

Estado de situación de la práctica de la lactancia materna y las políticas de apoyo, protección y promoción en Uruguay



Ministerio
de Salud
Pública

unicef 

para cada infancia

**Estado de situación de la práctica de la lactancia materna
y las políticas de apoyo, protección y promoción en Uruguay**

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF Uruguay

Autora: Florencia Köncke, magíster en Nutrición

Primera edición: Montevideo, junio de 2024

CONTENIDO

Presentación	5
1. Situación de la lactancia materna en Uruguay, evolución de los principales indicadores en el contexto de los OSN 2030 y los ODS	7
Preparación de la mujer embarazada para el nacimiento	8
Inicio de la lactancia	8
Uso de preparados para lactantes durante la internación e indicación al alta hospitalaria	9
Tasa de LME en menores de 6 meses	9
Tasa de lactancia materna continua al año y a los 2 años	10
Duración de la lactancia materna	11
Principales motivos de destete en menores de 6 meses	11
Inclusión de PPL antes de los 6 meses de vida	12
Salas o espacios de lactancia en el ámbito laboral y de estudios	12
2. Revisión y actualización de la legislación y normativa nacional en relación con el trabajo y el estudio	15
Amparo para todos los trabajadores del ámbito público y privado	17
Mujeres que asisten a centros educativos de secundaria y nivel técnico	18
3. Ministerio de Salud Pública y programas de apoyo, promoción y protección de la lactancia materna	21
Objetivos estratégicos vinculados a la promoción, protección y apoyo a la lactancia	22
Acciones y rutas de trabajo para 2024 por línea de intervención (OSN 2030) para alcanzar los objetivos de lactancia materna	29
Buenas prácticas de alimentación en maternidades	29
Salas y espacios de lactancia en ámbitos laborales y centros educativos	30
Grupo de trabajo interinstitucional de lactancia materna	30
Referencias	33

Presentación

Para asegurar que todos los lactantes y niños pequeños reciben la mejor nutrición y cuidados posibles, el entorno social debe ser favorable a la lactancia materna, protegido y sostenido por el compromiso político, las políticas y los recursos.

The Lancet, 2023

La lactancia materna se asocia a beneficios múltiples a corto y largo plazo para la salud del niño y la madre.

En los niños, la lactancia materna contribuye a reducir la morbilidad, particularmente durante el período neonatal. A largo plazo, la extensión de la lactancia previene el exceso de peso y las enfermedades no transmisibles que pueden afectar la calidad de vida precozmente. Además, la duración de la lactancia materna se asocia a un mayor desarrollo cognitivo, más años de escolaridad e ingresos en la vida adulta, entre otras ventajas. En el caso de las mujeres, los beneficios de la lactancia se asocian a la prevención de enfermedades cardiovasculares y de algunos tipos de cáncer. En el ámbito nacional e internacional se recomienda que la lactancia materna sea exclusiva durante los primeros 6 meses, momento en el cual debe ser complementada con alimentos adecuados, mientras se sostiene la lactancia hasta los 2 años o hasta que madre e hijo lo decidan.

Sin embargo, y a pesar de la claridad y la contundencia de la evidencia que sustenta estas recomendaciones, muchas madres que pueden y quieren amamantar enfrentan numerosos retos para iniciarla y mantenerla durante el tiempo en que es exclusiva. Las últimas revisiones señalan:

las prácticas de lactancia materna a nivel poblacional pueden mejorarse rápidamente

a través de intervenciones multinivel y multicomponente en todo el modelo socio ecológico y entornos. La lactancia materna no es responsabilidad exclusiva de las mujeres y requiere enfoques sociales colectivos que tengan en cuenta las desigualdades de género. (The Lancet, 2023)

Uruguay presenta un largo historial en la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna, lo que se evidencia en la evolución de algunos de los indicadores que evalúan las prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño. Sin embargo, también se observan tendencias negativas, tanto en prácticas como en indicadores que requieren ser abordados prontamente para evitar que estas interfieran aún más con una lactancia materna exitosa.

En este sentido, el Ministerio de Salud Pública (MSP), alineado con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), da un lugar trascendental a la lactancia materna al incluir metas concretas a alcanzar dentro de los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) para el 2030.

En los OSN se expresa que es necesario asegurar que se cumplan las normas vigentes vinculadas a la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, y se incluye el monitoreo del Código Internacional de Sucesos de Leche Materna, al mismo tiempo que alienta a las maternidades del país a iniciar el proceso de recertificación en

Buenas Prácticas de Alimentación (BPA), estrategia adaptada en Uruguay a partir de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) (OPS, OMS, 2016).

Esta consultoría pretende brindar insumos al MSP, a través de la Coordinación de Lactancia

Materna del Área programática de la Niñez, para identificar y priorizar las acciones con el objetivo de aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva (LME) en menores de 6 meses y su prevalencia al mes de vida para el 2030.

1.

Situación de la lactancia materna en Uruguay, evolución de los principales indicadores en el contexto de los OSN 2030 y los ODS

El estado nutricional y la salud de los niños menores de 24 meses depende directamente de las prácticas alimentarias, por lo que mejorar estas permitirá no solo colaborar con su supervivencia, sino también con un crecimiento saludable.

Los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) del Ministerio de Salud Pública para el periodo 2020-2030, incluyen «promover una nutrición adecuada en el embarazo y en la primera infancia», los que se alinean con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (MSP, 2023) (ONU, 2015). Estos objetivos fueron definidos en 2015, y su fin último es la erradicación de la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos al año 2030. Para esto, cada uno de los 17 objetivos tiene metas específicas que deben cumplir los estados parte, como Uruguay.

En este contexto es importante señalar que la lactancia materna, además de ser beneficiosa para las madres y sus lactantes, es esencial para el logro del ODS 2 (mejora de la nutrición), ODS 3 (reducción de la pobreza) y el ODS 4 (promover el crecimiento económico de los países y la reducción de las desigualdades) (ONU, 2015).

