

Cesárea y ausencia de lactancia materna

primeras causas de la epidemia de obesidad en México



De acuerdo a la información más reciente de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012), México ha pasado a ocupar el primer lugar en cesáreas en todo el mundo. La misma Encuesta reporta que nuestro país presenta también uno de los niveles más bajos de lactancia materna. Ambas situaciones incrementan el riesgo de obesidad y podemos afirmar que son las primeras causas de obesidad en la población mexicana, es decir, son los primeros factores que impactan en aumentar el riesgo de obesidad de los niños al nacer y durante sus primeros años de vida.

La causa central del aumento de las cesáreas y de la caída de la lactancia materna es una: la falta de regulaciones frente a la búsqueda de una mayor ganancia por parte de los prestadores de los servicios de salud y de la industria productora de sucedáneos de leche materna.

Los gineco-obstetras que practican de manera rutinaria las cesáreas pueden atender, al menos, el doble de partos que aquellos que practican de manera más regular el parto natural. Los hospitales se ven beneficiados económicamente cuando aumentan las cesáreas por el uso de los quirófanos, un mayor uso de personal médico, equipo y materiales que se requieren y también al aumentar la estancia de las mujeres.

Por su parte, la sustitución de la lactancia materna por sucedáneos, es decir, por fórmulas lácteas, representa un enorme beneficio para unas cuantas empresas transnacionales que producen y comercializan estos productos en todo el mundo. La comercialización engañosa de estos productos, la estrategia que siguen las empresas para hacerla llegar a los hospitales, a las

madres y lograr la complicidad de los médicos, son violatorias de guías y compromisos internacionales acordados en la Asamblea Mundial de la Salud y suscritos por México.

La propagación de la cesárea y de los sucedáneos de la leche materna se han impuesto en México gracias a la falta de regulaciones que protejan la salud pública de los intereses económicos de los prestadores de servicios de salud y de la industria de los sucedáneos de la leche materna. Esta imposición ha ido acompañada de una profunda desinformación que existe entre la población sobre los riesgos para la salud de estas prácticas. Es así que las cesáreas y el abandono de la lactancia materna se establecen como la primera causa de la obesidad en los niños que nacen y crecen en México.

Los altos índices de sobrepeso, obesidad, diabetes y muerte por diabetes entre los mexicanos, de los más altos del mundo, son resultado del desentendimiento del Estado de su obligación de proteger la salud pública y de su entrega a los intereses económicos.

Cesáreas México, país con más cesáreas en el mundo

Con el transcurso del tiempo y de la investigación médica, la cesárea se ha convertido en una alternativa utilizada tan o más frecuentemente que la ruta original y natural de parto; sin embargo, en sus orígenes la cesárea era indicada únicamente como una alternativa de último recurso.¹

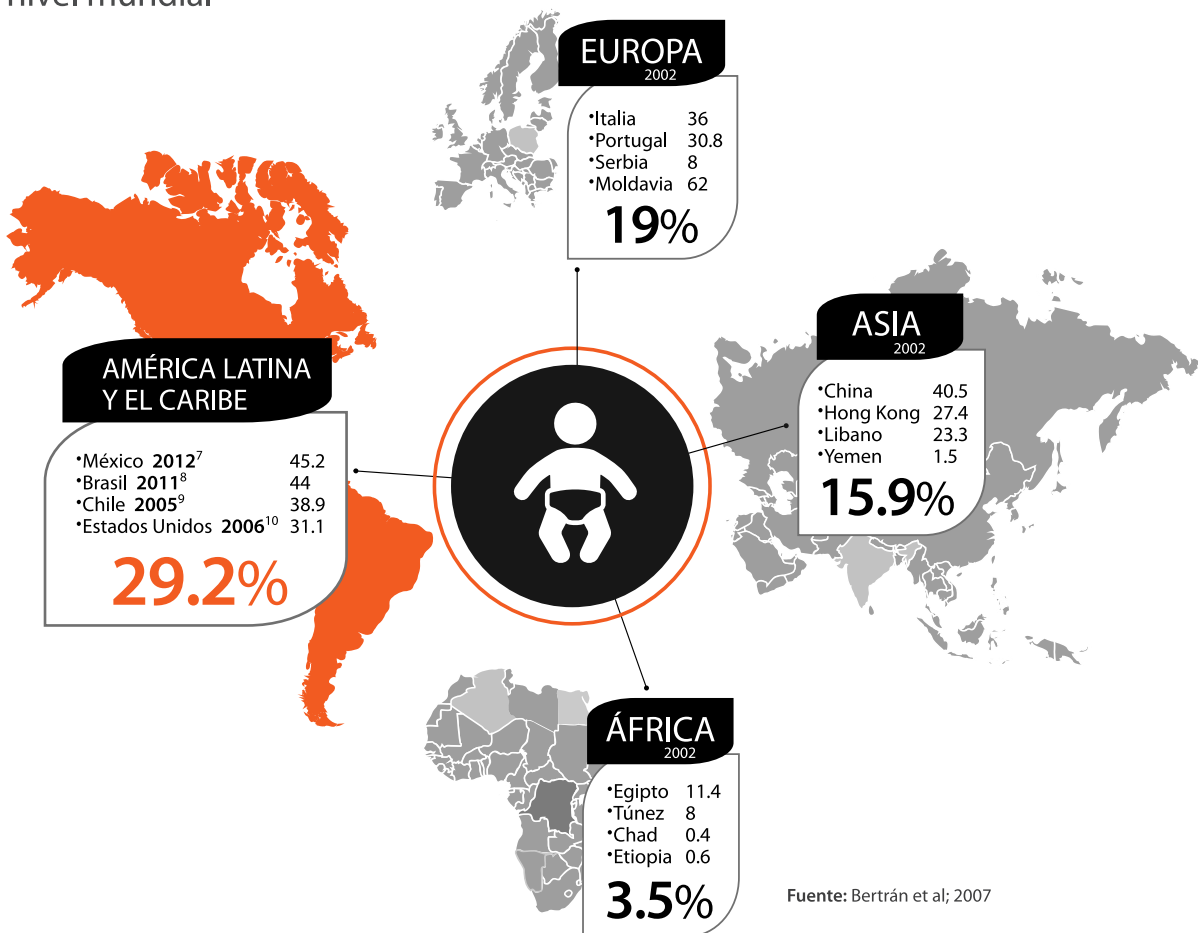
Gran número de las cesáreas no están medicamente justificadas, es decir que no se basan en la presencia de algún riesgo potencial para la madre y el niño.² El aumento de las cesáreas que no tienen justificación clínica eleva los costos de la atención médica y expone a la madre y al bebé a riesgos innecesarios.³ En México, un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social concluyó que un alto porcentaje de las cesáreas llevadas a cabo en esa institución estaban poco justificadas desde el punto de vista médico.⁴

La Organización Mundial de la Salud subraya que no existe justificación para un porcentaje de nacimientos por cesárea superior a un 10-15%.⁵ No obstante, en los últimos 30 años las cesáreas han tenido un aumento progresivo a nivel mundial.⁶ México es el país con más cesáreas en el mundo, ya que el

porcentaje total de nacimientos por cesáreas reportado para 2012 fue de 45.2% (20.5% programado y 25.7% por urgencias) el cual es alarmante ya que supera por mucho el límite máximo recomendado por la Norma Oficial Mexicana 007,¹¹ que es de 20%. Además, sugiere un aumento progresivo desde el año 2000.

