

Lactancia materna en peligro de extinción.

Una llamada a iniciativas público-privadas
en República Dominicana

Copyright © 2018 Corporación Interamericana de Inversiones (CII). Este trabajo tiene licencia bajo Creative Commons IGO 3.0 Attribution-NonCommercial-NoDerivatives (CC-IGO Licencia BY-NC-ND 3.0 IGO) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducido con atribución a la CII y para cualquier propósito no comercial. No se permite ningún trabajo derivado.

Cualquier disputa relacionada con el uso de los trabajos de la CII que no pueda resolverse de manera amistosa deberá someterse a arbitraje de conformidad con las reglas UNCTRAL. El uso del nombre de la CII para cualquier otro propósito que no sea la atribución, y el uso del logotipo de la CII estará sujeto a un contrato de licencia escrito entre la CII y el usuario y no está autorizado como parte de esta licencia CC-IGO.

Luego de un proceso de revisión por pares, y previo consentimiento por escrito de la CII, una versión revisada de este trabajo también puede reproducirse en cualquier revista académica, incluidas las indexadas por la Asociación Americana de Economía Econ-Lit, siempre que se acredite a la CII y que el (los) autor (es) no reciban ingresos de la publicación. Por lo tanto, la restricción para recibir ingresos de dicha publicación solo se extenderá al autor (es) de la publicación. Con respecto a tal restricción, en caso exista cualquier inconsistencia entre la licencia de Creative Commons IGO 3.0 Attribution-NonCommercial-NoDerivatives y estas declaraciones, este último prevalecerá.

Tenga en cuenta que el enlace proporcionado anteriormente incluye términos y condiciones adicionales de la licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son las de los autores y no necesariamente reflejan las opiniones del Grupo del Banco Interamericano de Desarrollo, sus respectivas Juntas de Directores, o los países que representan.

Lactancia materna en peligro de extinción.

Una llamada a iniciativas público-privadas en República Dominicana¹

Maria Laura Lanzalot¹, Liliana Olarte Rodriguez², Patricia Yañez-Pagans³

Resumen

República Dominicana tiene la tasa de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses más baja de América Latina y el Caribe y la cuarta más baja del mundo (7%). Pese a que se han implementado múltiples iniciativas para fomentar la lactancia en el país, los indicadores han empeorado con el tiempo. El presente estudio realiza un análisis detallado de la lactancia materna en República Dominicana con el objetivo de identificar las principales barreras a esta práctica y generar lecciones que guíen acciones tanto en el sector público como privado. La metodología se basa en un análisis cuantitativo y cualitativo obtenido del levantamiento de 500 encuestas a madres con hijos menores a tres años, 24 encuestas a pediatras, 4 grupos focales y entrevistas a actores clave. Los principales resultados indican que, si bien las madres reconocen los beneficios de la lactancia, existe aún poco conocimiento y limitado asesoramiento sobre cuáles son las prácticas recomendadas. Es necesario incentivar más en el inicio temprano de la lactancia y durante las primeras horas de vida, lo cual se ve negativamente afectado por las altas tasas de cesárea en el país. El tema estético es un factor con frecuencia citado por las madres al preguntárseles por las bajas tasas de lactancia en el país, no obstante, no lo citan al referir su caso personal. El acompañamiento social y el apoyo de la pareja son claves para ayudar a incentivar y mantener la lactancia.

JEL Codes: I12, I15, J13,

Palabras clave: Lactancia materna, barreras a la lactancia, República Dominicana, salud infantil

¹Los autores agradecen a Cornelius Roschanek por su ayuda y gestiones las cuales fueron fundamentales para la creación y materialización de esta iniciativa de investigación. Adicionalmente, quisieran agradecer muy especialmente a Yanet Olivares por la valiosa información compartida sobre la práctica de lactancia en el país, así como por sus múltiples gestiones, las cuales fueron muy importantes para poder conocer de cerca a actores claves relacionados con la lactancia materna, y también por sus comentarios y sugerencias que permitieron fortalecer este estudio. Otro agradecimiento muy especial al personal del Hospital General Plaza de la Salud y del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral por abrirnos sus puertas y colaborar con nosotros en la implementación de este estudio. Finalmente, los autores quisieran agradecer Gabriela Aparicio por sus valiosos comentarios técnicos que ayudaron a mejorar la calidad del estudio, a Germán Pulido por su excelente asistencia de investigación para la limpieza y consolidación de las bases de datos, al equipo de la División de Efectividad en el Desarrollo de BID Invest y a miembros de otros departamentos del BID por sus valiosos comentarios a lo largo del diseño y ejecución de este proyecto.

¹Departamento de Estrategia y Desarrollo, BID Invest, Washington, D.C. E-mail: mlanzalot@iadb.org.

²Y Analytics, Washington, D.C. E-mail: lolarte@yanalytics.com.

³Departamento de Estrategia y Desarrollo, BID Invest, Washington, D.C. E-mail: patriciaya@iadb.org.

1. Introducción

La lactancia es reconocida por Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) como la herramienta más costo-efectiva para reducir la mortalidad infantil. Un bebé que no fue amamantado en los primeros 6 meses de vida tiene una probabilidad de morir por enfermedades prevenibles 15 veces mayor (WHO/UNICEF, 2013). En las últimas tres décadas, la evidencia empírica detrás de las bondades de la lactancia materna ha evolucionado marcadamente. Estudios médicos rigurosos demuestran que la lactancia reduce la prevalencia de diarrea infantil (Lamberti LM, 2011) y neumonía (Lamberti, et al., 2013), principales causas de mortalidad infantil en países de bajos ingresos. Además, los niños que no son amamantados muestran mayores tasas de presión arterial, un mayor riesgo de padecer enfermedades como diabetes tipo 1 y 2, leucemia infantil y asma, mayor riesgo de ser obesos, y presentan menores puntajes en pruebas de inteligencia estandarizadas (Johnston, Landers, Noble, Szucs, & Viehmann, 2012; Horta & Victora, 2013; Ip, et al., 2007; Belfort, et al., 2013). Adicionalmente, la literatura también resalta beneficios para la salud de la madre: la reducción de peso (Dewey, Heinig, & Nommsen, 1993); el retraso en el retorno de la ovulación lo que resulta en un mayor esparcimiento de los niños (Kennedy & Visness, 1992); la reducción en el riesgo de tener depresión postparto; y la reducción en el riesgo de tener cáncer de ovarios y mama (Chung, et al., 2007; Islami, et al., 2015).¹

La República Dominicana tiene una alta tasa de mortalidad infantil (25 infantes por cada 1.000 nacidos vivos en el año 2017) que se ubica muy por encima del promedio de América Latina y el Caribe (15 infantes por cada 1.000 nacidos vivos en el año 2017) (World Bank Group, 2018). Al mismo tiempo, según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) (2013), la tasa de lactancia materna exclusiva en el país, durante los primeros seis meses de vida, fue de apenas 7% (CESDEM, 2014).² Comparando esta cifra con los datos de otros países recolectados por World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi), esta es la cuarta tasa más baja en el mundo (promedio mundial es de 38%) y es la tasa más baja en América Latina y el Caribe (Gupta & Suri, 2016), habiendo incluso disminuido respecto a la observada en 2007, que era de 8% (CESDEM, 2008). Las estadísticas de amamantamiento son alarmantes, sobre todo si se tiene en cuenta que el país está catalogado como un país de ingresos medios-altos³. Los únicos países que superan las bajas tasas de lactancia son Singapur, Seychelles y Gabón (Gupta & Suri, 2016). Adicionalmente, según CESDEM (2014), pese a que un 89% de los bebés fueron alguna vez amamantados, sólo el 43%⁴ de ellos son amamantados en la primera hora vida, cifra que también disminuyó con respecto a 2007 (65%) (CESDEM, 2008).

A pesar de que la lactancia materna ha sido reconocida como una prioridad nacional en la República Dominicana⁵ y ha sido monitoreada a través de estadísticas extraídas de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA⁶), a la fecha no existen estudios que identifiquen las barreras a la lactancia en la República Dominicana; y/o que identifiquen qué tipo de intervenciones o campañas podrían ser más efectivas para solucionar esta problemática en el país. Adicionalmente, los estudios existentes a nivel internacional no permiten entender completamente las bajas tasas de lactancia en el país ni la posible eficacia de políticas adaptadas al contexto dominicano. En este marco, el objetivo de este estudio es proveer evidencia empírica,

¹ Ver Dennis (2002) y Victora et al. (2016) para una completa revisión de los beneficios.

² La tasa de 7% puede estar incluso sobreestimada en la medida que se calcula como un promedio simple de las tasas de lactancia exclusiva de los infantes de 1 mes; 2 y 3 meses; y 4 y 5 meses. Siendo 12,3% el porcentaje de bebés amamantados exclusivamente durante el primer mes de edad; 7,5% entre los 2 y 3 meses, y 1,2% entre 4 y 5 meses.

³ Según la última clasificación por ingresos del Banco Mundial, disponible en: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519>

⁴ UNICEF (2018) reporta una tasa aún menor (38%).

⁵ El 4 de abril de 2018, el presidente Danilo Medina dictó el Decreto 142-18: "Reglamento para la aplicación de la Ley que declara prioridad nacional la promoción y el fomento de la lactancia materna".

⁶ La ENDESA forma parte del Proyecto Mundial de Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y constituye la principal fuente de información sobre la salud de la población dominicana.

cuantitativa y cualitativa, sobre cuáles son las principales barreras que enfrentan las madres dominicanas y que desincentivan la práctica de la lactancia materna. Esta información es clave para guiar el diseño de intervenciones de promoción de lactancia, tanto a nivel público como privado.

La metodología del estudio involucró el levantamiento de 500 encuestas a madres con niños menores de 3 años y 24 encuestas a pediatras; la realización de 4 grupos focales con madres; y entrevistas a actores clave, como lo son el personal de la liga de la Leche, representantes de la Comisión Nacional de la Lactancia Materna y Servicio Nacional de Salud, así como personal de 15 hospitales y clínicas del país. En las encuestas y grupos focales la estratificación y muestreo de observaciones se enfocó en capturar información de madres de ingresos bajos y medios. El enfoque en este grupo de ingresos responde a hallazgos de la literatura internacional que indican que el mayor impacto de la lactancia materna exclusiva sobre mortalidad infantil está en los segmentos de ingreso más bajos (Azuine, Murray, Alsafi, & Singh, 2015). Por tanto, madres de bajos ingresos son un grupo prioritario de atención en esta problemática.

A lo largo del estudio se presentan una serie de estadísticos descriptivos extraídos de las encuestas levantadas y relacionados a conocimientos, percepciones y prácticas de lactancia. Asimismo, realizamos análisis estadísticos de diferencias de medias y regresiones multivariadas para analizar de manera más rigurosa cuáles son los principales determinantes de las prácticas de lactancia materna observadas. Los análisis de regresión se complementan con datos de la ENDESA 2013, a fin de proveer una figura más completa y robusta de esta problemática.

Los resultados encontrados por el estudio destacan 4 aspectos:

1. **Existe un espacio importante para la educación sobre lactancia.** Apenas un 65% de las madres entrevistadas identificó correctamente que 6 meses es el tiempo óptimo de lactancia exclusiva. Además, existe un desconocimiento generalizado sobre lo que implica exclusividad en la práctica; la mayoría de las madres introducen alimentos o líquidos complementarios con bajo valor nutricional antes de los 6 meses. A diferencia de lo que ocurre en algunos países desarrollados, casi ninguna madre recibió el asesoramiento de expertas en lactancia materna (solo el 2% lo hizo), ya sea por desconocimiento sobre las mismas, por la aún baja oferta de estos servicios o por su costo. Como lo muestran estudios internacionales, el asesoramiento temprano puede ser clave para educar a las madres y generar cambios en sus conductas de lactancia.
2. **Es necesario promover aún más el inicio temprano de la lactancia materna.** Iniciar la lactancia materna en la primera hora o día de vida es muy importante para asegurar que el bebé reciba el calostro ("primera leche"), un líquido con anticuerpos para proteger a los recién nacidos de enfermedades. Además, la iniciación temprana aumenta la duración de la lactancia materna. A partir de la encuesta encontramos que sólo el 66% de los niños fueron amamantados durante el primer día y apenas un 23% en la primera hora de vida. Las principales barreras al inicio temprano de la lactancia son: la alta tasa de cesáreas en el país (58,1%), catalogada como una de las más altas en el mundo, dado que llevan a un mayor tiempo de recuperación de la madre y una mayor probabilidad de que se afecte la producción temprana de leche; la práctica de algunos hospitales y clínicas de separar a la madre del bebé en las primeras horas de vida; y la falta información y conocimiento sobre la importancia de lactancia temprana.
3. **La estética y percepciones públicas, posibles barreras a la lactancia.** Encontramos una percepción generalizada de que las bajas tasas de lactancia en el país se deben a cuestiones de estética, además de al estigma social que dicta que la lactancia pública no

es una práctica adecuada. Casi el 70% de las madres piensa que la estética es el principal motivo por el cual las madres dominicanas no dan de lactar y apenas un 37% considera que es completamente adecuado realizar esta práctica en público. No obstante, y de manera un tanto sorprendente, ninguna madre encuestada manifestó personalmente haberse visto influenciada por el tema estético.

- 4. Las madres buscan acompañamiento social.** 65% de las madres en el estudio requirió apoyo para orientarse sobre esta práctica durante los primeros meses de lactancia, y lo hizo a través de sus familiares y amigos. Esto abre una ventana de oportunidad para incentivar una mayor interacción entre madres, aprovechando el uso de la tecnología⁷ y con la participación de expertos en el tema. El apoyo de la pareja también sobresale como un elemento clave para ayudar a las madres a mantener la lactancia exclusiva, resaltando así la importancia de cambiar las percepciones sobre roles de género en este tema.

El presente estudio es pionero en el país en cuanto a proveer una caracterización detallada de la lactancia materna y reconoce que la solución al problema requiere del trabajo mancomunado de diferentes actores. En particular, los hospitales juegan un papel importante para evitar la introducción de fórmula de manera anticipada, para generar mayor promoción de la lactancia en las primeras horas de vida y facilitar el asesoramiento especializado. El sector privado tiene un rol importante para facilitar la lactancia a madres trabajadoras a través de la adopción de políticas que doten de mayor flexibilidad laboral y lleven a la creación de espacios adecuados para la lactancia. Además, hay un gran potencial para integrar esta filosofía de promoción y apoyo a la lactancia en los productos y servicios que provee a sus consumidores a fin de incentivar cambios en conductas y percepciones sobre este tema. Finalmente, el sector público es el eje central y articulador para facilitar la institucionalidad y brindar el soporte necesario para impulsar iniciativas a favor de la lactancia.

2. Intervenciones locales de promoción de lactancia

Dada la alta costo-efectividad de la lactancia materna como herramienta para reducir la mortalidad infantil y evitar enfermedades comunes (WHO/UNICEF, 2013), la promoción de la lactancia materna ha entrado a formar parte de la política pública internacional (Ver Recuadro 1) y la República Dominicana no ha sido ajena a este fenómeno. La presente sección resume las principales intervenciones de promoción de lactancia que fueron implementadas en el país en los últimos 40 años y que reflejan los importantes esfuerzos hechos por el gobierno e instituciones internacionales para responder a esta problemática. La Gráfica 1 presenta una línea de tiempo resumiendo los principales hitos durante este período de tiempo.

Las primeras acciones locales encaminadas a la protección y promoción de la lactancia materna en el país se inician en la década de los 80's con la creación de dependencias gubernamentales encargadas del tema. El 22 de noviembre de 1984 se crea la Comisión Nacional de Lactancia Materna (CNLM) por la entonces Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). La CNLM se integra por diferentes sectores gubernamentales, ONGs relacionadas con el área de la salud y la nutrición infantil, medios de comunicación y agencias de cooperación internacional, entre otros. Su principal función es recomendar las políticas y normas que deban

⁷ Por ejemplo, bajo una iniciativa piloto, algunas madres ya interactúan en grupos de WhatsApp con expertas de [La Liga de la Leche Internacional](#).

promulgarse relacionadas a la lactancia materna y coordinar y promover actividades que busquen fomentar su práctica.⁸

La década de los 90's se caracteriza por la realización de esfuerzos para cuantificar la situación de lactancia en el país, la creación de leyes que reconocen la importancia de la promoción de la lactancia materna y la consecución de las primeras alianzas con organismos internacionales. En el año 1991, se incorporan a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) preguntas sobre lactancia y alimentación suplementaria en los niños. En 1992, se proclama la ley 16-92 que les otorga a todas las trabajadoras (tanto del sector público como del privado) el derecho a un descanso pre y posnatal remunerado de, en conjunto, 12 semanas y de tres descansos remunerados durante su jornada, de 20 minutos como mínimo, una vez las madres se reincorporaran al trabajo. Además, en el año 1995 se aprueba la Ley 8-95 que declara prioridad la promoción y fomento de la lactancia materna y propone la creación de programas nacionales dedicados a incentivar la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida y la lactancia con alimentación complementaria hasta los dos años, englobados bajo el Programa Nacional de Lactancia. Por último, a finales de la década de los 90's, UNICEF y SESPAS a través de la CNLM y el Programa Nacional de Lactancia lanzan la primera campaña nacional que promueve la lactancia materna exclusiva, denominada "Seno solo seno".

En la década de los 2000's se profundiza la colaboración con organismos internacionales, como UNICEF, para las campañas de promoción de la lactancia materna, y se crea, con el apoyo del Despacho de la Primera Dama, el primer banco de leche humana del país en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, el cual está ubicado en la ciudad de Santo Domingo. Este banco de leche se compone de un espacio con equipos y apoyo experto necesarios para que las madres puedan extraerse leche materna, lo cual les permite estimular su propia producción de leche en los primeros días después del parto, y además brinda la oportunidad de donar leche y almacenarla para apoyar a aquellas madres que tengan dificultades de amamantar en los primeros días.

En la década más reciente se ahondaron los esfuerzos por cuantificar mejor las prácticas de alimentación del lactante en el país y por promover la lactancia. Es así como, en 2014, se incorporan a la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR) preguntas que permitan medir los índices de lactancia. También en 2014 se aprueba la resolución No. 211-14, Convenio No. 183, la cual extiende la licencia de maternidad dos semanas más; ahora 14 semanas. En el año 2018, el presidente Danilo Medina aprobó el decreto 142-18, el cual dicta el reglamento para la aplicación de la Ley 8-95 de 1995, que declara prioridad nacional la promoción y el fomento de la lactancia materna; dispone la enseñanza y difusión de la práctica de la lactancia materna; y regula la comercialización de fórmulas infantiles.

