

LACTANCIA MATERNA

Derecho que garantiza el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño.

META A 2021:

Aumentar del 46,4% al 64% la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida.

7 DE CADA 10 NIÑOS Y NIÑAS
en el área rural reciben leche materna exclusiva hasta los seis meses de vida.

LACTANCIA MATERNA

Derecho que garantiza el crecimiento y
desarrollo de la niña y el niño.

Autores: Francisco Cevallos Tejada, Grace Vásquez, Susana Callay, Gabriela Falconí.



La lactancia es un derecho que garantiza crecimiento y desarrollo

La lactancia materna da la oportunidad a las personas de tener un buen comienzo en la vida, justo y con igualdad de oportunidades, contribuye al desarrollo sostenible, a poner fin al hambre, a lograr la seguridad alimentaria y a mejorar la nutrición, porque es una forma de alimentación económica, ecológica, que previene enfermedades y garantiza el desarrollo psicológico, físico, inmunológico e intelectual de niños y niñas. (IIIPA, 2014)

La leche materna es el primer alimento, natural y seguro, fundamental para la garantía de la buena salud y crecimiento de las niñas y los niños porque aporta toda la energía y los nutrientes que necesitan en sus primeros meses de vida, cubre más de la mitad de sus necesidades nutricionales durante el primer año de vida y hasta un tercio durante el segundo año, evitando la desnu-

trición, obesidad y deficiencia de micronutrientes. Además, les protege contra alergias y enfermedades de la piel, entre otros beneficios. (Unicef, 2019)

Diversos instrumentos normativos nacionales e internacionales como la Convención sobre los Derechos del Niño – CDN, la Constitución de la República del Ecuador – CRE, el Código de la Niñez y Adolescencia – CONA, la Ley Orgánica de Salud – LOS y la Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna, establecen que **la lactancia materna es un derecho fundamental de las niñas y niños para garantizar su supervivencia y constituye el medio más idóneo para asegurarles una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo. También es un derecho fundamental de las mujeres contar con las condiciones necesarias para proveer la lactancia a sus hijas e hijos.**

Normativa referente a la lactancia materna

Convención sobre los Derechos del Niño. Dispone en su artículo 24, acápite e: “Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos”.

Constitución de la República del Ecuador. En su artículo 43 dispone la protección y el derecho que tienen las mujeres embarazadas, las madres en período de lactancia, con el fin de salvaguardar su seguridad.

Código de la Niñez y Adolescencia. En su artículo 24 establece que niño y niña, “(...) tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle el vínculo afectivo con su madre, adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo.” y con obligatoriedad, los establecimientos de salud públicos y privados deben desarrollar programas con el propósito de estimular, promover e impulsar la lactancia materna.

Ley Orgánica de Salud. En su artículo 17 dispone a que, “(...) la autoridad sanitaria nacional conjuntamente con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentarán y promoverán la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del niño o la niña, procurando su prolongación hasta los dos años de edad”.

Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna. En su artículo 1 establece que: “La lactancia materna es un derecho natural del niño y constituye el medio más idóneo para asegurarle una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo”.

Fuente: Normativas nacionales e internacionales Elaboración: CNII, 2020.



PRÁCTICAS E INCIDENCIAS

Tres prácticas específicas relacionadas con la lactancia materna, tienen una incidencia directa en la supervivencia, el desarrollo infantil y el mejoramiento de la nutrición de niñas y niños.

Su inicio durante la primera hora, su exclusividad durante los primeros 6 meses, su complementariedad a partir de esta edad, constituyen las prácticas más importantes:

Gráfico 1: Prácticas e incidencias



1

Iniciación temprana de la lactancia materna (durante la primera hora después del nacimiento).



2

Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y continua hasta los dos años.



3

Alimentación complementaria en la dieta de las niñas y niños a partir de los 6 meses de edad.

Elaboración: CNII, 2020.

Lactancia materna durante la primera hora de vida

La lactancia materna durante la primera hora de vida tiene importantes beneficios en el desarrollo de las niñas y niños:

- **Tiene un efecto protector contra las enfermedades y la muerte y actúa como la primera “vacuna”** debido a que es extremadamente rica en nutrientes y anticuerpos; ofrece una interacción entre la madre y el niño que influye en el establecimiento de vínculos afectivos, en el desarrollo psicomotor y en el crecimiento normal del cerebro. (Rosabal y Piedra, 2004)

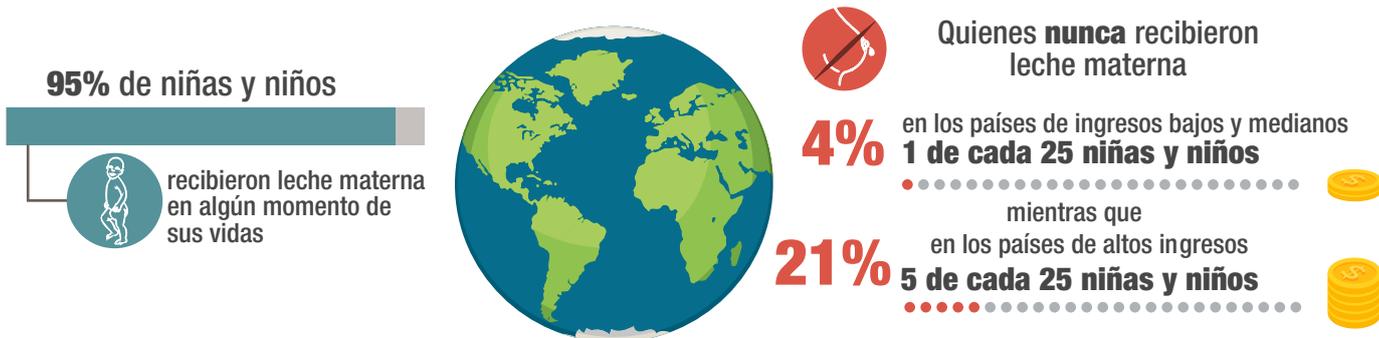
- **Permite la colonización intestinal del recién nacido por miles de bacterias beneficiosas procedentes de la madre (microbiota y microbioma)** que ayudan a programar en la niña y el niño un ambiente microbiológico intestinal saludable de por vida y que le ayudará a luchar contra las enfermedades, a digerir mejor el alimento y a regular su sistema inmunológico. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004)

- **Amamantar a los recién nacidos exige contacto piel a piel** y esta cercanía entre la madre y su hijo o hija en los momentos siguientes al nacimiento ayuda a regular la temperatura corporal del recién nacido e incorpora a su organismo bacterias benéficas provenientes de la piel de la madre. Esas bacterias “buenas” lo protegen contra las enfermedades infecciosas y contribuyen a la formación de su sistema inmunológico. (Unicef - OMS, 2018)

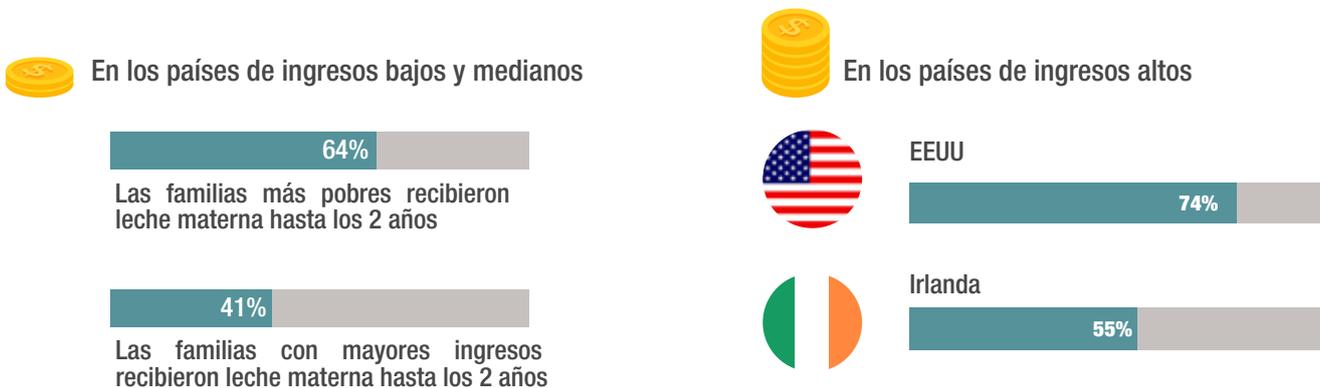
- **Protege a niños y niñas de infecciones: respiratorias, intestinales, urinarias y meningitis** a través de la transferencia de células, factores de crecimiento, enzimas e inmunoglobulinas; estas infecciones son menos frecuentes no solo por las ventajas propias de la leche materna, sino por la menor exposición a agua, alimentos y biberones contaminados. En las niñas y niños alimentados con fórmula se tiene una mayor prevalencia de enfermedades alérgicas, la diabetes mellitus tipo I y la obesidad. (American Academy of Pediatrics, 1997)