Mejorar los resultados de la lactancia materna es posible si se instalan estrategias probadas capaces de aumentar la incidencia y la duración de esta. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF en 1991 lanzaron la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN), con el objetivo de proteger, promover y apoyar la lactancia materna en establecimientos

donde se presten servicios de maternidad (OMS, UNICEF, 1991). Para esto se propuso que en estos establecimientos se sigan los «Diez pasos hacia una feliz lactancia natural» y adhieran al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, del año 1981 (OMS, 1981).

Los *Diez pasos* proponen cambios multinivel, donde se incluye la generación de una política institucional de lactancia materna, personal capacitado con habilidades para apoyar y promover la lactancia, y cambios estructurales en estos servicios.

En Uruguay, la estrategia IHAN se implementa en forma continua desde 1996 y en estos casi treinta años ha tenido relevancia dispar en las políticas dirigidas a las maternidades del país. La iniciativa ha tomado el nombre de Estrategia para las Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (BPA). (MSP, OPS, 2018)

El monitoreo de la situación de la lactancia materna se realiza con un conjunto de indicadores «fáciles de medir, válidos y fidedignos para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño» propuestos por la OMS para los estados parte (OMS, 2008). Los indicadores se presentan en dos grandes grupos: los primeros se definen como claves mientras los segundos son opcionales.

Los indicadores claves permiten establecer la situación poblacional, las tendencias nacionales, identificar grupos de riesgo, así como monitorear

el progreso de las metas, lo que permite evaluar las intervenciones. Estos son el inicio temprano de la lactancia materna, la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses y la lactancia materna continua al año de vida. La OMS recomienda, siempre que sea posible, que la lactancia materna sea exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y que se mantenga durante al menos los primeros dos años de vida, Uruguay adhiera a estas pautas. En la evidencia que sustenta estas recomendaciones se señala que amamantar es posible en prácticamente todas las mujeres, siempre que así lo decidan, reciban apoyo y orientación, siendo estos dos últimos factores de éxito para la lactancia materna (OMS, UNICEF, RUANDI, 2016) (OMS, 2018).

En el 2014 la OMS presentó las Metas Mundiales de Nutrición 2025, que, en relación con la lactancia materna, plantean «incrementar hasta al menos un 50 % la tasa de lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses».

Uruguay cuenta con datos recientes sobre los indicadores de lactancia materna a partir de la Encuesta Nacional de Lactancia, Prácticas de Alimentación y Anemia en menores de 24 meses usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud 2020 (ENLM), relevada entre el 2019 y 2020 (RUANDI, MSP, UNICEF, INE, 2020).

En este estudio se observan algunos retrocesos en indicadores claves, pero mejoras en otros. Uruguay ha superado la meta de la LME hasta los 6 meses de la OMS para el 2025, al situarse en un 57,4 %. Sin embargo, las cifras actuales son similares a las de la década anterior. Asimismo, se constatan cambios negativos en la evolución de otros indicadores, lo que manifiesta la necesidad de implementar intervenciones que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna en todo el país. Con este objetivo, el MSP ha fijado la meta de aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva

en menores de 6 meses al 65 % y aumentar la prevalencia de LME al mes de vida al 85 % al 2030.

A continuación, se presentan los últimos datos disponibles sobre la lactancia materna y su evolución en las últimas dos décadas.

Preparación de la mujer embarazada para el nacimiento

En la actualidad y dentro de las metas prestacionales del MSP para el 2023 en el componente 2, «Salud de la mujer embarazada y puérpera», se incluye la preparación para el nacimiento, con un total de siete clases. Esta meta se mantendrá incambiada para el período 2024-2025 de acuerdo con la última actualización publicada por el MSP.¹

Los contenidos de los talleres son definidos por el MSP y se incluyen en el instructivo de las metas prestacionales. Deben abordar aspectos generales y centrales de la lactancia materna, entre ellos los beneficios para el recién nacido y para la madre, técnicas de amamantamiento, fomentar la confianza de la madre y su familia, cuidados de las mamas, técnicas de extracción de leche materna y su correcta conservación, entre otros (MSP, 2023).

Debe señalarse que, si bien a estos talleres pueden concurrir todas las mujeres embarazadas, la meta refiere a aquellas que cursan su primer embarazo y a las que sus gestas previas no culminaron en parto o cesárea (aborto en semana ≤ 20).

Inicio de la lactancia

En la ENLM se señala que el 57,2 % de los niños inició la lactancia materna dentro de la primera hora de vida, con grandes diferencias según el tipo de nacimiento. En los nacimientos por parto vaginal esta cifra asciende al 72,4 %, pero

1 Metas asistenciales 2024-2025, Ministerio de Salud Pública, disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/met-asistenciales-2024-2025>.

desciende 33 puntos cuando fue por cesárea con anestesia raquídea.

Se cuenta con datos de este indicador desde el 2007, cuando se observó el mayor porcentaje de niños que iniciaron la lactancia materna en la primera hora de vida, 3 puntos más que en el 2020 (RUANDI, MSP, UNICEF, INE, 2020).

El inicio de la lactancia materna en la primera hora tras el nacimiento y la inclusión de alimentos distintos de la leche materna durante los 3 primeros días influyen en el éxito de la lactancia y en las tasas de mortalidad neonatal (OPS, OMS, 2010). El inicio de la lactancia dentro de la primera hora luego del nacimiento se vincula con mejores cifras de LME a los 3 y 6 meses de edad, y sucede lo mismo en niños nacidos por parto vaginal en relación con aquellos que lo hicieron por cesárea.

Es importante señalar que el 53,8 % de los niños integrados en esta encuesta nacieron por parto vaginal, y la cesárea con anestesia raquídea fue el segundo tipo de nacimiento (41,9 %) (RUANDI, MSP, UNICEF, INE, 2020).

Uruguay ha seguido la tendencia mundial en el aumento de nacimientos por cesárea, al pasar de 36 % en 2009 a 52 % en 2022, aunque en algunas instituciones alcanza el 80 %. (MSP, 2023) Las cesáreas impactan en la salud materno-infantil, e influyen también en la lactancia materna, lo que se observa en Uruguay y a nivel global (UDELAR, 2023).