La Encuesta Nacional de Salud del 2000 (ENSA) reportó que la resolución del parto por cesárea fue de 29.9% y en la ENSANUT 2006 fue de 34.5%. Así pues, actualmente el nacimiento por cesárea en México se da prácticamente en uno de cada dos casos y llega en el sector privado a cerca del 70% (69.8%) de los nacimientos.⁷

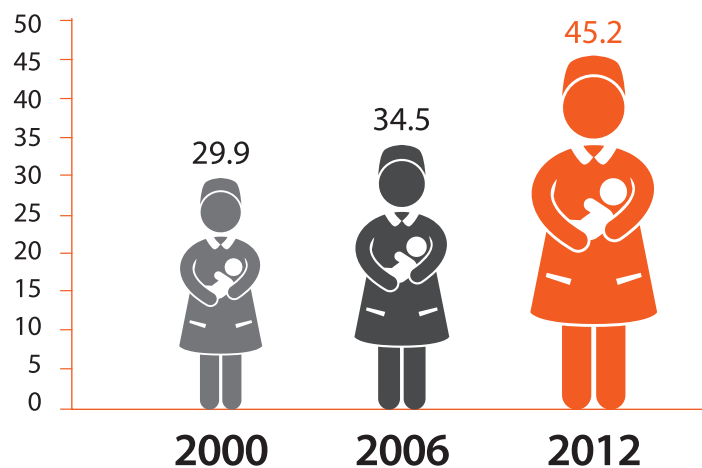
Nacimientos por cesárea a nivel mundial



Fuente: Bertrán et al; 2007

7. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012
8. Unicef 2011
9. Salinas et al; 2007
10. National Center for Health Statistics 2007

Porcentaje de nacimientos por cesárea en mujeres de 20 a 49 años en México



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2000
Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición 2006 y 2012

Los costos de las cesáreas en México

En países desarrollados para cada aumento del 1% en la tasa de cesáreas, hay un incremento en los gastos del orden de los 9.5 millones de dólares.¹²

En México, uno de los objetivos principales del Proyecto de Norma Oficial Mexicana 2010, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, fue reducir el número de cesáreas que se llevan a cabo en el país;¹³ por lo que la Comisión Federal de Mejora Regulatoria estimó que si durante los próximos 5 años se reducen 1,607,555 cesáreas, se ahorrarían \$12,847,718,637.57 pesos.¹⁴

Estas gigantescas sumas de dinero se podrían utilizar para mejorar otras áreas del cuidado materno y del recién nacido y para financiar la investigación necesaria al respecto.¹⁵

Las cesáreas incrementan el riesgo de obesidad

Se tiene evidencia de que los infantes nacidos mediante cesárea pueden tener mayor riesgo de presentar obesidad. Una investigación publicada en *Archive of Childhood Diseases* encontró que los niños nacidos por cesárea presentaron el doble de obesidad a los tres años que los nacidos vía vaginal; es decir 15.7% de los niños nacidos por cesárea presentaron obesidad a los tres años de nacidos; en cambio, sólo 7.5% de los niños nacidos vía vaginal presentó obesidad.¹⁶

Una de las principales teorías que hay sobre esto es que el tipo de nacimiento define el tipo de bacterias que va a haber adentro del intestino. La colonización del intestino del neonato empieza durante el parto debido a la contaminación de la cavidad oral del recién nacido con bacterias procedentes de la vagina;¹⁷ es decir, obtenemos nuestra primera dosis de estas bacterias a medida que pasamos por el canal vaginal de nuestra madre.¹⁸

Un estudio recientemente publicado en *Journal of Biosciences* encontró que la microbiota intestinal de los infantes nacidos por cesárea estuvo caracterizada por ausencia de bifidobacterias.¹⁹ La microbiota intestinal se considera un nuevo factor implicado en la regulación del peso corporal y las enfermedades asociadas a la obesidad, dada su influencia en las funciones metabólicas, lo cual puede influir en el desarrollo de resistencia a la insulina y en el aumento del peso corporal.^{15,20,21,22,23}

Además, el parto mediante cesárea constituye uno de los factores que no favorecen la instauración y la continuidad de la lactancia materna²⁴, ya que el tiempo de recuperación de la madre puede favorecer la separación madre-niño durante los primeros días de vida del recién nacido.²⁵

La creencia de que el nacimiento por cesáreas podría ser beneficioso para la madre y el recién nacido no tiene ningún fundamento científico sólido. Por el contrario, varios estudios han mostrado que la cesárea está asociada en forma independiente con un significativo aumento de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.^{1,15,26} Además, otros estudios han asociado a la cesárea con mayor ingreso a cuidados intensivos, dolor materno puerperal, y con disminución de lactancia exclusiva al alta.²⁷

El negocio de la cesárea y la falta de ética médica

Para la realización de una cesárea influyen múltiples factores, pero dentro de ellos los incentivos financieros, tanto para los proveedores directos del servicio como para los hospitales, juegan un papel importante. En México, Campero y colaboradores han sugerido que algunos ginecobstetras, atraídos sobre todo por beneficios económicos y con argumentos de una mayor seguridad y menores efectos secundarios, han creado una demanda de cesáreas entre las mujeres de los grupos socioeconómicos más favorecidos.²⁸

Para los prestadores de servicios de salud, sería más rentable en términos de ingresos económicos resolver los partos a través de cesáreas, pues mediante esta operación, lograría desocuparse más rápido y en horarios hábiles. Una cesárea es más controlable, en el sentido que evita largas horas de espera, lo que lleva a programar cesáreas en horarios más cómodos. Además, el aumento de demandas judiciales por mal resultado neonatal produce que el médico no quiera arriesgarse a realizar un parto vaginal.¹