Gráfico 2: Datos sobre lactancia materna

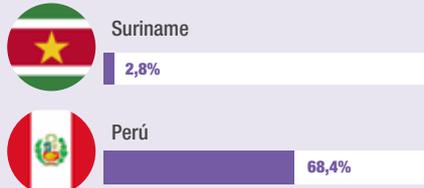
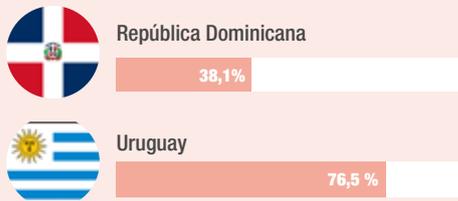
A escala mundial (123 países):



Quienes sí recibieron leche materna hasta los 2 años



Región de las Américas:



En promedio se recibe lactancia prolongada hasta los 21 meses; sin embargo, apenas 3 de 23 países cuentan con información.

Fuente: IIPA, 2014. UNICEF, 2018 / (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2018). Elaboración: CNII, 2020.

La prevalencia de la lactancia materna es menor en los países desarrollados. 5 veces más niños y niñas en los países de ingresos altos no han recibido leche materna nunca en su vida respecto de los de países de ingresos medios o bajos.

Cuanto mayor tiempo esperan los bebés por la primera ingesta de leche materna, mayor es el riesgo de muerte durante los primeros 28 días de vida. Cuando la lactancia materna se da en menos de una hora después del nacimiento, salva vidas y ofrece al niño o niña beneficios

que durarán toda la vida; esperar de 2 a 23 horas aumenta su riesgo de muerte en 1,3 veces; y esperar 1 día o más, aumenta el riesgo de muerte en más de 2 veces. (Smith, E., et al, 2017)

Gráfico 3: Importancia de la lactancia materna dentro de la primera hora de vida.



El riesgo de muerte es dos veces mayor en niños y niñas que esperan más de 1 día por la leche materna después de su nacimiento, respecto de aquellos que iniciaron la lactancia materna dentro de la primera hora de vida.

Lactancia materna exclusiva

A través de evidencia científica, se ha comprobado que la lactancia materna exclusiva:

- **Reduce la mortalidad de las niñas y niños por enfermedades frecuentes en la infancia** como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación rápida cuando estas se presentan.

- **Fomenta el desarrollo físico, psíquico y social del niño o niña desde su nacimiento**, sustentando la maduración de las estructuras cerebrales durante los 3 primeros años de vida, periodo en el cual se establecen múltiples conexiones neuronales. La lactancia materna por períodos más prolongados, contribuye al desarrollo cognitivo, de manera que las niñas y niños desarrollan un mayor potencial educativo respecto de los que no fueron amamantados. (Victoria, C. et. al, 2016)

- **Contribuye a la salud y el bienestar de las madres**, ayudando a disminuir la hemorragia posparto, la anemia y la mortalidad materna; contribuye a espaciar los embarazos dado que la lactancia materna exclusiva funciona como un método natural – aunque no totalmente seguro – de control de la natalidad, aproximadamente el 98% de protección durante los primeros 6 meses. También reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama, diabetes de tipo 2 y depresión posparto. (IIIPA, 2014)

- **La lactancia materna crea un vínculo potente, relaciones positivas y apego afectivo** entre la madre, sus hijos e hijas, e incluso el padre si interactúa con este proceso. Estos lazos afectivos son cruciales para la supervivencia y desarrollo de la niña o niño ya que les aporta herramientas emocionales adecuadas para su adaptación y relación social.

Las personas adultas que han disfrutado de una relación de apego seguro con sus padres y específicamente con su madre son personas más cálidas, más estables desde el punto de vista emocional, con relaciones íntimas más satisfactorias, más positivas, más integradas socialmente porque se han activado frecuentemente las conexiones nerviosas de la empatía y la estabilidad emocional.

- **Contribuye a la economía de las familias** dado que disminuye el riesgo de enfermedades en los niños y las niñas, por lo que se ahorra en gastos de salud; así mismo, se ahorra dinero al no comprar otras leches, teteros, chupones y combustible para su cocción. (MSP, 2011)

- **Contribuye al cuidado del medioambiente** ya que la leche materna no requiere de procesos industriales de fabricación, envases ni transporte, por lo que ahorra energía y evita contaminación. (MSP, 2011)

Gráfico 4: Componentes que aporta la leche materna al desarrollo de niñas y niños



Millones de **células vivas** entre las que se incluyen los glóbulos blancos que refuerzan el sistema inmunitario y los citoblastos que ayudan al desarrollo y curación de los órganos. (Hassiotou F, et al, 2013)



Más de 1000 **proteínas** que ayudan al crecimiento y desarrollo de la niña o niño, activan su sistema inmunitario y desarrollan y protegen las neuronas cerebrales. (Beck KL, et al, 2015)



Todas las proteínas de la leche materna están compuestas por **aminoácidos**. La leche materna cuenta con más de 20 compuestos de este tipo. Algunos de ellos denominados nucleótidos, elevan sus niveles por la noche y los científicos creen que pueden inducir el sueño. (Sánchez CL, et al, 2009. Zang Z, et al, 2013)



Más de 200 azúcares complejos llamados **oligosacáridos**, que actúan como prebióticos, alimentan a las «bacterias buenas» del intestino del niño o niña. También evitan que las infecciones lleguen al torrente sanguíneo y reducen el riesgo de inflamación cerebral. (Moukarzel S, Bode L, 2017)



Más de 40 **enzimas** que son catalizadores que aceleran las reacciones químicas en el cuerpo, ayudan a los sistemas digestivo e inmunitario y permiten la absorción del hierro. (Hamosh M, 2001)



Factores de crecimiento que favorecen un desarrollo saludable y afectan a muchas partes del cuerpo del niño o niña, como los intestinos, los vasos sanguíneos, el sistema nervioso y las glándulas que segregan hormonas. (Beck KL, et al, 2015)



Contiene hormonas que envían mensajes entre los tejidos y órganos para garantizar su correcto funcionamiento. Algunas ayudan a regular el apetito y los patrones de sueño de la niña o niño, e incluso ayudan a reforzar el vínculo entre madre e hijos e hijas. (Hamosh M, 2001)



Anticuerpos también conocidos como inmunoglobulinas. Hay cinco formas básicas de anticuerpos y todas ellas están presentes en la leche materna. Protegen contra las enfermedades e infecciones ya que neutralizan las bacterias y los virus. (Beck KL, et al, 2015)



Ácidos grasos de cadena larga que tienen un papel fundamental en el desarrollo del sistema nervioso, además de contribuir al desarrollo saludable del cerebro y los ojos. (Uauy R, et al, 2000)



1400 moléculas diferentes de microARN, cuya función parece ser la regulación de la expresión genética, además de ayudar a evitar o detener el desarrollo de enfermedades, reforzar el sistema inmunitario y participar en la remodelación del pecho. (Alsaweed M, et al, 2016)



Vitaminas y minerales que favorecen el crecimiento saludable y el funcionamiento de los órganos, además de ayudar a la formación de los dientes y huesos del niño o niña. (Beck KL, et al, 2015)



POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PROMOVER LA LACTANCIA MATERNA

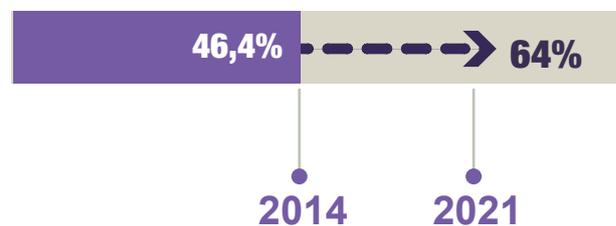
Ecuator, con el objetivo de garantizar una vida digna con igualdad de oportunidades para las niñas y niños, estableció en el Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 “Toda una Vida”, la política pública orientada a:

Combatir la malnutrición, erradicar la desnutrición y promover hábitos y prácticas de vida saludable, generando mecanismos de corresponsabilidad entre todos los niveles de gobierno, la ciudadanía, el sector privado y los actores de la economía popular y solidaria, en el marco de la seguridad y soberanía alimentaria. (Senplades, 2017)

En el marco de este objetivo, el Estado ecuatoriano estableció como meta:

Aumentar del 46,4% al 64%, la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida, a 2021. (Ibíd., p. 35)

Meta al 2021



Para alcanzar esta meta y las políticas relativas al desarrollo infantil, el Gobierno ecuatoriano desarrolla la intervención emblemática “Misión Ternura”.

