
Diseño del estudio.....	9
Diseño muestral.....	9
Recolección de información.....	10
Instrumento de recolección	10
Definiciones operativas e indicadores	10
Organización y preparación del campo	12
Análisis estadístico	13
RESULTADOS	14
Generalidades de la muestra.....	14
Prevalencia nacional de lactancia, LE, LC y destete.....	14
Prevalencias provinciales de lactancia y LE	16
Leches de reemplazo	19
Tipo de parto	20
Peso al nacer.....	22
Momento de la primera puesta al pecho	23
Tiempo de separación.....	26
Edad de la persona que gestó.....	27
Percepción de AUH.....	28
DISCUSIÓN.....	29
Conclusión y recomendaciones.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
ANEXOS	36
Anexo 1 - Cantidad de encuestas esperadas y recibidas, según edad y total, por provincia.....	37
Anexo 2 - Cuestionario ENaLac 2022.....	38

INTRODUCCIÓN

Los primeros 1000 días de vida, son un período de oportunidad única en el que se establecen las bases para una salud y un desarrollo óptimos a lo largo de la vida (UNICEF, 2017). Este es un período de rápido crecimiento y neurodesarrollo, altos requerimientos nutricionales y alta sensibilidad a los efectos de programación epigenética; en consecuencia, es un momento de gran vulnerabilidad (Martorell R, 2017) ya que cualquier injuria durante esta etapa no solo impactará en el corto plazo, sino que sus manifestaciones podrán encontrarse luego en la vida adulta. La nutrición y los cuidados adecuados durante la ventana de esos 1000 días, influyen no solo en la supervivencia, sino también en la capacidad para crecer y aprender.

Entre los riesgos para la salud durante la niñez, adolescencia y adultez, se incluye a la malnutrición en todas sus formas (retraso de crecimiento, obesidad, deficiencias de micronutrientes, etc.); y las enfermedades crónicas no transmisibles y alteraciones neurocognitivas, que se programan como resultado de la exposición a un ambiente nutricional adverso durante este período (Kwon EJ, et al 2017). En este contexto, cualquier injuria durante esta ventana de oportunidad producirá un impacto en la salud, la estabilidad y la prosperidad a largo plazo de la sociedad.

La leche humana es la primera inoculación de un niño contra la muerte, la enfermedad y la pobreza, pero también su inversión más duradera en la capacidad física, cognitiva y social (Hansen K, 2016). En tal sentido, la lactancia ofrece beneficios de salud incomparables. Aumentando su práctica a niveles óptimos, se podrían prevenir 823.000 muertes de niños menores de 5 años, 20.000 muertes por cáncer de mama y alcanzar ahorros económicos anuales de US\$302 mil millones o 0,49% del ingreso bruto mundial, estimados a partir de los déficits cognitivos asociados con deficientes prácticas de alimentación infantil. Sus beneficios se traducen en menos infecciones, mayor inteligencia, probable protección contra el sobrepeso y la diabetes y prevención del cáncer de mama, entre otros. Por otro lado, la evidencia también demuestra que la lactancia brinda ventajas ambientales, dado que la leche materna es un “alimento natural renovable”, ambientalmente seguro, producido y entregado al consumidor sin contaminación, envases innecesarios o desperdicios (Victora C, et al. 2016).

La lactancia se relaciona con cada uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (WABA, 2016), si bien el sistema de salud tiene una gran injerencia en el inicio y continuación de la lactancia, será responsabilidad de toda la sociedad protegerla, promoverla y apoyarla en los diferentes ámbitos de la sociedad garantizando su continuidad hasta por lo menos los dos años de vida.

La Ley de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia o “Ley 1000 días” (Ley 27.611, 2021), cuyo objetivo es proteger, fortalecer y acompañar el cuidado integral de la vida y la salud, insta la promoción de la lactancia y difusión de información sobre sus beneficios.

En este sentido, la Encuesta Nacional de Lactancia (ENaLac) es un insumo muy valioso para el monitoreo del progreso de las prácticas de lactancia como también de las políticas que la promueven y sostienen. Los datos provistos por esta encuesta, ofrecen información a los equipos de salud que deseen mejorar sus prácticas en pos de proteger la lactancia, como así también a las políticas públicas en su conjunto. En los siguientes apartados se detallarán los antecedentes, la metodología utilizada y los resultados obtenidos.

ANTECEDENTES DE LA ENaLac

La ENaLac cuenta, desde el año 1998, con registros de datos estadísticos a nivel nacional sobre indicadores de lactancia exclusiva (LE) utilizando esta herramienta de relevamiento; sin embargo, recién a partir del año 2007 estos registros se empezaron a compilar en informes públicos. En los últimos años, gracias al apoyo y al trabajo en conjunto con los equipos de salud de las jurisdicciones, la Dirección de Salud Perinatal y Niñez (DiSaPeNi) fue ampliando y actualizando los contenidos relevados hasta alcanzar, al día de hoy, a transformarse en una encuesta que no solo releva la prevalencia de LE, sino que también genera información sobre factores asociados a la misma. Por tal motivo, más allá de las preguntas utilizadas para la obtención de los indicadores de lactancia tradicionales (WHO & UNICEF, 2021), año tras año se incorporan preguntas adicionales, con el objetivo de complementar o ampliar la información obtenida; y así permitir el desarrollo de políticas más adecuadas.

OBJETIVOS

1. Conocer la prevalencia de lactancia a nivel nacional y jurisdiccional en la población que demanda al sistema público de salud, durante el año 2022.
2. Comparar los datos obtenidos con las prevalencias encontradas en años anteriores.
3. Describir los patrones de lactancia en función de variables socio-demográficas y de salud seleccionadas.
4. Identificar el tipo de leche consumida cuando no hay lactancia o cuando la misma no es exclusiva.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

La ENaLac es un estudio observacional de corte transversal realizado exclusivamente en los efectores del subsistema público de salud en las 24 jurisdicciones de Argentina. Esta encuesta fue evaluada y aprobada por el Comité de Ética de la OPS (Pan American Health Organization Ethics Review Committee - PAHOERC). La misma fue realizada de manera anónima, respetando el cumplimiento de la Ley Nacional N° 25.326 de Protección de Datos Personales (Ley de Habeas Data) y la Ley Nacional N° 17.622 de Secreto Estadístico.

Diseño muestral

Se diseñó una muestra probabilística, estratificada y multietápica para las 24 jurisdicciones de nuestro país, utilizando la cantidad de consultas anuales de menores de 2 años reportados por las jurisdicciones como criterio de estratificación de los efectores del subsistema público. En cada estrato, se seleccionaron aleatoriamente los efectores (primera etapa), y a continuación, se determinaron las cantidades de encuestas a recolectar en cada efector (segunda etapa).

Para su relevamiento, se elaboró inicialmente un marco muestral compuesto por todos los establecimientos de salud (maternidades y efectores del primer nivel) que se encontraban realizando atención de niños de hasta 2 años de edad. A continuación, los mismos fueron subclasificados según fuera “accesibles o no” para realizar la encuesta, entendiéndose como “accesibles” a poseer buena comunicación con el nivel central del Programa o Dirección Materno Infantil o de Salud Perinatal y Niñez de la jurisdicción, y/o poseer conectividad u otra característica que garantice el adecuado relevamiento de datos. Por último, se consideraron para la muestra, a aquellos efectores que registraban más de 50 consultas anuales de menores de 2 años.

La muestra se conformó por dos grupos etarios:

- Niños y niñas de 0 a 6 meses de edad (0 a 180 días de vida), y
- Niños y niñas de 12 a 15 meses de edad (365 a 455 días de vida).

El tamaño muestral osciló entre 480 y 786 para el grupo de 0 a 6 meses y entre 240 y 400 para 12 a 15 meses (el detalle para cada provincia se puede encontrar en la Tabla 1 del Anexo 1). Este cálculo muestral se estimó teniendo en cuenta la proporción de respuestas obtenida en la encuesta anterior (ENaLac 2018), considerando una prevalencia de LE en menores de 6 meses del 50% y con un error no mayor del 5% y una precisión del 3%. Considerando una posible no respuesta del 20%, en cada jurisdicción el tamaño de muestra inicial solicitado se ajustó, siendo los valores solicitados para cada jurisdicción los que se detallan en el Anexo 1.