A pesar de los esfuerzos hechos a nivel gubernamental y de la participación activa de entidades internacionales por promover la lactancia materna en el país, los indicadores de lactancia se han mantenido estables o incluso han ido empeorando con el tiempo (Ver Tabla 1). Adicionalmente, y pese a que se han hecho avances importantes en mejorar la medición o dimensionamiento de la problemática (inclusión de preguntas en la ENDESA y ENHOGAR), no se encuentran aún estudios que evalúen los impactos de estas distintas campañas y que permitan identificar cuáles fueron más efectivas para responder a las principales barreras que enfrentan las madres dominicanas a la hora de decidir dar de lactar. El sector privado, por su parte, ha estado bastante ausente de esta problemática, con algunas pocas excepciones, pero tiene un potencial importante de poder contribuir a esta causa (Ver Recuadro 2).

⁸ Posteriormente, la Ley 8/95, que declara prioridad nacional la promoción y el fomento de la lactancia materna, redefine sus funciones otorgándole mayores responsabilidades.

Gráfico 1. Línea de tiempo sobre intervenciones locales de promoción de lactancia



Fuente: Elaboración propia

Tabla 1. Evolución de los indicadores nacionales de lactancia materna (%)

	Lactó alguna vez	Lactó en la primera hora	Lactó en el primer día	Lactancia exclusiva 0-3 meses	Lactancia exclusiva 0-5 meses
ENDESA 2013	89,3	43,2	68,2	9,5	6,5
ENDESA 2007	92,0	65,2	82,9	11,7	7,8
ENDESA 2002	92,0	68,7	84,5	13,3	10,4

Nota: Tabla construida en base a los informes de las ENDESAs realizados por CESDEM (2003; 2008; 2014).

Recuadro 1. Evolución de los movimientos prolactancia a nivel mundial

En 1956 surge en Estados Unidos la Liga de la Leche Internacional (La Leche League Internacional, LLLI, por sus siglas en inglés) que más tarde logra un alcance en más de 70 países con más de 6,000 líderes voluntarias trabajando en el apoyo madre a madre. Desde 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF han convertido a la promoción de la lactancia materna en un objetivo primordial mediante el desarrollo de normas y políticas internacionales; como el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de la OMS (1981), el artículo 24 de la convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas (1989) y la “Declaración de Innocenti” sobre la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna.

En 1991, la Red Internacional de Grupos en pro de la Alimentación Infantil (International Baby Food Action Network, IBFAN, por sus siglas en inglés), LLLI, la Asociación Internacional de Consultores de Lactancia (International Lactation Consultant Association, ILCA, por sus siglas en inglés), Wellstart Internacional y La Academia de Medicina de la Lactancia (Academy of Breastfeeding Medicine, ABM, por sus siglas en inglés) impulsan WABA (World Alliance for Breastfeeding Action), una red global para proteger, apoyar y promover la lactancia materna.

En 1991, y en respuesta a la Declaración de Innocenti, también se lanza la Iniciativa de Hospital Amigo de la Niñez (Baby-Friendly Hospital Initiative, BFHI por sus siglas en inglés) en un esfuerzo mundial de la OMS y UNICEF con el fin de implementar prácticas para proteger y promover la lactancia materna desde el nivel de los hospitales. Para el año 2002, la Asamblea Mundial de la Salud (World Health Assembly, WHA por sus siglas en inglés) lanza la “Estrategia Global para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño” (Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, en inglés) a fin de reavivar la atención a las prácticas de alimentación, nutrición, crecimiento y desarrollo.

En el año 2003 la OMS realiza un esfuerzo por construir una herramienta para evaluar las prácticas nacionales, las políticas y los programas de promoción de lactancia materna. Un año después, en 2004, IBFAN lanzó la Iniciativa Mundial de Tendencias de la Lactancia Materna (World Breastfeeding Trends Initiative, WBTi por sus siglas en inglés), adaptando el cuestionario de la herramienta de la OMS para evaluar y monitorear políticas y programas clave de lactancias basadas en el marco de acción de la Estrategia Global para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño. La herramienta se ha adaptado según los comentarios de países de todas las regiones, incluidas América Latina, Asia y África. Los indicadores publicados por WBTi se han convertido en la referencia global para evaluar y comparar los progresos a través de los distintos países (World Breastfeeding Trends Initiative, 2018).

Recuadro 2. El rol del sector privado en la promoción de lactancia

Históricamente, las iniciativas de promoción de lactancia han sido originadas por el sector público, organismos internacionales y algunas asociaciones civiles locales, estando el sector privado mayormente ausente de estos esfuerzos. Esto no es una característica exclusiva de República Dominicana, ni tampoco es exclusivo al tema de lactancia. No obstante, hay actualmente una transformación global en marcha en el sector privado, en la medida que las empresas empiezan a reconocer que, para mantenerse competitivas y crecer, deben mirar más allá de sus beneficios a corto plazo y abordar los principales desafíos sociales y ambientales que afectan tanto a su empresa como a la sociedad (Maffioli, 2018). En el caso de la lactancia materna, el sector privado puede tener un rol muy importante en proveer soluciones que ayuden a facilitar e incentivar esta práctica. Resumimos aquí algunas de las principales oportunidades y experiencias exitosas encontradas.

Apoyo a la lactancia en el centro de empleo

De acuerdo con UNICEF, las mujeres con niños son el segmento de la fuerza laboral que está creciendo más rápido a nivel global y poder balancear el trabajo y la familia es algo muy importante para ellas (Schultink, 2015). A pesar de esto, el retorno a un puesto de trabajo fuera del hogar y luego de dar a luz se asocia usualmente con una menor duración de la lactancia, sobre todo si es un trabajo a tiempo completo. Más aún, las madres de estratos socioeconómicos más bajos enfrentan los mayores desafíos, pues retornan rápidamente al trabajo y enfrentan un reducido apoyo de sus empleadores para mantener la lactancia (CDC, 2018). Frente a esto, el rol del sector privado es central para promover y mantener la lactancia materna, a través de la aplicación efectiva de políticas como la licencia de maternidad remunerada, flexibilidad de horarios y espacios adecuados para lactancia o para extraerse la leche. Gracias a estos cambios, las madres trabajadoras pueden mantener o incluso mejorar su productividad y satisfacción en el trabajo a la par que cuidan de la nutrición y salud de sus bebés.

Para dar unos ejemplos, en el año 2007, Google revisó su política de maternidad ofreciendo 5 meses de licencia de maternidad pagada a todas las trabajadoras mujeres y un bono de US\$ 500 a todos los trabajadores (mujeres o hombres) con hijos recién nacidos. Después de estos cambios la empresa vio una reducción de un 50% en el número de trabajadoras mujeres que abandonaban o renunciaban al trabajo (Schultink, 2015). En el caso dominicano empiezan a surgir algunos pioneros en el tema. En el año 2018, el Grupo Ramos inauguró 14 salas de lactancia en siete tiendas La Sirena de Santo Domingo y la región Norte, con el objetivo de promover la lactancia materna y sensibilizar a clientas y colaboradoras sobre su importancia para la salud y bienestar de las madres y sus bebés. Cada tienda posee dos salas, una en el área de tienda, para que las clientas puedan amamantar a sus bebés; y otra en el área interna, para que las trabajadoras, al regreso de su licencia postnatal, puedan extraerse su propia leche y almacenarla de forma adecuada durante la jornada laboral. La creación de los espacios fue hecha con el apoyo de miembros de La Liga de la Leche Internacional y están avalados por la certificación "Sala Amiga de la Familia Lactante" que otorga el Ministerio de Salud (Morel, 2018).

Modificando prácticas de lactancia a través de marketing social

El sector privado tiene el potencial de incidir en la práctica de la lactancia materna y de reducir las brechas de información y conocimiento a través de estrategias de comunicación o marketing social. El Marketing Relacionado a Causas (CRM por sus siglas en inglés, Cause-Related marketing) no es un concepto nuevo para el sector privado, se trata de una estrategia de marketing que busca alcanzar al mismo tiempo dos objetivos; mejorar el desempeño de una empresa y ayudar a buenas causas, vinculando así la compra de determinados productos y/o servicios con un impacto o beneficio social (Varadarajan & Menon, 1988). La literatura sugiere que los consumidores son receptivos a las estrategias de CRM y consideran a las empresas participantes como socialmente responsables (Brown & Dacin, 1997; Lafferty, Goldsmith, & Hult, 2004; Strahilevitz & Myers, 1998). Sin embargo, las campañas de CRM no siempre son exitosas (García, Gibaja, & Mujika, 2003; Dahl & Lavack, 1995; Barone, Miyazaki, & Taylor, 2000), por lo que deben ser diseñadas de manera cuidadosa y con un conocimiento claro de las percepciones del consumidor, la imagen de la empresa y los objetivos que se pretenden alcanzar (Hajjat, 2003; Berger, Cunningham, & Kozinets, 1999; Pracejus & Olsen, 2004; Trimble & Rifon, 2006).

Un ejemplo de CRM es Procter & Gamble, compañía reconocida por UNICEF como uno de sus principales socios corporativos internacionales, a través de una variedad de iniciativas que incluyen marketing relacionado con causas, subvenciones corporativas y donaciones de empleados. En particular, para el caso de la lactancia materna, su línea de pañales *Pampers*, tiene en su web un espacio dedicado a dar recomendaciones para las mamás que hace énfasis en los beneficios de la lactancia y brinda consejos para poder realizar esta práctica de manera exitosa. A su vez, su principal competidora en el rubro, Huggies (producto de la compañía Kimberly-Clark), también ofrece este tipo de recomendaciones en su sitio web, lo que demuestra la importancia que le dan estas compañías a ser reconocidas por sus consumidores como promotoras de prácticas saludables.

3. Descripción del estudio y metodología

Para llevar adelante el estudio se recolectó información cuantitativa y cualitativa, entre octubre y noviembre de 2017, a través de tres instrumentos. En primer lugar, se levantaron 500 encuestas a madres con hijos menores de tres años⁹ y 24 encuestas a pediatras. En segundo lugar, se realizaron 4 grupos focales, dos en Santo Domingo y dos en Santiago de los Caballeros, cada uno con un tamaño de entre 6 y 10 madres con hijos menores a 5 años. Finalmente, se realizaron entrevistas a actores clave, como el personal de la Liga de la Leche Internacional en República Dominicana, representantes de la Comisión Nacional de la Lactancia Materna y el Servicio Nacional de Salud, y personal de 15 hospitales y clínicas del país.

La muestra de las encuestas y grupos focales se estratificó en dos grupos socioeconómicos de interés: madres de bajos ingresos y madres de ingresos medios. Para lograr esta estratificación, en las encuestas se contó con la colaboración de dos hospitales ubicados en la ciudad de Santo Domingo y que atienden un volumen significativo de consultas pediátricas: el Hospital Robert Reid Cabral, que atiende principalmente a madres de bajos ingresos y donde se levantaron 250 encuestas a madres y 6 encuestas a pediatras, y el Hospital General de la Plaza de la Salud, que atiende a madres de ingresos medios y donde se levantaron otras 250 encuestas a madres y 18 encuestas a pediatras. Para la estratificación de los grupos focales, en dos grupos se invitó a madres de medianos ingresos que se encontraban laboralmente activas. En los otros dos grupos focales participaron madres de ingresos bajos que, en su mayoría, estaban desempleadas o cuidaban del hogar.

El cuestionario utilizado para levantar los datos de encuestas fue elaborado por investigadores de BID Invest e incluyó una batería de preguntas bastante amplia con el fin de capturar información detallada del nacimiento y las prácticas de lactancia de todos los niños menores a 3 años declarados por la madre. Con fines de comparabilidad, para el diseño de estas preguntas se tomó como referencia el formato de preguntas usado en la ENDESA 2013 y los cuestionarios de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, por sus siglas en inglés). Asimismo, se incorporaron preguntas acerca de las percepciones de la madre sobre el tema de lactancia materna en el país y de su grupo social cercano. También se incluyeron algunas preguntas sobre prácticas de lactancia recomendadas a nivel internacional a fin de capturar brechas de conocimiento. Finalmente, se preguntó a las madres sobre el tipo de apoyo recibido y aquel que les hubiera gustado recibir y consideran hubiera ayudado en su proceso de lactancia. La guía de preguntas para los grupos focales también fue elaborada por el grupo técnico de BID Invest y recibió retroalimentación de expertas en levantamiento de datos cualitativos de la firma CESDEM e Ingenio para asegurar que la formulación de las preguntas y su orden fuera el adecuado para extraer de manera natural el tipo de información de interés.

En cuanto a los protocolos y logística para la implementación de las encuestas, se trabajó con equipos de 6 encuestadoras por hospital más una supervisora, todas bajo la dirección de la firma CESDEM. Las encuestas fueron programadas y levantadas a través de tabletas electrónicas, lo cual facilitó la captura de información y redujo posibles errores de captura. La muestra de madres encuestadas fue seleccionada aleatoriamente del universo de madres que se encontraban en

⁹ A cada madre encuestada se le preguntó sobre sus prácticas de lactancia con cada uno de sus hijos/as menores de 3 años. Esto da una muestra total de 535 cuestionarios a niños/as y 500 cuestionarios a madres. El diseño de la muestra consideró que no más de un 20% de las madres fuesen adolescentes o menores de 20 años de edad, según los criterios de la ENDESA. Asimismo, se excluyó del estudio a madres haitianas que no hablasen fluidamente el español, dado que las mismas no se consideraban representativas de la población dominicana.

salas de espera para una consulta pediátrica regular o sencilla. Dentro de esta muestra aleatoria sólo se incluyeron madres cuyo motivo de visita era: control de crecimiento, vacuna, resfrío, o especialidades relacionadas a oftalmología, dermatología y odontología. Se excluyó a madres que no cumplieran con estas características, para evitar incluir en la muestra madres con hijos que tuviesen problemas de salud más delicados y que pudiesen alterar sus prácticas de lactancia. Finalmente, se incluyó un formulario de consentimiento al inicio del cuestionario informando a las madres sobre los objetivos del estudio e indicando que la decisión de participar era totalmente voluntaria y no implicaba ningún riesgo ni beneficio para ellas¹⁰. Los grupos focales fueron hechos con una moderadora experta en el levantamiento de datos cualitativos y capacitada en el tema de lactancia. Bajo consentimiento de las madres, las entrevistas fueron grabadas y posteriormente procesadas.

Para el análisis de la información recolectada, el presente estudio construye varios estadísticos de interés con base a las respuestas obtenidas en las encuestas, asimismo se resumen los hallazgos provenientes de los grupos focales y entrevistas. Para capturar posibles heterogeneidades o diferencias en la respuesta entre algunos grupos poblacionales, por ejemplo, diferencias que puedan existir entre madres de ingresos bajos y medios, o entre madres con mayor o menor educación, se realizan pruebas de hipótesis para las diferencias de medias utilizando el estadístico t de Student. Estos resultados nos permiten inferir qué tan importantes pueden ser algunas características para explicar las percepciones o conductas de lactancia observadas. Finalmente, y dado que múltiples factores podrían afectar simultáneamente a las respuestas obtenidas, se presenta un análisis de regresión multivariado que cuantifica cuáles son los principales determinantes de la lactancia materna.

4. Características de la muestra de estudio

a. Distribución geográfica

La muestra del estudio no fue diseñada para ser representativa a nivel nacional y no se trata de una encuesta que fue levantada en las viviendas.¹¹ El tipo de muestreo utilizado se asemeja más a una encuesta de opinión hecha en el área urbana de Santo Domingo. En particular, como se mencionó en la sección anterior, la muestra fue seleccionada aleatoriamente de los dos hospitales que colaboraron con este estudio, los cuales a su vez fueron seleccionados considerando el volumen de pacientes de consulta pediátrica que atendían y el estrato socioeconómico de la población de referencia (bajo y medio). Por tanto, la muestra de estudio es únicamente representativa del universo de pacientes que visitan estos dos hospitales para consultas pediátricas regulares.

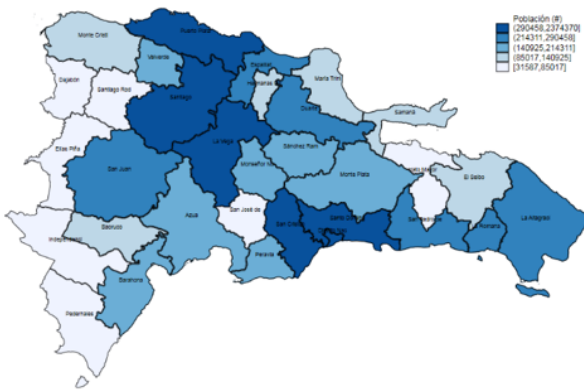
A pesar de que las encuestas se levantaron en el hospital, se indagó sobre el lugar de residencia habitual de las madres en la muestra. En el Gráfico 1 se presenta la distribución geográfica del total de la población del país y en el Gráfico 2 la distribución geográfica de los datos del estudio. En estos gráficos se puede apreciar que, si bien los datos de la encuesta se encuentran dispersos

¹⁰ El estudio también fue sometido a revisión del CONABIOS quien emitió su no objeción en fecha 28 de julio de 2017.

¹¹ Si bien el objetivo del estudio exploratorio fue generar evidencia empírica sobre cuáles son las principales barreras a la lactancia materna a fin de informar el diseño de un estudio de evaluación de impacto apoyado por un cliente de BID Invest que busca a través de un producto de consumo poder hacer campañas que ayuden a educar a mujeres sobre temas de lactancia. Por esto motivo, el estudio fue hecho a una escala relativamente pequeña y sin buscar una representatividad a nivel nacional.

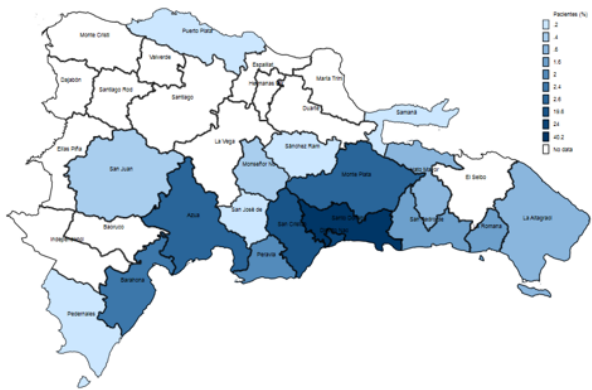
en varias provincias, en su mayoría se encuentran fuertemente concentrados en el sur del país y en particular en Santo Domingo y el Distrito Nacional.

Gráfico 2: Distribución geográfica de la población total de República Dominicana (cuartiles)



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo 2010.

Gráfico 3: Distribución geográfica de la muestra de estudio (percentiles residencia actual)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de las encuestas.

b. Estadísticos descriptivos de la muestra

La Tabla 2 presenta un resumen de las características socioeconómicas de las madres entrevistadas. La columna 1 presenta el dato promedio para toda la muestra, mientras que las columnas 2 y 3 reportan de manera separada los promedios para madres en estrato socioeconómico bajo y estrato socioeconómico medio. Dados los errores de medición y sesgos que pudiesen existir en la captura de información sobre ingresos del hogar¹², la diferenciación por nivel socioeconómico se hizo en base a datos sobre seguro médico.¹³ En el primer grupo (estrato bajo) se encuentran las madres que no tienen seguro médico o que cuentan con un seguro subsidiado (SENASA subsidiado), mientras que en el segundo grupo (estrato medio) se encuentran las mujeres con seguro médico contributivo público (SENASA contributivo) o privado.