En las primeras 48 horas luego del nacimiento, el 88,5 % de los niños había iniciado la lactancia materna, y fue exclusiva en el 61,5 % de los casos. El 56,8 % de los niños nacidos antes de las 37 semanas de gestación iniciaron con leche materna en las primeras 48 horas.

Uso de preparados para lactantes durante la internación e indicación al alta hospitalaria

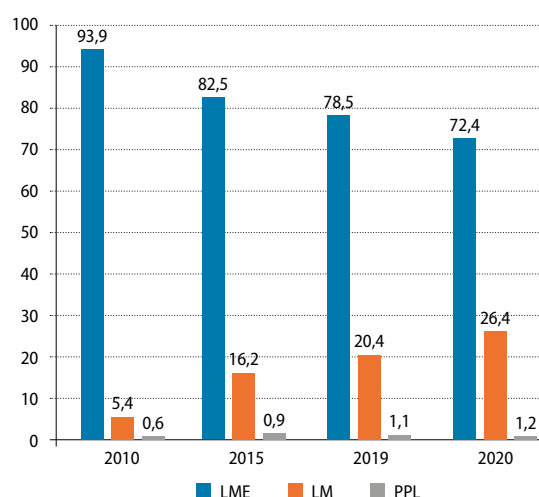
En el período de internación, el 44,5 % recibió preparado para lactante (PPL), y se registran grandes diferencias según el subsector. En el subsector público de Montevideo, el 70 % de los niños

recibieron indicación de PPL durante su internación, lo que pone en evidencia que es necesario intervenir en estos servicios.

Para el total de los niños nacidos en el país con pesos extremos, es decir menos de 2500 gramos y más de 4000 gramos, la indicación de PPL durante la internación alcanzó el 80 % y el 54 % respectivamente (RUANDI, MSP, UNICEF, INE, 2020).

En cuanto a la alimentación al alta hospitalaria, se constata una caída de 20 puntos porcentuales de la LME en el período 2010-2020, y en la actualidad se sitúa en 72,4 % (gráfico 1).

Gráfico 1. Evolución de la alimentación al alta, serie 2010-2020, para todo el país (SIP), en porcentaje



Fuente: Tomado y modificado de *Factores que inciden en la alimentación del recién nacido en la maternidad y al alta*, UNICEF, RUANDI (2023a).

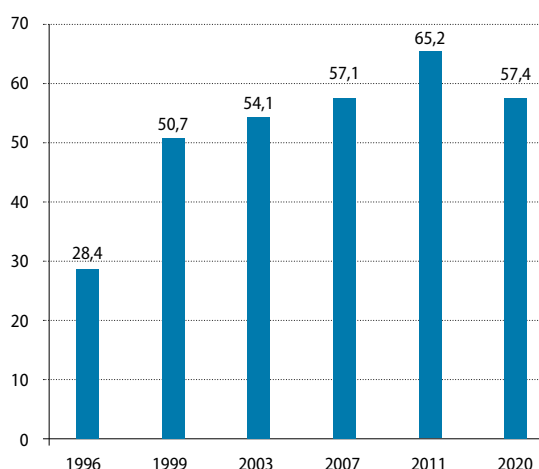
La LME durante la internación y al alta impacta en el bienestar de la madre y el recién nacido, lo que favorece que se mantenga la lactancia materna en forma exclusiva hasta los 6 meses y luego hasta que la madre y el niño lo decidan (UNICEF, RUANDI, 2023a) (OMS, 2014) (OMS, 2018).

Tasa de LME en menores de 6 meses

Según la ENLM, a los 6 meses de edad la tasa de LME alcanza el 57,4 %, guarismo que descendió

7,8 puntos porcentuales con respecto a 2011 (65,2 %), y regresó a las cifras observadas en 2007 (57,1 %). Aunque esto muestra un retroceso, es importante señalar que Uruguay ha podido mejorar esta situación, ya que entre 1996 y el 2020 la tasa de LME aumentó 29 puntos porcentuales. (RUANDI, MSP, UNICEF, INE, 2020) (gráfico 2).

Gráfico 2. Tasa de LME en menores de 6 meses, serie 1996-2020



Fuente: tomado y adaptado de la ENLM 2020

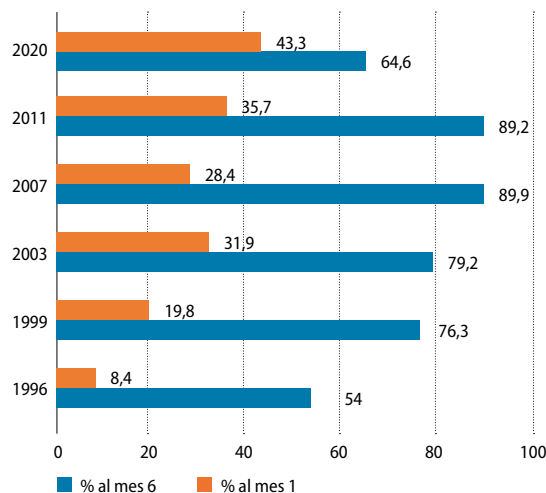
Además, la tasa de LME reportada por la última encuesta señala que el descenso se da a expensas de lo que ocurre en los primeros meses de vida, especialmente en el primer mes (RUANDI, MSP, UNICEF, INE, 2020). La LME en el primer mes de vida descendió 25 puntos entre el 2011 y el 2020, lo que muestra la necesidad de impulsar estrategias inmediatas e integrales (gráfico 3).

En este contexto es importante que se generen entornos que protejan y promuevan la lactancia materna, especialmente en las maternidades. Que la lactancia materna se instale en forma exitosa en las primeras horas de vida se relaciona con mejores resultados en su exclusividad y permanencia. Para esto se requieren servicios y equipos de salud capacitados que apoyen y promuevan la lactancia materna y garanticen el pleno cumplimiento del CISM (OMS, 1981) (The Lancet, 2023).

La última evidencia deja en claro que las tasas de lactancia materna pueden mejorarse rápidamente ampliando las intervenciones, políticas y programas conocidos (The Lancet, 2016) (The Lancet, 2023).