La búsqueda de una muestra provincial que permita estimaciones locales sólidas es una preocupación para la ENaLac, por tal motivo, en cada edición de esta encuesta, se insta a las jurisdicciones a lograr un mínimo de encuestas que puedan dar cuenta de sus indicadores provinciales (en esta edición sólo 3 jurisdicciones no alcanzaron ese valor).

Recolección de información

Para la obtención de la información se encuestó a la madre, el padre o el/la acompañante responsable de todos los niños cuya edad se encontraba dentro de los límites establecidos en los grupos muestrales (ver “diseño muestral”) y que concurrían para su atención dentro los días programados de la encuesta.

Antes de realizar la encuesta, el entrevistador debía indagar si la persona a encuestar poseía algún criterio de exclusión, para ello podía utilizar la historia clínica o preguntarlo directamente al encuestado/a. Se consideraron los siguientes criterios de exclusión:

- madre o niño con patologías que contraindicaban la alimentación con leche humana (enfermedades metabólicas, neurológicas, VIH, entre otras);
- niño enfermo con alguna patología que interfiriera en la alimentación (enfermedad respiratoria, enfermedad gastrointestinal, entre otras);
- cuidador que se negó a participar;
- niño ya encuestado/a previamente.

Cada niño/a podía ser encuestado una sola vez, aunque concurrieran varias veces a la consulta durante la duración de la encuesta. Del mismo modo, si al iniciar la encuesta, el adulto responsable demostraba desconocimiento sobre los datos a relevar, la encuesta se discontinuaba y no se contabilizaba sus datos.

Instrumento de recolección

El cuestionario utilizado incluyó datos del niño (edad, peso al nacer, momento de primera puesta al pecho, ingesta del día anterior, tipo de leche consumida) y datos de la madre (edad, tiempo de separación con el lactante, tipo de parto y acceso a la Asignación Universal por Hijo/a) (Anexo 2).

El instrumento utilizado fue semejante al utilizado en las versiones anteriores de la ENaLac, excepto por la pregunta relativa al nivel educativo del cuidador/a, que en esta versión se reemplazó por una que indaga sobre el acceso a la AUH. El llenado del cuestionario podía ser realizado en formato papel o bien de manera digital, completándolo directamente desde un portal web especialmente diseñado para este estudio, desde cualquier dispositivo electrónico (computadora, celular, tablet, etc.) con acceso a internet (WiFi o datos móviles). En los casos en que la encuesta se llenaba en formato papel, se debía realizar posteriormente el envío de las mismas para su carga digital al nivel central provincial.

Definiciones operativas e indicadores

Para garantizar una idéntica interpretación de cada una de las variables, a continuación, se definen aquellas que requieren mayores especificaciones, tanto en lo relativo a lactancia como en otras características.

- **Pecho:** leche humana ya sea recibida directamente del pecho o extraída y administrada en vaso, biberón u otro medio. Esta definición es importante para responder adecuadamente las preguntas 4 y 5 (Anexo 2).

- **Otra leche:** cualquier leche que no sea leche humana, pudiendo ser de vaca (entera, descremada, modificada para lactantes, etc.), de cabra o cualquier otro tipo; ya sea fluida o en polvo.
 - Leche de fórmula: incluye en este rubro a las fórmulas de inicio o continuación comunes o especiales para alguna patología (galactosemia, PKU, alergia a la proteína de vaca, etc.) sean estas entregadas por el Estado, por una obra social/prepaga, o compradas por la familia.
 - Leche de vaca, cabra u otro animal: incluye todo tipo de leche sin distinción de origen (comercial, obtenida de animales directamente, recibida por el Estado, etc.).
- **Otro líquido:** incluye agua, jugo, gaseosa, té, u otro tipo de líquido. No incluye medicamentos en jarabe o gotas, vitaminas o minerales en gotas ni sales de rehidratación.
- **Otro alimento:** incluye papillas, todo tipo de alimento sólido, postres, golosinas, etc. sean estos sólidos o semisólidos.
- **Tipo de parto:** se refiere a la forma en que nació el niño.
 - Natural o vaginal: parto ocurrido por la vagina haya mediado o no el uso de anestesia, fórceps u otra acción facilitadora.
 - Cesárea: parto ocurrido mediante una operación quirúrgica utilizando una incisión en la pared abdominal; haya mediado o no el uso de anestesia.
- **Peso de nacimiento o al nacer:** categorizado en menor a 2500 gramos y 2500 gramos o más.
- **Momento de primera puesta al pecho:** es la primera vez que el niño recibe pecho directo, o leche extraída y administrada en vaso, biberón u otro medio. Categorizado como antes de la primera hora de vida, luego de la primera hora y antes del primer día de vida y luego del primer día.
- **Edad de la gestante:** categorizada en los siguientes tramos de edad: 20 años o menos, 21 a 35 años y 36 años y más.
- **Tiempo de separación madre e hijo/a:** incluye cualquier actividad que se realice de manera rutinaria (abarca la mitad o más de la semana) fuera del hogar (trabajar, estudiar u otro tipo de actividad) llevando a la persona que amamanta a alejarse del niño al menos 4 horas por día, incluyendo el tiempo de viaje. Se categoriza como no “pasa hasta 4 horas separado” y “pasa más de 4 horas separado”.
- **Asignación Universal por Hijo (AUH):** Es una asignación mensual que reciben las personas que cumplen ciertos requisitos, desde que nacen hasta los 18 años de edad. La cobra uno solo de los padres, priorizando a la mamá.

Se utilizaron los indicadores de lactancia propuestos por la OPS en el documento “Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño” (WHO, 2009; WHO & UNICEF, 2021), descritas a continuación:

- **Lactancia:** porcentaje de niños y niñas que el día anterior consumieron leche humana.
- **Lactancia exclusiva (LE):** porcentaje de niños y niñas de hasta 180 días de vida que el día anterior fueron alimentados exclusivamente con leche humana.
- **Lactancia parcial (LP):** porcentaje de niños y niñas de hasta 180 días de vida que el día anterior consumieron leche humana y líquidos, otros tipos de leches, fórmulas infantiles y/o alimentos.
- **Lactancia continuada (LC):** porcentaje de niños y niñas de 12 a 15 meses que el día anterior consumieron leche humana.
- **Destete:** porcentaje de niños y niñas que el día anterior no consumieron leche humana.

De este modo, para la descripción de la lactancia en nuestro país se cruzaron los indicadores de lactancia citados anteriormente, con otras variables de interés (tipo de parto, tiempo de separación, etc.). Estos indicadores en su conjunto fueron analizados para el grupo de lactantes de 0 a 6 meses (0 a 180 días) y para el conjunto de lactantes de entre 12 y 15 meses (365 a 455 días). En algunos casos puntuales, como para el análisis de la LE, en el grupo de 0 a 6 meses se hicieron cortes transversales por edad (2, 4 y 6 meses) para brindar mayor detalle en el análisis².

Organización y preparación del campo

La coordinación de la ENaLac se realizó desde el equipo de nutrición de la DiSaPeNi que articuló con los/as referentes provinciales quienes monitoreaban diariamente la evolución de la recolección de los datos e informaban al equipo central sobre eventualidades que requerían corrección oportuna. Ante eventualidades de gran magnitud, como por ejemplo cierre del efector o atención exclusiva de COVID, se procedió a realizar reemplazos para garantizar la muestra. Para ello, del grupo de pertenencia de cada efector, se seleccionó otro efector, y luego en las ponderaciones, se tomó la probabilidad inicial y la probabilidad en esta segunda selección.

Previo a la recolección de datos, se capacitaron virtualmente a los coordinadores provinciales de las 24 jurisdicciones, quienes, a su vez, replicaron dichas capacitaciones a los equipos de salud de los efectores seleccionados en la muestra. La recolección de datos estuvo prevista para realizarse en el transcurso de dos semanas, pero dadas las dificultades presentadas por algunas jurisdicciones, los datos fueron recolectados en el transcurso de cuatro semanas, llevándose a cabo desde la última semana de junio hasta la última de julio de 2022.

² Se entiende por niños y niñas de 2 meses al grupo de lactantes de entre 60 y 90 días de vida; de 4 meses al grupo de entre 120 y 150 días de vida; y de 6 meses al grupo de entre 151 y 180 días de vida.