La estrategia para la concreción de las realizaciones y atenciones es la implementación de la Ruta Integral de Atenciones.



Misión Ternura

Es una intervención intersectorial que moviliza a las familias, comunidades, barrios, cuidadores, cuidadoras, instituciones públicas y privadas, Gobiernos Autónomos Descentralizados, organizaciones de la sociedad civil, quienes se organizan e interactúan a fin de asegurar las condiciones favorables para la protección integral y social desde el periodo de gestación y promover el buen comienzo de la vida y el adecuado desarrollo infantil integral temprano de niñas y niños **hasta los 5 años de edad, con énfasis en los primeros mil días de vida** ya que es la base para el despliegue de las capacidades y potencialidades a lo largo de la vida, y durante los primeros años del ciclo de vida.

Esta intervención emblemática centra su accionar en las niñas y niños como sujetos de derechos y establece una visión integral fundamental: cuidar a la madre; nacer bien; cuidar con ternura a niñas y niños; y, cuidar a cuidadoras y cuidadores.

Misión Ternura tiene cuatro componentes: atención integral en salud; alimentación y nutrición; juego y aprendizaje temprano; y, seguridad y protección. El país, a través de las entidades rectoras y ejecutoras de la política pública, fortalece la intervención Misión Ternura mediante la coordinación y articulación interinstitucional orientada a disminuir las brechas de desigualdad mediante planes, programas y servicios de las instituciones del sector social: Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), Ministerio de Educación (MINEDUC); Registro Civil (RC), principalmente.

Fuente: STPTUV, 2018. MIES, 2019. Elaboración: CNII, 2020.

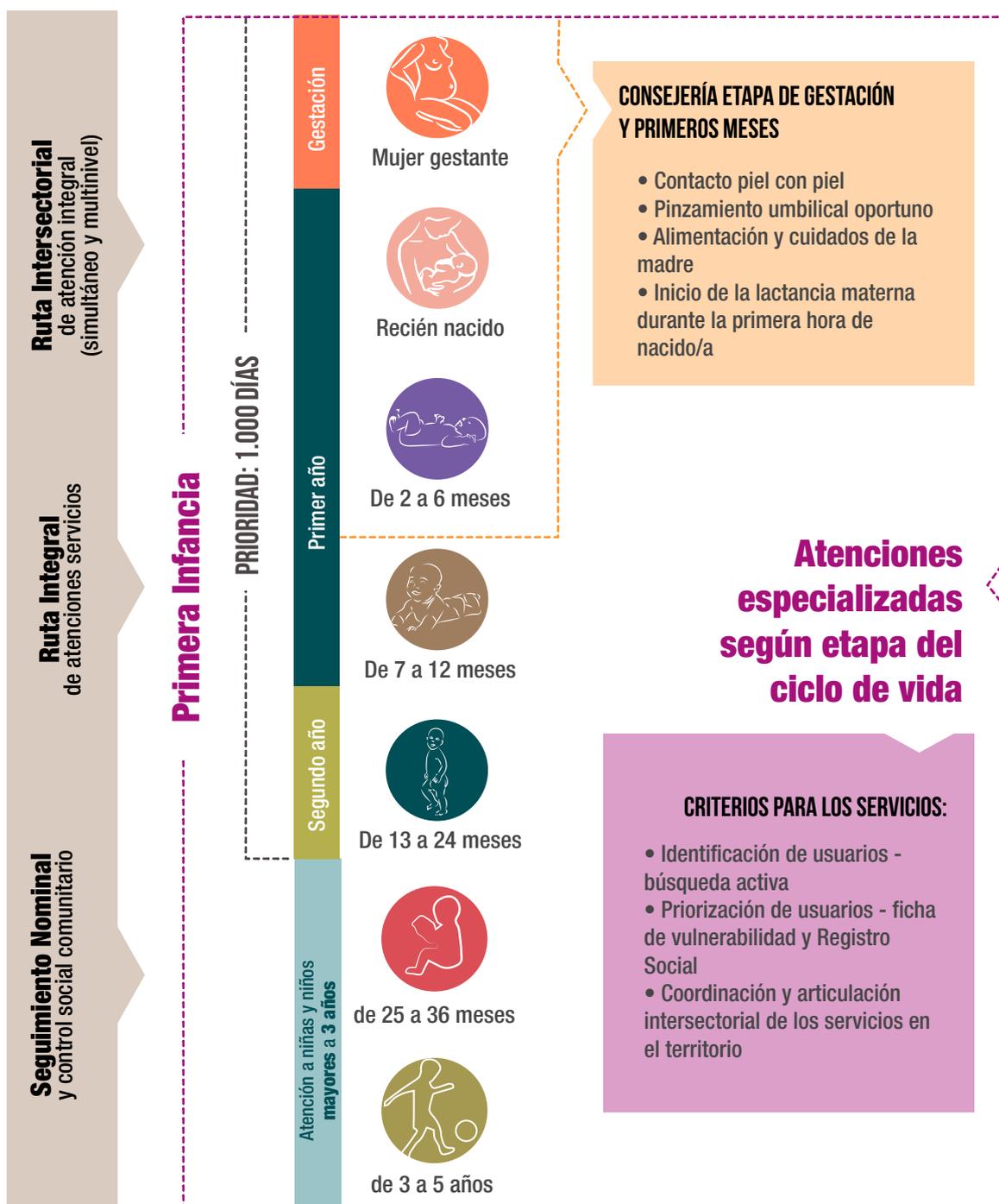
Ruta Integral de Atenciones – RIA

Es un conjunto de atenciones intersectoriales fundamentales y diferenciadas, que brindan las instituciones del sector público (como el Ministerio de Inclusión Económica y Social, el Registro Civil, el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Educación, los gobiernos autónomos descentraliza-

dos), para asegurar la articulación de los servicios dirigidos a las mujeres gestantes, niñas, niños de 0 a 5 años de edad en situación de pobreza, pobreza extrema y vulnerabilidad; está definido con enfoque de derechos y en base a lo que estas niñas y niños requieren para su desarrollo integral.

Gráfico 5: ¡Un buen comienzo de vida!