Los resultados observados en la Tabla 2 indican que, en promedio, las mujeres de la muestra tienen 28 años de edad, tienen 2 hijos, y un poco más de la mitad se encuentran en pareja (57%), bien sea casadas o unidas. Asimismo, se observa que casi un 50% tiene secundaria completa. Como es de esperar, existen diferencias en estas variables por estrato socioeconómico. Las madres de estrato socioeconómico bajo son, en promedio, más jóvenes (27 vs. 29), tienen más hijos (2,2 vs. 1,9) y tienen un menor nivel educativo (29% vs. 76% completaron sólo la

¹² Ver Moore y Welniak (2000) para una revisión de la literatura sobre el problema de error de medida en las mediciones de ingreso de las encuestas. De todas maneras, en las columnas 3 y 4 de la Tabla 2 se puede apreciar que las madres del grupo de bajos ingresos construido a partir de la variable de seguro médico está fuertemente correlacionada con la variable de ingresos mensuales del hogar. En particular, el 89% de las madres de estrato bajo tienen un ingreso familiar menor a 20.000 pesos dominicanos (648 US\$ por mes), mientras que en el estrato medio-alto es solo el 33% de las madres.

¹³ Otra opción que se podría utilizar para categorizar el nivel de estrato socioeconómico es dividir la muestra según el hospital en el que se realizó la encuesta (el Hospital Robert Reid Cabral, que atiende principalmente a madres de bajos ingresos, y el Hospital General de la Plaza de la Salud, que atiende a madres de ingresos medios y medios-altos). Nosotros exploramos esa opción y encontramos resultados muy similares. Esto se debe a que las categorías de estrato realizadas a partir de tipo de seguro médico y tipo de hospital son muy similares, tal como lo demuestra la Tabla A1 del Anexo.

secundaria), que las madres del estrato medio. Además, apenas 10% de las madres del primer grupo se encuentran casadas, mientras que 37% de las madres en el estrato medio lo están.

En lo que respecta a empleo e ingresos, en promedio, 38% del total de madres encuestadas indicaron que trabajaron en el último mes, siendo la mayoría empleadas u obreras de una empresa privada (49%) o empleadas en el sector público (30%). Asimismo, casi el 60% viven en hogares con ingresos mensuales menores a 20.000 pesos dominicanos (648 US\$ por mes).¹⁴ Nuevamente, vemos que la clasificación por estrato socioeconómico según la variable de seguro médico muestra diferencias. Sólo el 21% de las madres de bajos ingresos trabajaron en el último mes, mientras que 51% lo hizo en el estrato medio. De las madres trabajadoras de bajos ingresos, el 41% trabaja como cuenta propia o es empleada doméstica, mientras que, de las madres trabajadoras de ingresos medios, apenas un 10.5% tiene alguna de estas dos ocupaciones.

Para evaluar la comparabilidad de los datos de la encuesta levantada con aquéllos de la población dominicana, se comparan las estadísticas con la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2013 (The DHS Program, 2013). La ENDESA 2013 es la sexta encuesta llevada a cabo en República Dominicana dentro del Proyecto Mundial de Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y constituye la principal fuente de información sobre la salud de la población dominicana. En la última columna de la Tabla 2 se presentan las estadísticas descriptivas calculadas a partir de los datos de la ENDESA 2013 para las mujeres de entre 15 y 49 años con al menos un hijo de 3 años o menos¹⁵. Al comparar la columna 2 con la 5 se observa que las madres dominicanas son, en promedio, más jóvenes que las madres de nuestro estudio exploratorio (26 vs. 28 años), una menor proporción se encuentra casada (12% vs. 25%), tienen un menor nivel educativo (35% reportan haber completado primaria en la ENDESA vs. 7% en la muestra) y una mayor proporción no cuenta con seguro médico (48% vs. 19%).¹⁶

Por último, vale la pena analizar por separado los resultados encontrados para los partos por cesárea, dado que esto puede tener un impacto importante en la iniciación temprana de la lactancia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa de partos por cesáreas no debería superar el 15% de los partos totales en un país (WHO/HRP, 2015). Sin embargo, según CESDEM (2014), en República Dominicana 57% de los alumbramientos son por cesárea (siendo la tasa más alta del mundo) y en la muestra de estudio esta tasa es aún más alta (68%). Además, es importante destacar que los datos del estudio indican que la tasa de partos por cesárea es mayor en mujeres de estrato socioeconómico medio (76%) respecto a aquellas de bajo ingreso (58%). Además de poner en mayor riesgo la salud de la madre, la cesárea reduce la iniciación temprana de la lactancia por un mayor tiempo de recuperación requerido para la madre y

¹⁴ Según el Boletín de Estadísticas Oficiales de Pobreza Monetaria No 4, a septiembre de 2016 la Línea de Pobreza General (LPG) fue RD\$4,644.08 mensuales per-cápita del hogar y a nivel nacional (RD\$4,812.93 en la zona urbana y RD\$4,285.26 en la zona rural) (MEPTD/ONE, 2017).

¹⁵ Es importante aclarar que los datos aquí calculados no son los mismos que se encuentran en los reportes e informes técnicos de la ENDESA. Esto se debe a que, para lograr una mejor comparabilidad entre la muestra del estudio y la ENDESA, sólo se incluyeron madres capturadas por la ENDESA que tuvieran entre 15 y 49 años y que tuvieran al menos un hijo de 3 años o menos.

¹⁶ Existen varios factores que podrían afectar a las diferencias en tasas de no aseguramiento médico. Se debe tener presente que en la muestra de estudio, sólo se cuenta con madres con niños entre 0 y 3 años que visitaron los hospitales en consulta pediátrica, por lo tanto, es esperable que una mayor proporción tenga seguro médico respecto a la ENDESA que es una encuesta levantada en las viviendas. Asimismo, la ENDESA tiene una muestra a nivel nacional, mientras que la población en Santo Domingo y Distrito Nacional, que conforma una parte importante de la muestra de estudio, tiene más acceso al seguro de salud por su ubicación geográfica y su acceso a empleo. Asimismo, se debe tener presente que en los últimos cinco años hubo una expansión fuerte del seguro SENASA subsidiado y contributivo en el país, por tanto, si la ENDESA se levantase nuevamente las tasas de no aseguramiento serían posiblemente mucho más bajas.

mayores dificultades para producir leche en las primeras horas de vida del bebé (WHO/HRP, 2015; Hobbs, Mannion, McDonald, Brockway, & Tough, 2016).

Como se comentó previamente, además de las encuestas realizadas a las madres, se realizó un breve cuestionario a 24 pediatras que atienden consultas en dichos hospitales (18 del Hospital General de la Plaza de la Salud y 6 del Hospital Robert Reid Cabral). A partir de estas preguntas se obtuvieron una serie de estadísticas descriptivas que nos permiten caracterizar a dichos profesionales y se describen en la Tabla 3. Encontramos que la mayoría de los que contestaron la encuesta son mujeres (92%), residentes del Distrito Nacional (79%); tienen, en promedio, 48 años de edad y 18 años de experiencia; y atienden, en promedio, a 20 pacientes por día. Es importante destacar que el 99% de los pediatras atiende, en general, a 15 pacientes por día con una variedad de motivos de consulta, por lo que el tiempo que le puede dedicar a cada paciente es limitado y, por tanto, su rol como promotores o educadores de lactancia materna puede ser reducido, a menos que el tema de la lactancia sea el motivo central de la consulta recibida.

Tabla 2: Características socioeconómicas de las madres

Variables	Total	Estrato Bajo	Estrato Medio	Diferencia entre estratos	ENDESA
Demográficas					
Edad (promedio años)	28,0	26,5	29,2	-2,7***	26,3
Casada (%)	24,8	9,6	36,7	-27,1***	11,6
Unida (%)	57,0	64,8	50,9	14,0***	62,8
Soltera (%)	12,8	18,7	8,2	10,5***	4,1
Número de hijos (promedio)	2,0	2,2	1,9	0,2**	2,2
Nacimientos por cesárea (%)	67,9	57,9	75,7	-17,8***	56,6 ⁽¹⁾
Educación					
Primaria completa o menos (%)	7,0	14,6	1,1	13,5***	34,9
Secundaria incompleta (%)	14,8	23,7	7,8	15,9***	40,5 ⁽²⁾
Secundaria completa (%)	28,0	37,4	20,6	16,8***	
Universitaria incompleta (%)	22,8	16,9	27,4	-10,5***	24,6 ⁽²⁾
Universitaria completa o más (%)	27,4	7,3	43,1	-35,8***	
Seguro médico					
Seguro Contributivo privado (%)	44,4	0	79,4		24,2
Seguro SENASA contributivo (%)	11,6	0	20,6		27,7 ⁽²⁾
Seguro SENASA subsidiado (%)	24,2	55,3	0		
Sin seguro (%)	19,4	44,7	0		48,1
Empleo					
Trabajó último mes (%)	37,8	21,0	50,9	-29,9***	37,9 ⁽³⁾
Empleada/obrera pública	29,6	23,9	31,5	-7,6	
Empleada/obrera privada	48,7	30,4	54,5	-24,1***	
Empleadora/Patrona	2,6	4,3	2,1	2,2	
Cuenta propia	14,3	28,3	9,8	18,5***	
Empleada doméstica	3,7	13,0	0,7	12,3***	7,2
Ingresos mensuales del hogar (%)					
Menos de 10.000 pesos (<324 US\$)	29,6	51,6	12,5	39,1***	
10.000- 19.999 (324 – 648 US\$)	27,6	37,0	20,3	16,7***	
20.000-29.999 (648 – 972 US\$)	17,6	10,0	23,5	-13,4***	
30.000- 39.999 (972 - 1296 US\$)	11,2	0,9	19,2	-18,3***	
40.000-49.999 (1296 - 1620 US\$)	6,4	0,5	11,0	-10,6***	
Más de 50.000 (>1620 US\$)	7,6	0,0	13,5	-13,5***	

Nota: Los resultados reportados bajo las tres primeras columnas se realizaron a partir de los datos de las encuestas relevadas. Los resultados reportados bajo la columna con la etiqueta "ENDESA" constituyen cálculos propios a partir de la base de datos de la ENDESA 2013 restringiendo la muestra a la población femenina de 15 a 49 años, con al menos un hijo de 3 años o menos. Lo anterior se llevó a cabo para lograr una mejor comparabilidad con la muestra recolectada. ⁽¹⁾ Solo se considera el último nacimiento. ⁽²⁾ Dado que la ENDESA no permite mayor desagregación, se reporta el valor agregado de las categorías: Secundaria, Universitaria y Seguro SENASA. ⁽³⁾ Se encuentra trabajando actualmente.

Tabla 3: Características de los pediatras

	Promedio	Min	Max	Observaciones
Edad	48	37	62	24
Años de experiencia	18	4	30	24
Pacientes por día	20	10	28	24
Sexo femenino	92%			24

Fuente: Elaboración propia en base a datos de las encuestas.

5. Resultados

a. Conocimientos y beneficios de la lactancia

i. Importancia de la lactancia materna

Como se muestra en la Tabla 4, la gran mayoría de las madres encuestadas considera que la lactancia materna es importante; 95% manifestaron estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con la afirmación “La leche materna es el mejor alimento para el bebé”, aunque las madres de estrato medio reportan en mayor proporción estar de acuerdo o muy de acuerdo con dicha afirmación versus las del estrato bajo (96% vs. 93%). Similarmente, las madres también identifican a la leche en polvo como un alimento subóptimo al compararlo con la leche materna; 93% se expresaron en desacuerdo o muy en desacuerdo con la afirmación “La leche en polvo es mejor o igual alimento que la leche materna”.

Los resultados de las encuestas en este tema se corresponden con lo obtenido en los grupos focales. Todas las participantes opinaron que la lactancia materna es importante para la salud, el crecimiento y el desarrollo del bebé. Varias madres describieron de manera muy positiva su concepción sobre lo que es o implica la lactancia materna para ellas: “*Uno va creando un vínculo con el bebé. El bebé se siente identificado con la madre*”, “*La leche materna es salud, es vida*”, “*Amamantar es amor*”. Con relación a los sustitutos de la leche materna, las madres consideran que no representan la mejor opción para el bebé. No obstante, también manifestaron que es muy necesaria porque hay madres que no pueden lactar a sus hijos y tienen que recurrir a fórmula.

ii. Conocimientos de lactancia exclusiva

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más. En cuanto a la exclusividad, menos del 10% de las madres encuestadas considera que los niños deben ser lactados de manera exclusiva menos de 6 meses. Mientras que el 65% de ellas identifican los 6 meses como el tiempo óptimo de lactancia exclusiva (Tabla 4) y el 25% más de 6 meses. Similarmente, en los grupos focales se evidenció que las madres tenían un buen conocimiento respecto a la cifra de los 6 meses como el tiempo óptimo de amamantamiento. A pesar de esto, se destacó una falta de consenso y conocimiento respecto a lo que implica el término “exclusividad” y las diferencias entre la duración recomendada de lactancia exclusiva y lactancia total. Algunas madres entendían la práctica recomendada de 6 meses de manera exclusiva como el tiempo óptimo total en el cual se debe dar de lactar (es decir, no reconociendo la práctica de 2 años de lactancia total recomendada). Adicionalmente, algunas madres en los grupos focales manifestaron su sorpresa cuando se mencionó que la práctica recomendada era lactar a los bebés durante los primeros 6 meses sin

introducir otros alimentos o sucedáneos, incluyendo agua– sobre esta última recomendación algunas madres se refirieron a ella como “algo exagerado”.

En entrevistas realizadas con funcionarios del gobierno, hospitales y grupos comunitarios, expertos mencionaron que la mayoría de las campañas de promoción de la lactancia en el país y a nivel mundial se habían enfocado mayoritariamente en la socialización de la cifra de “6 meses” y no así tanto como de la cifra de 24 meses, lo cual podría explicar los resultados obtenidos. El bajo conocimiento del concepto de exclusividad sugiere que existe un espacio importante para educar a las madres respecto a prácticas recomendadas durante los primeros 6 meses. Esto es clave, pues en la medida que otros alimentos o líquidos son introducidos en los primeros meses de vida de un bebé, el riesgo de contraer enfermedades o de ganar poco peso es mayor siempre que estos alimentos complementarios no tengan un valor nutricional equivalente a la leche materna o se preparen con agua o ingredientes que podrían estar contaminados.

Tabla 4: Conocimiento o creencias de lactancia

	Estrato Bajo	Estrato Medios	Total
% de madres de acuerdo o muy de acuerdo con: “La leche materna es el mejor alimento para el bebé”	93,2%	96,4%	95,0%
% de madres en desacuerdo o muy en desacuerdo: “La leche en polvo es mejor o igual alimento que la leche materna”	92,2%	94,0%	93,2%
% de madres que considera que una madre debe amamantar a su hijo de manera <u>exclusiva</u> durante 6 meses	63,5%	66,2%	65,0%
% de madres que considera que una madre debe amamantar a su hijo en total (sumando el tiempo exclusivo y el no exclusivo) durante 12-24 meses o más de 24 meses	63,0%	46,9%	53,8%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de las encuestas.

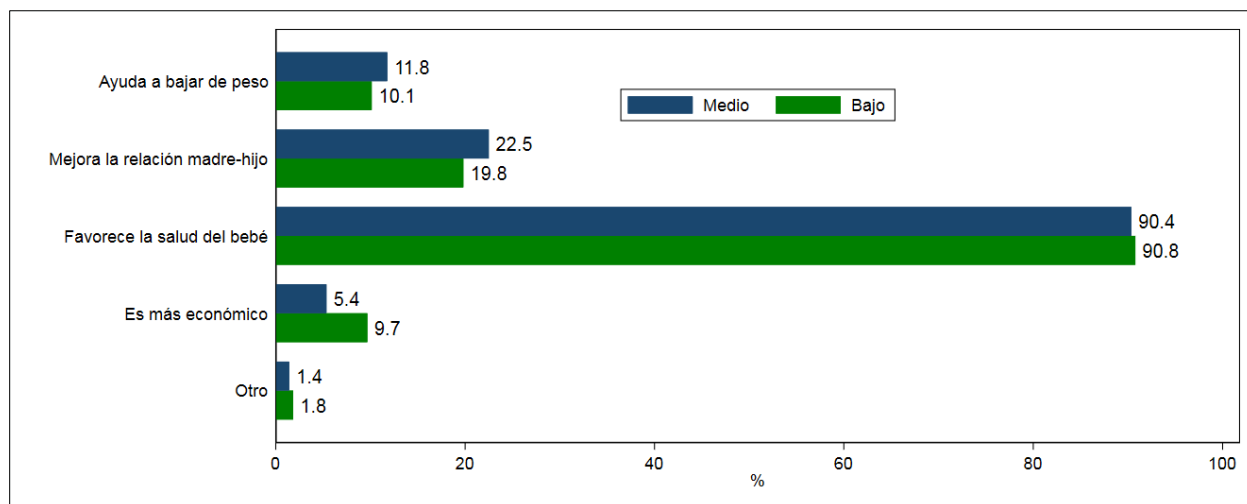
iii. Beneficios de la lactancia

Casi la totalidad de las madres están de acuerdo con que amamantar tiene beneficios (99%, sin diferencias entre estratos). Cuando se les pregunta sobre qué tipo de beneficios identifican ellas con la lactancia materna, 91% mencionan el impacto positivo sobre la salud del bebé y más del 86% identifican dicho impacto como el beneficio más importante dentro de todos los beneficios identificados. En cuanto a otros beneficios, el 21% identificó la relación madre-hijo como beneficio relevante, un 11% la pérdida de peso de la madre y el 7% el menor costo económico para el hogar de lactar versus adquirir leche en polvo u otras alternativas. Si bien el menor costo económico parece ser más relevante para las madres de ingresos bajos respecto a aquéllas de ingresos medios (10% vs 5%, respectivamente), no se aprecian diferencias significativas en los tipos de beneficios identificados por estrato socioeconómico (Gráfico 4).

De manera similar, en los grupos focales una importante mayoría de madres resaltó la disminución de la probabilidad de enfermar del bebé como uno de los beneficios principales de la lactancia materna: “Es difícil que un niño que uno lacte se enferme”, expresaron algunas. No obstante, al indagar sobre qué tipo de enfermedades en específico la lactancia tenía mayor posibilidad de ayudar a prevenir muy pocas madres tenían suficiente información; las alergias, enfermedades respiratorias y diarreas fueron citadas, pero por un grupo reducido de madres.

Aunque en la batería de preguntas de la encuesta no se indagó explícitamente sobre los beneficios percibidos sobre la salud y el bienestar para la madre de lactar, en los grupos focales los investigadores mencionaron potenciales beneficios encontrados en la literatura, como son la reducción del riesgo de cáncer de mama ovarios, diabetes tipo 2 y depresión posparto¹⁷. Esta información despertó gran curiosidad en las madres asistentes pues muy pocas manifestaron conocer dichos beneficios. Cuando los investigadores preguntaron a las madres asistentes qué tipo de información les gustaría recibir en una potencial campaña de promoción y fomento de la lactancia, las madres en general prefirieron la recepción de información sobre la salud de la madre pues mencionaron que es información generalmente ignorada y desconocida en las campañas tradicionales.