Para agilizar la carga de datos, el Ministerio de Salud de la Nación diseñó un sistema informático³ para que todos los efectores pudieran cargar las encuestas realizadas diariamente. En algunas jurisdicciones se optó por recolectar las encuestas en planillas de papel y enviarlas al nivel provincial, para realizar una carga centralizada, y en otras provincias se optó por la carga directa de cada encuesta en el sistema online.

Análisis estadístico

Se realizó el análisis de las variables de lactancia según el resto de variables de interés. Cuando fue posible también se realizó la comparación con la ENaLac 2018. El procesamiento de los datos se realizó utilizando SPSS, y para la ponderación de la base se tomaron las probabilidades de las dos etapas del diseño de muestreo. En la primera se seleccionaron los efectores y en la segunda, se seleccionaron las encuestas dentro de los efectores. Luego para las estimaciones a nivel país se trabajó con la calibración por jurisdicción.

³ <https://datos.dinami.gov.ar/ENaLac/>

RESULTADOS

Generalidades de la muestra

Se recibieron encuestas de todas las jurisdicciones del país, contabilizando un total de 20.193, de las cuales el 71,1% correspondió a la muestra de 0 a 6 meses (14.340 casos) y el 28,9% a la muestra de 12 a 15 meses (5.853 casos) (Anexo 1). Los niños y niñas de 2 meses representaron 2.540 casos, los de 4 meses 2.460 casos y los de 6 meses 2.386 casos.

Prevalencia nacional de lactancia, LE, LC y destete

Se observó que aproximadamente 9 de cada 10 niños de 0 a 6 meses de edad recibían lactancia (91,7%), y la mitad lo hacía en forma exclusiva (53,2%); a su vez, el porcentaje de LE desciende a medida que aumenta la edad de los lactantes, pasando de 53,5% a 44,6% en los niños de 2 y 6 meses, respectivamente (Tabla 1). A su vez, se observó que esta disminución de la LE, se acompaña por un aumento de la lactancia parcial, mostrando que, ante la ausencia de LE no necesariamente se desteta a los niños/as.

Tabla 1

Prevalencia de lactancia según tipo y edad. Total país. ENaLac, 2022.

Edad	Porcentaje (IC al 95%)					
	Indicador	0 a 6 meses	A los 2 meses	A los 4 meses	A los 6 meses	Entre los 12 y 15 meses
Lactancia		91,7 (91,5 - 91,9)	93,4 (93,0 - 93,9)	90,7 (90,2 - 91,3)	90,6 (90,1 - 91,1)	80,6 (80,1 - 81,0)
<i>Exclusiva</i>		53,2 (52,8 - 53,6)	53,5 (52,6 - 54,4)	49,5 (48,7 - 50,5)	44,7 (43,7 - 45,6)	NA
<i>Parcial</i>		38,5 (38,2 - 38,9)	39,9 (39,0 - 40,8)	41,2 (40,3 - 42,1)	45,9 (45,0 - 46,8)	NA
Destete		7,4 (7,2 - 7,6)	6,2 (5,8 - 6,7)	8,6 (8,1 - 9,1)	8,5 (8,0 - 9,0)	18,7 (18,3 - 19,2)
Ns Nc		0,9 (0,8 - 1,0)	0,3 (0,2 - 0,4)	0,7 (0,6 - 0,8)	0,9 (0,7 - 1,0)	0,6 (0,6 - 0,8)
Total		100	100	100	100	100

Nota: Entre 12 y 15 meses, lactancia es equivalente a "lactancia continuada" al año de vida.

NA: No aplicable; IC: intervalo de confianza; Ns Nc: no sabe, no contesta.

Fuente: elaboración propia

En relación a la encuesta anterior, se observó una mejora en el porcentaje de LE a los seis meses (3% de aumento), mientras que el porcentaje de LE a los 2 meses descendió en aproximadamente un 4% (Tabla 2). Por otro lado, la lactancia continuada también mostró una mejora, pasando de tener una prevalencia de 77,8% (IC al 95%: 76,4 - 79,3%) (Mangialavori G, et al., 2022), a una de 80,6% (IC al 95%: 80,1-81,0), manifestando un aumento de aproximadamente 3% para ese indicador.

Tabla 2

Comparación de la prevalencia de LE según edad y año. Total país. ENaLac, 2017-2022.

Edad Año	Porcentaje (IC al 95%)			
	0 a 6 meses	A los 2 meses	A los 4 meses	A los 6 meses
2017	53,5 (52,7-54,3)	57,9 ^(a) (55,9 - 60,0)	51,5 (49,7 - 53,4)	41,7 ^(b) (39,8 - 43,5)
2022	53,2 (52,8 - 53,6)	53,5 ^(a) (52,6 - 54,4)	49,6 (48,7 - 50,5)	44,7 ^(b) (43,7 - 45,6)

IC: Intervalo de confianza.

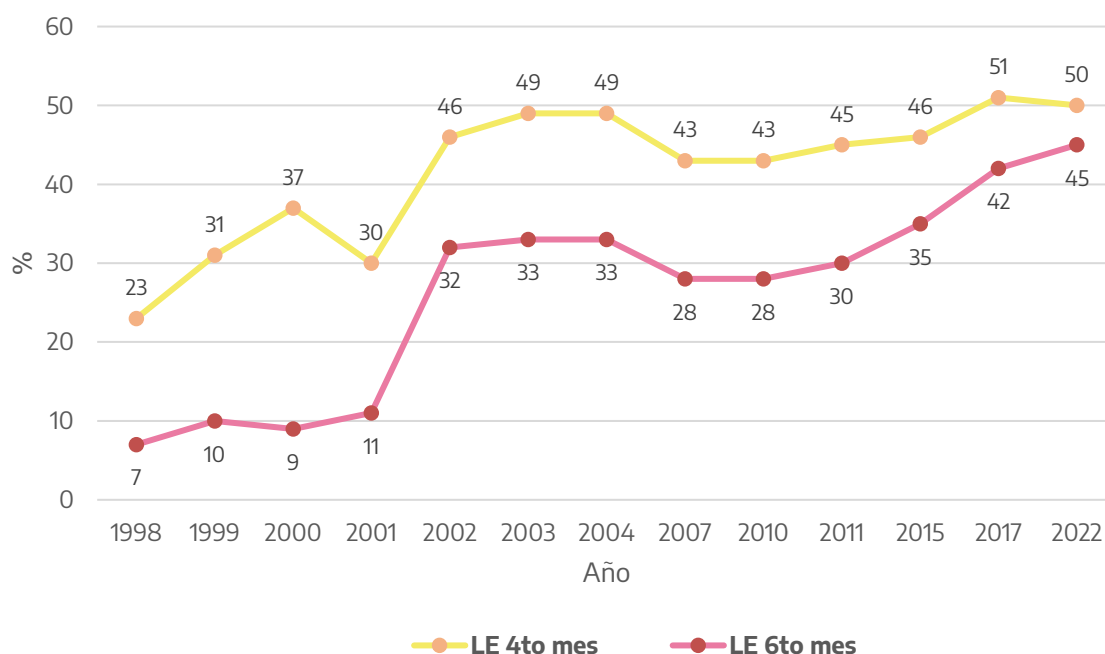
(a), (b): Diferencias estadísticamente significativas.

Fuente: Elaboración propia. Datos de 2017, tomados de Mangialavori G, et al., 2022.

Como se mencionó anteriormente, los datos se relevan con esta metodología desde el año 1998 (Figura 1). De la historicidad de esos datos, se puede observar cómo los indicadores de LE al cuarto y al sexto mes, han ido aumentando progresivamente hasta llegar a un valor estable que no supera el 51% a los 4 meses y el 45% a los 6 meses.

Figura 1

Evolución de la prevalencia de LE al 4to y 6to mes de edad. Total país. ENaLac, 1998-2022.



Fuente: elaboración propia.

Prevalencias provinciales de lactancia y LE

El diseño muestral permitió la estimación de prevalencia de lactancia y LE en niños y niñas de 0 a 6 meses a nivel provincial⁴. Para el indicador de lactancia, se observó una gran variabilidad en las estimaciones de las diferentes provincias, llegando a 10 puntos de diferencia entre las que más y menos prevalencia de lactancia presentaron. Los valores más altos se observaron en Santiago del Estero, Chubut y Tierra del Fuego, mientras que los más bajos fueron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Córdoba. (Tabla 3).