Finalmente, la frecuencia de las cesáreas también está relacionada con una creciente disponibilidad de mejor tecnología quirúrgica que los especialistas “no pueden dejar de utilizar”.²⁹ Esta tecnología, además, es promocionada de manera muy agresiva por la industria.³

Políticas para combatir las cesáreas injustificadas

En diversos países del mundo se han desarrollado políticas públicas para disminuir las cesáreas. Las más destacadas son:

- Intervenciones educativas durante la gestación.³⁰
- Elección informada basada en la comprensión integral de todas las opciones y de sus posibles riesgos y beneficios.³¹
- Requisito de una segunda opinión antes de realizar una cesárea.³
- Definición precisa de las razones para llevar a cabo una cesárea.³
- Monitoreo de los porcentajes individuales de cesáreas entre los obstetras de los hospitales.³
- Introducción de un sistema de auditoría sobre las tasas de cesáreas.³²

Lactancia materna Situación actual en el país

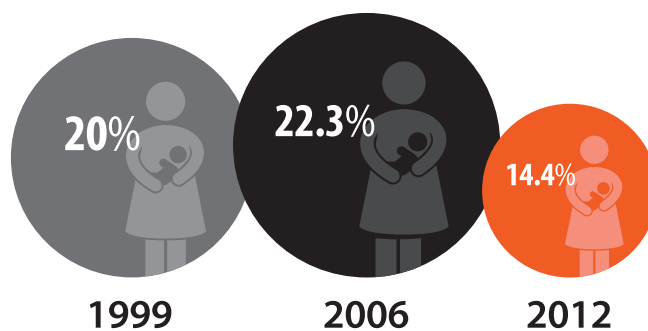
Datos recientes han demostrado la crítica situación que sucede en México con respecto a la Lactancia Materna. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Nutrición 2012 se observa que el porcentaje de las mujeres que no amamantan es de 85.6% quedando sólo un 14.4% que amamantan a sus hijos de forma exclusiva los primeros seis meses de vida.³³ Así mismo, observamos que la disminución no sólo ha sido en todo el país, sino que, de forma particular se ha generado un descenso brutal en las zonas rurales con porcentajes que cayeron de 36.9 en el 2006 a 18.5 en el 2012; es decir, hubo una disminución a la mitad en esta práctica en tan sólo 6 años.

A nivel nacional y urbano también hubo un descenso de Lactancia Materna Exclusiva (LME*) en comparación al 2006. Se observa que de la encuesta de salud de 1999 al 2006 hubo un aumento en las cifras. Es decir, el descenso drástico se dio en el último sexenio a lo cual se puede atribuir a la ausencia de regulaciones en la materia.

*LME: Alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento líquido o sólido, lo que incluye tés y agua. Se recomienda que la lactancia materna exclusiva se lleve a cabo de los 0 a 6 meses de edad del bebé.

Porcentaje de Lactancia Materna Exclusiva

a nivel nacional en los últimos 12 años



Fuente: Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición

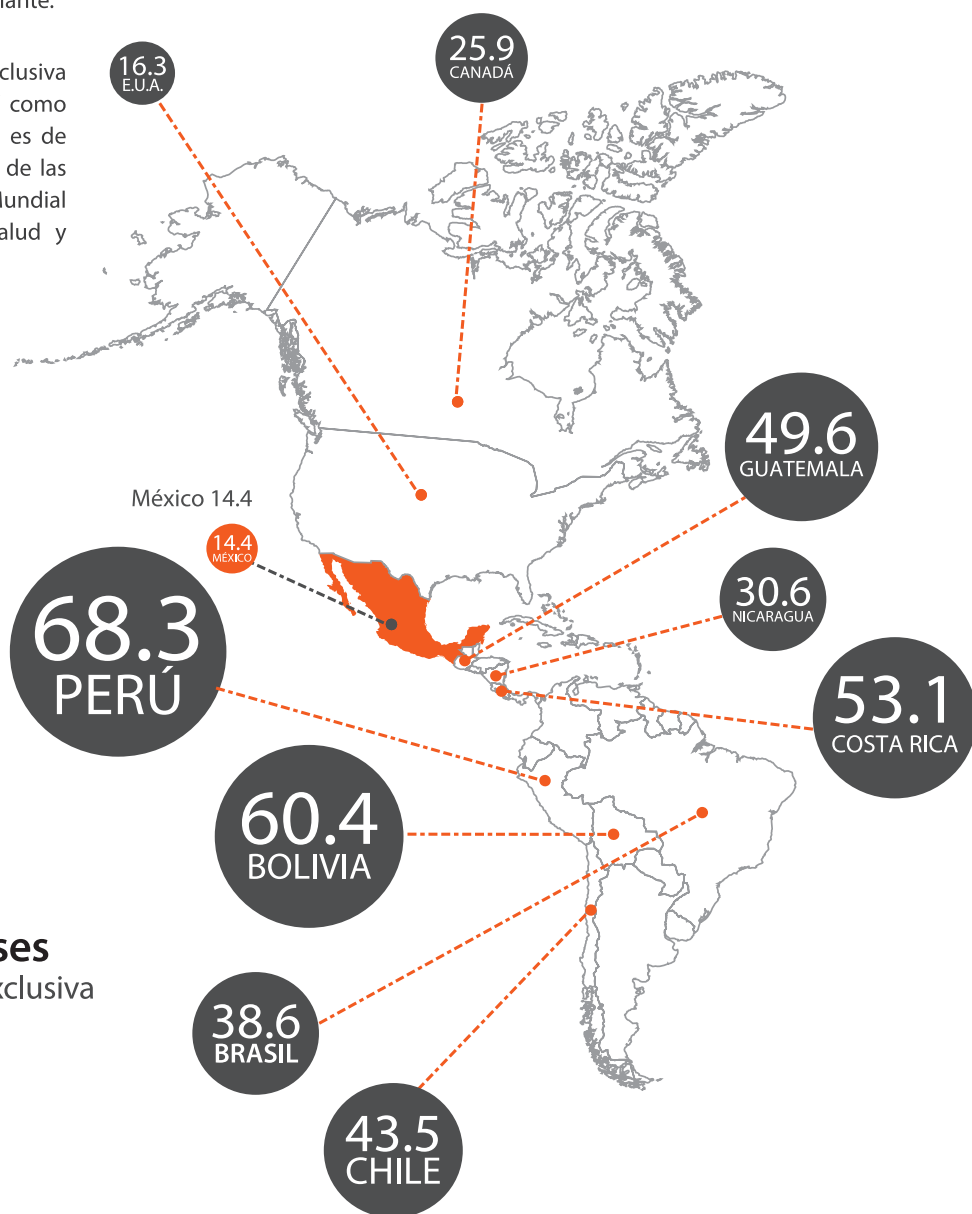
La duración de la lactancia materna promedio es de cerca de 10 meses, cifra estable en las tres encuestas de nutrición y salud de 1999, 2006 y 2012 (9.7, 10.4 y 10.2 meses respectivamente). Por otro lado, la lactancia continua a los dos años disminuyó

de 18.6 a 14.1 del 2006 al 2012 a nivel nacional. En el medio rural también hubo un descenso fuerte bajando de 24% a 19.6%. Un dato interesante fue que mientras las cifras de lactancia materna disminuyen, observamos que el 50% de los bebés son alimentados con biberón.