Atención integral intersectorial: salud, alimentación, juego y aprendizaje temprano, seguridad y protección

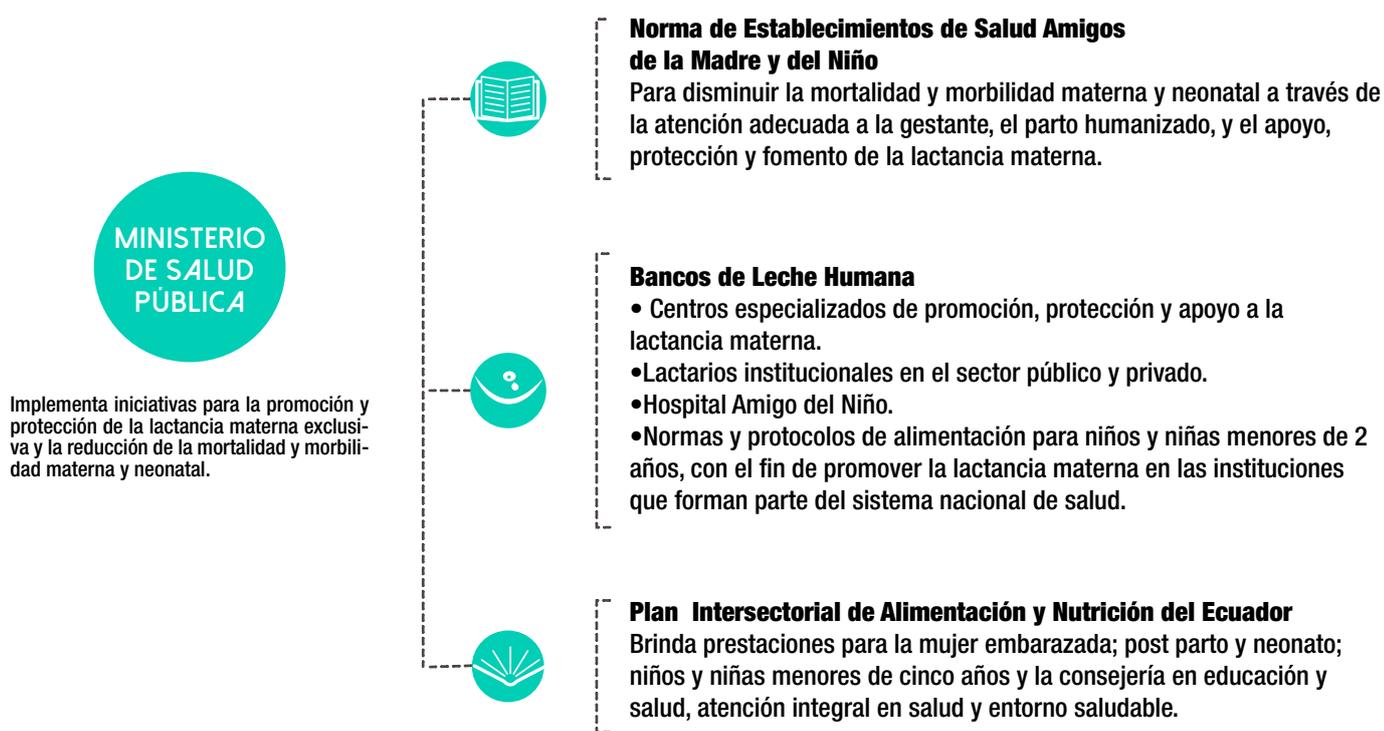


Fuente: MIES/ SDII. Ruta Integral de Atenciones (intersectorial) 2019. Elaboración: CNII, 2020.

La Ruta Integral de Atenciones, que presenta Misión Ternura, hace hincapié en aquellas atenciones indispensables para la primera infancia; sin embargo, la acción de los diferentes prestadores de servicios las complementa.

Respecto a la lactancia materna, tanto el Ministerio de Inclusión Económica y Social como el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2018), enfatizan sus acciones al respecto:

Gráfico 6: Acciones del Ministerio de Salud Pública para promover la lactancia materna



Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2019. Elaboración: CNII, 2020.

Gráfico 7: Acciones del Ministerio de Inclusión Económica y Social para promover la lactancia materna



Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2019. Elaboración: CNII, 2020.



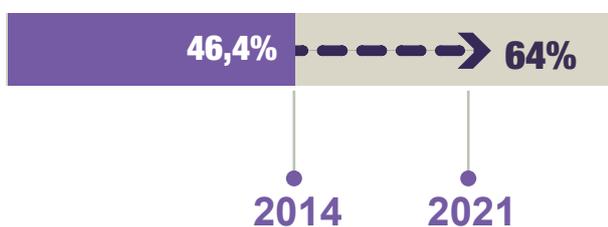
AVANCES EN LA GARANTÍA Y CUMPLIMIENTO DEL DERECHO A LA LACTANCIA MATERNA

Brechas y características

El país ha logrado un avance significativo respecto a la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida; la meta por alcanzar, un 64% de prevalencia como lo señala el Plan Nacional de Desarrollo – PND, no solo es alcanzable, sino superable.



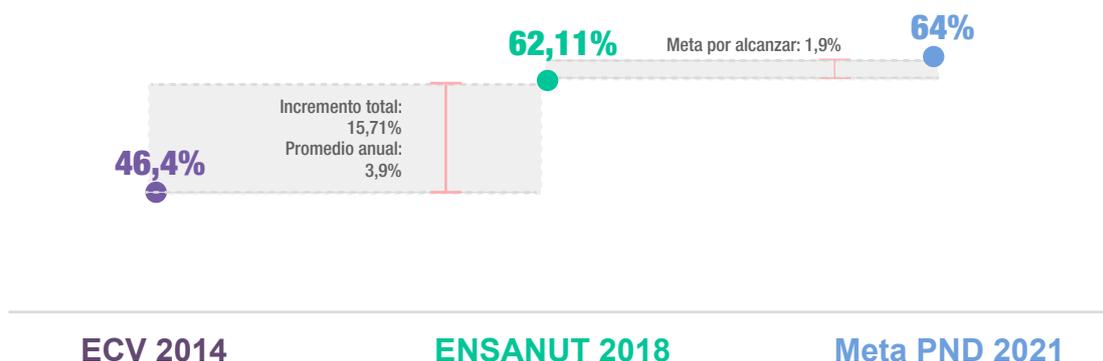
En los últimos 5 años, sube en **15,7%** el acceso de las niñas y niños a la leche materna como único alimento durante los 6 primeros meses de vida.



En 2014, de acuerdo a la Encuesta de Condiciones de Vida – ECV, el 46,4% de niñas y niños recibieron como único alimento leche materna durante los 6 primeros meses de vida. Para 2018, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición – ENSANUT reporta que el consumo de leche materna aumentó al 62,11% de niños y niñas. Lo que implica un incremento anual del 3,9% entre los años 2014 y 2018; si este incremento se sostiene en los siguientes dos años, alcanzaremos y superaremos la meta establecida de 64%. (INEC, 2018)

El marco muestral utilizado por el INEC para la Encuesta de Condiciones de Vida ECV 2014 y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2018, hace posible que los datos obtenidos sean estadísticamente comparables.

Gráfico 8: Lactancia materna exclusiva en los 6 primeros meses y la meta del Plan Nacional de Desarrollo “Toda una Vida”.



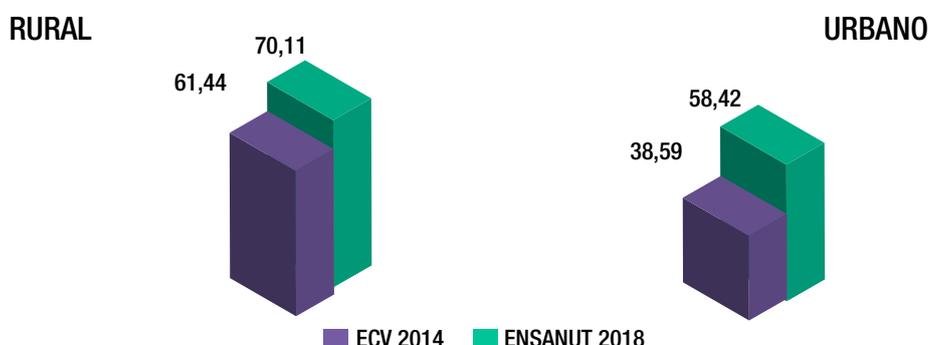
Fuente: : INEC, Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) 2014 / Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018. Elaboración: CNII, 2020.

7 de cada 10 niños y niñas en el área rural reciben leche materna exclusiva hasta los seis meses de vida; en el área urbana lo hacen 5.

En el año 2014, según la ECV, el 61,44% de niños y niñas que vivían en el área rural recibieron lactancia materna exclusiva en los 6 primeros meses; en el 2018, según ENSANUT, esta cifra aumentó 8,67 puntos porcentuales, y el 70,11% de niñas y niños que residen en el área rural, reciben lactancia materna exclusiva en los 6 primeros meses de edad.

Sin embargo, el mayor incremento se da en el área urbana donde se registra un aumento de 19,84 puntos; en el 2014, el 38,59% de niños y niñas recibieron lactancia materna exclusiva en los 6 primeros meses, mientras que en el 2018 se registra un 58,42%.