Para LE, la amplitud de valores fue aún más notoria, llegando a una diferencia de hasta un 30%. En este caso, las provincias de Formosa y Chaco, presentaron cifras mayores al 65%, mientras que la provincia de Catamarca fue la jurisdicción que más se alejó de la media nacional, con un 30,4% de LE en menores de 6 meses con LE (Tabla 3).

⁴ No se pudieron realizar estimaciones para Neuquén, Río Negro y Santa Fe por presentar una muestra inferior a la requerida.

Tabla 3

Prevalencia de lactancia y LE en niños y niñas de 0 a 6 meses, según provincia.
ENaLac, 2022.

Tipo de lactancia Jurisdicción	Porcentaje (IC al 95%)	
	Lactancia	LE
Buenos Aires	88,8 (87,9-89,8)	56,3 (54,4-58,2)
CABA	84,3 (82,0-86,6)	53,5 (49,7-57,2)
Catamarca	86,3 (84,8-87,8)	30,4 (27,9-32,9)
Chaco	91,3 (90,6-92,0)	65,8 (64,4-67,1)
Chubut	93,7 (92,6-94,8)	58,5 (55,9-61,2)
Córdoba	85,2 (84,4-85,9)	40,0 (38,7-41,3)
Corrientes	89,6 (88,6-90,6)	53,7 (51,7-55,7)
Entre Ríos	88,5 (87,5-89,4)	53,0 (51,2-54,7)
Formosa	88,6 (87,2-90,1)	68,4 (65,9-70,9)
Jujuy	91,1 (90,6-91,6)	52,6 (51,5-53,6)
La Pampa	89,3 (88,0-90,6)	55,5 (53,0-56,1)
La Rioja	89,5 (87,7-91,2)	40,5 (37,2-43,8)
Mendoza	86,2 (85,5-87,0)	57,6 (56,3-58,9)
Misiones	86,1 (85,0-87,2)	54,4 (52,4-56,4)
Salta	88,2 (87,8-88,7)	46,4 (45,6-47,2)
San Juan	89,6 (87,8-91,4)	41,3 (37,7-44,9)

(Continuación Tabla 3)

Tipo de lactancia Jurisdicción	Porcentaje (IC al 95%)	
	Lactancia	LE
San Luis	92,6 (91,7-93,6)	54,3 (52,1-56,4)
Santa Cruz	91,8 (88,9-94,8)	51,4 (45,2-57,5)
Santiago del Estero	94,6 (94,1-95,0)	52,3 (51,2-53,5)
Tierra del Fuego	93,6 (91,7-95,5)	59,4 (54,8-64,1)
Tucumán	90,1 (89,7-90,5)	43,5 (42,7-44,4)
Neuquén, Río Negro y Santa Fe**	-	-

** Jurisdicciones con muestra insuficiente para la estimación del indicador.

IC: intervalo de confianza; LE: lactancia exclusiva.

Fuente: elaboración propia

Para la interpretación de los resultados por jurisdicción debe considerarse lo mencionado en el apartado metodológico en relación al tamaño muestral de cada una. Durante el relevamiento del año 2017, solo 9 jurisdicciones alcanzaron el tamaño muestral mínimo para dicha estimación y, en el 2022, fueron 3 las que no alcanzaron ese valor (Neuquén, Río Negro y Santa Fe). Ante la necesidad de monitorear la evolución del indicador a nivel local, para el presente análisis sólo utilizarán los datos de las jurisdicciones que poseen una muestra válida para ambas ediciones de la encuesta (8 jurisdicciones); como puede observarse en la Tabla 4, de las provincias que permitieron en análisis comparativo, solo 3 presentaron diferencias estadísticamente significativas, siendo el caso de Córdoba el único con mejoras en el indicador del 2022.

Tabla 4

Prevalencia de LE en niños y niñas de 0 a 6 meses, según provincia.
ENaLac, 2017-2022.

Año de relevamiento Jurisdicción	Porcentaje (IC al 95%)	
	2017	2022
Buenos Aires	57,7 (56,3-59,0)	56,3 (54,4-58,2)
CABA	57,8 (54,7-60,8)	53,5 (49,7-57,2)
Chaco	66,9 (62,7-71,1)	65,8 (64,4-67,1)
Córdoba	36,1 ^(a) (33,6-38,5)	40,0 ^(a) (38,7-41,3)
Entre Ríos	53,6 (49,4-57,7)	53,0 (51,2-54,7)
Mendoza	64,0 ^(b) (60,5-67,4)	57,6 ^(b) (56,3-58,9)
Salta	66,6 ^(c) (62,7-70,5)	46,4 ^(c) (45,6-47,2)
Tucumán	45,0 (41,2-48,9)	43,5 (42,7-44,4)

IC: Intervalo de confianza.

(a), (b), (c): Diferencias estadísticamente significativas.

Fuente: Elaboración propia. Datos de 2017 tomados de Mangialavori G, et al., 2022.

Leches de reemplazo

En ausencia de LE o de lactancia en niños más grandes, es crucial conocer qué tipo de leche se utiliza en reemplazo o complemento, ya que eso influirá en la adecuada nutrición y salud de este grupo poblacional. En tal sentido, la ENaLac observó que, en niños de 0 a 6 meses que no reciben LE, el 87,0% recibe fórmula; en tanto que, entre los 12 y 15 meses los que no reciben lactancia ese porcentaje se reduce a 39,5% (Tabla 5).

Tabla 5

Tipo de leche consumida en niños sin LE o sin lactancia según edad, total país.
ENaLac, 2022.

Edad Tipo de leche	Porcentaje (IC al 95%)				
	0 a 6 meses*	A los 2 meses*	A los 4 meses*	A los 6 meses*	Entre 12 y 15 meses**
Fórmula infantil	87,0 (86,6 - 87,4)	86,7 (85,7 - 87,6)	83,3 (82,3 - 84,3)	84,8 (83,8 - 85,7)	39,5 (38,8 - 40,1)
Otra leche	12,0 (11,6 - 12,4)	11,9 (11,0 - 12,8)	15,9 (14,9 - 16,8)	14,3 (13,4 - 15,3)	59,8 (59,1 - 60,5)
Ns Nc	0,9 (0,8 - 1,0)	1,4 (1,1 - 1,7)	0,96 (0,6 - 1,1)	0,9 (0,6 - 1,1)	0,7 (0,6 - 0,8)

*en lactantes sin LE. **en lactantes sin lactancia.
IC: intervalo de confianza; Ns Nc: no sabe, no contesta.
Fuente: elaboración propia

Tipo de parto

El tipo de parto influye en múltiples aspectos de la salud del neonato, motivo por el cual su análisis como variable de interés, tanto en la lactancia como en otros aspectos, es fundamental (Takahashi, K. et al, 2017).

En la muestra analizada, el tipo de parto predominante fue el vaginal 55,0% (IC al 95%: 54,7 - 55,3%) mientras que la cesárea se encontró por debajo de ese valor, alcanzando el 44,6% (IC al 95%: 44,3 - 44,9%). El 8,1% de los niños y niñas (IC al 95% 7,9 - 8,3%) presentaron bajo peso de nacimiento (<2500 g), siendo este valor de 8,1% (IC al 95% 7,9 - 8,3%) en los menores de 6 meses fue de 8,1% (IC al 95% 7,7 - 8,4%) en los niños y niñas de 12 a 15 meses.

Una de las prácticas en salud que se ven afectadas, es el momento de la primera puesta al pecho, situación que queda manifiesta a partir del análisis de los datos de ENaLac donde se observa que la puesta al pecho durante la primera hora de vida es significativamente mayor en los niños y niñas que nacen por parto vaginal (Tabla 6); como así también lo fue el porcentaje de lactancia y LE (Tabla 7).