De acuerdo a la ENSANUT 2012 se presentó un aumento en el consumo de fórmula entre menores de seis meses (con o sin leche materna), y aumentó el porcentaje de niños que además de leche materna consumen innecesariamente agua. El estimado de bebés alimentados con fórmula láctea es de al menos 85%. Esto es realmente alarmante y negativo porque inhibe la producción láctea en la madre e incrementa de manera importante el riesgo de enfermedades gastrointestinales en los bebés, entre otros padecimientos que se explicarán más adelante.

El descenso en lactancia materna exclusiva en todo el país y en zonas urbanas, así como la drástica disminución en zonas rurales es de suma preocupación ya que dista mucho de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud dirigidas a una óptima salud y supervivencia del niño.³⁴ La lactancia materna durante los primeros meses de vida, así como la continuación de la misma, asegura un mejor desarrollo para los bebés, y protege de diversas enfermedades al bebé y a la madre. La lactancia materna disminuye el riesgo de un gran número de enfermedades no sólo durante la infancia sino también a lo largo de la vida. Es urgente promover la lactancia materna enfrentando el conjunto de problemáticas que han provocado esta situación.

Porcentajes en diferentes países de Lactancia Materna Exclusiva en América



México, entre los países con menor lactancia materna

En comparación con lo que sucede a nivel internacional, México se encuentra dentro de los países con menores índices de lactancia materna, como consecuencia de una profunda ausencia de políticas dirigidas a la protección materno infantil, de iniciativas que favorezcan a los infantes y de regulaciones que limiten a la industria en la promoción de sustitutos de leche materna. Todo esto se ve reflejado en las cifras de LME. En la siguiente tabla se muestran los índices de LME en diferentes países del continente americano. Observamos que México es el país con menor índice de LME.

A partir de la década de los ochenta, diversos organismos internacionales encabezados por la OMS pusieron en marcha estrategias para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. Entre las acciones realizadas destacan:

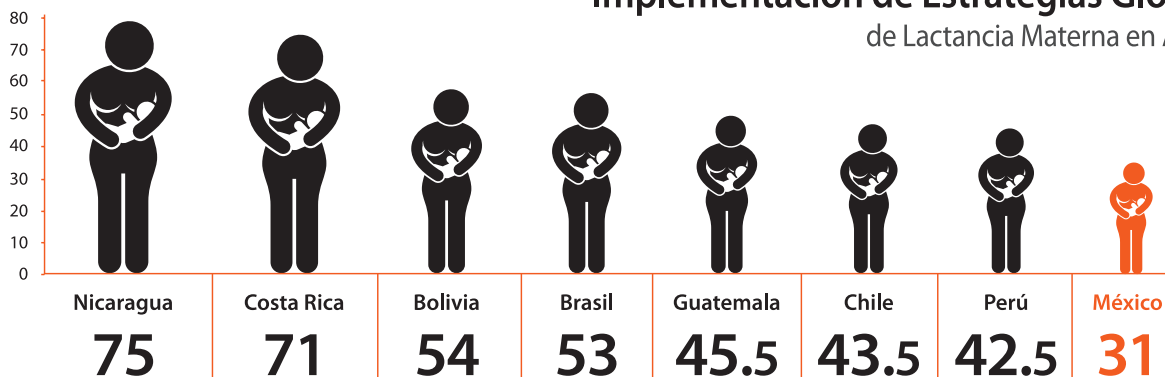
- Creación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.
- Implementación de la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños.
- Declaración de Inocenti y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia.
- A partir de 1992, se ha promovido la Semana Mundial de Lactancia Materna, del 1 al 7 de agosto.

En 2011, esta última iniciativa exhorta a renovar el compromiso de todos los sectores de la sociedad a crear ambientes que apoyen esta práctica, incluyendo lugares de trabajo, parques, transporte público, servicios de salud y otros lugares fuera de los hogares.

Entre los países que están implementando algunas de las Estrategias Globales promovidas por la OMS e IBFAM, observamos que México se encuentra dentro de los últimos lugares. En México se ha evidenciado que las prácticas de la lactancia materna se encuentran lejos de las recomendaciones de la OMS.

Se implementó el programa denominado “Hospital Amigo del Niño y la Madre”, que incorpora acciones en favor de la salud de las madres y los niños y los *Diez pasos hacia una feliz lactancia*. Estas acciones consideran la capacitación del personal de salud. Sin embargo, en México se ha demostrado que en las instituciones públicas no se aplica esta iniciativa, aún en los hospitales que están certificados. En el país no se sabe cuántos de los hospitales públicos certificados realmente

Implementación de Estrategias Globales* de Lactancia Materna en América



En la gráfica se muestra, en escala del 0 al 100, el valor obtenido para cada país acorde a las iniciativas implementadas.



*La Red Internacional para la Acción de la Alimentación Infantil (**IBFAN International Baby Food Action Network**), red de organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro y completamente libre de conflicto de intereses, generó varios indicadores a nivel mundial (**WBTi**) para evaluar el estatus y definir un punto de referencia en el avance de la implementación de la Estrategia Mundial para la Alimentación de Lactantes y Niños Pequeños en los diferentes países. **Son 10 indicadores:** 1) Implementación del código internacional para sucedáneos de la leche materna, 2) Apoyo con información 3) Políticas nacionales, programas y coordinación, 4) Sistemas de salud y nutrición, 5) Mecanismos de monitoreo y evaluación, 6) Apoyo materno y alcance comunitario, 7) Alimentación infantil y VIH, 8) Iniciativa del Hospital amigo del niño y la madre, 9) Protección materna, 10) Alimentación infantil durante emergencias.

Fuente: The World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi), IBFAM. Are our babies falling through the gaps? The State policies and programme implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding in 51 countries.

Llevan a cabo la iniciativa ya que no existe un sistema de monitoreo o evaluación y, de los hospitales privados, sólo existe uno que está certificado y que realmente cumple con los criterios de la iniciativa.