Es importante señalar que, a pesar de los cambios en las cifras de LME en el primer mes de vida, al sexto mes los guarismos mantienen una tendencia ascendente, y se quintuplican en relación con 1996 (gráfico 3).

Gráfico 3. Evolución de la LME, al mes y al sexto mes de vida, serie 1996-2020



Fuente: tomado y adaptado de la ENLM 2020

Tasa de lactancia materna continua al año y a los 2 años

Al año de vida, el 62,7 % de los niños continúan con lactancia materna, cifra que desciende al 46,4 % a los 2 años de edad (RUANDI, MSP, UNICEF, INE, 2020). En la evolución de este indicador se observan mejoras con relación al 2011, al aumentar 18 y 19 puntos al año y a los 2 años, respectivamente.

A finales de los noventa, la tasa de lactancia materna continua al año de vida (12 a 15 meses) alcanzaba el 24,6 %, 23 años más tarde ascendió

al 62 %. Algo similar se registró en la tasa de lactancia materna continua a los dos años (20 a 24 meses), al pasar de 11,8 % en 1996 a 46,4 % en 2019 (RUANDI, MSP, UNICEF, INE, 2020).

Duración de la lactancia materna

La media de este indicador se ubicó en los $14,6 \pm 5,7$ meses en 2020, con lo que mejoró claramente con relación al 2011, donde la media fue de $9,3 \pm 6,5$ meses.

Los datos disponibles señalan que la media de la duración de la lactancia materna se incrementó de 5,7 a 16 meses entre 1996 y 2020 (RUANDI, MSP, UNICEF, INE, 2020).

Principales motivos de destete en menores de 6 meses

La ENLM evidencia que en los menores de 6 meses los principales motivos referidos por las madres son la insuficiente cantidad de leche (59 %), el bebé no succiona correctamente (15,3 %) y motivos relacionados con el trabajo materno (12,8 %). Es importante señalar que en el cuarto lugar se menciona como causa la enfermedad materna, motivo que se ha duplicado en los últimos 20 años. En el gráfico 4 se muestra la evolución de estos motivos secundarios.

El principal motivo de destete se ha mantenido en las dos últimas décadas. Las madres manifiestan que su leche no es suficiente, causa que se sitúa en las mismas cifras que en 2007 (RUANDI, MSP, UNICEF, INE, 2020).

Históricamente, el tercer lugar era ocupado por la percepción de que la calidad de leche materna era inadecuada, motivo que prácticamente no se menciona en los últimos estudios, y había pasado de 7,4 % a 1,7 % en 1999 y 2011, respectivamente (RUANDI, MSP, UNICEF, INE, 2020). Por otro lado, en estos años el motivo «no succionaba» se ubicó en el cuarto lugar, con cifras de 11,5 % en

2011, mientras que en la ENLM ocupó el segundo con 15,3 % (gráfico 4).

La evidencia reciente señala que los motivos más frecuentes de consulta médica en los recién nacidos se vinculan con un comportamiento intranquilo del lactante.

En este punto importa señalar que los seres humanos nacen y permanecen en un estado de inmadurez por un tiempo prolongado, y el llanto es el mecanismo por el cual los lactantes y los niños pequeños expresan su malestar o necesidad de cuidado (The Lancet, 2023). El llanto, la irritabilidad y la corta duración del sueño nocturno son frecuentes y esperables en la primera infancia, sin embargo, están siendo usados por las empresas para explotar la inseguridad de las madres sobre la calidad o cantidad de su leche para satisfacer y calmar al bebé, y ofrecer los PPL como una solución al problema (The Lancet, 2023).

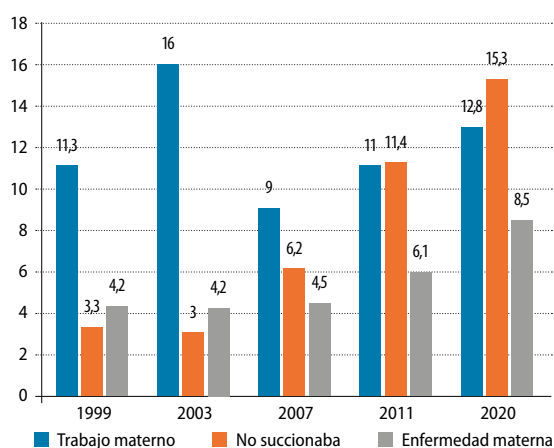
En el mundo, la percepción de que la leche materna es insuficiente es la razón aducida por más de la mitad de las madres para introducir los PPL antes de los seis meses posparto, y por un tercio de las madres para interrumpir la lactancia (The Lancet, 2023). Es de especial interés que el personal sanitario tenga las habilidades requeridas para prevenir los problemas comunes de la lactancia temprana y evitar que los comportamientos comunes del desarrollo infantil se resuelvan con el uso de PPL.

El trabajo materno ocupó el tercer lugar, lo que indica una mejora con relación a la serie 1999-2011, cuando el trabajo era la segunda causa; sin embargo, continúa siendo una de las principales dificultades relacionadas con el destete en los primeros 6 meses (RUANDI, MSP, UNICEF, INE, 2020). Es importante señalar que desde la aprobación de la Ley 19530, del 2017, sobre la instalación de salas y espacios de lactancia en los ámbitos de trabajo y estudio, se han observado algunos avances, ya que antes de la promulgación de la ley estos espacios se implementaban solo de forma voluntaria (UNICEF, RUANDI, 2023b).

Por otro lado, es necesario profundizar sobre los motivos de destete, que muestran un aumento

en la serie estudiada. Comprender con mayor profundidad por qué han aumentado podría aportar información necesaria para abordarlos y revertir la tendencia. En el gráfico, con el objetivo de visualizar de mejor manera la evolución de las tendencias, no se incluye el principal motivo, la cantidad de leche insuficiente.

Gráfico 4. Evolución de los motivos secundarios de abandono de la LME en menores de 6 meses, serie 1999-2020, en porcentaje



Fuente: tomado y adaptado de la ENLM 2020.