Tabla 6

Momento de la primera puesta al pecho según tipo de parto y edad, total país.
ENaLac, 2022

Tipo de parto Momento de la primera puesta al pecho	Porcentaje (IC al 95%)					
	Total de la muestra		0 a 6 meses		12 a 15 meses	
	Parto vaginal	Cesárea	Parto vaginal	Cesárea	Parto vaginal	Cesárea
Antes de la primera hora	74,9 ^(a) (74,5-74,3)	57,5 ^(a) (57,0-58,0)	75,4 ^(d) (75,0-75,9)	58,1 ^(d) (57,5-58,7)	73,7 ^(g) (73,1-74,4)	56,0 ^(g) (55,2-57,0)
Luego de la primera hora y antes del día	18,5 ^(b) (18,2-18,8)	29,2 ^(b) (28,7-29,6)	18,1 ^(e) (17,7- 18,5)	28,6 ^(e) (28,1-29,1)	19,3 ^(h) (18,7-20,0)	30,4 ^(h) (29,6-31,2)
Luego del primer día	4,9 ^(c) (4,7-5,1)	9,7 ^(c) (9,4- 10,0)	4,8 ^(f) (4,6-5,0)	9,6 ^(f) (9,3- 10,0)	5,0 ⁽ⁱ⁾ (4,7-5,4)	10,0 ⁽ⁱ⁾ (9,4- 10,5)
Ns Nc	1,7 (1,6-1,8)	3,6 (3,4-3,8)	1,6 (1,5-1,8)	3,6 (3,4-3,9)	1,9 (1,7-2,1)	3,6 (3,2-3,9)

IC: intervalo de confianza; Ns Nc: no sabe, no contesta.

(a), (b), (c), (d), (e), (f), (g), (h), (i): diferencias estadísticamente significativas.

Fuente: elaboración propia

Tabla 7

Prevalencia de lactancia y LE según tipo de parto y edad, total país.
ENaLac, 2022.

Tipo de lactancia Tipo de parto	Porcentaje (IC al 95%)			
	Total de la muestra	0 a 6 meses		12 a 15 meses
	Lactancia	Lactancia	LE	Lactancia
Vaginal	90,7 ^(a) (90,4-90,9)	93,7 ^(b) (93,5- 94,0)	57,9 ^(c) (57,4- 58,4)	83,6 ^(d) (83,0-84,2)
Cesárea	85,6 ^(a) (85,2-85,9)	89,3 ^(b) (88,9- 89,6)	47,6 ^(c) (47,0-48,1)	76,8 ^(d) (76,1-77,6)

IC: intervalo de confianza.

(a), (b), (c), (d): diferencias estadísticamente significativas.

Fuente: elaboración propia

Peso al nacer

A la hora de iniciar y continuar la lactancia en el tiempo, quienes nacieron con bajo peso enfrentan más desafíos; por tal motivo, desde el sistema de salud, trabajar para que esta población acceda a la leche humana es una importante tarea dados los beneficios que la misma conlleva para los más vulnerables (OMS, 2013). La ENaLac reveló una mayor prevalencia (tanto de lactancia como de LE) en quienes nacieron con 2.500 g o más en todos los rangos etarios evaluados (Tabla 8 y 9); a su vez, en niños y niñas de 0 a 6 meses, con adecuado peso de nacimiento, la LE fue mayor que los de bajo peso (55,0% y 32,5%, respectivamente) (Tabla 9).

Tabla 8:

Prevalencia de lactancia según peso al nacer y edad. Total país.
ENaLac, 2022.

Peso al nacer Edad	Porcentaje (IC al 95%)	
	Menos de 2500 g	2500 g o más
0 a 6 meses	82,2 (81,2-83,2)	92,6 (92,4-92,8)
2 meses	90,6 ^(a) (88,8-92,3)	93,7 ^(a) (93,2-94,2)
4 meses	76,2 ^(b) (73,5-78,9)	92,1 ^(b) (91,6-92,6)
6 meses	81,9 ^(c) (79,5-84,2)	91,4 ^(c) (90,1-92,0)
Entre 12 y 15 meses	71,5 ^(d) (69,6-73,3)	81,4 ^(d) (80,9-81,8)

IC: intervalo de confianza.

(a), (b), (c), (d): diferencias estadísticamente significativas.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 9

Prevalencia de LE según peso al nacer y edad. Total país.
ENaLac, 2022.

Peso al nacer Edad	Porcentaje (IC al 95%)	
	Menos de 2500 g	2500 g o más
0 a 6 meses	32,5 ^(a) (31,2-33,3)	55,0 ^(a) (54,6-55,4)
2 meses	43,3 ^(b) (40,3-46,5)	54,5 ^(b) (53,6-55,5)
4 meses	21,7 ^(c) (19,1-24,4)	52,1 ^(c) (51,1-53,0)
6 meses	35,1 ^(d) (32,1-38,0)	45,6 ^(d) (44,6-46,5)

IC: intervalo de confianza.

(a), (b), (c), (d): diferencias estadísticamente significativas.

Fuente: elaboración propia.

Momento de la primera puesta al pecho

El momento del inicio de la lactancia es determinante para su continuidad y para la reducción del riesgo de mortalidad neonatal (Edmond KM, et al, 2006). Por ese motivo, todas las políticas en lactancia impulsadas por el Ministerio de Salud de la Nación promueven el contacto temprano luego del nacimiento para maximizar las oportunidades de una puesta al pecho temprana (Ministerio de Salud de la Nación, 2021). Dada la importancia de esta práctica para la salud del lactante, la ENaLac indagó sobre el momento de la primera puesta al pecho.

De los resultados obtenidos se observa que el 97,4% de los niños y niñas fueron puestos al pecho e iniciaron la lactancia. Con relación al momento de la primera puesta al pecho, 2 de cada 3 (67,1%). El mencionado valor fue seguido por la puesta al pecho entre la hora y el día de vida (23,3%, IC al 95% 23,0-23,5%) y por la puesta al pecho luego del primer día (7,0% IC al 95% 6,9-7,2%) (Mangialavori, et al., 2022) (Tabla 10).

Tabla 10

Momento de la primera puesta al pecho. Total país.
ENaLac, 2022

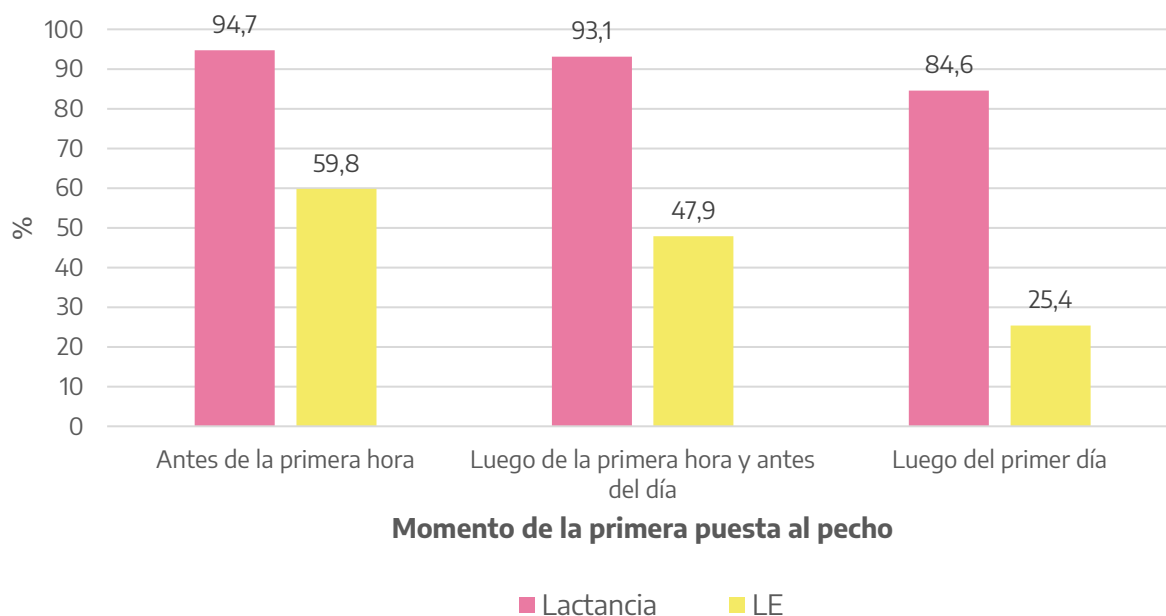
Edad Momento de la primera puesta al pecho	Porcentaje (IC al 95%)		
	0 a 6 meses	12 a 15 meses	Total de la muestra
Antes de la primera hora	67,5 (67,2-67,9)	65,9 (65,4-66,5)	67,1 (66,8-67,4)
Luego de la primera hora y antes del día	22,9 (22,5-23,2)	24,2 (23,7-24,7)	23,3 (23,0-23,5)
Luego del primer día	7,0 (6,8-7,2)	7,2 (6,9-7,5)	7,0 (6,9-7,2)
Ns Nc	2,6 (2,5-2,7)	2,6 (2,5-2,8)	2,6 (2,5-2,7)

IC: intervalo de confianza; Ns Nc: no sabe, no contesta.
Fuente: elaboración propia

Como ya se mencionó, la puesta al pecho temprana impacta positivamente en la práctica efectiva de la lactancia. En tal sentido se observó un mayor porcentaje de lactancia entre quienes fueron puestos al pecho en la primera hora y el primer día, con un descenso en comparación con quienes fueron puestos después del primer día. Las cifras son más elocuentes cuando se analiza la LE en niños y niñas de 0 a 6 meses, ya que se observa que la prevalencia alcanza el 60% en los que son puestos al pecho durante la primera hora de vida, 48% en los que fueron puestos al pecho luego de la primera hora y antes del primer día, y apenas 25% entre quienes fueron puestos al pecho luego del primer día (Figura 2, Tabla 11).