Se observa que en los hospitales públicos, aún aquellos con certificación “Hospital Amigo del Niño y la Madre”, su personal tiene una capacitación deficiente y a pesar de que muchas veces la madre quiere amamantar, no se le estimula u orienta lo suficiente para que lo haga dentro de la primera hora de vida de su bebé. Sucede lo contrario, el bebé es llevado al cunero, recibe fórmula como primer alimento y tanto madre como hijo pierden ese primer momento para hacer una

conexión tanto psicológica como emocional. En ocasiones, el bebé pierde ese primer instinto de succión al ser separado de su madre y al recibir como primer alimento un sustituto a través del biberón.

En algunos hospitales se ha presentado un aumento en la práctica de la lactancia materna durante la estancia hospitalaria, sin embargo, al salir no se continúa con la práctica hasta los seis meses recomendados. Las madres y sus familias no reciben suficiente orientación de cómo enfrentar las posibles problemáticas que se pueden presentar en casa y no se enfatiza a la familia la importancia que requiere el apoyo a la mujer en este periodo de lactancia.

México ha firmado y se ha comprometido ante las iniciativas propuestas por los organismos internacionales sin cumplirlas. La Secretaría de Salud reconoció recientemente que no se están llevando a cabo iniciativas ni programas que favorezcan una lactancia materna exitosa. Aunque en el sector público se han propuesto varias iniciativas, estas no se realizan ni existen suficientes recursos para que se puedan poner en práctica en los distintos sectores y de forma integral.

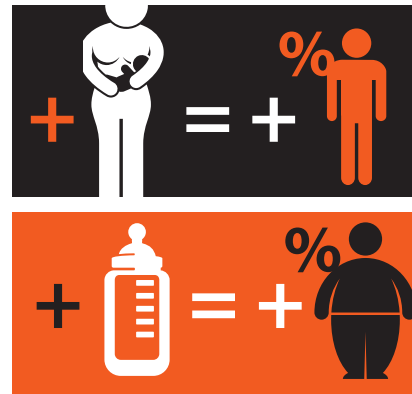
El año pasado El Poder del Consumidor realizó un análisis de las acciones llevadas a cabo por el gobierno para cumplir los diferentes compromisos hechos en el Acuerdo Nacional por la Salud Alimentaria (ANSA). En el objetivo 6 “promover y proteger la lactancia materna exclusiva...” la Secretaría de Salud se comprometió a realizar una campaña masiva en todo el país para la promoción y protección de la lactancia materna exclusiva. Sin embargo, la respuesta textual de la Secretaría fue “Dicha campaña no se ha realizado aún por falta de recursos financieros para su financiamiento y aplicación”. El gobierno ha abandonado por completo la promoción de la lactancia materna y esto se refleja en la disminución de los índices a nivel nacional en las diferentes encuestas.

Asociación de ausencia de lactancia materna con obesidad y otros trastornos

Una larga lista de estudios han encontrado una asociación entre la ausencia de lactancia materna y el aumento en el riesgo de obesidad, diabetes, enfermedades coronarias, así como enfermedades gastrointestinales y alergias.

La leche materna es el alimento idóneo para el buen crecimiento del infante, el alimento que fue específicamente hecho por cada madre para su bebé. Cada madre produce el tipo de leche que su hijo necesita, acorde a sus necesidades específicas. En la naturaleza, para los mamíferos, este evento sucede solamente una vez en toda su vida, que es el periodo de lactancia. Sin embargo, en las últimas décadas lo más elemental que un ser humano debe recibir para

contar con mejores elementos para un crecimiento óptimo, tener mayores defensas ante las bacterias y patógenos externos y de su entorno, tener la nutrición adecuada a sus necesidades específicas y un gran número de ventajas que trae consigo la alimentación al seno materno, no se está llevando a cabo. Está sucediendo todo lo contrario: se está favoreciendo los intereses de la industria sobre la salud de los neonatos, a través de la introducción de sucedáneos para la leche materna.



Enfrentamos una epidemia global de sobrepeso y obesidad que encuentra una de sus expresiones más extremas en México. Se ha observado que un factor directamente ligado a esta epidemia es la falta de lactancia materna durante los primeros seis meses de vida.³⁷

Hediger y cols demuestran que a través de la alimentación al seno materno se reduce el riesgo de padecer obesidad, en comparación con aquellos bebés que nunca fueron amamantados.³⁸ Así mismo, Von Kries y cols muestran que existe una mayor prevalencia de sobrepeso entre niños que no fueron amamantados en comparación con niños amamantados, siendo la prevalencia de 4.5% y 2.8% respectivamente.³⁹ Gilman y cols también demuestran ampliamente la asociación de sobrepeso y niños que nunca fueron amamantados en comparación a aquellos que sí recibieron alimentación al seno materno.⁴⁰

Mayer-Davis y cols, en la revista *Diabetes Care*, publicaron evidencia de la asociación entre la alimentación al seno materno y menores índices de sobrepeso en niños, independientemente del peso de la madre o presencia de diabetes.⁴¹ Li y cols en *Obesity Reviews* publicaron resultados de la reducción en el riesgo de obesidad en bebés amamantados por al menos los primeros 4 meses.⁴²

Una de las principales razones es que cuando los bebés son alimentados con biberón no hay una autoregulación en la cantidad de alimento ingerido. A largo plazo se va provocando una ligera distensión abdominal entre los niños, esto es porque se consume mayor cantidad de la que se consume a través del seno materno. La alimentación a través de biberón fomenta una mayor ingesta calórica entre los infantes.⁴³ Por otro lado, las fórmulas lácteas contienen azúcar añadida en cantidades elevadas. Existen fórmulas lácteas para bebés en el mercado que contienen desde 28% hasta 54% de azúcares totales. De esos azúcares totales casi la mitad son azúcares añadidos cuando la recomendación por los organismos tanto nacionales como internacionales es no administrar azúcar añadida a lactantes.^{34,44,48}

El alto consumo de azúcar añadida se ha asociado directamente con altos índices de sobrepeso y obesidad, así como a largo plazo con diabetes.⁴⁵ Un bebé que es alimentado con fórmula consume alrededor de 3 a 6 cucharadas cafeteras de azúcar diarias, de manera continua hasta al menos un año de edad. Se ha visto que las altas ingestas de azúcar provocan adicción y se ha visto una asociación con cambios de comportamiento.⁴⁶ En el mercado observamos leches de continuación para niños de hasta tres años de edad. Las cantidades de azúcar añadida que los bebés alimentados con fórmula están consumiendo son cantidades sumamente elevadas, aún para un adulto.⁴⁷ En México, el 85% de los niños no son amamantados de forma exclusiva por los primeros 6 meses, lo cual nos dice que la mayoría de ellos están siendo alimentados con fórmula láctea.