Gráfico 4: En su opinión, ¿Cuál es el beneficio más importante de dar de amamantar?



Fuente: Elaboración propia en base a datos de las encuestas.

Nota: Sólo se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las que destacan el beneficio económico.

b. Prácticas y barreras a la lactancia

i. Decisión de no lactancia

Del total de las madres encuestadas, sólo 30 dijeron que nunca amamantaron a sus hijos, es decir apenas el 6% del total de la muestra encuestada. Cuando se les preguntó por los motivos, el 43% de estas madres reportó no haber amamantado porque al bebé no le gustaba la leche, el 23% porque su salud no se lo permitía, y el 13% porque no tenía suficiente leche. Similarmente, casi todas las participantes de los grupos focales dieron alguna vez de lactar a sus bebés. Las que nunca dieron de lactar comentaron en su mayoría algunos de los siguientes tres motivos: (i) que en la clínica los médicos o enfermeras dieron fórmula al bebé y luego este no quería tomar el seno; (ii) que se les “secó la leche”; y (iii) que sentían mucho dolor al lactar.

¹⁷ Los datos compartidos con las madres se desprenden de estudios de meta-análisis realizados por Chung et al. (2007) y el panel de expertos del Proyecto Continuo de Actualización (*Continuous Update Project – CUP*) el cual es apoyado por el Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer (*World Cancer Research Fund*) en colaboración con el Instituto Americano para la Investigación del Cáncer (*American Institute for Cancer Research*) (WCRF/AICR, 2010).

ii. Iniciación temprana de la lactancia

La OMS recomienda que las madres inicien la lactancia durante la primera hora de vida. El inicio temprano de la lactancia materna asegura que el bebé reciba el calostro ("primera leche") -que es rico en factores de protección- y aumenta la probabilidad de mantener la lactancia materna exclusiva entre el primer y cuarto mes de vida y de aumentar la duración total de la lactancia. A partir de la encuesta encontramos que el 94% de los niños de la muestra fueron amamantados alguna vez en su vida, el 66% durante el primer día y apenas un 23% en la primera hora de vida. Si comparamos estos resultados con los de las estadísticas nacionales hallamos que, según la ENDESA (2013), un 89% de los bebés fueron amamantado alguna vez, 68% en el primer día y sólo el 43% en la primera hora. Mientras tanto, a nivel mundial, de acuerdo con la data recolectada por WBTi de 80 países, el 55,74% de los bebés es amamantado durante la primera hora posterior al nacimiento (Gupta & Suri, 2016).

Dada la importancia de la iniciación temprana de la lactancia decidimos analizar con un mayor detalle este indicador a partir de los datos de las madres encuestadas (Tabla 5). Encontramos que la mediana de horas entre el inicio de la lactancia y el parto es de 5 horas, siendo mayor para las madres de estrato medio respecto a aquellas de bajos ingresos (5 horas vs. 3 horas). Asimismo, analizamos si hay ciertas características de las madres que determinan que inicien más tarde el amamantamiento (iniciación de la lactancia más de 5 horas después del parto). Como se muestra en la Tabla 6, un mayor porcentaje de madres con un hijo demoran el inicio del amamantamiento respecto a aquellas con más hijos (54% vs 45%). Además, 54% de madres con cesárea demoran el amamantamiento mientras que 35% de madres con parto natural empiezan a amamantar por arriba de la mediana de tiempo. El tema económico también parece ser relevante para explicar el inicio temprano de la lactancia. En general, vemos que las madres de estrato medio y con mayor nivel educativo empiezan a amamantar más tarde. Como lo comentaron las madres en los grupos focales, esto podría deberse a que algunas clínicas o hospitales, principalmente privados, no llevan a los bebés inmediatamente a la habitación después del parto con el fin de dejar que la madre descanse y se recupere, esta práctica es aún más marcada si se trata de una cesárea. La iniciación después de la primera hora de vida también puede estar ligada a un tema de falta información y asesoramiento sobre buenas prácticas.

Tabla 5: Prácticas de lactancia

Variables	Total	Estrato Bajo	Estrato Medio	Estadísticas Nacionales
Porcentaje de bebés alguna vez amamantados	94,4%	95,3%	93,7%	89% ⁽¹⁾
Porcentaje de bebés amamantados durante el primer día	66,2%	69,4%	63,7%	68% ⁽¹⁾
Porcentaje de bebés amamantados durante la primera hora de nacimiento	23,2%	30,2%	17,7%	43% ⁽¹⁾
Horas después de parto que dio de amamantar (mediana)	5	3	5	-
Duración mediana del amamantamiento en meses	6 meses ⁽³⁾	6 meses ⁽³⁾	6 meses ⁽³⁾	7,1 meses ⁽²⁾
Porcentaje de bebés que recibieron algo diferente a la leche materna durante los primeros 3 días de vida	47,1%	38,8%	53,7%	62.5% ⁽¹⁾

Fuente: Las columnas “Total”, “Estrato Bajo” y “Estrato Medio” son elaboración propia en base a datos de las encuestas y definidos en base al tipo de seguro médico de la mujer. La última columna “Estadísticas Nacionales” fue elaborada con los siguientes datos: (1) la ENDESA 2013, (2) IBFAN ALC (2012). Se debe mencionar que el indicador reportado por IBFAN ALC (2016) para 2016 es 1,1 meses, pero no se reporta en la tabla por posible cambio en metodología de medición o error de digitalización en el reporte, (3) Para estimar este indicador con los datos de la encuesta solo se tuvieron en cuenta la muestra de bebés que ya no están siendo amamantados.

Tabla 6: Porcentaje de madres que inician la lactancia materna por arriba de la mediana de tiempo (5 horas después del parto) según características de la madre

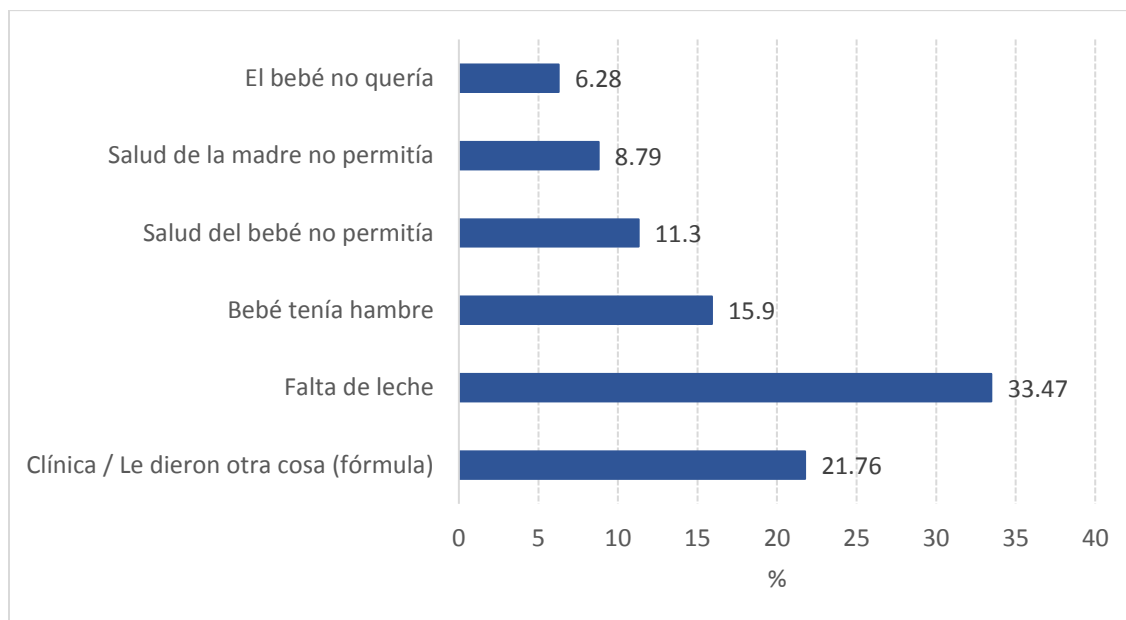
No trabaja	Trabaja	Diferencia
48,2%	47,6%	0,6
< 25 años	>= 25 años	Diferencia
49,1%	43,4%	5,7
Un hijo	Más de un hijo	Diferencia
53,7%	44,6%	9,2**
Parto natural	Cesárea	Diferencia
35,2%	54,0%	-18,7***
Estrato Bajo	Estrato Medio	Diferencia
41,1%	53,4%	-12,3***
Distrito Nacional	Otro	Diferencia
52,5%	46,6%	5,9
Casada	No casada	Diferencia
57,3%	45,0%	12,3**
Secundaria o menos	Universitaria o más	Diferencia
43,0%	53,0%	-10,0***

Fuente: Elaboración propia en base a datos de las encuestas.

De acuerdo con los resultados de la encuesta, el 47,1% de las madres le dieron algo distinto a la leche materna a sus hijos durante los primeros tres días de vida. Entre las razones más comunes para darle algo distinto a la leche materna durante los primeros 3 días de vida se encuentran: no tener suficiente leche (33.47%), introducción de leche en polvo u otros sucedáneos en la clínica/hospital (21.76%), el hambre del bebé que no se llenaba con leche materna (15.9%) (Gráfico 5). Razones similares fueron citadas en los grupos focales, especialmente la de no tener suficiente leche y la percepción de que el bebé no se llenaba con la leche producida. Adicionalmente, en los grupos focales, similar a lo que ocurrió con las encuestas, las madres mencionaron frecuentemente el rol clave que juegan las prácticas médicas al interior de los hospitales y clínicas con respecto a la lactancia materna: de acuerdo a las madres, en algunos centros médicos se introduce y promueve con mayor frecuencia la leche en polvo a los recién nacidos lo cual luego dificulta en mayor medida la lactancia materna (algunas madres perciben que en los hospitales públicos se promueve más la práctica de la lactancia materna versus las clínicas privadas, no obstante, no se cuenta con cifras oficiales para contrastar estas percepciones).

Más allá de los incentivos comerciales que pudiesen existir detrás de la introducción temprana de fórmula, y que han sido mencionados en reportes recientes (Ellis-Petersen, 2018), la percepción de producir poca leche y de sentir mucho dolor que reportan las madres indica que hay un espacio importante para mejorar el conocimiento en cuanto a la forma más adecuada de dar de lactar. De acuerdo con expertos de lactancia consultados durante el estudio, en la mayor parte de los casos donde el bebé se rehúsa a tomar el seno muy posiblemente existen otros factores que explican esta situación. Con ayuda adecuada o conocimientos adecuados de postura y práctica varios de estos inconvenientes se podrían solucionar y con esto evitar el abandono de la lactancia.

Gráfico 5. Razones por que le dieron al bebé algo distinto de tomar en los primeros 3 días de vida



Fuente: Elaboración propia en base a datos de las encuestas.

Recuadro 3. La percepción de poca leche es un problema generalizado que se podría reducir con más información

La percepción de poca leche no es un problema exclusivo de las madres dominicanas, la percepción de leche insuficiente (*Perceived Insufficient Milk* o PIM por sus siglas en inglés) es citado como el problema más común experimentado por las mujeres con relación al amamantamiento a nivel mundial. Esta percepción conlleva frecuentemente al abandono temprano (durante las primeras 4 semanas) o a una exclusividad reducida. Por tanto, el periodo postparto es crítico en el desarrollo de la percepción de leche insuficiente y la consecución de la lactancia materna (Gatti, 2008).

La percepción de leche insuficiente surge incluso cuando una madre está produciendo suficiente leche, pero relaciona incorrectamente ciertos comportamientos normales de su bebé (por ejemplo, llantos o movimientos) con el hambre o la insatisfacción alimentaria (Neifert & Bunik, 2013). Hay varios factores que pueden contribuir a la percepción de leche insuficiente. Por una parte, influencias socioculturales, como por ejemplo familiares que en ocasiones insisten con no alimentar tan seguido al bebé, lo cual puede socavar la confianza de la madre sobre si puede satisfacer el apetito de su bebé (cada vez que lo amamanta), si lo nota con señales de hambre. Por otra parte, inadecuadas prácticas de lactancia, basadas, por ejemplo, en una programación exacta con reloj para determinar cuándo alimentar al bebé y no en señales naturales del bebé de que tiene hambre. Adicionalmente, algunas percepciones que la madre tiene sobre su cuerpo, por ejemplo, si una mujer cree que sus senos no son lo suficientemente grandes, se siente hinchada o experimenta sensaciones negativas cuando la leche comienza a fluir pueden afectar también sus percepciones sobre la producción de leche y el amamantamiento en general. Similarmente, el estado psicológico de la mujer, especialmente si está deprimida o ansiosa por su capacidad de cuidar al bebé, puede contribuir también a la insuficiencia percibida de leche producida (Dykes & Williams, 1999). Los bebés que son alimentados con un sustituto de la leche materna típicamente espacian la alimentación o duermen más tiempo entre las tomas que aquellos alimentados con leche humana, puesto que las leches no humanas son más difíciles de digerir. Cuando las madres comparan su situación respecto a otras, pueden percibir estas necesidades normales de amamantar con más frecuencia, especialmente durante la noche, como una señal de que su leche no es adecuada, ni en calidad ni en cantidad, lo cual conduce a una suplementación temprana e innecesaria (Ahluwalia, Morrow, & J., 2005; Li, Rock, & Grummer-Strawn, 2007; Gatti, 2008), que luego puede ser seguida por una disminución real en la producción de leche. Estos malentendidos, muchas veces resultado de una educación incompleta sobre el comportamiento normal del bebé o la falta de disponibilidad de apoyo para la lactancia, a menudo hacen que la madre perciba un problema de lactancia que en realidad puede no estar presente.

Frente a esta barrera de conocimiento, varias investigaciones han mostrado que las intervenciones con consultoras de lactancia y profesionales de la salud son eficaces mejorando los resultados de lactancia materna. Una revisión sistemática de la literatura llevada a cabo (Patel, 2016), recopiló 16 estudios del tema y encontró que las intervenciones con consejeras de lactancia incrementaban el número de mujeres que iniciaban a lactar, la tasa de lactancia y la lactancia exclusiva. Estos resultados apuntan a que un mayor conocimiento sobre prácticas de lactancia adecuadas tendría el potencial de reducir la percepción de poca leche e incrementar las tasas de lactancia.

iii. Prácticas de lactancia exclusiva

La tasa de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad se ha mantenido en alrededor del 7% desde 2007, según la ENDESA 2007 y la ENDESA 2013. Estas tasas se comparan con una tasa de 37.9% a nivel mundial según la información recolectada por WBTi en 84 países (Gupta & Suri, 2016). Aunque en la muestra analizada, no se recolectó toda la batería de preguntas necesarias para poder estimar la lactancia exclusiva de manera precisa, si se indagó por otras variables como por ejemplo la introducción de otros alimentos/agua, etc. durante los primeros seis meses de vida. Los resultados indican que el 53.1% de las madres encuestadas le dio algo distinto de leche materna a sus hijos durante los primeros 6 meses de vida. Estos resultados concuerdan con los encontrados en los grupos focales donde varias madres admitieron complementar la lactancia durante los primeros seis meses con fórmula, agua de arroz, té, agua de azúcar, papilla, entre otros.

Cuando preguntamos acerca de los motivos por los cuales las madres les dieron a sus bebés algo de tomar o comer diferente a leche materna en los primeros 6 meses, más de un 50% indica que el bebé no se llenaba con la leche materna o que no tenía suficiente leche y un 11% argumenta que el bebé no quería el seno. Como se mencionó en el Recuadro 3, estas percepciones, que conllevan a un abandono temprano de la lactancia exclusiva, podrían en algunos casos resolverse de contar con mayor guía o información sobre la práctica adecuada de la lactancia materna.

iv. Apoyo en lactancia

El apoyo en la lactancia puede ser definido de diferentes maneras. Apoyo podría considerarse como el otorgado por el círculo cercano de la madre (familiares, pareja, amigos), o aquél otorgado por profesionales especializados (pediatras, enfermeras, doctores, consultoras de lactancia), o el otorgado por organizaciones sociales, gubernamentales y privadas (por ejemplo, La Liga de la Leche Internacional, UNICEF, y asociaciones de madres), entre otros.

En la encuesta recolectada se abordaron distintas dimensiones del apoyo recibido por las madres y también se les preguntó sobre los tipos de apoyo que les hubiera gustado tener (Tabla 7). Casi todas las madres reportaron que sus parejas las apoyan en la lactancia (99%), aunque no se indagó sobre el tipo de apoyo que reciben de sus parejas. Adicionalmente, cuando se les preguntó a las madres por las razones por las cuales las mujeres dominicanas nunca amamantan o dejan de hacerlo, sólo el 1% identificó la influencia del círculo cercano (pareja/familia/amigos) como responsables de esta situación negativa, con lo cual es posible inferir que el apoyo social es percibido como bueno por las madres.

Adicionalmente, las madres identifican el apoyo fuera del círculo cercano como uno de los componentes más importantes para motivar el amamantamiento exclusivo durante los primeros 6 meses de vida: el 38% de las madres identificó al apoyo de una consultora o educadora de lactancia como muy importante, el 34% identificó la asesoría/apoyo del pediatra, y el 23% identificó el apoyo de un grupo de madres (esto en contraposición de otras posibles estrategias motivacionales más impersonales como folletos, capacitaciones y mensajes de texto, las cuales fueron identificadas por apenas el 15% de las madres encuestadas).

A pesar de que una gran mayoría de madres considera que el apoyo de una experta en lactancia sería muy útil para promover la lactancia materna, apenas un 2% de las encuestadas indicó haber recibido el apoyo de una consultora de lactancia. La gran mayoría recurre a buscar información de familiares y amigos (63%) mientras que otras lo hacen a través de médicos y enfermeras (49%). De manera similar, en los grupos focales muchas madres señalaron que las principales fuentes de información sobre la lactancia y las recomendaciones recibidas de cómo lactar al bebé provenían de sus médicos o enfermeras, así como de su círculo cercano de amigos y familiares.

Dada la falta de información adecuada sobre las prácticas recomendadas de lactancia, la transferencia de información entre amigos y familiares podría contribuir a reforzar los problemas de lactancia exclusiva y la introducción de alimentos y bebidas complementarias de manera anticipada. Asimismo, si bien las enfermeras y doctores tienen un rol muy importante en promover la lactancia, las visitas de campo realizadas por el equipo de investigadores a por lo

menos 13 hospitales y 3 clínicas¹⁸ del país, puso en evidencia la falta de recursos humanos y financieros suficientes para poder llevar a cabo una buena promoción de la lactancia materna.