Figura 2

Prevalencia de lactancia y LE, según momento de la primera puesta al pecho. Total país. ENaLac, 2022.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 11

Prevalencia de lactancia y LE según momento de la primera puesta al pecho, total país. ENaLac, 2022.

Tipo de lactancia Momento de la primera puesta al pecho	Porcentaje (IC al 95%)	
	Lactancia	LE
Antes de la primera hora	94,7 ^(a) (94,5-94,9)	59,8 ^(b) (59,3-60,2)
Luego de la primera hora y antes del día	93,1 ^(a) (92,7-93,5)	47,9 ^(b) (47,0-48,6)
Luego del primer día	84,6 ^(a) (83,5-85,6)	25,4 ^(b) (24,1-26,7)
Ns Nc	21,7 (19,7-23,7)	4,6 (3,6-5,6)

IC: intervalo de confianza; LE: lactancia exclusiva; Ns Nc: no sabe, no contesta.
(a), (b): diferencias estadísticamente significativas.
Fuente: elaboración propia

Si bien en nacidos con menos de 2500 gramos es un desafío mayor la puesta al pecho temprana, es importante diferenciar el dato para poder dar cuenta de las prácticas neonatales al momento del nacimiento para poder proponer mejoras en la atención. En la Tabla 12, se puede observar que, tal como es de esperar, la proporción de niños/as menores de 6 meses que fueron puestos al pecho en la primera hora de vida fue mayor entre los nacidos con un peso igual o superior a los 2500 g.

Tabla 12

Porcentaje de niños según momento de la primera puesta al pecho y peso de nacimiento, menores de 6 meses.

ENaLac, 2022.

Peso al nacer	Porcentaje (IC al 95%)	
	Momento de la primera puesta al pecho	Menos de 2500 g
Antes de la primera hora	44,1 (42,7 – 45,4)	69,5 (69,2 – 69,9)
Luego de la primera hora y antes del día	19,1 (18,1 – 20,2)	23,1 (22,85 – 23,53)
Luego del primer día	26,8 (25,6 – 28,0)	5,2 (5,0 – 5,4)
Nunca fue puesto al pecho	8,3 (7,6 – 9,1)	1,5 (1,4 – 1,6)
Ns Nc	1,4 (1,1 – 1,7)	0,4 (0,3 – 0,4)

IC: intervalo de confianza; Ns Nc: no sabe, no contesta.
Fuente: elaboración propia

Tiempo de separación

Tal como se evidenció en ediciones anteriores de esta encuesta, el tiempo de separación diario del lactante con la persona que lo amamanta, afecta la prevalencia de la lactancia; por tal motivo, en esta oportunidad, se volvió a indagar sobre el tiempo de separación del binomio para monitorear dicho indicador. Para su estimación, se tomó nuevamente como valor de referencia una separación de al menos cuatro horas diarias.

En función de los resultados, se observa que el porcentaje de lactancia y de LE es mayor en los niños que pasan menos de cuatro horas al día separados de las personas que los amamantan. Para la LE en niños y niñas de 0 a 6 meses, el porcentaje es mayor entre los lactantes que pasan menos de 4 horas separados, mientras entre quienes pasan más de 4 horas separados la prevalencia de LE es sustancialmente menor (Tabla 13). Por último, se observó que, del total de la muestra, el 80,4% de los niños y niñas (IC al 95%: 80,1 - 80,6%) pasa al menos cuatro horas por día separado de su madre.

Tabla 13

Prevalencia de lactancia y LE según tiempo de separación. Total país.
ENaLac, 2022.

Tipo de lactancia Tiempo de separación	Porcentaje (IC al 95%)			
	Total de la muestra	0 a 6 meses		12 a 15 meses
		Lactancia	Lactancia	LE
Menos de 4 horas	89,8 ^(a) (89,5-90,0)	92,4 ^(b) (92,2- 92,7)	56,2 ^(c) (55,8- 56,6)	82,2 ^(d) (81,7-82,8)
Más de 4 horas	83,6 ^(a) (83,0-84,1)	88,8 ^(b) (88,1- 89,4)	36,7 ^(c) (35,7- 37,6)	77,6 ^(d) (76,7-78,5)

IC: intervalo de confianza; LE: lactancia exclusiva.
(a), (b), (c), (d): diferencias estadísticamente significativas.
Fuente: elaboración propia

Edad de la persona que gestó

La edad de la persona que gestó al lactante resulta una variable de interés ya que muchos eventos de salud están relacionados con la misma. Por tal motivo, se analizaron las edades de las personas y su relación con la lactancia. Del total de la muestra, el 13,5% de quienes gestaron al lactante tenían 20 años o menos (IC al 95%: 13,3 - 13,7%), el 75,6% (IC al 95%: 74,3 - 76,9%) entre 21 y 35 años, y el 11,9% (IC al 95%: 11,7 - 12,1%) 36 o más.

Tomando el total de la muestra en su conjunto y analizando la relación entre la edad de la persona que gestó al lactante y la prevalencia de lactancia, no se observan diferencias por edad. Sin embargo, al observar el grupo de 0 a 6 meses de vida, se evidenció una menor prevalencia de lactancia y LE entre las personas con mayor edad (36 años o más) (Tabla 14).

Tabla 14

Prevalencia de lactancia y LE según edad de la persona que gestó. Total país.
ENaLac, 2022.

Tipo de lactancia Edad	Porcentaje (IC al 95%)			
	Total de la muestra	0 a 6 meses		12 a 15 meses
		Lactancia	Lactancia	LE
20 años o menos	88,9 (88,4-89,5)	91,0 ^(a) (90,4-91,5)	52,6 ^(b) (51,3-53,3)	81,9 (80,5-83,4)
Entre 21 y 35 años	88,6 (88,3-88,8)	92,4 ^(a) (92,2-92,7)	54,7 ^(b) (54,3- 55,2)	80,0 ^(c) (79,5-80,5)
36 años o más	86,4 (85,7-87,0)	88,2 ^(a) (87,5-89,0)	44,7 ^(b) (45,5- 45,8)	82,7 ^(c) (81,5-83,9)

IC: intervalo de confianza; LE: lactancia exclusiva.
(a), (b), (c): diferencias estadísticamente significativas.
Fuente: elaboración propia.

Percepción de AUH

El relevamiento de tenencia de AUH ha sido una incorporación en la edición de ENaLac del 2022 como proxy de vulnerabilidad social de la población. En este contexto, se observó una menor prevalencia de lactancia y de LE entre quienes reciben AUH, en el grupo etario de 0 a 6 meses, mientras que en el grupo de 12 a 15 meses fue mayor entre quienes poseían AUH (Tabla 15). Del total de niños y niñas participantes de la encuesta, el 65,4% recibía AUH, 62,7% en el grupo de 0 a 6 meses y 72,4% en los de 12 a 15 meses.

Tabla 15

Prevalencia de lactancia y LE según percepción de AUH. Total país.
ENaLac, 2022.

Tipo de lactancia AUH	Porcentaje (IC al 95%)			
	Total de la muestra	0 a 6 meses		12 a 15 meses
	Lactancia	Lactancia	LE	Lactancia
Recibe	88,0 ^(a) (87,7 – 88,2)	91,2 ^(b) (90,9 – 91,5)	52,2 ^(c) (51,7 – 52,7)	81,3 ^(d) (80,7 – 81,8)
No Recibe	89,2 ^(a) (88,8 – 89,5)	92,7 ^(b) (92,3 – 93,0)	55,0 ^(c) (54,4 – 55,6)	79,0 ^(d) (78,1 – 79,9)

IC: intervalo de confianza; LE: lactancia exclusiva.