La lactancia natural exclusiva durante los primeros seis meses de vida estimula el funcionamiento del sistema inmunológico, protege a los bebés contra la diarrea y las infecciones respiratorias agudas –dos de las principales causas de mortalidad infantil en el mundo en desarrollo– y mejora su respuesta a las vacunas.

En condiciones de falta de higiene los sucedáneos de la leche materna comportan un grave riesgo de infección y pueden ser fatales para los recién nacidos. Los sucedáneos no son totalmente estériles ya que se ha visto que pueden estar contaminados con

la bacteria *Enterobacter sakasaki*,⁴⁸ para lo cual la OMS ha alertado ya a madres de familia y trabajadores de la salud. Aún con todo esto, solo algo más de la tercera parte de todos los lactantes de los países en desarrollo son alimentados únicamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida.⁴⁹

Normatividad Mexicana

En cuanto a legislación, la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999,⁵⁰ promueve la lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida, para su buen desarrollo, la reducción de la mortalidad infantil, enfermedades respiratorias y diarreas en los niños menores de seis meses.

También existe la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993,¹¹ que establece claramente que el recién nacido debe darse inmediatamente a la madre para ser amamantado durante la primer hora. Se ha visto que esto es de suma importancia ya que es el primer alimento que el bebé debe recibir. Este alimento es necesario para el metabolismo del bebé y favorece una adecuada formación de la flora bacteriana de su intestino.

La norma oficial establece que “las unidades médicas deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva”; dicha indicación es muy lejana a lo que realmente sucede dado a que frecuentemente el mismo personal médico es quien desalienta a las madres a amamantar. La norma oficial establece que “en las unidades médicas, no se permite la distribución gratuita y la promoción de sucedáneos de la leche materna”, cuando son las mismas enfermeras quienes la proporcionan directamente en los cuneros sin consultar a las madres y son los médicos quienes promueven y distribuyen las muestras a las madres antes de ser dadas de alta.

La Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005,⁵¹ también establece claramente que las madres en periodo de lactancia deben recibir una adecuada orientación y se debe fomentar una lactancia exclusiva hasta los 4-6 meses. La indicación más reciente de la OMS y UNICEF es la lactancia exclusiva hasta los 6 meses, continuar con una alimentación complementaria adecuada y **continuar** con la lactancia hasta **al menos** los dos años de edad. Es necesario que se cumpla, al menos, con los criterios mínimos. En México, ni las normas mexicanas ni los acuerdos internacionales firmados por el gobierno mexicano sobre la lactancia materna se cumplen y el código internacional que regula la comercialización de los sucedáneos de la leche materna es violado en todos los ámbitos.

Causas Principales

Violaciones al Código Internacional para Sucedáneos de la Leche Materna y Publicidad. Una de las principales problemáticas en México es la alta promoción de sucedáneos para la leche materna.⁵² El Código Internacional para Sucedáneos de la Leche Materna fue aprobado por la OMS/UNICEF en el año de 1981. Dicho código establece la regulación absoluta de la promoción de los sucedáneos para la lactancia materna y abarca lo siguiente: sucedáneos o sustitutos de la leche materna, otras leches, cereales, mezclas de vegetales, jugos, leches de seguimiento, biberones y chupones para infantes en periodo de lactancia materna exclusiva y hasta dos años. Está prohibida la distribución de muestras a madres, familias o trabajadores de la salud, así como cualquier tipo de publicidad dirigida al público en general, en especial a las madres y los bebés.

Tampoco se permite utilizar imágenes de bebés idealizando el producto. En la etiqueta se debe especificar la superioridad de la alimentación al seno materno de forma clara y se debe alertar acerca de los riesgos para la salud del bebé del consumo de sucedáneos en sustitución de la leche materna. Ninguno de los puntos establecidos en el código se está respetando en la actualidad en México, mucho tiene que ver que el código es sólo un acuerdo firmado y no una legislación obligatoria que tenga sanciones específicas. La implementación del código queda a voluntad de la industria.

Falta de una orientación adecuada. La mayoría de las madres no reciben suficiente orientación durante el embarazo o en el hospital, mucho menos al ser dadas de alta. En el consultorio, cuando una madre de familia acude para recibir orientación para amamantar, la mayoría de las veces reciben negativas por parte de los trabajadores de salud o la recomendación de algún sustituto de leche materna. Frecuentemente el mismo doctor desestimula a la madre a seguir amamantando o inclusive le llama la atención. Es frecuente también que los familiares de la mujer que se encuentra en periodo de lactancia la desalienten. Una madre requiere de apoyo por parte de la familia cuando se encuentra amamantando, al no recibirlo, es común que desista de hacerlo.

Falta de apoyo a madres trabajadoras. Los lugares de trabajo apoyan muy poco a las mujeres que están en periodos de lactancia y no se respeta la *Ley Federal del Trabajo*, así como la *Ley Federal para los Trabajadores del Estado*, que establecen que a la madre en periodo de lactancia se le deben permitir al menos dos tiempos durante la jornada laboral para amamantar a su bebé. En muchos de los trabajos, en lugar de apoyar a las mujeres, se les descansa sin gozo de salario o se les despide utilizando otras justificaciones. La mayoría de las instalaciones laborales tampoco son adecuadas para que una madre pueda amamantar durante su jornada laboral.

Propuestas

Entre más regulación y supervisión del código para sucedáneos de la leche materna, mayor éxito hay en los programas que se implementan. Se ha comprobado que con programas integrales, los índices de lactancia aumentan. En los países que no llevan a cabo estos programas, como en el caso de México, la lactancia materna es desplazada por las estrategias de comercialización y engaño de los sucedáneos.

En la actualidad, la referencia internacional para la promoción y apoyo a la lactancia materna es el caso de Brasil, que refleja directamente el impacto de la implementación de estrategias para favorecer la lactancia materna. Lutter y Morrow⁵³ hacen un análisis de cuatro países de América Latina (Brasil, México, Colombia y República Dominicana) en relación a los cambios en las prácticas de lactancia. Se analizó la duración promedio de lactancia materna en los diferentes países. En Brasil hubo un aumento de 5.2 meses en 1986 a 14 meses en el 2006 mientras que la LME aumentó de 2.5% a 38.6%. Otro país modelo es Colombia, con un aumento de 8.5 meses promedio en 1986 a 14.9 meses en 2010.