Gráfico 9: Lactancia materna exclusiva en los 6 primeros meses por zona de residencia y año

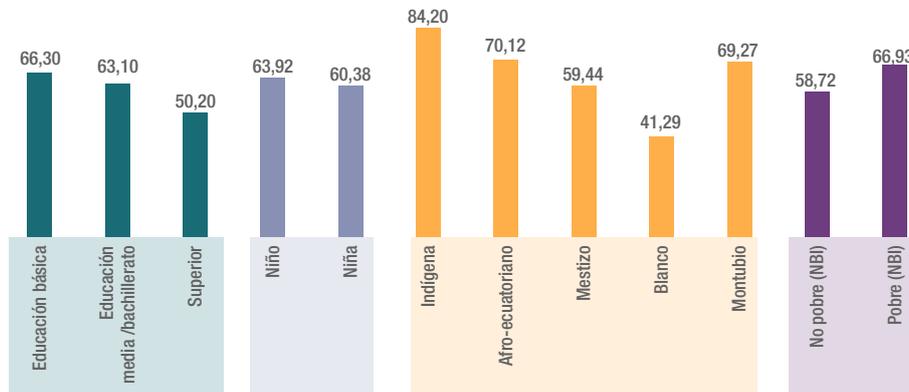


Fuente: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida - ECV 2014 y Encuesta Nacional de Salud y Nutrición - ENSANUT 2018. Elaboración: CNII, 2020.

Por otro lado, el 66,3 % de madres que cuentan con educación básica, alimentan a la niña o niño con leche materna exclusivamente durante los primeros 6 meses, mientras que

50,2% de madres que cuentan con nivel superior, lo hace. Esto da cuenta de una brecha de 16,1 puntos porcentuales entre estas categorías.

Gráfico 10: Niñas y niños con lactancia materna exclusiva en los 6 primeros meses, a nivel nacional en el 2018. (En porcentaje, por diversas desagregaciones)



Fuente: :INEC, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018. **Elaboración:** CNII, 2020.

La mayor incidencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida se presenta en los pueblos y nacionalidades indígenas, representando el 84,2%; seguida por los pueblos afroecuatorianos, negros y mulatos con el 70,2%. Mientras que los niños y niñas con identificación mestiza y blanca representan el 59,4% y 41,2%, respectivamente. (INEC, 2018)

Es decir, el doble de niños y niñas indígenas consumen leche materna respecto de los autoidentificados como blancos; un 24% menos de niños y niñas mestizos consume leche materna respecto de niños y niñas indígenas.

40% más de niños y niñas indígenas, respecto de los mestizos, consumen leche materna.

Asimismo, se evidencia una brecha entre niñas y niños pertenecientes a hogares pobres y no pobres por necesidades básicas insatisfechas; mientras 58,7% de los niños y niñas en hogares no pobres son alimentados con leche de la madre de forma exclusiva, en hogares pobres esta prevalencia sube a 66,9%.

Conforme la pobreza medida por el nivel de ingreso, 7 de cada 10 niños y niñas menores de 6 meses del quintil más pobre de la población, consumieron lecha materna de manera exclusiva; mientras que menos de 5 de cada 10 la consume, en el quintil más rico.

13% más de niños y niñas pobres respecto de los no pobres consumen leche materna.

Gráfico 11: Incidencia de la lactancia materna por quintil de ingreso (en porcentaje)



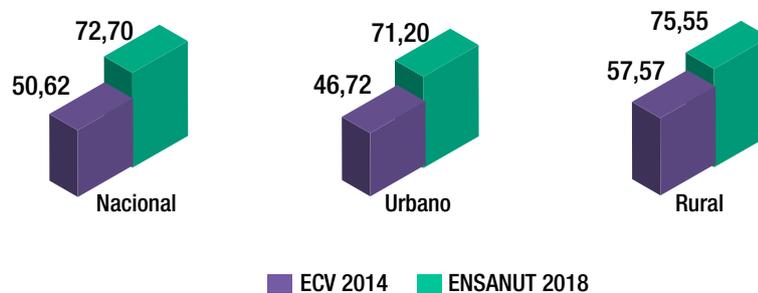
Fuente: INEC, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018. Elaboración: CNIL, 2020.

La lactancia en las primeras horas de vida

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Censos – INEC, en el año 2014 se evidenció que el 50,62% de los niños y niñas menores a dos años recibieron lactancia materna en su prime-

ra hora de vida. Esto aumentó sus probabilidades de sobrevivir y garantizar la lactancia a largo plazo; mientras que los que deben esperar, hacen frente a consecuencias que amenazan sus vidas. (INEC, 2014)

Gráfico 12: Inicio temprano de la lactancia materna en niños y niñas menores de dos años (en porcentaje)



Fuente: INEC, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018. Elaboración: CNIL, 2020.

Para el año 2018 se muestra que el 72,70% de las niñas y niños menores de dos años recibieron leche materna en su primera hora de vida (INEC, 2018); esto da cuenta de un significativo incremento.

Las madres que viven en el área rural son las que más practican la lactancia en la primera hora de nacimiento con sus niñas y niños; en el 2014 el 57,6 % de niñas y niños menores de dos años se alimentaron con leche materna en la primera hora. Se incrementa al 75,6 % de niñas y niños para el 2018. (INEC, 2018)

En los últimos 5 años, **aumenta en 22,08% el acceso de las niñas y niños** menores a dos años que recibieron la lactancia materna en su primera hora de vida, pasando de **50,62% en 2014 al 72,70% en el 2018.**

En 2018, el 62,11 % de las niñas y niños recibieron lactancia materna exclusiva.

La lactancia exclusiva y la prevención de enfermedades

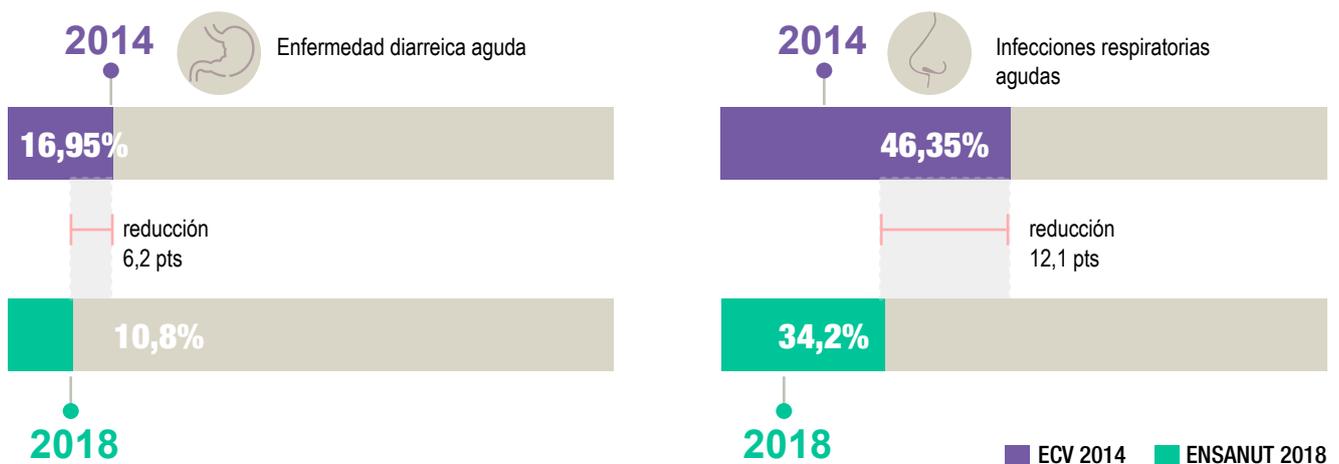
Un adecuado cuidado durante la gestación incidirá en una mejor calidad de vida para la madre y su bebé. El espaciamiento de los embarazos, como resultado que conlleva la lactancia materna, es un factor que incide también en aminorar problemas relacionados con la desnutrición, el bajo peso al nacer, entre otros.

El incremento de cobertura de los niños y niñas que fueron alimentados exclusivamente con leche materna, permite la reducción de las enfermedades crónicas e infecciones y de enfermedades frecuentes como la diarrea y la neumonía que son las dos causas principales de mortalidad en la niñez; pues la leche materna es inocua y contiene anticuerpos que aportan todos los nutrientes que se necesitan para un adecuado desarrollo.