(a), (b), (c), (d): diferencias estadísticamente significativas.

Fuente: elaboración propia

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos por esta nueva edición de ENaLac muestran que las tendencias en lactancia a nivel país se mantienen relativamente estables en relación los datos obtenidos en el año 2017 (Ministerio de Salud, 2018). En esta ENaLac, se observa que la mayor parte de los niños y niñas fueron puestos al pecho e iniciaron la lactancia (97,4%); a su vez que se continúa verificando que la práctica de la LE en menores de 6 meses es elevada (53,2%), mostrando en las sucesivas ediciones de la encuesta, un aumento paulatino a nivel nacional, que se ha duplicado en las últimas tres décadas (24,9% en 1998). A nivel mundial, 44% de los niños y niñas menores de 6 meses reciben LE, mientras que la prevalencia asciende a 50% en los países de bajos y medianos ingresos, y en un 37% para Latinoamérica y el Caribe (UNICEF, 2021), poniendo a Argentina en un lugar destacado en la región.

No obstante, se sigue observando que, a medida que los niños crecen, disminuye la prevalencia de LE bajando varios puntos porcentuales entre los 2 y 6 meses. En ese sentido, si bien la disminución de la prevalencia de la LE entre el nacimiento y los 6 meses, es un fenómeno también observado en otros países; Argentina plantea la necesidad de generar acciones específicas para lograr sostenerla y lograr mejorar los indicadores a futuro.

Se observa que en esta ENaLac la prevalencia de lactancia exclusiva fue de 53,2% para los menores de 6 meses, cifra que supera los valores observados en la ENNyS 2 (43,7%) (Ministerio de Salud, 2019). Estos datos deben ser tomados con la consideración de que ambas encuestas poseen metodologías y poblaciones muy diferentes: en la ENaLac se realiza en efectores de salud, y en el caso de la ENNyS 2 se releva en los hogares.

Si bien a nivel país el dato de LE se ha mantenido entre valores similares en las últimas encuestas, no deben desatenderse las diferencias entre las jurisdicciones para los indicadores de lactancia y LE, ya que se observó una brecha importante entre diferentes jurisdicciones. Este dato diferencial pone de manifiesto cuán sustancial es lograr obtener datos individuales para cada jurisdicción, con el fin de no solo conocer la prevalencia provincial, sino de establecer estrategias locales a los fines de mejorar la adherencia a la lactancia y a la LE. A esta diferencia jurisdiccional se debe sumar el hecho de que, conforme pasan los años, algunas jurisdicciones han mostrado deterioros a sus indicadores generando un llamado de alerta para iniciar acciones prontas con miras a las mejoras de la lactancia en dichos territorios.

Si bien es de suma importancia conocer las prácticas de lactancia en diferentes grupos de edad, también lo es, el hecho de conocer qué tipo de leche se utiliza en su reemplazo cuando la misma se interrumpe total o parcialmente. Tal como se ha visto, de los lactantes que no reciben lactancia existe aproximadamente una décima parte que se alimenta con leches diferentes a la fórmula, a pesar de no ser lo recomendado para esta etapa de la vida en ausencia de lactancia (Ministerio de Salud, 2022, Ministerio de Salud, 2009). En línea con este análisis, se observa una alta proporción de los lactantes de 12 a 15 meses que continúan recibiendo fórmulas como reemplazo de la lactancia, mientras que las recomendaciones actuales avalan el uso de leches diferentes a las fórmulas a partir de esta edad (Ministerio de Salud, 2022). Para establecer una alimentación saludable en todas las etapas del crecimiento, el equipo de salud debe actualizar sus prácticas, transmitir las y trabajarlas oportunamente con la población.

En relación al peso al nacer, se observaron mejores indicadores de lactancia para los niños nacidos con más de 2500 g, en comparación con aquellos que nacieron con menos de 2500 g; si bien ese dato es esperable en vistas de los desafíos que impone esta condición al nacer, nos pone de manifiesto la importancia de que los efectores de salud en donde estos niños y niñas nacen, cuenten con personal capacitado en lactancia y faciliten el acceso a la misma, a través de los Centros de Lactancia tal como indica la ley 25.929.

Con relación al momento de la primera puesta al pecho, 2 de cada 3 niños (67,1%) fueron puestos antes de la primera hora de vida, dato que se mantiene estable en comparación con el observado en la ENaLac 2017 (68,0%, IC al 95%, 67,3-68,7) (Mangialavori, *et al.*, 2022). Estos datos refuerzan la importancia del inicio temprano de la lactancia, tal como lo recomendado por la OMS, “todos los recién nacidos a término, con una edad gestacional superior a las 32 semanas o que nacen con un peso mayor a 1500 gramos, deben ser colocados al seno durante la primera hora de vida” (OPS, 2008).

En esta encuesta, como en la realizada en el año 2017 (Ministerio de Salud, 2018), se puso de manifiesto que aquellos lactantes que nacieron por parto vaginal y en quienes no se demoró el momento de la primera puesta al pecho, presentaban prevalencias de lactancia y LE superiores a quienes nacieron por cesárea y en quienes se demoró el momento de la primera puesta al pecho. Si bien esta encuesta no indaga sobre los posibles motivos de la demora en la puesta al pecho, es posible imaginar que las prácticas hospitalarias que demoran la puesta al pecho y/o que no facilitan el pleno acceso al lactante durante la internación, podrían afectar una buena instalación de la lactancia atentando también contra su mantenimiento en el tiempo.

En relación al tiempo de separación, se observó una tendencia similar a la anterior (Ministerio de Salud, 2018), ya que aquellos lactantes que pasan menos de 4 horas separados de sus madres poseen más lactancia (89,8%) que aquellos que se separan 4 horas o más (83,6 %).

Finalmente, esta edición de ENaLac, incorporó por primera vez la relación entre prestaciones sociales y la lactancia. Se hallaron prevalencias inferiores de lactancia y de LE entre el grupo de 0 a 6 meses que recibían la AUH, mientras que en el grupo de 12 a 15 meses la prevalencia de lactancia y LE fue mayor.

Conclusión y recomendaciones

Como puede observarse del análisis de los resultados de la ENaLac 2022, a lo largo de los años las cifras de lactancia paulatinamente han mejorado y hay condiciones que las favorecen, sin embargo, aún resta mucho trabajo por hacer para llevar a nuestros indicadores a los niveles deseados.

En este sentido, las estrategias de salud se vuelven una parte muy importante para la mejora de nuestros indicadores. Por tal motivo, el fortalecimiento de la estrategia Hospital Amigo de la Lactancia (Ministerio de Salud de la Nación, 2021) resulta indispensable, ya que la misma posee la lógica de promoción y protección de la lactancia desde el control prenatal, la puesta temprana al pecho luego del parto, como también el acceso permanente de la persona que amamanta con el lactante, en caso de internación del mismo.

Los Centros de Salud Amigos de la Lactancia, desde el primer nivel de atención, complementan y amplían las estrategias de promoción, protección y apoyo, procurando elevar los indicadores de lactancia exclusiva al sexto mes. Con objetivos similares, pero desde los lugares de trabajo, la estrategia de Espacios Amigos de la Lactancia viene a sumar apoyo en períodos de lactancia durante la reincorporación laboral. Tal como se observó, a más tiempo de separación, menos lactancia. Es por ello, que resulta clave favorecer un espacio para la extracción de leche, en cualquier tipo de institución, de modo de evitar o reducir su suspensión injustificada al momento de reintegrarse (Ministerio de Salud, 2022).

Por otro lado, es necesario recordar la importancia del derecho a la lactancia, especialmente de aquellos grupos más vulnerables, tal como lo señalan la Ley de Lactancia, Promoción y Concientización Pública (Ley 26.873, 2013) y la Ley de Derecho de los Padres y la Persona Recién Nacida (Ley 25.929, 2004). Ésta última, señala que las instituciones con internación neonatal y/o pediátrica deben poseer Centros de Lactancia, para permitir la extracción y conservación adecuada de la leche humana (Ministerio de Salud de la Nación, 2012). Es menester que los equipos de salud conozcan los requisitos básicos para su instalación y desarrollo, como así también de los Bancos de Leche Humana (Ministerio de Salud de la Nación, 2015), en el caso de que la alimentación con leche de la propia madre no sea posible.