Por otro lado, los países de América Latina que menor progreso han tenido son México y la República Dominicana. A lo largo de los últimos 20 años, la duración promedio de lactancia en México ha presentado un incremento muy bajo; en 1987-88 fue de 9.5 meses, mientras que en el 2012 fue de 10.2 meses. En la República Dominicana en 1988 el promedio fue de 9.3 meses mientras que en el 2006 fue de 7.1 meses. Cuando hay implementación de programas efectivos junto con legislaciones más estrictas se observan grandes avances como el los casos de Brasil y Colombia; por el contrario, cuando no se realizan acciones contundentes y sostenidas no se ven mejorías e inclusive hay descensos en las prácticas de lactancia.

En México se requiere una ley integral que regule a la industria y que abarque sanciones fuertes en los casos en donde haya alguna violación. Sólo así se podrá detener las multimillonarias prácticas de mercadeo de la mayoría de las grandes transnacionales que violan los códigos internacionales.

Se ha demostrado ampliamente la asociación de la presencia de obesidad con diabetes, pero nuevos estudios han surgido en donde se demuestra la asociación directa del alto consumo de azúcar y el alto riesgo a presentar diabetes.⁴³ Hay una fuerte desorientación y hay mucha información que se oculta, lo cual también ha inducido a que las madres acudan al uso de sucedáneos para la leche materna, los cuales son altos en azúcar.

Es imperativo que los gobiernos protejan a la población infantil desde su nacimiento y que se establezcan regulaciones vinculatorias que realmente beneficien a la población para no tener que sopesar la carga del costo que implican las complicaciones de los padecimientos que se están presentando en la población.

Conclusiones

México presenta el mayor índice de cesáreas en el mundo y uno de los más bajos en lactancia materna. Al mismo tiempo, los mexicanos tenemos una de las mayores incidencias en sobrepeso y obesidad en mujeres y niños y de mortalidad por diabetes en la población en general. Por otro lado, somos los mayores consumidores de refrescos, Coca Cola y sopas instantáneas en todo el planeta.

En 2010, el gobierno presentó el Acuerdo Nacional por la Salud Alimentaria (ANSA) que entre sus diez objetivos estaba promover la lactancia materna, bajar el consumo de bebidas azucaradas, regular los etiquetados de los productos para que ofrecieran información veraz a los consumidores, entre otras medidas.

El ANSA es un acuerdo que se basa en la buena voluntad de las empresas y que reconoce la autorregulación empresarial como una opción. Sabemos bien a dónde nos ha llevado la autorregulación con el caso de los sucedáneos de la leche materna, con la del etiquetado de los productos, con el de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a la infancia. La autorregulación sólo ha perpetuado las prácticas que han provocado esta epidemia de obesidad que el Relator Especial de Naciones Unidas por el Derechos a la Alimentación, Oliver de Schutter, declaró de "emergencia nacional".

Una vez más la realidad habla por sí misma: el deterioro de los hábitos alimentarios generados por la falta de regulaciones por parte del Estado ha dejado de ser un problema para convertirse en una tragedia que pone en crisis el sistema de salud pública del país. No es una coincidencia que tengamos estos records internacionales en cesáreas, abandono de lactancia, obesidad y consumo de refrescos, entre otros. Es el abandono del interés público y el servicio y sometimiento del Estado a los intereses fácticos son la causa detrás de todos ellos.

Se requiere de manera urgente una política integral de combate a la obesidad que retome los 10 objetivos del ANSA, sume a ellos la prohibición de la publicidad de comida chatarra dirigida a la infancia y los convierta de aspiraciones a garantías. Esta política integral debe estar sustentada en regulaciones que establezcan

obligaciones y sanciones. Con el fin de reducir los altos índices de cesáreas en el país y aumentar la lactancia materna, medidas que contribuirían a reducir los índices de obesidad, se requiere el cumplimiento de los compromisos internacionales y las normas oficiales mexicanas. Para ello, es necesario establecer regulaciones que obliguen a su aplicación y la participación de la sociedad en su vigilancia.

Referencias Bibliográficas

¹Besio M. Cesárea versus parto vaginal. Una perspectiva ética. *Rev Méd Chile* 1999; 127(9): 1121-1125.

²Ceriani J, Mariani G, Pardo A, Aguirre A, Pérez C, Brenner P, Cores F. Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal. *Arch Argent Pediatr* 2010; 108(1):17-23.

³Puentes-Rosas E, Gómez-Dantes O, Garrido-Latorre F. Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. *Salud Pública de México* 2004; 46(1):16-22.

⁴Velasco V, Navarrete E, Pozos J, Ojeda R, Cárdenas C, Cardona J. Indicaciones y justificación de las cesáreas en el IMSS. *Gac Med Mex* 2000; 136:421-431. Citado en: Puentes-Rosas E, Gómez-Dantes O, Garrido-Latorre F. Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. *Salud Pública de México* 2004; 46(1):16-22.

⁵World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 2:436-437.

⁶Bertrán A, Meriáldi M, Lauer J, Bing-shum W, Thomas J, Van Look P, Wagner M. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Pediatric and Perinatal Epidemiology* 2007; 21:98-113.

⁷Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shama-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.

⁸UNICEF. Unicef alerta sobre alto porcentaje de mujeres con cesárea en Brasil. 2011. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?newsID=21472#>. UPSCBOQsCos. Fecha de consulta: 14/01/13.

⁹Salinas H, Naranjo B, Pastén J, Retamales B. Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* 2007; 18:168-78.

¹⁰Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, et al. Births: final data for 2005. *National Vital Statistics Reports*, vol. 56 no 6. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics; 2007.

¹¹Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México: SSA, 1995.

¹²The Lancet. What is the right number of caesarean sections? *Lancet* 1997; 349:815.

¹³Secretaría de Salud. Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. México: SSA, 2012.

¹⁴COFEMER. Dictamen final sobre el anteproyecto denominado Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. 2011.

¹⁵Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 2006; 367:1819-1829.