Inclusión de PPL antes de los 6 meses de vida

A los 6 meses, siete de cada diez niños que no eran amamantados en forma exclusiva había recibido algún PPL como el primer líquido distinto a la leche materna. Como en el destete, dos de los tres principales motivos refieren a la cantidad insuficiente de leche materna (16,5 %) o a que la leche materna no era suficiente alimento (15,4 %) para el niño. Por otro lado, el 16,2 % de los niños había incluido PPL por indicación de algún profesional de la salud.

La OMS ha reportado recientemente que los problemas de salud mental, la ansiedad que genera el «comportamiento inestable» de los recién nacidos, así como que la mujer declara que la

leche materna es insuficiente, son los retos que requieren abordarse con mayor énfasis (OMS, 2018).

En este contexto cobra especial relevancia asegurar el acceso universal a una mejor calidad en el proceso asistencial, que debe de iniciarse idealmente antes de la concepción, que acompañe el embarazo, el posparto inmediato y los primeros meses de vida del niño. En este proceso se debe apoyar y asesorar a la mujer en la práctica de la lactancia materna, especialmente en aquellos aspectos vinculados a la producción de leche materna y su autoeficacia, teniendo en cuenta la realidad nacional (The Lancet, 2023) (UNICEF, RUANDI, 2023a).

En los últimos años, las investigaciones han demostrado en forma contundente que los lactantes y niños pequeños que son únicamente amamantados tienen más probabilidad de sobrevivir y crecer saludablemente, lo que se refleja a corto y largo plazo. Sin embargo, hoy más que nunca se constata la mayor inclusión de PPL en niños pequeños a nivel global (The Lancet, 2023). Uruguay pareciera seguir la misma tendencia.

Salas o espacios de lactancia en el ámbito laboral y de estudios

La ENLM relevó la presencia de espacios o salas de lactancia en los lugares de trabajo o estudios de las mujeres incluidas en el estudio. El 24 % de las mujeres que se reintegraron a su ámbito laboral manifestaron contar con estos espacios, cifra que descendió 2 puntos entre aquellas que regresaron a su centro de estudio.

Debe recordarse que en 2017 se promulgó la Ley 19530 que obliga a que se instalen estos espacios en los lugares de trabajo y estudio en todo el territorio nacional, de acuerdo al Decreto 234/2018 (UNICEF, RUANDI, 2023b).

En 2023 y a partir de un estudio secundario de la ENLM y de la Encuesta Nacional de Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS, 2018) se observó la práctica de lactancia materna en el contexto del trabajo remunerado. Los datos señalan, en resumen, que el

uso de las salas o espacios de lactancia se vincula con el tiempo de trabajo remunerado y que el uso de estas aumenta a medida que lo hacen las horas de trabajo (UNICEF, RUANDI, 2023b).

La última cohorte de la ENDIS (2018) constató que la LME en menores de 6 meses disminuye a medida que aumentan las horas de trabajo remunerado. Este mismo estudio muestra que el 60 % de las mujeres que cuentan con sala de lactancia mantienen la exclusividad hasta los 6 meses y en 31 % de ellas la lactancia materna es mixta. Esta situación cambia cuando las mujeres no cuentan con una sala o espacio de lactancia: la LME disminuye al 51 % y la lactancia mixta al 40 % (MIDES, 2020).

En el 2022 el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) realizó 81 inspecciones en empresas de Montevideo, Maldonado, Florida, Canelones, San José y Florida, que nuclean a unos 23.000

trabajadores, y detectó que 18,5 % no contaban con sala ni espacio de lactancia.

El decreto reglamentario de la Ley 19530 establece que la instalación de salas de lactancia en estos ámbitos debe comunicarse al Ministerio de Salud Pública. El trámite para su registro puede realizarse en forma presencial o virtual, siguiendo el instructivo disponible en la web del MSP.² Una vez registrada, el MSP remitirá la nómina al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social cuando este así lo requiera.

El estudio realizado en 2023 por UNICEF y RUANDI, a partir de entrevistas realizadas a mujeres que trabajan y amamantan, concluyó que la decisión de continuar con la lactancia una vez reintegrada se da independientemente de contar o no con una sala o espacio de lactancia. Sin embargo, las mismas mujeres reconocen que su existencia facilita el mantenimiento de la LME hasta los 6 meses y su continuidad.

2 <https://www.gub.uy/tramites/registro-salas-espacios-lactancia-lugares-trabajo-estudio>.

2.

Revisión y actualización de la legislación y normativa nacional en relación con el trabajo y el estudio

La Organización Internacional del Trabajo ha establecido normas que promueven la igualdad y el derecho de todas las mujeres a trabajar en forma remunerada sin que eso afecte su salud ni la de sus hijos.

En Uruguay se han implementado políticas públicas y legislación para proteger la maternidad, paternidad, cuidados y lactancia. Las primeras leyes se vinculan a las condiciones laborales y los subsidios a recibir durante el embarazo y las primeras semanas del bebé. En la actualidad aún existen diferencias en los beneficios según el ámbito laboral donde los padres se desempeñen, sea este público o privado.

En este capítulo, en primer lugar se presentan por separado los beneficios según el ámbito laboral, para luego desarrollar aquellos que son para el conjunto de los trabajadores. En cada una de las secciones se expondrán las leyes o las prestaciones o beneficios de acuerdo con el ciclo que se desarrolla en el período, es decir: embarazo, primeros meses de vida, reintegro a la actividad laboral o de estudios y la lactancia, que es transversal a estos dos últimos. Por último, se incluyen los beneficios para aquellas mujeres que se encuentran estudiando.

Para los trabajadores del ámbito privado y monotributistas, la Ley 19161 de 2013 establece un período de amparo del subsidio de catorce semanas por licencia maternal. Estas deberán distribuirse de la siguiente forma: seis semanas antes

de la fecha presunta del parto y hasta ocho semanas después del nacimiento, período que puede ser modificado mediante certificado médico.