De acuerdo a la Encuesta de Condiciones de Vida de 2014, el 16,95% de niñas y niños menores a 5 años tuvieron enfermedad diarreica aguda en los 7 días previos a la entrevista; en el año 2018, en la encuesta ENSANUT, este porcentaje disminuyó a 10,8%; esto evidencia una reducción significativa de 6,2 puntos porcentuales respecto del período anterior de análisis.

En el caso de las infecciones respiratorias agudas en 2014, el 46,35% la reportaron, en tanto en 2018, la ENSANUT reporta el 34,2%, lo que implica una reducción de 12,1 puntos porcentuales. La reducción en la prevalencia de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas en niños menores de 5 años, tiene relación directa con el incremento de la lactancia exclusiva.

Gráfico 13: Reducción de enfermedades crónicas e infecciones respiratorias



Fuente: INEC, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018. Elaboración: CNII, 2020.

Lactancia materna: factores para su no provisión o interrupción

Existen diferentes factores que inciden en la no provisión o en la interrupción de la lactancia materna: culturales, creencias y hábitos; el desconocimiento de su importancia; o la influencia del mercado respecto de productos preparados complementarios o sustitutos de la leche materna.

Asimismo, existen situaciones particulares de salud que impiden que el proceso de lactancia sea de manera natural; problemas provocados por la ausencia de cuidados en la etapa de gestación; mala nutrición en el embarazo y post-parto; el rechazo de la alimentación por problemas del bebé o por la anatomía de la

madre; entre otros. Algunos de ellos subsana- bles. De hecho, estudios desarrollados por FAO (2002) señala que muy pocas madres -menos de 3%- experimentan una falta com- pleta o casi completa de la lactancia.

No todos estos factores han sido estudiados y carecemos de información pertinente para identificar estas posibles problemáticas. Junto a ello, la no lactancia o su interrupción están causadas por factores como el trabajo. Como lo señala Latham (2002): “El trabajo materno lejos de casa se cita a menudo como el motivo más importante para la declinación de la lactancia. Los estudios publicados, sin embar- go, rara vez citan el trabajo como un motivo serio para no iniciar la lactancia o para el destete precoz.”

Además de la normativa nacional e internacio- nal citadas, también encontramos el Convenio sobre la Protección de la Maternidad, adopta- da por la OIT con una particular atención en el ámbito laboral; esta reconoce que las mujeres tienen derecho a licencias por maternidad y a amamantar a sus niños; sin embargo, múltiples obstáculos lo limitan.

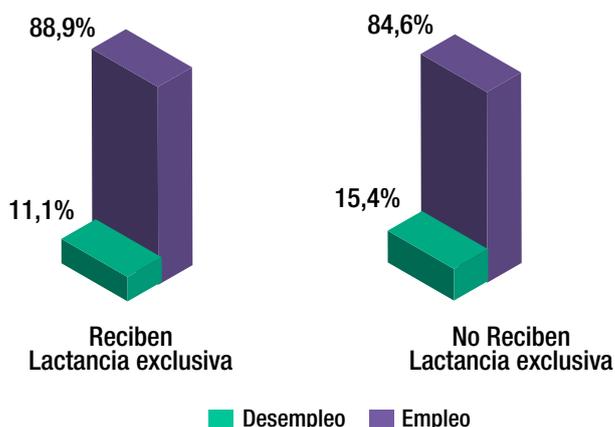
“Entre los obstáculos principales se encuen- tran: licencia de maternidad muy corta o recha- zo de la licencia de maternidad a las emplea- das temporales o provisionales; despido del

trabajo a quienes toman licencia de materni- dad; falta de instalaciones para la atención de los niños las cuales deberían estar disponibles en los lugares donde gran número de mujeres están empleadas; falta de períodos de descan- so 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 suce- dâneos para persuadirlas de alimentar a sus niños con la fórmula en vez de amamantarlos.” (Ibíd.)

Proveer al niño o niña exclusivamente de leche materna, durante los primeros seis meses de edad está condicionado por varios factores tanto individuales (madre e hijo) así como colectivos (del entorno) entre los que se encuentran la reincorporación de la madre al trabajo durante el primer año de vida de su hija o hijo.

Al carecer de información más detallada de las razones de la no lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses, resulta complejo profun- dizar en el análisis; sin embargo, de acuerdo con la ENSANUT 2018, el 84,6% de las muje- res de 15 años y más cuyos hijos e hijas NO reciben lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida se encuentran empleadas versus el **15,4% que se encuen- tran en condición de desempleo.**

Gráfico 14: Condición de actividad de mujeres de 15 años en cuanto a lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición - ENSANUT 2018. Elaboración: CNII, 2020.

Si bien el porcentaje de mujeres empleadas que sí proporcionan leche materna exclusiva a sus hijos e hijas en los primeros 6 meses de vida es del 88,9%, manifestando una tendencia similar en relación a las mujeres que no proporcionan leche materna exclusiva a sus hijos, lo que sí puede llamarnos la atención es que existe un porcentaje mayor (15,4%) de mujeres en condición de desempleo que no brindan lactancia exclusiva, versus un 11,1% de mujeres en la misma condición que sí brindan lactancia exclusiva. **En este caso, hay más mujeres en condición de desempleo que no mantiene lactancia exclusiva.**

Así como podríamos inferir que la condición de empleo no es un factor predominante en la

decisión de la lactancia materna exclusiva pues el dato se comporta similar en la prevalencia o no de la lactancia, e incluso poder registrar que hay más mujeres desempleadas que no dan lactancia materna respecto de las desempleadas que sí lo hacen.

Bien podría pasar también que el **84,6% de mujeres empleadas, no brindan lactancia materna, exclusivamente por obstáculos laborales.** Por ello, mientras no se desarrolle mayor desagregación de las causas y razones que llevan a una mujer a no brindar leche materna, resulta complejo poder ser conclusivos.

Impactos adicionales de la lactancia

A más de los distintos beneficios señalados que produce la lactancia materna en el campo cognitivo, de salud y nutrición, debemos agregarles impactos ambientales, económicos y en la dinámica poblacional.

El ahorro económico y el impacto ambiental que supone la disminución o eliminación de alimentos procesados son, por ejemplo, algunos de los beneficios que la lactancia trae consigo y que han sido referidos en este documento. Sin embargo, este es quizás uno de los elementos más críticos del debate; el mundo cuenta con un Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, sin embargo, al no ser un Tratado o una Convención, es (apenas) un llamado ético

global para regularizar esta comercialización, que tiene sus aristas en el campo de la salud, el ambiente y la economía de las familias.

Por otro lado, la lactancia materna constituye un mecanismo de control de la fertilidad y la natalidad. Mientras mayor sea el tiempo y la frecuencia de la lactancia, más se prolongará el reinicio de la menstruación, pues existe una relación directa con la ausencia de menstruación y la cesación de la ovulación. Fisiológicamente, durante la lactancia, el estímulo de la succión produce hormonas que inciden en los ciclos menstruales y su reinicio; por tanto, reduce la posibilidad de un nuevo embarazo, contribuye al espaciamiento de los embarazos y reduce el uso de métodos anticonceptivos. (Latham, 2002)



DESAFÍOS Y RECOMENDACIONES

La lactancia materna exclusiva proporciona beneficios y favorece el crecimiento y desarrollo de niños y niñas. Los resultados que arroja la ENSANUT 2018 son prometedores en este aspecto y permitirá al país cumplir con la meta programada en el Plan Nacional de Desarrollo PND al 2021, logrando un 64% de prevalencia. Sin embargo, mientras mayor es el nivel de instrucción de la madre, la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida disminuye. En la zona urbana y en estratos más ricos esta prevalencia también disminuye.