Cuando se explora el apoyo solicitado o principales fuentes de información por estrato socioeconómico se detectan algunas diferencias. Para las madres de estrato bajo, el apoyo del círculo cercano de familiares y amigos es más importante que para las madres de estrato medio (68% vs. 59%), y similarmente ocurre con el apoyo de doctores y enfermeras (50% vs. 48%). Por otra parte, los grupos de madres y la información obtenida a través de la web y las redes sociales en internet son mucho más usados por el grupo de estrato medio que por el de estrato bajo (5% y 18% vs. 1% y 5%). Interesantemente, las consultoras de lactancia son más usadas por madres de estrato bajo vs. las madres de estrato medio (3% vs. 2%), esto puede deberse a que algunos hospitales públicos cuentan con programas de promotoras de lactancia. En lo referente al tipo de información o apoyo que les gustaría tener, las madres de ingreso bajo valoran la información proveniente de los pediatras (38%) mientras que las de estrato medio destacan el acompañamiento de educadoras o consultoras de lactancia (42%).

Tabla 7: Intervenciones para incrementar la lactancia

	Total	Estrato Bajo	Estrato Medio	Diferencia
Información usada (% de madres)				
Amigos y familiares	63,0%	68,0%	59,1%	9,0**
Doctores y enfermeras	49,0%	50,2%	48,0%	2,2
Grupos madres	3,2%	0,9%	5,0%	-4,1**
Consultoras lactancia	2,0%	2,3%	1,8%	0,5
Internet, WhatsApp y Facebook	11,6%	4,6%	17,1%	-12,5***
Información deseada (% de madres)				
Folletos	14,8%	12,8%	16,4%	-3,6
Pediatras	34,4%	38,4%	31,3%	7,0
Consultoras lactancia	38,4%	34,2%	41,6%	-7,4*
Grupos de madres	22,8%	27,4%	19,2%	8,2**
Curso de capacitación	18,8%	16,9%	20,3%	-3,4
Mensajes de texto	2,0%	2,7%	1,4%	1,3

Fuente: Elaboración propia en base a datos de las encuestas.

c. Percepciones sobre lactancia

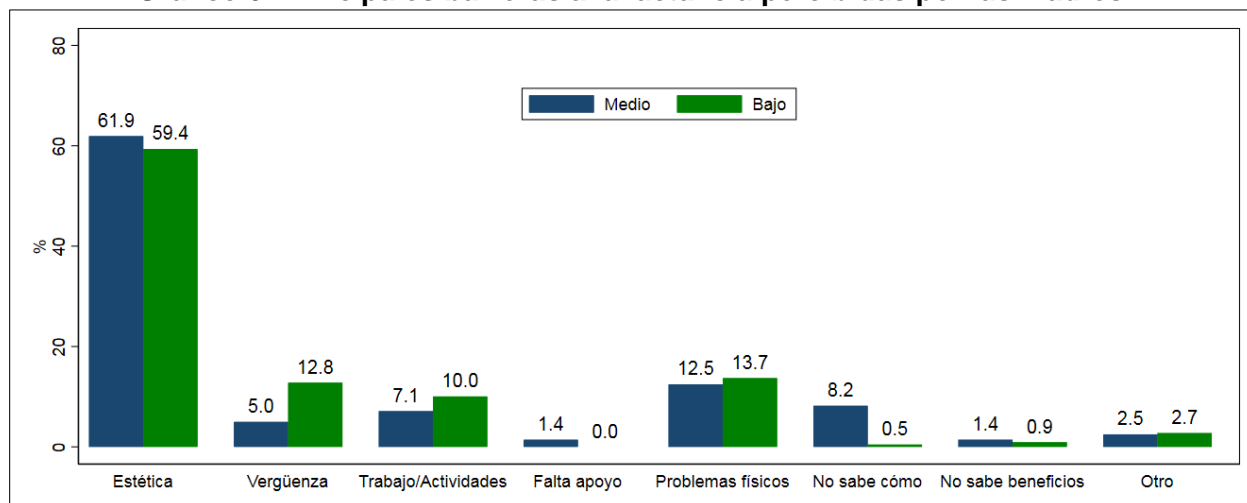
i. Percepciones generales

La población maneja un conjunto de representaciones sociales y creencias sobre el tema de lactancia, que influyen en las disposiciones y actitudes de las madres con respecto al tipo de alimentación que ofrecen a sus hijos. A través del estudio exploratorio tratamos de descubrir estas percepciones y de caracterizar dichas percepciones de acuerdo con las características socioeconómicas de sus respondientes. Para ello, además de preguntarles a las madres por sus prácticas de lactancia, les preguntamos cuáles consideran que son las razones por las que otras madres deciden nunca amamantar a sus hijos o amamantan, pero dejan de hacerlo pronto. El Gráfico 3 representa las respuestas de las madres encuestadas, separando los resultados por

¹⁸ Los hospitales y clínicas visitadas se encuentran en las ciudades de Santo Domingo, Santiago de los Caballeros, y Puerto Plata.

nivel socioeconómico de la encuestada. En el Gráfico 3 se observa que la principal razón señalada por las madres encuestadas es la Estética; le siguen, en orden de importancia, Problemas Físicos; Incompatibilidad con el Trabajo u otras Actividades Diarias; Vergüenza; y Desconocimiento. Estos resultados son similares para los distintos estratos socioeconómicos, con algunas excepciones. Principalmente las madres del estrato medio consideran que la falta de información sobre como amamantar (“*No sabe cómo hacerlo*”) puede ser una barrera para otras madres (8% vs. 1%), asimismo un mayor porcentaje de madres de estrato bajo indica que el tema de vergüenza es relevante (13% vs. 5%).

Gráfico 6. Principales barreras a la lactancia percibidas por las madres



Fuente: Elaboración propia en base a datos de las encuestas.

Nota: Basado en una pregunta abierta que el encuestador luego clasifica en estas 8 categorías. Solo encontramos diferencias estadísticamente significativas entre estrato para: “Vergüenza”, “Falta de Apoyo” y “No sabe cómo”

ii. Percepciones sobre el rol de la estética

Como se mencionó anteriormente, la mayoría de las madres encuestadas consideran que la principal razón por la que otras madres deciden no amamantar o deciden dejar de hacerlo es la Estética (61% de las madres del estrato bajo y 59% de las madres del estrato medio). En esta sección se analiza con más detalle para qué grupo de madres el tema estético es más relevante, puesto que, según el Gráfico 3, pareciera que esta percepción es generalizada para distintos niveles de ingresos. Según la Tabla 8, esta percepción es generalizada para cualquier grupo de edad, cantidad de hijos, nivel educativo y estado civil. La única diferencia que observamos es geográfica con madres del Distrito Nacional mostrándose más propensas a comentar el tema estético (70%) respecto a madres provenientes de otras áreas (58%). Algo que es importante destacar, es que ninguna de las madres entrevistadas afirma que la estética haya sido la razón que provoque su renuncia a dar el pecho. En consecuencia, es difícil dilucidar de las respuestas si el tema estético es más un mito comúnmente aceptado por la sociedad dominicana o si las madres no lo incluyen como parte de sus propios motivos por temor a decir la verdad o a ser juzgadas.

Tabla 8: Porcentaje de madres que indican que el tema estético es la principal barrera para que las madres dominicanas no den de lactar o dejen de hacerlo pronto, según características de la madre

No trabaja	Trabaja	Diferencia
61,1%	60,3%	-0,78
< 25 años	>= 25 años	Diferencia
61,4%	60,5%	-0,92
Un hijo	Más de un hijo	Diferencia
60,1%	61,2%	1,11
Estrato Bajo	Estrato Medio	Diferencia
59,4%	61,9%	2,56
Distrito Nacional	Otro	Diferencia
70,0%	57,9%	-12,11%**
Casada	No casada	Diferencia
55,6%	62,5%	6,85
Secundaria o menos	Universitaria o más	Diferencia
61,0%	60,6%	-0,49

Fuente: Elaboración propia en base a datos de las encuestas.

iii. Percepciones sobre amamantamiento en público

Si bien menos del 10% de las madres considera que la vergüenza puede ser una barrera a la lactancia para otras madres (según Gráfico 6, 13% de las madres del estrato medio y 5% de las del estrato bajo), el pudor que sienten muchas madres a dar el pecho en público es considerado como una importante barrera por la literatura, sobre todo para las madres de bajos ingresos (Raisler, 2000). Es por ello que en el estudio se ahondó un poco más en este tema y directamente se les preguntó a las madres si alguna vez amamantaron en público y si consideran que el amamantamiento en público es una práctica natural. La Tabla 9 muestra que el 78,6% de las mujeres encuestadas amamantó en público alguna vez, siendo este porcentaje mayor entre las madres de bajos recursos que entre las madres de ingresos medios (86,1 vs. 72,6%).

En cuanto a sus percepciones hacia el amamantamiento en público, como muestra la Tabla 10, el 52% de las madres respondió que está de acuerdo y el 37% que está totalmente de acuerdo con el amamantamiento en público. En este caso, se encuentran diferencias considerables en la opinión de las madres según sus características. En particular, hay una mayor aceptación del amamantamiento en público entre las madres de estrato medio (47%) versus aquellas en un estrato socioeconómico bajo (24%), resultado que es consistente con los hallazgos de la literatura para otros contextos. Asimismo, las madres que están totalmente de acuerdo tienen, en promedio, más años (25 años o más), un mayor número de hijos, y mayor nivel educativo.

Además, hay una mayor aceptación al amamantamiento en público entre las madres casadas (50%) que las que no (32%).¹⁹

Tabla 9: Amamantamiento en público

Variables	Total	Estrato Bajo	Estrato Medio	Diferencia
Porcentaje de madres que alguna vez amamantaron en público	79,9%	87,6%	73,8%	13,9***

Fuente: Elaboración propia en base a datos de las encuestas.

Tabla 10: Percepciones amamantamiento en público

Considera que amamantar en público es normal/natural	Observaciones	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	16	3,2%
En desacuerdo	36	7,2%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	1,4%
De acuerdo	258	51,6%
Totalmente de acuerdo	183	36,6%
Total	500	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de las encuestas.

Tabla 11: Porcentaje de mujeres que están totalmente de acuerdo con el amamantamiento en público según características de la madre

No trabaja	Trabaja	Diferencia
35,4%	38,6%	-3,3
< 25 años	>= 25 años	Diferencia
29,8%	40,1%	-10,3**
Un hijo	Más de un hijo	Diferencia
31,9%	39,4%	-7,5*
Estrato Bajo	Estrato Medio	Diferencia
23,7%	46,6%	-22,9***
Otro	Distrito Nacional	Diferencia
35,0%	41,7%	-6,7
Casada	No casada	Diferencia
50,0%	32,2%	-17,8***
Secundaria o menos	Universidad o más	Diferencia
28,1%	45,0%	-16,9***

Fuente: Elaboración propia en base a datos de las encuestas.

¹⁹ No encontramos diferencias significativas entre las madres que trabajan y las que no, ni entre las madres que viven en la capital y las que no.

6. Resultados de encuestas a pediatras

En cuanto a las entrevistas a los pediatras, si bien el cuestionario fue breve y la muestra es relativamente pequeña (24), se puede obtener información valiosa respecto a las prácticas de lactancia que ellos recomiendan, respecto a cuáles consideran que son las barreras a la lactancia materna y sobre las fuentes de información que consideran más efectivas para promover la lactancia materna en el país.

Con respecto a las recomendaciones en lactancia, la mayoría de los doctores de la muestra sostiene que lo mejor para la salud del bebé es la leche materna y, por lo tanto, les recomiendan a sus pacientes la lactancia exclusiva hasta los primeros 6 meses de vida (salvo que existan problemas de salud), introducir alimentos sólidos o semi-sólidos a partir de esa edad, y continuar la lactancia hasta los dos años. Estas recomendaciones están en línea con recomendaciones internacionales provistas por UNICEF, lo cual destaca que la educación básica²⁰ en temas lactancia no parece ser una problemática a nivel de médicos.

Tabla 12: Recomendaciones hechas por pediatras

	Promedio
Edad (en meses) hasta la que recomienda:	
Lactancia materna exclusiva	6,3
Lactancia materna	21,3
Introducir alimentos sólidos o semi-sólidos	5,8
	Porcentaje
Está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:	
La leche materna es el mejor alimento para el bebé	100%
La leche en polvo es mejor o igual que la leche materna	0%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de las encuestas.

En cuanto a cuáles consideran que son las principales razones por las cuales algunas madres deciden nunca amamantar a sus hijos o dejan de amamantar muy pronto, la principal razón mencionada por pediatras son los problemas con la producción de leche (42%)²¹, seguidos de la falta de educación o conocimiento sobre cómo amamantar (33%), las dificultades de compaginar el amamantamiento con el trabajo (21%) y razones estéticas (17%).

²⁰ El conocimiento del tiempo recomendado para lactancia exclusiva y lactancia total, son preguntas necesarias pero insuficientes para poder determinar con mayor exactitud el grado de conocimiento de los pediatras sobre lactancia materna. Para determinar esto, además de más preguntas, tendrían que haberse hecho observaciones in-situ con pacientes de cómo aconsejan estos pediatras cuando se presentan ciertos problemas como, por ejemplo, la poca producción de leche percibida, etc.

²¹ Vale recordar que la percepción de leche insuficiente surge incluso cuando la madre esta produciendo suficiente leche pero lo relaciona incorrectamente con comportamientos normales de su bebé. Ver Recuadro 3.

Tabla 13: Principales Barreras a la Lactancia

Principales barreras a la lactancia	Porcentaje
La madre no tiene suficiente leche	42%
La madre no sabe cómo amamantar	33%
Trabajar no permite a la madre amamantar	21%
Algunas madres no amamantan por razones estéticas	17%
Problemas de salud de la madre	8%
Problemas de salud del bebe	4%
Para algunas madres es más cómodo darle fórmula	4%
A algunos bebes no le gusta la leche materna	4%
Amamantar es demandante de tiempo	4%
Mitos Sociales	4%
La madre no quiere amamantar	4%
Amamantamiento doloroso	0%
Darle fórmula es mejor	0%
Para algunos bebés es difícil prenderse del pecho	0%
No sabe/ No contesta	0%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de las encuestas.

Finalmente, los doctores consideran que las fuentes más efectivas de información para que las madres aprendan sobre el amamantamiento son ellos mismos y otros profesionales de la salud, como enfermeras o consultoras de lactancia.

Tabla 14: Fuentes de información

	Total
Doctores y enfermeras	54,2%
Consultoras lactancia	20,8%
Artículos en internet	12,5%
Grupos de madres	4,2%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de las encuestas.

Como se señaló previamente, los profesionales de la salud tienen un rol muy importante en promover la lactancia. Tanto en los grupos focales como en las encuestas realizadas, las madres señalan que las enfermeras y doctores fueron su principal fuente de información para aprender sobre el amamantamiento. Además, a partir de los datos presentados en esta sección, es evidente que los pediatras conocen cuáles son las prácticas básicas adecuadas de lactancia materna. Sin embargo, las tendencias decrecientes en los indicadores de lactancia materna en República Dominicana parecieran demostrar que los esfuerzos realizados por médicos y enfermeras no son suficientes y es necesario más apoyo. Esto puede deberse a la falta de recursos humanos para realizar una mejor atención y un mejor seguimiento de las madres, que permita realizar con éxito prácticas como la iniciación temprana y la lactancia totalmente exclusiva hasta los 6 meses de edad, o a que existen otras barreras no relacionadas a la falta de información que no están siendo tenidas en cuenta.

Recuadro 4. Efectividad de intervenciones para incrementar la lactancia materna

Existen diversos estudios a nivel mundial que han examinado la efectividad de distintas intervenciones relacionadas con la educación/información sobre la práctica de la lactancia materna. Una revisión sistemática de la literatura realizada por Haroon et al. (2013), que incluye más de 110 estudios experimentales y cuasiexperimentales realizados en el mundo, encuentra que educar a las madres sobre los beneficios y la práctica de la lactancia materna aumenta considerablemente las tasas de lactancia materna exclusiva y disminuye la probabilidad de no amamantar. Esto es un hallazgo no menor pues la gran cantidad de campañas que se han hecho a nivel mundial desde hace décadas en pro de la lactancia y explicando las prácticas recomendadas, podrían hacer pensar que el tema de conocimiento/educación/información respecto de la lactancia no es una barrera relevante o no tan relevante, y que por el contrario, otros factores como la estética, las elecciones individuales, la falta de apoyo estatal, la falta de apoyo de los empleadores, la falta de salas de lactancia, etc. son barreras actualmente más relevantes a atacar.

Asimismo, la literatura identifica los tipos de intervenciones que parecen ser más efectivos para promover la lactancia. Una revisión reciente de 28 estudios experimentales, provenientes en su mayoría de Estados Unidos, hecha por Balogun et al. (2016), encuentra que el apoyo de un profesional de lactancia podría llevar a cambios importantes en las prácticas de lactancia, mientras que otras intervenciones como ser grupos de apoyo comunitarios, el uso de manuales o videos, o el contacto temprano de madre-hijo no presentan evidencia de ser efectivos. En general, los autores destacan la baja calidad técnica de los estudios y la necesidad de realizarlos en países de bajo y mediano ingreso y con mayor rigurosidad metodológica.

La literatura identifica el apoyo social y profesional (en distintas formas) como un mecanismo clave en el aumento de las tasas de iniciación y duración de la lactancia materna. De acuerdo con (Srinivas, Benson, Worley, & Schulte, 2015), uno de los grandes problemas actuales relacionados con la lactancia en Estados Unidos es que, pese a que las tasas de iniciación han crecido, las tasas de duración de la lactancia materna no se han incrementado de la misma manera. En este marco, los autores testean si otorgar acompañamiento a las madres a través de consejeras de lactancia de manera prenatal y continua hasta 4 meses después del parto es efectivo para incrementar la duración de la lactancia. Los resultados indican que las tasas de lactancia se incrementaron en aquellas madres que recibieron el programa por encima de aquellas que no lo habían recibido. Similares conclusiones obtienen Rayfield et al. (2015), de una intervención en Gran Bretaña respecto al apoyo profesional en el hospital y el tener acceso a información sobre grupos de apoyo de lactancia posparto. Lavender et al. (2013) realizan una revisión de intervenciones con un componente de asistencia telefónica (que incluía apoyo profesional y/o de pares) durante el embarazo y las primeras semanas postparto sobre diferentes temas, incluyendo la lactancia. Los autores revisaron 27 ensayos aleatorizados. Los resultados fueron en general inconsistentes y poco concluyentes. Sin embargo, los revisores encontraron evidencia que sugiere que la asistencia telefónica aumentó la duración de la lactancia.

Otra revisión realizada por Renfrew et al. (2012) evalúa las intervenciones para proporcionar apoyo adicional a las madres que amamantan, más allá de la atención materna habitual. Las intervenciones incluyeron tanto estrategias de apoyo profesional como de pares. Los autores concluyeron que el apoyo de ambos, pares y profesionales tuvo una influencia positiva en los resultados de la lactancia materna (duración y exclusividad) y que las estrategias que se basaban principalmente en el apoyo cara a cara tenían más probabilidades de tener éxito. Otra revisión de múltiples estudios llevada a cabo por Chapman et al. (2010) incluye una revisión sistemática de 26 ensayos publicados sobre los efectos de consejería de pares sobre la lactancia materna encuentra que las madres que obtenían consejería de pares mejoraban las tasas de lactancia materna y exclusividad. Adicionalmente la revisión encontró que las intervenciones de orientación entre pares disminuían significativamente la incidencia de diarrea infantil.