En 2021 se aprobó la Ley 20000, que sustituye algunos artículos de la Ley 19161. Establece que, en caso de nacimientos múltiples, o peso al momento de nacer menor o igual a 1,5 kilogramos, el período de amparo al subsidio por maternidad podrá extenderse hasta los seis meses y en ningún caso será inferior a catorce semanas.

El subsidio por paternidad, contabilizado a partir del nacimiento del hijo, prevé 13 días continuos para los trabajadores dependientes y 10 para los no dependientes. El Banco de Previsión Social prevé un amparo diferencial que podrá extenderse hasta por 30 días consecutivos en aquellos casos incluidos en la Ley 20000.

Una vez finalizada la licencia maternal y la mujer retorne a la actividad laboral, la legislación establece un subsidio parental para cuidados del recién nacido que se extiende hasta los 6 meses del hijo del beneficiario. Este período podrá extenderse hasta los 9 meses en los casos incluidos en la Ley 20000. En el período establecido para cuidados del recién nacido, la jornada laboral no podrá exceder la mitad del horario habitual ni superar las cuatro horas diarias. Este beneficio se podrá usar indistintamente y en forma alternada por el padre y la madre. En casos de adopción, los trabajadores tienen derecho a 42 días de licencia paga, lo que equivale a seis semanas, período

luego del cual se accede al beneficio de la reducción del medio horario, el que se extiende hasta los seis meses.

Al medio horario, y en caso de que sea la mujer quien haga uso de este subsidio, se adicionan hasta dos medias horas para poder dedicarlas al amamantamiento, independientemente del descanso intermedio. Este tiempo podrá usarse dentro de la empresa, en las salas o espacios de lactancia, o es posible acumularlas en una hora menos al día, que puede extenderse hasta los 2 años del niño sin que represente un cambio en la remuneración. Este beneficio será pagado por el empleador. Las dos medias horas se establecen teniendo en cuenta una jornada laboral de ocho horas, en caso de que el tiempo sea menor o mayor deberá ajustarse.

Por otra parte, algunos colectivos, a partir de negociaciones realizadas por organizaciones gremiales, han establecido acuerdos específicos en estas condiciones. Tal es el caso de las profesionales médicas que se desempeñan en el sector privado, que acordaron que cuando la jornada laboral se extiende por más de ocho horas se amplíe el beneficio de las dos medias horas de lactancia de manera proporcional, en este caso no podrán ser compactadas. En todos los casos y hasta los 6 meses del niño, las mujeres no verán resentidos sus ingresos, con el 50 % de la retribución a cargo de la empresa y el otro 50 % a cargo del BPS.³

Los funcionarios del ámbito público de la administración central disponen de trece semanas de licencia por maternidad. En este caso el uso es distinto: la licencia debe comenzar una semana antes y extenderse hasta las doce semanas después del parto. Sin embargo, puede adelantarse hasta seis semanas antes de la fecha de parto. Los padres que se desempeñan en la actividad pública tienen un subsidio de 10 días continuos luego del nacimiento de su hijo.

Al igual que en los trabajadores del ámbito privado en caso de nacimientos múltiples, pretérmino o en caso de que el bebé tenga alguna discapacidad, la licencia por maternidad podrá extenderse hasta las dieciocho semanas. En caso de que el o los bebés requieran internación, el padre y la madre, biológicos o adoptivos, tendrán derecho a licencia durante ese tiempo, con un máximo de sesenta días. Al término de esta comenzará el usufructo de la licencia por maternidad o paternidad. En el caso de la licencia por maternidad, corresponderá el usufructo de dieciocho semanas de licencia.

Una vez finalizada la licencia por maternidad, las trabajadoras tienen derecho a reducir a la mitad su jornada laboral por lactancia hasta un máximo de nueve meses luego de su reintegro al trabajo. Este beneficio es exclusivo para las mujeres.

En noviembre del 2023 se aprobó la rendición de cuentas y balance de ejecución presupuestal del ejercicio 2022, Ley 20212,⁴ que en su artículo 53 incluye ampliaciones de la licencia maternal y paternal para nacimientos complejos.

Quedan comprendidas aquellas situaciones que impliquen riesgo o compromiso de vida del recién nacido, así como aquellas que, sin implicarlo, requieran de internación o tratamiento que a juicio del médico necesite o se beneficie de los cuidados de su madre. En estos casos, la licencia por maternidad podrá extenderse hasta que el hijo cumpla 6 meses de edad. La licencia por paternidad se extiende por 30 días luego del nacimiento en nacimientos múltiples, pretérmino o en los casos previstos en el artículo.

Una vez finalizada la licencia por maternidad o paternidad, los trabajadores serán beneficiarios de una licencia para el cuidado del recién nacido, que podrán usar indistintamente y en forma alterna el padre y la madre, hasta que el hijo cumpla 6 meses de edad o hasta los 9 meses de edad, en las situaciones previstas en el artículo.

3 BPS, obtenido de <https://www.bps.gub.uy/8959/subsidio-para-cuidados-del-recien-nacido.html>.

4 <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/20212-2023/53#:~:text=Los%20trabajadores%20p%C3%BAblicos%2C%20ser%C3%A1n%20beneficiarios,los%20nueve%20meses%20de%20edad%2C>.

En el ámbito público, el uso de las dos medias horas puede extenderse hasta los 2 años de vida del niño. Sin embargo, es importante destacar que el régimen de lactancia está regulado por estatutos especiales que dependen del organismo del Estado donde la trabajadora desempeñe funciones.

Tal como en el sector privado, la jornada laboral de las profesionales médicas que se desempeñen en el ámbito público será de medio horario hasta nueve meses después de retornar de la licencia por maternidad y podrán gozar de una reducción horaria hasta que el lactante lo requiera, al presentar certificación médica.

Amparo para todos los trabajadores del ámbito público y privado

La Ley 11577 de 1950 establece en los artículos 16 y 17 que las mujeres embarazadas tienen derecho a ausentarse por el tiempo que el médico indique como *indispensable*, y regula el pago de salario íntegro cuando el periodo sea menor a cuatro meses. Por otro lado, establece condiciones que amparan a las mujeres que sean despedidas durante ese período. Cuatro décadas después, la Ley 17215 establece que las mujeres durante el embarazo y la lactancia, tienen derecho a obtener un cambio temporario de sus actividades si estas pudiesen afectar su salud o la de su hijo.