Las acciones en cada uno de los diferentes ámbitos deben abonar a la tradición de la corresponsabilidad para el acceso a la lactancia. En este sentido, las estrategias desde los equipos y las instituciones de salud son importantes, pero no las únicas; por eso es fundamental entender a la lactancia como un hecho cultural que necesita a la sociedad toda para poder mejorar sus indicadores. Los entornos de cuidado, las familias, los equipos de salud, las escuelas, el barrio, los lugares de

trabajo son elementos claves y necesarios para apoyar y acompañar a las personas que amamantan. La lactancia, durante mucho tiempo ha sido pensada como exclusivamente materna, sin embargo, hoy en día, debemos pensarla desde las múltiples configuraciones familiares y significaciones que son facilitadoras y sostén de la misma. Por este motivo, desde la DiSaPeNI, se ha decidido reemplazar la terminología “lactancia materna” por solo “lactancia” para contribuir y acompañar a este cambio de paradigma. (Ministerios de Salud, de Cultura, y de Mujeres, Géneros y Diversidad, 2022).

Se alienta a que, cada una de las personas lectoras de este informe, se apropie de aquellos resultados que le sean de su incumbencia para contribuir, paso a paso, a transformar la realidad y garantizar el acceso a la lactancia acorde a lo recomendado y así generar una sociedad cada vez más equitativa y saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR (2006). Delayed Breastfeeding Initiation Increase Risk of Neonatal Mortality. *Pediatrics*;117(3):e380-6.

Ministerio de Salud de la Nación (2021). Iniciativa Hospital Amigo de la Lactancia. Lineamientos y Herramientas para su Desarrollo. Argentina. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/iniciativa-hospital-amigo-de-la-lactancia-lineamientos-y-herramientas-para-su-desarrollo>

Hansen K. (2016) Breastfeeding: a smart investment in people and in economies. *Lancet*, 387(10017):416.

Kwon EJ, Kim YJ. (2017). What is fetal programming?: A lifetime health is under the control of in utero health. *Obstet Gynecol Sci*;60:506-519.

Ley N° 25.929 de Derecho de los Padres y la Persona Recién Nacida. 2004. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=98805>

Ley N° 27.611 Ley Nacional de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el embarazo y la primera infancia 2021. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=346233>

Ley N° 26.873 Lactancia Materna. Promoción y Concientización Pública. 2013. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/218212/norma.htm>

Martorell, R. (2017). Improved nutrition in the first 1000 days and adult human capital and health. *Am J Hum Biol*. 2017;29:e22952.

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

Ministerio de Salud de la Nación (2009). Guías Alimentarias para la Población Infantil. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Argentina. Disponible en: <https://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000562cnt-guias-alimentarias-familia.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2012). Directrices para la organización y el funcionamiento de los Centros de Lactancia Materna en Establecimientos Asistenciales. Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia. Disponible en: <http://datos.dinami.gov.ar/produccion/nutricion/legislacion/809-2014.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2015). Directrices para la organización y el funcionamiento de los Bancos de Leche Humana en Establecimientos Asistenciales. Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia Disponible en:

<http://datos.dinami.gov.ar/produccion/nutricion/material/2015-RM270.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2018). Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia. Situación de la lactancia materna en Argentina. Informe 2018. Disponible en:

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001281cnt-situacion-lactancia-materna-2018.pdf>

Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019). Indicadores seleccionados de salud y nutrición población materno-infantil. Argentina. Disponible en:

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-07/0000001785cnt-ennys-materno-infantil.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2022a). Guía de práctica clínica sobre Alimentación complementaria para los niños y niñas menores de 2 años. Argentina. Disponible en:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-de-practica-clinica-sobre-alimentacion-complementaria-para-los-ninos-y-ninas-menores>

Ministerio de Salud de la Nación (2022b). Espacios Amigos de la Lactancia. Recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación para Instituciones Laborales. Argentina. Disponible en:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/plan-1000-dias-espacios-amigos-de-la-lactancia>

Ministerios de Salud, de Cultura, y de Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (2022) La lactancia ¿Es sólo materna? Reseña de los conversatorios sobre lactancia 2020-2021 Disponible en:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/la-lactancia-es-solo-materna>

Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, UNICEF. Lactancia, promoción y apoyo en un hospital amigo de la madre y del niño. Módulo 3. [Internet]. Buenos Aires; 2013.

Disponible en: <https://datos.dinami.gov.ar/nutricion/material/modulo3.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre del recién nacido y del niño. 48a Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. 60a Sesión del Comité Regional. Washington DC, 2008. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33739>

Takahashi, K., Ganchimeg, T., Ota, E., Vogel, J. P., Souza, J. P., Laopaiboon, M., Castro, C. P., Jayaratne, K., Ortiz-Panozo, E., Lumbiganon, P., & Mori, R. (2017). Prevalence of early initiation of breastfeeding and determinants of delayed initiation of breastfeeding: secondary analysis of the WHO Global Survey. *Scientific reports*, 7, 44868. <https://doi.org/10.1038/srep44868>

UNICEF. (2017) First 1000 Days the critical window to ensure that children survive and thrive.

Disponible en: <https://www.unicef-irc.org/article/958-the-first-1000-days-of-life-the-brains-window-of-opportunity.html>

United Nations Children's Fund, Division of Data, Analysis, Planning and Monitoring (2021). Global

UNICEF Global Databases: Infant and Young Child Feeding: Exclusive breastfeeding, New York, September 2021. Disponible en <https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding/>

Victora C, et al. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 387(10017):475-s490.

World Alliance for Breastfeeding Action (2016). Breastfeeding: A key to sustainable development. Disponible en: <http://waba.org.my/v3/wp-content/uploads/2019/10/wbw2016-af-i.jpg>

World Health Organization (2009). Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, EE.UU. Parte 1, Definiciones. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44156/9789243596662_spa.pdf?sequence=1

World Health Organization and the United Nations Children's Fund WHO and UNICEF- (2021). Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods. Geneva. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389>

Anexo 1

Cantidad de encuestas esperadas y recibidas, según edad y total, por provincia.
ENaLac, 2022.

Provincia	Menores 6 meses		12 a 15 meses		Total	
	Esperadas	Recibidas	Esperadas	Recibidas	Esperadas	Recibidas
Buenos Aires	745	715	360	324	1105	1039
CABA	740	688	300	280	1040	968
Catamarca (*)	480	471	240	236	720	707
Chaco	650	471	335	240	985	711
Chubut	772	834	320	199	1092	1033
Córdoba	730	713	375	306	1105	1019
Corrientes	720	550	360	290	1080	840
Entre Ríos	720	709	322	307	1042	1016
Formosa	720	595	322	275	1042	870
Jujuy	725	826	370	396	1095	1222
La Pampa (*)	480	878	240	163	720	1041
La Rioja	722	536	371	182	1093	718
Mendoza	730	726	380	347	1110	1073
Misiones	740	865	400	377	1140	1242
Neuquén (*)	480	170	240	49	720	219
Río Negro	740	129	360	21	1100	150
Salta	730	718	355	298	1085	1016
San Juan (*)	480	515	240	381	720	896
San Luis	786	920	398	349	1184	1269
Santa Cruz (*)	480	225	240	41	720	266
Santa Fe (**)	740	297	400	35	1140	332
Santiago del Estero	740	736	369	316	1109	1052
Tierra del Fuego (*)	480	326	240	152	720	478
Tucumán	760	727	385	289	1145	1016
Total	16090	14340	7922	5853	24012	20193

Fuente: elaboración propia

(*) Esta provincia tiene muy pocos efectores con consultas anuales de menores de 2 años, por lo que es imposible diseñar una muestra aleatoria; dado este contexto, se solicitó que se realicen todas las encuestas en las consultas que se presenten en los efectores informados desde el inicio al final del período de la encuesta.

(**) Tamaño de muestra insuficiente para estimar el indicador de LE provincial.

Teléfono gratuito para llamados desde todo el país

0800-222-1002

Opción 7 (Lactancia)

100 días



Ministerio de Salud
Argentina

*primero
la gente*