Otros estudios muy citados son los de Kramer et al. (2001, 2002 y 2008), que evalúan los impactos del “Hospital Amigo del Bebé”, un esquema de atención propuesto por la Organización Mundial de la Salud y UNICEF y que certifica a hospitales que cumplen con una serie de requisitos entre los cuales se encuentra la capacitación y promoción de lactancia. El estudio es usualmente reconocido como PROBIT Trial y consistió en la realización de un ensayo controlado aleatorizado con 31 hospitales en Belarus, encontrando impactos positivos en lactancia exclusiva hasta los 3 meses (43% grupo tratado vs. 6% control), un mayor peso de los bebés hasta los 3 meses y mayor desarrollo cognitivo (IQ). Los resultados de IQ se debe tomar con precaución, pues podrían estar sobreestimados dado que el equipo encargado de hacer los tests estuvieron también involucrados en la intervención (Der, Batty, & Deary, 2008). Asimismo, muchos de los resultados sobre salud obtenidos son mixtos (Oster 2015).

Los resultados de algunos estudios también dan pautas sobre qué tipo de mecanismos pueden ser los más efectivos para transmitir la información o brindar educación a madres. Algunos resultados son bastante interesantes en la medida que explotan el uso de tecnologías y consiguen intervenciones más costo-efectivas. VillageReach (2014) muestra que el envío de recordatorios o información a través de mensajes de texto telefónicos (SMS) a madres en Malawi incrementa la lactancia en la primera hora de vida (15 puntos porcentuales más que el control). Oliveira et al. (2017), sugieren que las intervenciones educacionales son efectivas, particularmente cuando son prenatales, asimismo los autores destacan que las intervenciones que incluyen redes sociales de ayuda podrían ser importantes, pero son aún poco estudiadas. Finalmente, Balogun et.al. (2016), muestra pocos impactos de intervenciones con videos o manuales o con grupos de apoyo de la comunidad, enfatizando que es necesaria la presencia y guía de un experto en lactancia guiando los esfuerzos de promoción.

Sorprendentemente, no existe casi ningún estudio de evaluación de impacto en lactancia materna en América Latina y el Caribe. El único estudio que se identificó es el de Morrow et al. (1999), realizado en la Ciudad de México. Los autores realizan un ensayo controlado aleatorio con 130 mujeres para evaluar el impacto de recibir apoyo de consultoras de lactancia. Sus resultados indican que hay un incremento importante en la lactancia materna exclusiva gracias a este apoyo y que la intensidad del apoyo o tiempo de exposición de la madre es relevante. La tasa de lactancia exclusiva a los 3 meses es de 67% con 6 visitas, 50% con 3 visitas y 12% en el grupo de control (sin visitas). Asimismo, el estudio encuentra impactos sobre reducción de diarrea, siendo la tasa de prevalencia de 12% en madres que recibieron apoyo de una consultora de lactancia vs 26% en las madres del grupo de control.

7. Determinantes de la lactancia materna en República Dominicana

En esta sección analizamos cuáles son los principales determinantes de la lactancia materna utilizando un análisis de regresión lineal multivariada. El objetivo de este análisis es determinar si existen determinados atributos o características de las madres, como lo son su edad, su estado civil, su nivel de ingreso, entre otros, o características de los bebés o del parto, que están correlacionados con las prácticas de lactancia observadas. Dado que cada madre encuestada nos dio información detallada de sus prácticas de lactancia para todos sus hijos menores a 3 años, el análisis se realiza sobre la muestra de 500 pares madre-hijo, considerando el hijo/a menor o más reciente reportado por cada madre en la encuesta.²² Adicionalmente, y para comprobar la robustez de nuestros resultados, estimamos las mismas regresiones con los datos más recientes de la ENDESA 2013, utilizando la muestra de mujeres que reportaron tener hijos/as menores a 3 años y enfocándonos igualmente en los pares madre-hijo considerando el hijo/a menor o más reciente.

El modelo de regresión básico estimado es el siguiente:

$$Y_{ij} = \beta_0 + \beta_1 X_i + \beta_2 Z_j + \beta_3 V_i + \varepsilon_{ij}$$

Donde Y_{ij} es la variable de interés o de resultado medida para el par constituido por la madre i y su hijo/a j , X_i es un vector de características de la madre, como ser su edad, su estrato socioeconómico, y su educación, entre otros. Z_j es un vector de características del hijo/a y del parto, por ejemplo, la edad del hijo/a o si su parto fue por cesárea o tuvo complicaciones, entre

²² Nos enfocamos en el hijo/a más pequeño para así reducir cualquier sesgo de recordación que pudiese afectar a la calidad de la información recolectada y que afectaría sobre todo a los hijos/as más grandes y donde la lactancia fue más lejana. En el caso de gemelos, apenas 6 casos en nuestra encuesta, seleccionamos de manera aleatoria a uno de los hijos/as para la muestra de este análisis. Adicionalmente, controlamos por la edad del hijo/a en las regresiones. Los resultados obtenidos se mantienen si estimamos el modelo con todos los hijos/as menores a 3 años reportados en la encuesta.

otros. V_i captura percepciones y conocimiento de lactancia de la madre y ε_{ij} es el término del error.

Respecto a los resultados o variables de interés del modelo, consideramos los siguientes:

- (i) Una variable dicotómica que toma el valor de uno si la madre amamantó alguna vez a su bebé y cero en caso contrario;
- (ii) Una variable dicotómica que toma el valor de uno si el amamantamiento se hizo en la primera hora de vida del bebé y cero en caso contrario;
- (iii) Una variable dicotómica que toma el valor de uno si el amamantamiento se hizo en el primer día del nacimiento y cero en caso contrario;
- (iv) Una variable dicotómica que toma el valor de uno si la madre practicó lactancia exclusiva en los primeros 6 meses, es decir, no introdujo otros suplementos o alimentos complementarios y cero en caso contrario;
- (v) Una variable continua que considera la duración total del amamantamiento medida en meses.

A fin de facilitar la interpretación, las estimaciones consideran un modelo de probabilidad lineal en el caso de las variables dicotómicas²³. Para estimar la duración total de la lactancia, consideramos la muestra de madres que abandonaron la lactancia materna sin importar la edad del hijo/a. Presentamos de manera secuencial los resultados de tres modelos. Un modelo básico que controla únicamente por características de la madre (X_i), un modelo intermedio que agrega características del niño/a y del parto (Z_j) y un modelo completo que adiciona controles sobre percepciones y conocimientos de lactancia de la madre (V_i).

La Tabla 15 presenta los resultados del modelo más básico. Se observa que existen pocas características personales de la madre que estén correlacionadas con sus prácticas de lactancia materna, confirmando que la problemática de las bajas tasas de lactancia materna en el país afecta a madres de toda edad, lugar de residencia, nivel de ingreso o estatus laboral, entre otros. A pesar de esto, se destacan algunos resultados interesantes. El principal hallazgo indica que las madres primerizas o con un solo hijo tienen menos probabilidad de iniciar la lactancia de manera temprana, de amamantar alguna vez y su duración de la lactancia es menor. Según los coeficientes estimados, una madre que tiene un hijo único tiene una probabilidad casi 8% menor de amantar alguna vez respecto a aquellas madres con más de un hijo. Considerando que los coeficientes de edad son en general no significativos o en magnitud pequeños y negativos, esto sugiere que no necesariamente son las madres jóvenes las menos propensas a dar de lactar, sino aquellas que tienen a su primer bebé. Estos resultados apuntan a la importancia de la falta de información o conocimientos sobre lactancia en madres primerizas. Por visitas y entrevistas hechas en hospitales, las madres que tienen más de un hijo se muestran mucho más cómodas dando de lactar y valoran más esta práctica.

Otra variable que aparece como marginalmente significativa en el modelo básico es la educación de las madres, indicando que aquellas con algún estudio universitario o más educación son menos propensas a iniciar la lactancia en las primeras horas de vida, mientras que las madres de ingresos bajos son más propensas a iniciar la lactancia en este período. Aunque no tenemos información sobre el tipo de hospital en el que nació el bebé, una hipótesis es que el nivel

²³ Si la muestra es suficientemente grande y la distribución de las variables dependientes no están muy sesgadas los resultados de un MPL deberían ser muy cercanos a los de un modelo probit o logit. Adicionalmente, hacemos pruebas de robustez con modelos logit y probit y obteniendo los efectos marginales y los resultados son consistentes a aquéllos reportados en esta sección.

educativo universitario o mayor este captando los nacimientos en hospitales privados o de mayor costo y donde la practica más usual parece ser la de separar al bebé de la madre en las primeras horas de vida. Algo por destacar es que la no significancia de la mayoría de los coeficientes de educación confirma que no necesariamente el nivel educativo de una madre se vincula con su conocimiento sobre lactancia. En este sentido, intervenciones de educación dirigidas a todos los estratos de ingreso son necesarias. Dicho esto, y desde el punto de vista de política pública y desarrollo, la no lactancia o baja lactancia exclusiva en los primeros meses de vida es más riesgosa para la salud del bebé en los estratos bajos de ingreso dada su mayor exposición a fuentes de agua y alimentos potencialmente contaminados.

Tabla 15: Determinantes de prácticas de amamantamiento – Modelo Básico

	(1) Amamantó alguna vez	(2) Amamantó primera hora	(3) Amamantó primer día	(4) Lactancia exclusiva	(5) Duración amamantamiento (meses)
Edad de la madre	-0,003 (0,002)	-0,007** (0,003)	-0,006 (0,004)	-0,004 (0,004)	0,010 (0,067)
Reside en Distrito Nacional	0,014 (0,023)	-0,012 (0,042)	-0,012 (0,049)	0,065 (0,055)	0,554 (0,832)
No tiene pareja	-0,001 (0,027)	-0,006 (0,048)	0,014 (0,055)	0,054 (0,060)	2,010* -1,044
Universitario incompleto o más	-0,020 (0,026)	-0,091** (0,042)	-0,046 (0,049)	-0,090* (0,054)	-0,192 (0,835)
Trabajo en el último mes	-0,004 (0,021)	0,056 (0,041)	0,065 (0,046)	0,010 (0,051)	-0,748 (0,799)
Estrato de ingreso bajo	0,005 (0,026)	0,100** (0,044)	0,050 (0,049)	-0,007 (0,055)	-0,543 (0,900)
Hijo único	-0,082*** (0,026)	-0,111*** (0,040)	-0,130*** (0,047)	0,006 (0,052)	-1,748** (0,711)
Constante	1,062*** (0,068)	0,453*** (0,106)	0,862*** (0,124)	0,595*** (0,137)	6,408*** -1,961
Observaciones	500	500	500	472	270
R-cuadrado	0,034	0,064	0,029	0,016	0,045

Errores estándar robustos entre paréntesis

*p<0,1; **p<0,05; ***p<0,01

En un modelo intermedio, reportado en la Tabla 16, agregamos más variables de control o explicativas. Esto nos permite testear la robustez de los resultados previamente descritos a la par que exploramos el efecto de otras variables de interés, como son por ejemplo características del hijo y del parto. Los resultados de la Tabla 16 muestran que aquellas madres que tuvieron una cesárea tienen menos chances de amamantar en la primera hora de vida e incluso en el primer día del nacimiento. Más específicamente, un bebé que nació por cesárea tiene una probabilidad 16% menor de ser amamantado en la primera hora y 8% menor de ser amamantado en el primer día. Como se mencionó anteriormente, el tema de las altas tasas de cesárea en

República Dominicana es una problemática importante, no sólo por los altos costos que implican para el sistema de salud y los riesgos para la madre, pero también por sus posibles efectos sobre la iniciación temprana de la lactancia materna y, por ende, su impacto en la salud neonatal (Kahn, 2015). Asimismo, y como era de esperar, observamos que los niños que nacieron con problemas de salud son menos propensos a recibir leche materna de forma temprana, observándose los mayores impactos negativos (entre 20% y 47% menos de probabilidad). En este contexto, los bancos de leche y una adecuada guía y soporte a las madres para realizar la extracción de leche materna y un correcto almacenamiento pueden ser claves para permitir que niños con complicaciones al nacer puedan acceder a la leche materna después de su recuperación.

El modelo intermedio también controla por la edad del niño/a, esto reduce posibles sesgos de recordación de la información que podrían surgir, sobre todo en madres con niños más mayores, cuando las prácticas de lactancia fueron más lejanas o difíciles de recordar. Siguiendo nuestras expectativas, observamos que la lactancia exclusiva se reduce en niños/as más grandes. Además, los resultados reportados anteriormente, sobre el efecto negativo en las prácticas de lactancia de tener un hijo único y la mayor iniciación temprana de la lactancia en mujeres de ingresos bajos son robustos y se mantienen en este modelo intermedio.

Tabla 16: Determinantes de prácticas de amamantamiento – Modelo Intermedio

	(1) Amamantó alguna vez	(2) Amamantó primera hora	(3) Amamantó primer día	(4) Lactancia exclusiva	(5) Duración amamantamiento (meses)
Edad de la madre	-0,002 (0,002)	-0,004 (0,003)	-0,004 (0,004)	-0,002 (0,004)	-0,015 (0,063)
Reside en Distrito Nacional	0,015 (0,023)	0,003 (0,041)	-0,003 (0,046)	0,070 (0,055)	0,300 (0,781)
No tiene pareja	0,001 (0,028)	-0,014 (0,047)	-0,002 (0,052)	0,069 (0,061)	1,624* (0,976)
Universitario incompleto o más	-0,021 (0,026)	-0,073* (0,041)	-0,045 (0,047)	-0,089 (0,055)	0,109 (0,853)
Trabajo en el último mes	-0,002 (0,021)	0,063 (0,039)	0,064 (0,043)	0,021 (0,051)	-0,718 (0,746)
Estrato bajo	0,006 (0,026)	0,104** (0,043)	0,083* (0,045)	-0,009 (0,055)	-0,435 (0,850)
Hijo/a único/a	-0,080*** (0,025)	-0,097** (0,039)	-0,098** (0,044)	0,003 (0,052)	-1,696** (0,694)
Edad del hijo/a (meses)	-0,001 (0,001)	-0,003 (0,002)	0,002 (0,002)	-0,006** (0,002)	0,202*** (0,037)
Parto por cesárea	-0,004 (0,019)	-0,152*** (0,045)	-0,070* (0,042)	-0,023 (0,051)	-0,165 (0,736)
Bebé tuvo complicación al nacer	-0,034 (0,032)	-0,200*** (0,036)	-0,473*** (0,053)	-0,041 (0,065)	0,124 -1,060
Constante	1,072*** (0,070)	0,525*** (0,104)	0,862*** (0,112)	0,649*** (0,138)	3,293* -1,937
Observaciones	500	500	500	472	270
R-cuadrado	0,040	0,127	0,177	0,030	0,151

Errores estándar robustos entre paréntesis

*p<0,1; **p<0,05; ***p<0,01

Finalmente, estimamos un modelo completo (Tabla 17) donde agregamos variables explicativas que toman en cuenta las percepciones y conocimiento de las madres sobre temas de lactancia. Los resultados muestran que aquellas madres con percepciones positivas o aceptación completa del amamantamiento en público son mucho más propensas a dar de lactar en el primer día y lograr una duración más larga de esta práctica. En promedio, la duración de la lactancia para las madres que están totalmente de acuerdo con el amamantamiento en público es 2 meses mayor que la de aquellas que no tiene una percepción tan positiva. Por el contrario, cuando consideramos las percepciones sobre estética, vemos que aquellas madres que opinaron que la estética era un factor importante en la decisión de no lactancia o abandono temprano de lactancia de otras mujeres no necesariamente tienen prácticas de lactancia diferenciadas respecto a aquellas que no tenían esta opinión.

El modelo completo también incluye una variable que aproxima el grado de conocimiento sobre lactancia de las madres. Los resultados muestran que las madres que respondieron de forma correcta que la lactancia exclusiva debe hacerse hasta los 6 meses no necesariamente practican esta recomendación, tampoco inician la lactancia de forma más temprana o tienen una mayor duración en el amamantamiento. Algo que se hace evidente por los grupos focales y los resultados de este análisis es que, aunque las madres sepan algunas reglas básicas de lactancia, esto no necesariamente implica un conocimiento adecuado que las ayude en esta práctica. Por ejemplo, recomendaciones sencillas sobre cuándo y cómo debe iniciarse la lactancia, cómo responder a posibles retos que enfrentan durante la lactancia o qué implica exactamente la exclusividad, podrían ser claves para cambiar sus conductas. Vale la pena destacar que, en el modelo completo, y a pesar de los controles adicionales, la variable de estrato bajo, hijo único o madre primeriza, cesárea y complicación del bebé al nacer se mantienen relevantes y apuntan a las mismas conclusiones mencionadas anteriormente. Por el contrario, aún después de agregar todos estos controles, vemos que es difícil explicar la práctica de la lactancia exclusiva, lo que apunta a la complejidad y dificultad de atacar este problema.

Para comprobar la robustez de nuestros resultados, estimamos regresiones con las mismas variables de resultado y utilizando la muestra de la ENDESA 2013. Para la variable de lactancia exclusiva, dado que la ENDESA pregunta solamente sobre si el bebé recibió otros alimentos en el día anterior, utilizamos la muestra de madres con hijos menores a 6 meses para construir esta variable²⁴. Para las variables de control o explicativas, se construyen variables similares a las presentadas en los modelos anteriores, con excepción del lugar de residencia, que se encuentra más agregada en la ENDESA²⁵, y la variable de empleo, que la ENDESA considera si la madre está trabajando actualmente y en la encuesta levantada preguntamos si trabajó en el último mes. En la muestra de la ENDESA tampoco tenemos las variables de percepción y conocimiento sobre lactancia, así como si el bebé nació con complicaciones.

Los resultados obtenidos con la ENDESA son consistentes con los resultados reportados anteriormente e incluso más significativos, lo que puede deberse a un mayor poder estadístico por el tamaño de muestra. El parto por cesárea continúa teniendo un efecto negativo, e incluso de mayor en magnitud, en la iniciación temprana, la probabilidad de la dar de lactar alguna vez y la duración del amamantamiento. Las madres con un solo hijo también son menos propensas a llevar adelante todas las prácticas de lactancia analizadas, incluyendo la lactancia exclusiva. En general, con los datos de la ENDESA logramos un mayor poder explicativo en los modelos con las variables de duración del amamantamiento y lactancia exclusiva. En cuanto a duración, se observa que las madres que trabajan tienen una duración menor de la lactancia, mientras que aquellas de estratos bajos de ingreso tienen una duración mayor. En cuanto a la lactancia exclusiva, los resultados indican que la pareja puede ser importante para ayudar en esta práctica. La probabilidad de mantener la lactancia exclusiva en madres sin pareja es 13% menor que aquella observada en madres con pareja.