La baja prevalencia y las prácticas inadecuadas de la lactancia materna, especialmente la lactancia materna no exclusiva durante los primeros seis meses de vida, está íntimamente ligada a las enfermedades respiratorias y diarreicas y a la desnutrición crónica; estas enfermedades afectan indistintamente de la

situación social o económica, zona de residencia o nivel de instrucción a niñas y niños en el país. En este sentido, es necesario:

1. **Fortalecer la intervención emblemática Misión Ternura**, no solo en las atenciones respecto de usuarios directos como niños, niñas y mujeres embarazadas; sino en sus estrategias de intervención en las comunidades para provocar cambios culturales y dinámicas sociales positivas.
2. **Promover la lactancia materna inmediatamente después del nacimiento**, a fin de fortalecer el vínculo afectivo entre la madre y el recién nacido; el inicio de la succión aumenta la satisfacción de la madre por su sensación de comunicación y vinculación, y la adaptación del hijo o hija al medio extrauterino.

Durante los primeros días luego del parto, algunas madres tienen dudas sobre su capacidad de dar de lactar. El apoyo del padre y de la familia ampliada en estos momentos es fundamental para darle confianza y tranquilidad y así se tendrá mayor capacidad de superar dificultades, además de establecer y mantener vínculos emocionales para toda la vida.

3. **Garantizar el derecho de las mujeres a mantener la lactancia** materna durante el horario laboral. Las mujeres que reanudan su actividad laboral en muchos de los casos se ven avocadas a abandonar la lactancia materna parcial o totalmente porque no disponen de instalaciones adecuadas para amamantar o extraerse y recoger la leche. Las madres necesitan tener en su trabajo o cerca de él, un lugar seguro, limpio y privado para poder seguir amamantando a sus hijos.

Se puede facilitar la lactancia materna adaptando las condiciones de trabajo, por ejemplo mediante la baja por maternidad remunerada, el trabajo a tiempo parcial, centros de desarrollo infantil en el lugar de trabajo, instalaciones donde amantar o extraerse y recoger la leche, y las pausas para amamantar. (Victora, 2016)

4. **Fomentar la implementación de los bancos de leche humana** como estrategia para proveer de leche segura a las niñas y niños que no cuentan con la misma, mediante procedimientos adecuados que no expongan a los receptores a riesgos de salud, dado que reciben leche materna con control de donante. La Organización Mundial de la Salud recomienda que “cuando no se disponga de leche de la propia madre, la leche pasteurizada de madres donantes seleccionadas es la mejor opción para la alimentación de los niños, sobre todo si se trata de niños enfermos o de alto riesgo” (OMS, 2002).

5. **Exigir la implementación de lactarios** en los lugares de estudio y trabajo como apoyo a la mujer que estudia y trabaja fuera del hogar y que se ve obligada a suspender temporalmente la lactancia materna.

Es un hecho aceptado que toda mujer sana es capaz de amamantar satisfactoriamente a su hijo o hija. Sin embargo, según madres encuestadas, la causa más frecuente para el fracaso en la lactancia es la falta de leche. Muchos factores pueden contribuir a la falta de leche en una madre sana: el trabajo fuera del

Banco de Leche Materna en el Ecuador

En el Ecuador en marzo de 2007 empezó a funcionar el primer banco de leche materna con el objetivo de promover y estimular la lactancia materna a través de actividades específicas como la recolección, procesamiento y control de calidad de la leche humana o de transición y del calostro, a través de un sistemático y cuidadoso proceso que garantiza la inocuidad del producto.

Para más información consultar:



https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/07/6_norma_manejo_banco_leche.pdf (MSP, 2011)

Elaboración: CNII, 2020.

hogar; condiciones adversas por partos con intervención excesiva; mensajes mediáticos subliminales que incitan a la inseguridad individual en favor del uso de sustitutos de la leche materna con pretendida solución a todo; pérdida de la cultura de la lactancia como modelo de alimentación; atención por parte de profesionales sanitarios que desconocen las bases teóricas y prácticas de la lactancia; influencia de la industria, a través de técnicas agresivas de mercadeo, al introducir alimentos infantiles que minan la capacidad de la mujer para asumir su papel de «actriz principal» en el proceso de alimentación y protección de su hijo o hija. (MSP, 2011)

Una forma concreta de apoyo para la mujer que estudia y trabaja fuera del hogar y que se ve obligada a suspender temporalmente la lactancia materna es la implementación de lactarios en los lugares de estudio y trabajo, para que las madres puedan recolectar su leche, almacenarla y transportarla a su hogar, lo que permitirá que posteriormente el cuidador o cuidadora administre su leche materna a su niño o niña. (MSP, 2011)

El Ministerio de Salud Pública, con el objetivo de promover la lactancia y garantizar que la niño o niño acceda a la leche materna en forma exclusiva hasta los 6 meses de edad y continuada hasta los 2 años o más, estableció las normas para la implementación y funcionamiento de lactarios institucionales en los sectores público y privado en el Ecuador. Para más información consultar:

 <https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/08/LACTARIOS-INSTITUCIONALES.pdf>

6. Promover la aprobación de legislación desde los gobiernos autónomos descentralizados donde se proteja la lactancia

materna en el espacio público. Se debe proteger y promover la lactancia materna en los espacios públicos, como una práctica natural en las sociedades dado que es un derecho humano. Sin embargo, en ocasiones los estereotipos pueden llegar a ser más fuertes que las leyes y colocan a las madres en situaciones sensibles que coartan su libertad para alimentar a sus hijos e hijas, bajo demanda. Por eso, es importante que las mujeres conozcan que las leyes nacionales amparan la lactancia materna en espacios públicos y por tanto defiendan su derecho a alimentar a sus hijos e hijas en público. También, contribuir en la difusión sobre actividades de lactancia materna, alimentación y nutrición infantil, con campañas periódicas para que la información llegue a todos los sectores.

7. Fortalecer los mecanismos que faciliten y promuevan la lactancia materna exclusiva en las mujeres con mayor nivel de instrucción y en los hogares que poseen mayores recursos (sociales o económicos) donde la prevalencia de lactancia materna durante los 6 primeros meses disminuye.

Varias hipótesis pueden surgir al respecto; mientras mayor es el nivel adquisitivo y profesional de la madre, menor es la prevalencia de la lactancia; de hecho, esta es precisamente la paradoja, pues las mujeres (principalmente) se ven avocadas a mayores exigencias laborales, que restringen sus tiempos de familia y de cuidado diario de sus hijos e hijas.

Por otro lado, los imaginarios sobre productos “complementarios” a la leche materna, “fórmulas” químicas y procesados, que el mercado posiciona como nutritivas e incluso afirman que “mejoran y superan” a la leche materna, lleva a un escenario de prácticas y creencias en los sectores con mayor nivel adquisitivo a creer que son una alternativa adecuada.

La lactancia no puede ser vista como una responsabilidad materna solamente; las dinámicas familiares, los roles de género y la corresponsabilidad de padres, las familias, la comunidad y la sociedad, incluso la empresa privada y los medios de comunicación, son fundamentales para que hábitos y creencias puedan cambiarse.

8. **Promover una alimentación saludable a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia**, a fin de asegurar las necesidades nutricionales.

La energía, las proteínas y otros nutrientes de la leche materna provienen tanto de la dieta como de las propias reservas maternas; por lo tanto, las mujeres que no tienen suficientes nutrientes pueden estar en riesgo por la deficiencia de algunos minerales y vitaminas que cumplen funciones importantes; éstas se pueden evitar si la madre consume alimentos naturales o mínimamente procesados, como frutas (papaya, naranja, fresas, manzana, otros), verduras y hortalizas (zapallo, tomate, pimiento, acelga, brócoli, zanahoria amarilla, otros), cereales integrales (maíz, morocho, arroz de cebada, quinoa, mánica, avena y otros), tubérculos (papa, camote, yuca, mellocos y otros), leguminosas (lenteja, fréjol, garbanzo, haba, arveja y otros), carnes, pescados y mariscos, huevos, lácteos (leche, queso), añadir aceite (de maíz, girasol, oliva, otros) a las preparaciones (Ares, Jose, & Martha, 2016).

9. **Fortalecer en el Sistema de Salud, la consejería y asesoría oportuna a mujeres embarazadas** sobre: control prenatal, lactancia materna, alimentación con leche materna extraída, alimentación y cuidados de la madre durante la lactancia, higiene personal; actividad física y estilos de vida saludables, prácticas integradas de atención al parto, planifica-

ción familiar, otros; y, promover la participación de la mujer embarazada acompañada de su pareja o familiar cercano en las actividades de estimulación prenatal (MSP, 2015).