En 2015, la Ley 19313, que regula la nocturnidad, establece:

A la mujer grávida o que ha dado a luz, hasta un año posterior a su alumbramiento, se le asignará horario de trabajo diurno por parte del empleador, por la sola voluntad de la trabajadora, sin que esto signifique pérdida de la compensación por trabajo nocturno.

En forma reciente, la Ley 20129 establece:

Toda trabajadora embarazada, tanto en la actividad privada como en la pública, cualquiera

fuere la naturaleza jurídica de su relación laboral o funcional, tendrá derecho a ausentarse de su lugar de trabajo, hasta cuatro horas al mes, con la finalidad de concurrir a los controles de embarazo u otras consultas relacionadas.

Dichas horas se computarán como trabajadas a todos los efectos legales y reglamentarios, no pudiendo ser descontadas del salario o remuneración.

Con el objetivo de colaborar en la humanización del parto y en una mejor experiencia de las mujeres durante el trabajo de parto y durante el parto, en 2001 se promulga la Ley 17386, que establece que toda mujer durante el tiempo que dure el trabajo de parto, incluyendo el momento mismo del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza, o en su defecto a una especialmente entrenada para darle apoyo emocional. En su reglamentación se enfatiza que toda mujer embarazada debe estar debidamente informada de este derecho, que debe ser promovido por los profesionales y los centros asistenciales, sean públicos o privados de todo el país.

Una vez finalizada la licencia materna, las mujeres pueden reducir su horario laboral a un máximo de 4 horas diarias y el uso dentro de este de un tiempo destinado al amamantamiento o lactancia, con diferencias según sea el ámbito público o privado.

Asimismo, en 2018 se aprobó la instalación de salas o espacios de lactancia materna en los lugares de trabajo y estudio en todo el territorio nacional. Como se dijo, antes de que la ley se promulgara, la instalación era voluntaria y dependía de la voluntad o acuerdos institucionales.

Nota: en 2023 se publicó una serie sobre Lactancia Materna en *The Lancet*. El grupo de expertos que la redactó resalta que la necesidad de las mujeres de trabajar en forma remunerada es una de las barreras más frecuentes para continuar con la lactancia materna. Sin embargo, se han identificado algunas acciones que contribuyen a que se mantenga, entre ellas las licencias por

maternidad, las pausas para la lactancia, así como la instalación de espacios para la extracción de leche materna. Estas acciones además se asocian a una mortalidad infantil menor, a mejoras en la salud física y mental de las mujeres, y reportan beneficios adicionales a las empresas.

Uruguay dispone de beneficios para las madres y padres que se ajustan a estas recomendaciones, sin embargo, aún se puede seguir avanzando en esta línea en un contexto donde la natalidad ha decrecido drásticamente en el último decenio.

Mujeres que asisten a centros educativos de secundaria y nivel técnico

En 1999, la circular 29/99, referida al régimen especial de control de asistencia y apoyo a estudiantes embarazadas y puérperas en los centros educativos dependientes de ANEP, resuelve:

Establecer un régimen especial de control de asistencias y de apoyo a las estudiantes embarazadas y puérperas de los centros de educación media y superior dependientes de la Administración Nacional de Educación Pública;

Mantener la condición de estudiantes reglamentadas a quienes en razón de su embarazo, parto y posparto superen el límite de inasistencias previsto en las reglamentaciones vigentes, debiendo justificar en cada caso tal situación ante la Dirección del establecimiento;

Establecer que, cuando el Plan de Estudios cursado por las estudiantes requiera suficiencia, en un número determinado de asignaturas para obtener la promoción, y esta no haya sido alcanzada, dichas estudiantes quedarán automáticamente habilitadas para rendir exámenes en carácter de reglamentadas [...]

Encomendar a las direcciones de los centros educativos que aseguren a través de la colaboración de los docentes un apoyo especial para orientar la preparación de los mismos a las estudiantes alcanzadas por esta resolución.

Esta reglamentación se encuentra publicada en la página de ANEP, dentro de la normativa estudiantil.

En el año 2023, ANEP a través del Consejo de Formación en Educación publicó un nuevo reglamento dirigido a estudiantes que cursan la Formación de Grado de Educadores, en el que establece sus derechos y deberes (artículo 2). El artículo 14 del capítulo IV de esta reglamentación señala:

Los estudiantes podrán hacer usufructo de días sin que sean computados como inasistencia en las siguientes situaciones:

- por maternidad (incluidas madres adoptantes) además del día del parto, cinco días hábiles previos y quince días hábiles siguientes
- por paternidad hasta diez días hábiles (incluidos padres adoptantes) [...]

las estudiantes embarazadas y puérperas que superen el límite de inasistencias previsto en la reglamentación vigente debido a su embarazo, parto y/o posparto deberán justificar tal situación ante la bedelía del Instituto/Centro. Tendrán derecho a ser evaluadas según lo establecido en la Circular 29/99 de CODICEN.

Con relación a las evaluaciones, el artículo 60 establece:

Si un estudiante no pudiera presentarse a la evaluación complementaria o global en la fecha prevista, por razones debidamente justificadas, podrá solicitar a la Dirección del Instituto/Centro, por escrito y en forma previa al inicio de la evaluación complementaria o global, la conformación de un tribunal especial. La Dirección del Instituto/Centro deberá expedirse en al menos diez días hábiles posteriores a la presentación de la solicitud.

Una vez que las mujeres regresen a su centro de estudio, y a los efectos de la implementación de salas o espacios de lactancia, según la Ley

19530 se tendrá en cuenta únicamente el número de trabajadores, con independencia de la cantidad de alumnos que asistan.