²⁴ Con los datos de nuestra encuesta, esta variable se mide para los niños mayores a 6 meses pues se le pregunta a las madres directamente si en los primeros 6 meses introdujeron aún sustituto, líquido o alimento complementario a la leche materna. En la ENDESA no tenemos la misma pregunta.

²⁵ En la ENDESA tenemos una categoría agregada que considera Monte Plata, Distrito Nacional o Santo Domingo. En la encuesta levantada tenemos Distrito Nacional.

Tabla 17: Determinantes de prácticas de amamantamiento – Modelo Completo

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Amamantó alguna vez	Amamantó primera hora	Amamantó primer día	Lactancia exclusiva	Duración amamantamiento (meses)
Edad de la madre	-0,003 (0,002)	-0,004 (0,003)	-0,005 (0,004)	-0,003 (0,004)	-0,048 (0,065)
Reside en Distrito Nacional	0,013 (0,023)	0,002 (0,042)	-0,008 (0,047)	0,060 (0,055)	0,202 (0,793)
No tiene pareja	-0,001 (0,028)	-0,016 (0,047)	-0,008 (0,052)	0,053 (0,062)	1,572 (0,962)
Universitario incompleto o más	-0,024 (0,026)	-0,071* (0,041)	-0,057 (0,047)	-0,094* (0,055)	-0,278 (0,901)
Trabajo en el último mes	0,001 (0,021)	0,063 (0,040)	0,073* (0,043)	0,032 (0,051)	-0,556 (0,733)
Estrato bajo	0,010 (0,027)	0,106** (0,044)	0,093** (0,047)	0,004 (0,056)	-0,337 (0,882)
Hijo/a único/a	-0,079*** (0,025)	-0,096** (0,039)	-0,095** (0,044)	0,004 (0,052)	-1,604** (0,697)
Edad del hijo/a (meses)	-0,001 (0,001)	-0,003 (0,002)	0,002 (0,002)	-0,006*** (0,002)	0,198*** (0,037)
Parto por cesárea	-0,004 (0,020)	-0,154*** (0,045)	-0,068 (0,042)	-0,025 (0,051)	0,010 (0,741)
Bebé tuvo complicación al nacer	-0,032 (0,032)	-0,201*** (0,036)	-0,466*** (0,054)	-0,032 (0,064)	0,211 -1,064
Acuerdo tot. amamantamiento en público	0,025 (0,022)	0,004 (0,038)	0,074* (0,042)	0,080 (0,050)	1,716** (0,750)
Barrera ajena a lactancia: Estética	0,009 (0,024)	-0,015 (0,042)	0,053 (0,046)	0,062 (0,053)	0,410 (0,875)
Conocimiento: lactancia exclusiva 6 meses	0,010 (0,021)	-0,020 (0,039)	0,037 (0,043)	-0,071 (0,049)	0,812 (0,673)
Constante	1,060*** (0,071)	0,541*** (0,107)	0,810*** (0,113)	0,644*** (0,140)	2,828 -1,935
Observaciones	500	500	500	472	270
R-cuadrado	0,044	0,128	0,187	0,043	0,178

Errores estándar robustos entre paréntesis

*p<0,1; **p<0,05; ***p<0,01

Tabla 18: Determinantes de prácticas de amamantamiento – ENDESA

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Amamantó alguna vez	Amamantó primera hora	Amamantó primer día	Lactancia exclusiva	Duración amamantamiento (meses)
Edad de la madre	-0,002* (0,001)	-0,002 (0,002)	-0,004** (0,002)	-0,004 (0,005)	-0,034 (0,032)
Reside Monte Plata, Santo Domingo o Distrito Nacional	0,030* (0,016)	-0,044 (0,027)	-0,013 (0,021)	-0,130* (0,074)	-0,189 (0,379)
No tiene pareja	0,005 (0,015)	-0,030 (0,022)	0,002 (0,017)	-0,132** (0,052)	-0,154 (0,346)
Universitario incompleto o más	0,028* (0,015)	-0,059** (0,024)	0,017 (0,019)	-0,003 (0,052)	-0,530 (0,354)
Tiene trabajo	-0,001 (0,014)	-0,003 (0,021)	0,004 (0,016)	0,040 (0,049)	-0,732** (0,331)
Estrato bajo	-0,005 (0,013)	-0,008 (0,020)	0,006 (0,015)	0,006 (0,043)	0,645** (0,322)
Hijo/a único/a	-0,039** (0,016)	-0,093*** (0,024)	-0,060*** (0,019)	-0,085* (0,048)	-0,736** (0,354)
Edad del hijo/a (meses)	0,001*** (0,001)	0,001 (0,001)	0,001 (0,001)	-0,107*** (0,013)	0,168*** (0,012)
Parto por cesárea	-0,066*** (0,013)	-0,227*** (0,020)	-0,102*** (0,015)	0,016 (0,043)	-2,267*** (0,329)
Constante	0,959*** (0,036)	0,807*** (0,055)	0,987*** (0,044)	1,265*** (0,119)	5,430*** (0,906)
Observaciones	2,473	2,471	2,471	295	1,822
R-cuadrado	0,017	0,073	0,025	0,239	0,136

Errores estándar robustos entre paréntesis

*p<0,1; **p<0,05; ***p<0,01

Por último, utilizamos los datos de nuestra encuesta y de la ENDESA para evaluar el rol que tiene la iniciación de la lactancia temprana sobre la duración total de la lactancia y la práctica de la lactancia exclusiva. La Tabla 19 presenta los resultados del modelo completo incluyendo como control adicional si la lactancia se inició en la primera hora de vida o en el primer día. La Tabla 20, presenta estimaciones considerando la muestra de la ENDESA. Los resultados muestran que el amamantamiento en la primera hora y en el primer día de vida son claves para determinar la duración del amamantamiento, aunque no afectan a la práctica de la exclusividad. Según datos de la ENDESA, la duración total del amamantamiento de un bebé que recibió leche materna en el primer día es casi 4 meses mayor respecto a la de aquéllos que no fueron lactados el primer día. De igual manera, la duración es 2 meses mayor para aquellos que fueron lactados en la primera hora respecto a aquéllos que. Con los datos de nuestra encuesta, también observamos los efectos significativos y positivos sobre duración de la lactancia del inicio en el primer día, aunque no detectamos los efectos de la primera hora, lo cual puede deberse a un menor poder estadístico por una muestra más pequeña.

Tabla 19: Iniciación de la lactancia temprana y sus efectos sobre las prácticas de amamantamiento - Modelo Completo

	(1)	(2)	(3)	(4)
	Lactancia exclusiva	Duración amamantamiento (meses)	Lactancia exclusiva	Duración amamantamiento (meses)
Edad de la madre	-0,003 (0,004)	-0,048 (0,065)	-0,003 (0,004)	-0,030 (0,063)
Reside en Distrito Nacional	0,060 (0,055)	0,195 (0,801)	0,059 (0,055)	0,238 (0,785)
No tiene pareja	0,053 (0,062)	1,572 (0,963)	0,052 (0,062)	1,583* (0,954)
Universitario incompleto o más	-0,092* (0,055)	-0,282 (0,904)	-0,095* (0,055)	-0,113 (0,891)
Trabajo en el último mes	0,030 (0,051)	-0,553 (0,742)	0,034 (0,051)	-0,760 (0,721)
Estrato bajo	0,002 (0,057)	-0,333 (0,889)	0,007 (0,057)	-0,642 (0,848)
Hijo/a único/a	0,006 (0,052)	-1,610** (0,706)	0,003 (0,052)	-1,277* (0,691)
Edad del hijo/a (meses)	-0,006*** (0,002)	0,198*** (0,037)	-0,006*** (0,002)	0,192*** (0,037)
Parto por cesárea	-0,022 (0,053)	0,001 (0,748)	-0,028 (0,052)	0,033 (0,730)
Bebé tuvo complicación al nacer	-0,028 (0,065)	0,204 -1,062	-0,049 (0,071)	0,902 -1,103
Acuerdo tot. amamantamiento en público	0,080 (0,050)	1,715** (0,751)	0,082 (0,050)	1,591** (0,742)
Barrera ajena a lactancia: Estética	0,062 (0,053)	0,410 (0,876)	0,064 (0,053)	0,303 (0,871)
Conocimiento: lactancia exclusiva 6 meses	-0,070 (0,049)	0,807 (0,676)	-0,070 (0,049)	0,783 (0,666)
Amamantó primera hora	0,019 (0,058)	-0,062 (0,733)		
Amamanto primer día			-0,035 (0,055)	1,856** (0,802)
Constante	0,633*** (0,144)	2,859 -1,933	0,672*** (0,147)	1,233 -1,839
Observaciones	472	270	472	270
R-cuadrado	0,044	0,178	0,044	0,197

Errores estándar robustos entre paréntesis

*p<0,1; **p<0,05; ***p<0,01

Tabla 20: Iniciación de la lactancia temprana y sus efectos sobre las prácticas de amamantamiento - ENDESA

	(1)	(2)	(3)	(4)
	Lactancia exclusiva	Duración amamantamiento (meses)	Lactancia exclusiva	Duración amamantamiento (meses)
Edad de la madre	-0,005 (0,005)	-0,028 (0,032)	-0,004 (0,005)	-0,017 (0,032)
Reside Monte Plata, Santo Domingo o Distrito Nacional	-0,137* (0,075)	-0,130 (0,377)	-0,131* (0,074)	-0,127 (0,374)
No tiene pareja	-0,136** (0,053)	-0,170 (0,343)	-0,132** (0,052)	-0,190 (0,339)
Universitario incompleto o más	-0,004 (0,052)	-0,434 (0,351)	-0,003 (0,052)	-0,602* (0,350)
Tiene trabajo	0,041 (0,049)	-0,732** (0,328)	0,040 (0,049)	-0,763** (0,323)
Estrato bajo	0,006 (0,043)	0,658** (0,319)	0,006 (0,043)	0,637** (0,314)
Hijo/a único/a	-0,088* (0,048)	-0,525 (0,355)	-0,085* (0,048)	-0,530 (0,349)
Edad del hijo/a (meses)	-0,107*** (0,013)	0,161*** (0,012)	-0,107*** (0,013)	0,155*** (0,012)
Parto por cesárea	0,009 (0,044)	-1,829*** (0,334)	0,015 (0,045)	-1,938*** (0,323)
Amamantó primera hora	-0,030 (0,043)	2,023*** (0,318)		
Amamanto primer día			-0,003 (0,056)	3,716*** (0,357)
Constante	1,295*** (0,128)	3,954*** (0,941)	1,269*** (0,145)	2,053** (0,962)
Observaciones	295	1,820	295	1,820
R-cuadrado	0,241	0,156	0,239	0,179

Errores estándar robustos entre paréntesis

*p<0,1; **p<0,05; ***p<0,01

8. Conclusiones y discusión

La lactancia es reconocida por UNICEF como la herramienta más costo-efectiva para reducir la mortalidad infantil. Un bebé que no fue amamantado en los primeros 6 meses de vida tiene una probabilidad de morir por enfermedades prevenibles 15 veces mayor (WHO, 2013). Según datos de World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi), la tasa de lactancia materna exclusiva en República Dominicana, durante los primeros seis meses de vida, fue de apenas 7% en el año 2016. Esta es la cuarta tasa más baja en el mundo (promedio mundial es de 32%) y la tasa más baja en América Latina y el Caribe. A pesar de que la lactancia materna ha sido reconocida como una prioridad nacional en República Dominicana, no existen estudios sobre esta problemática, ni se encuentra evidencia de evaluaciones de impacto que midan cuál fue la efectividad de campañas e iniciativas pro lactancia previamente implementadas en el país. De manera preocupante, la tasa de lactancia materna exclusiva ha seguido disminuyendo en el país, siendo que la observada en 2007 era de 8% .

El objetivo del presente trabajo fue proveer evidencia empírica, cuantitativa y cualitativa, sobre cuáles son las principales barreras que enfrentan las madres dominicanas y que desincentivan la práctica de la lactancia materna. Contar con esta información es clave para guiar intervenciones futuras que sean originadas ya sea a través del sector público y/o del sector privado. Para llevar adelante el estudio se recolectaron 500 encuestas a madres con hijos menores de tres años y 24 encuestas a pediatras, asimismo, se realizaron 4 grupos focales y más de 20 entrevistas a actores clave en el país. Es importante tener presente que la muestra del estudio se asemeja a una encuesta de opinión hecha en el área urbana de Santo Domingo y no es representativa a nivel nacional. En particular, las madres encuestadas fueron seleccionadas aleatoriamente del universo de pacientes de consultas pediátricas regulares en el Hospital Robert Reid Cabral y Hospital General de la Plaza de la Salud que colaboraron con este estudio.

Los resultados del análisis destacan que las bajas tasas de lactancia son un problema generalizado (a pesar de algunas diferencias entre grupos) que afecta a todas las madres dominicanas sin importar la edad, el nivel de ingreso o nivel educativo, entre otros. La falta de información y educación sobre lactancia materna y una serie de mitos equivocados sobre la alimentación y cuidado apropiados para el bebé son una de las principales barreras a la lactancia materna exclusiva. Por ejemplo, apenas un 65% de las encuestadas consideraban que la lactancia debía ser exclusiva hasta los 6 meses, la mayoría introducían alimentos o líquidos complementarios antes de esta edad, muchas veces sin valor nutricional y poniendo en riesgo la salud de éstos. Adicionalmente, algunas de estas madres no identificaron estas prácticas de introducir complementos o sucedáneos como una violación al concepto de exclusividad, lo cual evidencia que las campañas e intervenciones realizadas hasta la fecha han sido apenas parcialmente efectivas; han logrado transmitir la cifra-objetivo (6 meses) pero no necesariamente lo que implica la exclusividad. El análisis de determinantes de la lactancia corrobora esta información y sugiere que son las madres que tienen a su primer hijo las que están más expuestas a comenzar la práctica de forma tardía y también a abandonarla antes de tiempo. Estos hallazgos destacan que es imperativo trabajar en intervenciones que busquen educar de forma más detallada y personalizada sobre prácticas de lactancia y nutrición apropiadas.

La educación en lactancia a través del apoyo de expertas o educadoras de lactancia en los hospitales es cada vez más común en países de medios y altos ingresos. En muchos casos estos servicios son ofrecidos gratuitamente por los hospitales y, en otros casos, para un seguimiento más detallado o extenso de la madre, estos servicios pueden ser demandados en el mercado. Hasta la fecha, muy pocas madres dominicanas acceden a servicios de asesoría de lactancia y aquellas que lo hacen son principalmente de ingreso alto. La principal iniciativa en el país es el Hospital Amigo del Bebé, liderada por UNICEF, que asesora y certifica a hospitales que

promueven la lactancia y proveen atención prenatal de calidad bajo ciertos estándares; sin embargo, el porcentaje de hospitales certificados todavía es muy bajo.²⁶ Por otro lado, a través del auspicio del Despacho de la Primera Dama, algunos hospitales públicos cuentan con el apoyo de expertas en lactancia, pero el tiempo destinado a la interacción madre-educadora es corto y no existe un seguimiento posparto. Los resultados del estudio indican que apenas un 2% de las madres encuestadas recibieron el apoyo de una educadora de lactancia y que a una gran mayoría le hubiera gustado recibir este asesoramiento ya sea de educadoras especializadas o pediatras (más de un 70%). Como muestran estudios internacionales, el asesoramiento temprano podría ser clave para educar a las madres y generar cambios en sus conductas de lactancia.

Otro resultado clave del estudio son las bajas tasas de iniciación temprana de la lactancia, ya sea en la primera hora de nacimiento o incluso en el primer día. Según los datos recolectados, si bien el 94% de los niños de la muestra fueron amamantados alguna vez en su vida, el 66% lo hizo durante el primer día y apenas un 23% en la primera hora de vida. A nivel mundial, la información recolectada por WBTi en 80 países, muestra que el 55,74% de los bebés es amamantado durante la primera hora posterior al nacimiento. El inicio temprano de la lactancia materna es importante, pues asegura que el bebé reciba el calostro ("primera leche") -que es rico en factores de protección- y aumenta la probabilidad de mantener la lactancia materna exclusiva y su duración. El análisis de determinantes de la lactancia indica que las altas tasas de cesárea en el país son una de las principales explicaciones por las cuales no se da un amamantamiento temprano, además demuestran el importante rol del amamantamiento temprano en la duración de la lactancia. Respecto a esto, a través de entrevistas y visitas a los hospitales y clínicas, es evidente que existe un tema de práctica que se debe resolver.

Además de preguntar a las madres por sus prácticas de lactancia, las encuestas preguntaron sobre percepciones respecto a las conductas generalizadas de otras madres o de su grupo social. Sorprendentemente, un 60% de las madres encuestadas consideran que la principal razón por la que otras madres deciden no amamantar o deciden dejar de hacerlo es la estética. Algo que es importante destacar, es que ninguna de las madres entrevistadas afirmó que la estética haya sido la razón que provocase su propia renuncia a dar el pecho. En consecuencia, es difícil dilucidar de estos resultados si el tema estético es más un mito comúnmente aceptado por la sociedad dominicana, y que el equipo de investigación vio mencionado en muchas de las entrevistas con actores clave, o si es que las madres no lo incluyen como parte de sus propios motivos por temor a decir la verdad o a ser juzgadas. El análisis de determinantes no encuentra evidencia significativa de que las madres que indican que la estética es un factor importante tengan prácticas de lactancia diferenciadas que aquéllas que no. Sin embargo, este análisis destaca que las percepciones de aceptación del amamantamiento en público sí pueden jugar un rol importante en la iniciación temprana de la lactancia, la práctica exclusiva y su duración.

Por último, se remarca la importancia de generar esferas de interacción entre madres, cuyo objetivo es generar grupos de aprendizaje y apoyo mutuo durante la etapa de la lactancia o en preparación a la misma. Las madres encuestadas comentaron acerca de sus preferencias o del apoyo que consideran hubiera sido más útil recibir para promover la lactancia, después del asesoramiento de doctores y educadoras de lactancia, destacaron la importancia de contar con el apoyo de un grupo social que esté experimentando o haya pasado por la misma situación. Asimismo, un 65% de las madres comentaron que buscaron consejos de familiares y amigos para guiarse en temas de lactancia materna. En este ámbito existen varias oportunidades de trabajo futuro en el país que, haciendo uso de las tecnologías de comunicación, puedan asesorar

²⁶ Hasta noviembre de 2017 UNICEF certificó como Hospital Amigo del Bebe solamente a 5 hospitales en todo el país.

a las madres en temas de lactancia y conectarlas entre sí. Por ejemplo, bajo una iniciativa piloto, algunas madres ya interactúan en grupos de WhatsApp con expertas de La Liga de la Leche Internacional.