10. **Fortalecer acciones en el cumplimiento de la responsabilidad de la familia** en el cuidado y protección de los hijos e hijas; y, la participación de la comunidad y la sociedad:

- Incorporar la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad de los niños y niñas ya que la leche materna por sí sola no aporta el 100% de las necesidades nutricionales, la alimentación de la niña o niño cambia a lo largo del primer año, empezando por papillas hasta llegar a alimentos sólidos; y asegurar la prolongación de la lactancia materna hasta los dos años de edad.

La participación de la comunidad en la implementación de sistemas comunitarios de vigilancia nutricional es importante para garantizar una alimentación adaptada a los diferentes contextos culturales, con productos del territorio mediante proyectos articulados a la economía popular y solidaria, fomentando la soberanía alimentaria.

- Promover hábitos y prácticas de higiene saludables para evitar enfermedades prevenibles de la infancia: el lavado de manos; consumo de agua segura, eliminación de basura y cuidado del ambiente, son fundamentales y se logran con la participación y concienciación de la familia, la comunidad y el Estado, mediante la coordinación y articulación intersectorial.

11. **Difundir y promover el conocimiento de Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna**, su reglamento y el código, entre el sistema de salud pública, la colectividad y en particular las mujeres.

Bibliografía

- Alsaweed M, et al. (2016). Human milk cells and lipids conserve numerous known and novel miRNAs, some of which are differentially expressed during lactation. PLOS One. DOI: 10.1371/journal.pone.0152610
- American Academy of Pediatrics. (1997). Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. Workgroup on Breastfeeding. DOI: 10.1542/peds.2011-3552
- Ares, S., Ansótegui J., y Díaz-Gómez, M. (2016). La importancia de la nutrición materna durante la lactancia, ¿necesitan las madres lactantes suplementos nutricionales? Madrid: Anales de Pediatría. Asociación Española de Pediatría. Vol. 84. Núm. 6. Páginas 347.e1-347.e7. DOI: 10.1016/j.anpedi.2015.07.024
- Ballard, O., Morrow, AL. (2013). Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatr Clin North Am.* Feb;60(1):49-74. DOI: 10.1016/j.pcl.2012.10.002
- Beck, KL, et al. (2015). Comparative proteomics of human and macaque milk reveals species-specific nutrition during postnatal development. *Journal of Proteome Research* 2015, 14, 5, 2143-2157. DOI: 10.1021/pr501243m
- Brandtzaeg, P. (2010). The mucosal immune system and its integration with the mammary glands. *The Journal of Pediatrics.* Vol: 156, Issue: 2 Suppl, Page: S8-15. DOI: 10.1016/j.jpeds.2009.11.014
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. (2004). Lactancia materna: Guía para profesionales. Monografías de la A.E.P. No. 5. Madrid: Asociación Española de Pediatría.
- (2016). Lactancia Materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. España.
- Hamosh, M. (2001). Bioactive factors in human milk. *Pediatric Clinics of North America* Volume 48, Issue 1, 1 February 2001, Pages 69-86 DOI: 10.1016/S0031-3955(05)70286-8
- Hassiotou, F., Geddes, DT., Hartmann, PE. (2013). Cells in human milk: state of the science. *Journal of Human Lactation* Volume: 29 issue: 2, page(s): 171-182. DOI: 10.1177/0890334413477242
- IIIPA. (2014). Informe de la nutrición mundial 2014: Fortalecer la acción y la responsabilidad para acelerar los progresos en nutrición en el mundo. Washington, D. C.: Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias. DOI: 10.2499/9780896295728
- INEC. (2014). Encuesta de Condiciones de Vida. Recuperado en 04 de enero de 2020, de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ECV/ECV_2015/ Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Recuperado en 25 de enero de 2020, de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ECV/ECV_2015/ Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos
- Latham, Michael C. (2002). NUTRICIÓN HUMANA EN EL MUNDO EN DESARROLLO. Colección FAO: Alimentación y nutrición N° 29. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Recuperado en 25 de enero de 2020, de <http://www.fao.org/3/w0073s/w0073s00.htm>
- MSP (2011). Normas para la implementación y funcionamiento de lactarios institucionales en los sectores público y privado en el Ecuador. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- (2015). Control Prenatal Guía de Práctica Clínica. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP.
- (2018). Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición del Ecuador PIANE– MSP 2018 – 2025. Quito - Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Moukartzel, S., Bode, L. (2017). Human milk oligosaccharides and the preterm infant: a journey in sickness and in health. *Clinics in Perinatology.* Volume 44, Issue 1, March 2017, Pages 193-207. DOI: 10.1016/j.clp.2016.11.014
- OMS (2002). Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la Alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. 55 Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. (2018). Semana Mundial de la Lactancia Materna 2018. Lactancia materna: Pilar de la vida. Recuperado en 31 de Enero de 2020, de Organización Panamericana de la Salud: www.paho.org/semanamundialdelalactancia
- Sánchez, C, et al. (2009) The possible role of human milk nucleotides as sleep inducers, *Nutritional Neuroscience*, 12:1, 2-8, DOI: 10.1179/147683009X388922
- Secretaría Técnica Plan Toda una Vida. (2018). Intervención Emblemática Misión Ternura. Quito.
- Senplades. (2017). Plan Nacional de Desarrollo 2017 – 2021. Toda una Vida. Quito: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.
- Smith, Emily R, et al. (2017). Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. *PLOS One*, vol. 12, no. 7. DOI: 10.1371/journal.pone.0180722
- Rosabal, B., y Piedra, R. (2004). Intervención de enfermería para la capacitación sobre lactancia materna. *Revista Cubana de Enfermería*, 20(1), 1. Recuperado en 18 de febrero de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100002&lng=es&tlng=es.
- Uauy R, et al. (2000). Essential fatty acids in early life: structural and functional role. *Proceedings of the Nutrition Society*. Volume 59 Issue 1. DOI: 10.1017/S0029665100000021
- Unicef. (2018). BREASTFEEDING, A Mother's Gift, for Every Child. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas para la Infancia.
- (2019). Estado Mundial de la Infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición: crecer bien en un mundo en transformación. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Unicef. OMS. (2018). Capturar el momento: Inicio temprano de la lactancia materna: El mejor comienzo para cada recién nacido. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Mundial de la Salud.
- Victoria, C., et al. (2016). Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms and Lifelong Effect. *The Lancet*, 387 (10017), 475-490. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7
- Zang Z, et al. (2013). Amino acid profiles in term and preterm human milk through lactation: a systematic review. *Nutrients*. 5(12): 4800–4821. DOI: 10.3390/nu5124800

Normativa consultada

Código de la Niñez y Adolescencia.

Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Disponible en: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/breastmilk-substitutes-FAQ2017/es/>

Constitución de la República del Ecuador.

Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 183). Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C183

Convención sobre los Derechos del Niño

Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna (1999, 18 de noviembre). [en línea]. Quito. Congreso Nacional Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/lactancia_aterna/ley_de_fomento_apoyo_y_proteccion.pdf [2020, 04 de enero].

Ley Orgánica de Salud (2006, 22 de diciembre). [en línea]. Quito. Congreso Nacional. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2017/03/LEYORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf> [2020, 04 de enero].



Es una publicación periódica y monotemática del Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional.

Bajo un enfoque de igualdad y no discriminación, esta publicación ofrece análisis de información sobre la situación y cumplimiento de los derechos de niñas, niños, adolescentes, jóvenes y personas adultas mayores; describe información estadística; el estado en la implementación de las políticas públicas; el cumplimiento de metas nacionales y compromisos internacionales, y ofrece recomendaciones para el diseño y/o fortalecimiento de la política pública para el cierre de brechas y la garantía de derechos.

© Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional

BOLETÍN ESTADÍSTICO NRO. 1:
LACTANCIA MATERNA: Derecho que garantiza el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño.

Coordinación técnica: Francisco Cevallos Tejada. **Análisis de la información:** Grace Vásquez, Susana Callay, Gabriela Falconí.
Procesamiento de datos: Santiago Chuquimarca, Gabriela Falconí.
Corrección de estilo, edición y diseño: Katherine Yépez, Lilia Lemos, Natalia Garcés.

Febrero 2020

Se permite la reproducción total o parcial de la información, citando los créditos correspondientes.