- ¹⁶Huh S, Rifas-Shiman S, Zera C, Rich J, Oken E, Weiss S, Gilman M. Delivery by caesarean section and risk of obesity in preschool age children: a prospective cohort study. *ArchDisChild* 2012; 97: 610-616.
- ¹⁷Rodríguez J. Microorganismos y salud. Bacterias lácticas y bifidobacterias probióticas. Editorial Complutense. Madrid. 2006.
- ¹⁸Wolfe N. Small, Small World. We inhale microbes but have only begun to study them. *National Geographic* 2013; 223(1): 136-141.
- ¹⁹Pandey PK, Verma P, Kumar H, Bavdekar A, Patole MS, Schouche YS. Comparative analysis of fecal microflora of healthy full-term Indian infants born with different methods of delivery (vaginal vs caesarean): *Acinetobacter* sp. Prevalence in vaginally born infants. *J Biosci* 2012; 37(6):989-98.
- ²⁰Sanz Y, Santacruz J, Dalmau J. Influencia de la microbiota intestinal en la obesidad y las alteraciones del metabolismo. *Acta Pediatr Esp* 2009; 67(9): 437-442.
- ²¹Sanz Y, Rastmanesh R, Agostonic C. Understanding the role of gut microbes and probiotics in obesity: How fare are we? *Pharmacol Res* 2012; 18(12):208.
- ²²DiBaise JK, Zhang H, Crowell MD, Krajmalnik-Brown R, Decker GA, Rittmann BE. Gut microbiota and its possible relationship with obesity. *Mayo ClinProc* 2008; 83(4):460-9.
- ²³Tsai F, Coyle WJ. The microbiome and obesity: is obesity linked to our gut flora? *Curr Gastroenterol Rep* 2009; 11(4):307-13.
- ²⁴Rodríguez G, Fuertes J, Samper M, Broto P, Collado M, Sebastian M, Pardos C, Solanos A. Programas de intervención para promocionar la lactancia materna. Proyecto PALMA. *Acta Pediatr Esp* 2008; 66(11): 564-568.
- ²⁵Bautista L. Factores asociados al inicio de la lactancia materna en mujeres dominicanas. *Pan Am J Public Health* 1997; 1(3): 200-207.
- ²⁶Lilford R, Van Coeverden De Groot H, Moore P, Binham P. The relative risks of caesarean section and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute pre-existing physiological disturbances. *Br J ObstetGynaecol* 1990; 97:883-92.
- ²⁷Ceriani J, Mariani G, Pardo A, Aguirre A, Pérez C, Brenner P, Cores F. Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal. *Arch Argent Pediatr* 2010; 108(1):17-23.
- ²⁸Campero L, García C, Díaz C, Ortiz O, Reynoso S, Langer A. "Alone, I wouldn't have known what to do": A qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico. *SocSci Med* 1998; 47:395-403.
- ²⁹Groopman J. A knife in the back. *New Yorker* 2002; April 8:66-73. Citado en: Puentes-Rosas E, Gómez-Dantes O, Garrido-Latorre F. Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. *Salud Pública de México* 2004; 46(1):16-22.
- ³⁰Soto C, Teuber H, Cabrera C, Marín M, Cabrera J, Da Costa M, Aranedá H. Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: Una vía hacia el parto natural. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006; 71(2):98-103.
- ³¹Paterson-Brown S. Yes, as long as the woman is fully informed. *BMJ* 1998;317:462-465.
- ³²Salinas H, Carmona S, Albornoz J, Veloz P, Terra R, Marchant R, Larrea V, Guzmán R, Martínez L. ¿Se puede reducir el índice de cesárea? Experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *RevChilObstetGinecol* 2004; 69(1):8-13.
- ³³Gutierrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
- ³⁴Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y el niño pequeño. Capítulo modelo para estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. OMS, 2010.
- ³⁵World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, Geneva, 2003.
- ³⁶Gupta A, Holla R, Dadhich JP, Bhatt B, Trejos M, Chanetsa J. The World Breastfeeding Trends Initiative (WBTI): Are our babies falling through the gaps? The State policies and programme implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding in 51 countries. *BPNI/IBFAN-Asia*, 2012.
- ³⁷Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plageman A. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2005; 162:397-403.
- ³⁸Hediger ML, Overpeck MD, Kuczumski RJ, Ruan WJ. Association between infant breastfeeding and overweight in young children. *JAMA* 2001;285:2453-60.
- ³⁹Von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, von Mutius E, Barnert D, Grunert V, von Voss H. Breast feeding and obesity: cross sectional study. *BMJ* 1999;319(7203):147-50.
- ⁴⁰Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Camargo CA Jr, Berkey CS, Frazier AL, Rockett HR, Field AE, Colditz GA. Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. *JAMA*; 2001;285(19):2461-7.
- ⁴¹Mayer-Davis EJ, Rifas-Shiman SL, Zhou L, Hu FB, Colditz GA, Gillman MW. Breast-feeding and risk for childhood obesity. Does maternal diabetes or obesity status matter? *Diabetes Care* 2006;29:2231-2237.
- ⁴²Li Ch, Kaur H, Choi WS, K. Huang TT, Rebecca E. Lee RE, Ahluwalia JS. Additive interactions of maternal prepregnancy BMI and breast-feeding on childhood overweight. *Obes Res* 2005;13:362-371.
- ⁴³Ruowei Li, Joselito Magadia; Sara B. Fein; Laurence M. Grummer-Strawn. Risk of Bottle-feeding for rapid weight gain during the first year of life. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2012;166(5):431-436.
- ⁴⁴Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. *Pediatrics* 2005;115:1367-1377.
- ⁴⁵Schulze MB, Manson JE, Ludwig DS et al. Sugar-sweetened beverages, weight gain, and incidence of type 2 diabetes in young and middle-aged women. *JAMA.* 2004;292(8):927-934. (doi:10.1001-1020).
- ⁴⁶Evidence for sugar addiction: Behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. Avena NM, Rada P y Hoebel. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews.* 2008;32:20-39.
- ⁴⁷Johnson RK, Appel LJ, Brands M et al. Dietary sugars intake and cardiovascular health, a Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2009;120:1011-1020.
- ⁴⁸World Health Organization in collaboration with Food and Agriculture Organization of the United Nations. Guidelines for the safe preparation, storage and handling of powdered infant formula. Geneva, 2007. Disponible en: <http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif2007/en/> Fecha de consulta: 15/01/13.
- ⁴⁹Unicef. Progreso Para La Infancia. Un Balance Sobre La Nutrición. Número 4, Abril De 2006
- ⁵⁰Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. México: Ssa, 2000.
- ⁵¹Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. México: Ssa, 2006.
- ⁵²Código Internacional para Sucedáneos de la Lactancia Materna. OMS/UNICEF, 1981.
- ⁵³Lutter CK and Morrow AL. Strategic global approaches to improve breastfeeding rates *Adv Nutr* November 2012. 3 6):829-830.



EL PODER DEL CONSUMIDOR

www.elpoderdelconsumidor.org.mx

Elaboración del documento:

Alejandro Calvillo
Xavier Cabada
Katia Garcia

Diseño:

Elaine Kemp

Revisión:

Rebecca Berner

Enero, 2013

EL PODER DEL CONSUMIDOR

CESÁREA Y AUSENCIA DE LACTANCIA MATERNA · PRIMERAS CAUSAS DE LA EPIDEMIA DE OBESIDAD EN MÉXICO