De manera general, los resultados del estudio confirman que la baja tasa de lactancia materna en República Dominicana es una problemática multidimensional y compleja y cuya solución requiere de un compromiso conjunto y de esfuerzos coordinados entre sector público y privado. Los hospitales y clínicas son actores clave en la solución, dado que el personal médico puede contribuir de manera muy importante generando una mayor promoción y educación sobre lactancia materna exclusiva en el período preparto y en las primeras horas de vida del bebé. A pesar de su reconocimiento, las instituciones de salud entrevistadas destacan la falta de recursos y de personal para llevar adelante esta labor de manera exitosa. Frente a esto, una mayor capacitación y apoyo a los hospitales y clínicas en temas de lactancia materna es prioritario. Asimismo, promover alianzas con instituciones pro lactancia, como por ejemplo La Liga de la Leche Internacional, podría facilitar el acceso a asesoramiento especializado por parte las madres a la par que contribuyen a generar ámbitos de diálogo en los que las madres puedan buscar consejos cuando lo necesiten y apoyarse con otras madres. Otro aspecto central que debe ser evaluado con detalle a nivel de los centros de salud, son las elevadas tasas de cesárea del país, que son las más altas a nivel global. Como muestra el estudio, esta situación afecta directamente a la iniciación temprana de la lactancia y, más importante aún, implica mayores costos económicos para el sistema de salud y un mayor riesgo de mortalidad materna. Otro aspecto por resaltar es la introducción de fórmula de manera temprana en algunos hospitales y clínicas. Una regulación más estricta y el consentimiento informado de la madre es necesario.

Como se destacó en el estudio, el sector privado tiene también un papel muy importante en el apoyo a la lactancia materna en el país. Para esto, es necesario apoyar en una mayor implementación de medidas que brinden a las madres las facilidades necesarias para poder compatibilizar el trabajo con la lactancia. Por ejemplo, ofrecer una mayor flexibilidad laboral y crear espacios adecuados para facilitar la lactancia dentro del trabajo podrían contribuir a reducir el abandono temprano de la lactancia e incluso promover una mayor productividad y satisfacción laboral en las trabajadoras mujeres. Sobre esto, existen ya algunos ejemplos exitosos en el país de compañías privadas que, apoyadas por expertas de La Liga de Leche Internacional²⁷, han tomado pasos para apoyar a madres y clientas en etapa de lactancia a través de la apertura de salas de lactancia equipadas. Otra forma de contribuir desde el enfoque del sector privado es a través de la promoción y apoyo a la lactancia en los productos y servicios que proveen. Por ejemplo, campañas de educación o información como parte de estrategias de marketing social en productos de consumo cotidiano podrían ser una herramienta poderosa para generar cambios conductuales y de percepciones en los consumidores.

Finalmente, el sector público, a través de las distintas instancias que apoyan a temas de lactancia, tiene un rol clave como regulador, coordinador y promotor de las iniciativas de lactancia que se den en el país. En este sentido, garantizar que se cuenta con todas las condiciones institucionales para que las posibles intervenciones se lleven a cabo, brindar el soporte para impulsar este trabajo coordinado, y dar el ejemplo, apoyando la lactancia materna en los puestos de trabajo públicos a través de la capacitación a los empleados sobre la importancia de la lactancia materna y de la disposición de las facilidades necesarias para la extracción de leche durante la jornada laboral, son estrategias de compromiso claves.

²⁷ Por ejemplo, el Grupo Ramos, principal cadena de supermercados, recibió asesoramiento de una experta de LLLI para inaugurar 14 salas de lactancia para sus trabajadoras y clientes. https://www.instagram.com/p/BjanhpeHdYB/?utm_source=ig_web_copy_link

References

- Agüin, V., Alvarado, A., Angulo, O., Arias, J., & Díaz, E. (2011). *Causas de deserción de lactancia materna exclusiva en madres con niños menores de seis meses de edad*. México: Arch Salud Sin, 5(3), 66-70.
- Ahluwalia, I., Morrow, B., & J., H. (2005). Why do women stop breastfeeding? Findings from the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. *Pediatrics*, 116(6), 1408-12. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16322165>
- Amir, L., & Donath, S. (2008). Socioeconomic status and rates of breastfeeding in Australia: evidence from three recent national health surveys. *Medical Journal of Australia*, 189(5), 254-6.
- Azuine, R. E., Murray, J., Alsafi, N., & Singh, G. K. (2015). Exclusive Breastfeeding and Under-Five Mortality, 2006-2014: A Cross-National Analysis of 57 Low-and-Middle Income Countries. *International Journal of MCH and AIDS*, 4(1), 13-21.
- Balogun, O. O., Kobayashi, S., Anigo, K. M., Ota, E., Asakura, K., & Sasaki, S. (2016). Factors influencing exclusive breastfeeding in early infancy: a prospective study in north central Nigeria. *Maternal and child health journal*, 20(2), 363-375.
- Barone, M. J., Miyazaki, A. D., & Taylor, K. A. (2000). The influence of cause-related marketing on consumer choice: does one good turn deserve another? *Journal of the academy of marketing Science*, 28(2), 248-262.
- Belfort, M., Rifas-Shiman, S., Kleinman, K., Guthrie, L., Bellinger, D., Taveras, E., . . . Oken, E. (2013). Infant feeding and childhood cognition at ages 3 and 7 years: Effects of breastfeeding duration and exclusivity. *JAMA Pediatrics*, 167(9), 836-844.
- Berger, I. E., Cunningham, P. H., & Kozinets, R. V. (1999). Consumer persuasion through cause-related advertising. *ACR North American Advances*.
- Brown, T. J., & Dacin, P. A. (1997). The company and the product: Corporate associations and consumer product responses. *The Journal of Marketing*, 68-84.
- CESDEM. (2003). *Encuesta de Demografía y de Salud. República Dominicana 2002*. Rockville, Maryland, EEUU: Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) y ICF International.
- CESDEM. (2008). *Encuesta de Demografía y de Salud. República Dominicana 2007*. Rockville, Maryland, EEUU: Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) y ICF International.
- CESDEM. (2014). *Encuesta de Demografía y de Salud. República Dominicana 2013*. ICF International. Rockville, Maryland, EEUU. Rockville, Maryland, EEUU: Centro de Estudios Sociales y Demográficos, ICF International. .
- Chapman, D., Morel, K., Anderson, A., Damio, G., & Pérez-Escamilla, R. (2010). Breastfeeding peer counseling: from efficacy through scale-up. *Journal of Human Lactation*, 26(3), 314-26. doi:10.1177/0890334410369481

- Chung, I., Raman, G., P., C., Magula, N., DeVine, D., Trikalinos, T., & Lau, J. (2007). Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Report Technol Assessment (Full Rep)*, 153, 1-186. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17764214>
- Dahl, D. W., & Lavack, A. M. (1995). Cause-related marketing: Impact of size of corporate donation and size of cause-related promotion on consumer perceptions and participation. *AMA Winter Educators' Conference Proceedings Vol. 6*, (págs. 476-481).
- Dennis, C.-L. (2002). Breastfeeding Initiation and Duration: A 1990-2000 Literature Review. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, Volume 31, Issue 1, 12 - 32.
- Der, G., Batty, G. D., & Deary, I. J. (2008). Results from the PROBIT breastfeeding trial may have been overinterpreted. *Archives of general psychiatry*, 65(12), 1456-1457.
- Dewey, K. G., Heinig, M. J., & Nommsen, L. A. (1993). Maternal weight-loss patterns during prolonged lactation. *The American journal of clinical nutrition*, 58(2), 162-166.
- Dykes, F., & Williams, C. (1999). "Falling by the wayside": a phenomenological exploration of perceived breastmilk inadequacy in lactating women. *Midwifery*, 15(4), 232-246. doi:10.1054/midw.1999.0185
- Ellis-Petersen, H. (26 de February de 2018). (2018). "How formula milk firms target mothers who can least afford it. Obtenido de The Guardian: <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2018/feb/27/formula-milk-companies-target-poor-mothers-breastfeeding>
- Flacking, R., Nyqvist, K., & Ewald, U. (2007). Effects of socioeconomic status on breastfeeding duration in mothers of preterm and term infants. *Eur J Public Health*, 17(6), 579-84.
- Freed, G., Clark, S., Lohr, J., & Sorenson, J. (1995). Pediatrician involvement in breast-feeding promotion: a national study of residents and practitioners. *Pediatrics*, 96(3 Pt 1), 490-4.
- García, I., Gibaja, J. J., & Mujika, A. (2003). A study on the effect of cause-related marketing on the attitude towards the brand: The case of Pepsi in Spain. *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 11(1), 111-135.
- Gatti, L. (2008). Maternal Perceptions of Insufficient Milk Supply in Breastfeeding. *Journal Nursing Scholarship*, 40(4), 355–363.
- Group, W. B. (2017). World Development Indicators 2016.
- Gupta, A., & Suri, S. (2016). *Has Your Nation Done Enough to BRIDGE THE GAPS? 84 country report on status and progress of implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding 2008-2016*. India: IBFAN Asia and BPNI.
- Hajjat, M. M. (2003). Effect of cause-related marketing on attitudes and purchase intentions: the moderating role of cause involvement and donation size. *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 11(1), 93-109.
- Haroon, S., Das, J. K., Salam, R. A., & Imdad, A. (2013). Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC public health*, 13(3), S20.

- Heck, K., Braveman, P., Cubbin, C., Chavez, G., & Kiely, J. (2006). Socioeconomic Status and Breastfeeding Initiation Among California Mothers. *Public Health Reports*, 121(1), 51-59.
- Hobbs, A., Mannion, C., McDonald, S., Brockway, M., & Tough, S. (2016). The impact of cesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*. doi:10.1186/s12884-016-0876-1
- Horta, B., & Victora, C. (2013). Long-term effects of breastfeeding. A systematic review.
- Horta, B., & Victora, C. (2013a). *Short-term effects of breastfeeding. A systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality*. World Health Organization.
- IBFAN ALC. (2012). *World Breastfeeding Trends Initiative. República Dominicana 2011/2012. Estado de la "Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante Niño Pequeño"*. Obtenido de Red Mundial de Grupos pro Alimentación Infantil America Latina y el Caribe (IBFAN ALC): <http://ibfan-alc.org/WBTi/finales/WBTi%202012%20Republica%20Dominicana%20tabla%20%20evaluacion.pdf>
- IBFAN ALC. (2016). *World Breastfeeding Trends Initiative. República Dominicana 2016. Estado de la "Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante Niño Pequeño"*. Obtenido de Red Mundial de Grupos pro Alimentación Infantil America Latina y el Caribe (IBFAN ALC): http://ibfan-alc.org/WBTi/inf_2016/2016%20WBTi%20Rep.%20Dominicana.pdf
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., . . . Lau, J. (2007). Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. (153), 1-186.
- Islami, F., Liu, Y., Jemal, A., Zhou, J., Weiderpass, E., Boffetta, P., & Weiss, M. (2015). Breastfeeding and breast cancer risk by receptor status—a systematic review and meta-analysis. *Annals of Oncology*, 26(12), 2398-2407.
- Johnston, M., Landers, S., Noble, L., Szucs, K., & Viehmann, L. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. doi:10.1542/peds.2011-3552
- Kahn, J. V. (2015). Timing of breastfeeding initiation and exclusivity of breastfeeding during the first month of life: effects on neonatal mortality and morbidity--a systematic review and meta-analysis. *Maternity Child Health Journal*, 468-479.
- Kelishadi, R., & Farajian, S. (2014). The protective effects of breastfeeding on chronic non-communicable diseases in adulthood: A review of evidence. *Adv Biomed Res*. doi:10.4103/2277-9175.124629
- Kennedy, K. I., & Visness, C. M. (1992). Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. *The Lancet*, 339(8787), 227-230.
- Krogstrand, K., & Parr, K. (2005). Physicians ask for more problem-solving information to promote and support breastfeeding. *J Am Diet Assoc*, 105(12), 1943-7.
- Lafferty, B. A., Goldsmith, R. E., & Hult, G. T. (2004). The impact of the alliance on the partners: A look at cause-brand alliances. *Psychology & Marketing*, 21(7), 509-531.

- Lafferty, B. A., Goldsmith, R. E., & Hult, G. T. (2004). The impact of the alliance on the partners: A look at cause–brand alliances. *Psychology & Marketing*, 21(7), 509-531.
- Lamberti LM, F. W. (2011). Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. . *BMC Public Health*. , 11(Suppl 3):S15. doi:10.1186/1471-2458-11-S3-S15.
- Lamberti, L. M., Zakarija-Grković , I., Walker, C., Theodoratou, E., Nair, H., Campbell, H., & Black, R. E. (2013). Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and met-analysis. *BMC public health*, 13(3), S18.
- Lavender, T., Richens, Y., Milan, S., Smyth, R., & Dowswell, T. (2013). Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD009338.pub2
- Li, R., Fein, S., J., C., & Grummer-Strawn, L. (2008). Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics*. doi:10.1542/peds.2008-1315i
- Li, R., Rock, V., & Grummer-Strawn, L. (2007). Changes in public attitudes toward breastfeeding in the United States, 1999-2003. *J Am Diet Assoc*, 122-7.
- Maffioli, A. (2018). Development Effectiveness: Adding Value Beyond Financing. *Sustainable Business Blog. IDB Invest*.
- McMeekin, S., Jansen, E., Mallan, K., Nicholson, J., Magarey, A., & L., D. (2013). Associations between infant temperament and early feeding practices. A cross-sectional study of Australian mother–infant dyads from the NOURISH randomised controlled trial. *Appetite*, 60, 239–245.
- MEPTD/ONE. (2017). *Boletín de Estadísticas Oficiales de Pobreza Monetaria. Año 2. No 4. Boletín Semestral. Octubre 2017*. República Dominicana: Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPYD) - Oficina Nacional de Estadísticas (ONE).
- Mitchell, E. (2007). Recommendations for sudden infant death syndrome prevention: a discussion document. *ARCh Dis Child*, 92(2), 155-159.
- Moore, J. C., & Welniak, E. J. (2000). Income measurement error in surveys: A review. *Journal of official statistics*, 16(4), 331.
- Morel, M. T. (6 de June de 2018). *Abren 14 salas de lactancia en tiendas La Sirena*. Obtenido de El Caribe: <https://elcaribe.com.do/2018/06/06/abren-14-salas-de-lactancia-en-tiendas-la-sirena/>
- Morrow, A. L., Guerrero, M. L., Shults, J., Calva, J. J., Lutter, C., Bravo, J., . . . Butterfoss, F. D. (1999). Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 353(9160), 1226-1231.
- Neifert, M., & Bunik, M. (2012). Overcoming Clinical Barriers to Exclusive Breastfeeding. *Pediatric Clinics*, 60(1), 115–145. Obtenido de [https://www.pediatric.theclinics.com/article/S0031-3955\(12\)00166-6/abstract?code=pcl-site](https://www.pediatric.theclinics.com/article/S0031-3955(12)00166-6/abstract?code=pcl-site)

- Office of the Surgeon General (US), Centers for Disease Control and Prevention (US), Office on Women's Health (US). (2011). *The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding*. U.S. Department of Health & Human Services.
- Oliveira, I. B., Leal, L. P., Coriolano-Marinus, M. W., Horta, B. L., & Pontes, C. M. (2017). Meta-analysis of the effectiveness of educational interventions for breastfeeding promotion directed to the woman and her social network. *Journal of advanced nursing*, 73(2), 323-335.
- Organization/UNICEF, W. H. (2013). Ending preventable child deaths from pneumonia and diarrhoea by 2025.
- Patel, S. (2016). The Effectiveness of Lactation Consultants and Lactation Counselors on Breastfeeding Outcomes. *Journal of Human Lactation*, 32(3), 530-41. doi:10.1177/0890334415618668
- Pracejus, J. W., & Olsen, G. D. (2004). The role of brand/cause fit in the effectiveness of cause-related marketing campaigns. *Journal of Business Research*, 57(6), 635-640.
- Raisler, J. (2000). Against the odds: breastfeeding experiences of low income mothers. *The Journal of Midwifery & Women's Health*, 45(3), 253-263.
- Rayfield, S., Oakley, L., & Quigley, M. (2015). Association between breastfeeding support and breastfeeding rates in the UK: a comparison of late preterm and term infants. *BMJ Open*, 5(11). doi:10.1136/bmjopen-2015-009144
- Renfrew, M., McCormick, F., Wade, A., Quinn, B., & Dowswell, T. (2012). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD001141.pub4
- Ross, J. K., Patterson, L. T., & Stutts, M. A. (1992). Consumer perceptions of organizations that use cause-related marketing. *Journal of the Academy of Marketing science*, 20(1), 93-97.
- Schultink, W. (3 de August de 2015). *Breastfeeding and work: snapshots from companies around the world*. Obtenido de UNICEF Connect: <https://blogs.unicef.org/blog/breastfeeding-and-work-snapshots-from-companies-around-the-world/>
- Srinivas, G., Benson, M., Worley, S., & Schulte, E. (2015). A clinic-based breastfeeding peer counselor intervention in an urban, low-income population: interaction with breastfeeding attitude. *Journal of Human Lactation*, 31(1), 120-8. doi:10.1177/0890334414548860
- Strahilevitz, M., & Myers, J. G. (1998). Donations to charity as purchase incentives: How well they work may depend on what you are trying to sell. *Journal of consumer research*, 24(4), 434-446.
- The DHS Program. (2013). Encuesta Demográfica y de Salud 2013 [Base de datos]. Recuperado de: <https://dhsprogram.com/what-we-do/survey/survey-display-439.cfm>.

- Trimble, C. S., & Rifon, N. J. (2006). Consumer perceptions of compatibility in cause-related marketing messages. *International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing*, 11(1), 29-47.
- UNICEF. (2016). *From the First Hour of Life: A New Report on Infant and Young Child Feeding*.
- UNICEF. (08 de 2018). *UNICEF for everychild - Dominican Republic*. Obtenido de UNICEF data: <https://data.unicef.org/country/dom/>
- Varadarajan, P. R., & Menon, A. (1988). Cause-related marketing: A coalignment of marketing strategy and corporate philanthropy. *The Journal of Marketing*, 58-74.
- Victora, C. G., Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., . . . Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490.
- Walker, M. (2007). International breastfeeding initiatives and their relevance to the current state of breastfeeding in the United States. *Journal of Midwifery & Women's Health*. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52, 549–555.
- WCRF/AICR. (2010). *Continuous Update Project Report: Diet, nutrition, physical activity and breast cancer*. Obtenido de World Cancer Research Fund: wcrf.org/breast-cancer-2017
- WHO/HRP. (April de 2015). *WHO statement on caesarean section rates*. Obtenido de World Health Organization (WHO) Human Reproduction Program (HRP): http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/
- WHO/UNICEF. (2013). *Ending preventable child deaths from pneumonia and diarrhoea by 2025*.
- World Bank Group. (2017). *World Development Indicators 2016*. Washington, DC: World Bank.

Anexo A

Tabla A1. Relación entre categoría de ingreso y hospital

	Ingresos Medios	Ingresos Bajos	Total
Hospital General de la Plaza de la Salud	233	17	250
Hospital Robert Reid Cabral	48	202	250
Total	281	219	500