Sin perjuicio de ello, deberá observarse estrictamente lo establecido en el artículo 4 de la Ley mencionada sobre las situaciones especiales y el

artículo 3 de este decreto, vinculado a los requisitos de espacios de lactancia, tanto para sus trabajadoras como para las estudiantes. En los centros educativos, la sala de lactancia será de uso común para las estudiantes y trabajadoras que se encuentren en período de lactancia.

3.

Ministerio de Salud Pública y programas de apoyo, promoción y protección de la lactancia materna

La misión del MSP es:

Contribuir al mejoramiento de la salud de los habitantes de la República, elaborando las políticas de promoción de salud y prevención, normalizando y regulando el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad, bajo los principios rectores de universalidad, equidad, calidad, solidaridad, sustentabilidad y eficiencia. (MSP, 2020a)

La Dirección General de la Salud (DIGESA) es la unidad garante de la protección, promoción de la salud de la población, y soporte del sistema salud, a partir de la alta calificación, la transparencia y la profesionalización de sus integrantes, apoyada en un modelo de gestión basado en la interdisciplinariedad y el trabajo en equipo. Entre sus cometidos se encuentran:

- Elaborar la normativa necesaria para garantizar el acceso a toda la población a una atención integral a la salud. [...]
- Participar en la definición de las políticas de salud a nivel nacional, regional e internacional a efectos de promover la armonización de la calidad, factores productivos y controles sanitarios. [...]
- Elaborar y proponer la ejecución de planes, programas y proyectos de promoción y protección de la salud de la población del país. (MSP, 2020a)

En este sentido, Uruguay cuenta con una Norma Nacional de Lactancia Materna, que reglamenta las acciones necesarias para proteger la práctica del amamantamiento en nuestro país. La actualización vigente —denominada *Normas para la implementación y desarrollo de acciones que protegen, promueven y apoyan la lactancia materna en todo el territorio nacional, también desde una perspectiva de derechos*— fue aprobada y publicada por ordenanza ministerial 62 Ref. 001-3/10239/2016 en 2016. En la norma se incluye también el cumplimiento y monitoreo del Código Internacional de Sucedáneos de Leche Materna. En la misma ordenanza se incorpora la «Guía de uso de preparados para lactantes hasta los 12 meses» y la «Guía de alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses» (OMS, UNICEF, RUANDI, 2016).

En este contexto, como parte de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020-2030, el Programa de Salud de la Niñez del MSP, a través de su área de Coordinación Nacional de Lactancia, propone que Uruguay avance hacia un sistema de salud que proteja la salud de los ciudadanos y que brinde una amplia gama de prestaciones, acorde al perfil epidemiológico y demográfico de nuestra población, priorizando las necesidades de las personas más vulnerables (MSP, 2023).

Así, con la cooperación de la OPS y la red de bancos de leche humana (BLH) y los centros de recolección de leche humana (CRLH), se ha

elaborado la norma técnica de funcionamiento de BLH y CRLH. El objetivo del documento es generar un marco de trabajo para la gestión de la calidad sobre las áreas físicas, los equipos y los procesos de la leche humana donada. Para eso, se ha tomado como guía la Norma Nacional de Lactancia Materna, la Normativa Mercosur 2019 y la revisión bibliográfica de normas y manuales técnicos de otros países miembros de la Red Iberoamericana de Bancos de Leche Humana. Este documento se encuentra en etapa de revisión final para su publicación oficial.

Objetivos estratégicos vinculados a la promoción, protección y apoyo a la lactancia

En este subcapítulo se detallan las intervenciones definidas por el MSP en sus OSN 2020-2030 con el fin de alcanzar las metas establecidas para la lactancia materna. A continuación, se presentan los antecedentes nacionales, si los hubiese, la situación actual y las posibles nuevas o complementarias estrategias a las ya pautadas por los OSN/Coordinación de Lactancia.

En el objetivo estratégico 1 se incluyen dos metas:

- aumentar al 65 % la tasa de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses y
- aumentar al 85 % la prevalencia de lactancia materna exclusiva al mes de vida.

Dentro del componente «Nutrición, alimentación saludable», se definieron las siguientes intervenciones:

Área de intervención 2. Promover una nutrición adecuada en el embarazo y en la primera infancia.

- Desarrollar un plan de acreditación y re-acreditación en buenas prácticas de alimentación en maternidades y consultorios de los servicios de salud.

- Continuar con el curso de capacitación virtual para los equipos de salud de las maternidades, consultorios y otras instituciones vinculadas con la lactancia materna.
- Continuar con el registro nacional de salas de lactancia en lugares de trabajo por parte del MSP y supervisión a cargo del MTSS. [...]
- Desarrollar e implementar un protocolo de atención y consejería nutricional para la mujer embarazada y en lactancia. [...]

Área de intervención 3. Impulsar la regulación normativa de la publicidad y comercialización de alimentos dirigidos a lactantes, niños y adolescentes.

- Diseñar e implementar estrategias en el MSP para la aplicación del «Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna» en los registros, etiquetado nutricional y demás aspectos, en todos los productos abarcados por el código.
- Impulsar el desarrollo de una normativa que permita regular la publicidad de alimentos dirigidos a niños y adolescentes en todas sus formas.

Dentro del componente «Vigilancia de las enfermedades no transmisibles», se definieron las siguientes intervenciones:

Área de intervención 10. Fomentar el monitoreo, la evaluación e investigación de los diferentes indicadores que permitan observar la evolución de las metas.

- Monitorear el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna.

A continuación, se expone el estado de situación y en qué consisten las intervenciones en cada área.

Área de intervención 2

DESARROLLAR UN PLAN DE ACREDITACIÓN Y REACREDITACIÓN EN BUENAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN EN MATERNIDADES Y CONSULTORIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Las BPA se basan en estrategias implementadas a nivel mundial que han demostrado impactos en la alimentación del lactante y del niño pequeño y han sido definidas para ser aplicadas en las maternidades y los consultorios del primer nivel de atención. Como se mencionó, las BPA —estrategia adaptada de la IHAN— se implementan en Uruguay desde 1996, y desde entonces la acreditación y reacreditación se han ido adaptando al contexto nacional (OMS, 2018) (OPS, 2014).

En el 2009, en el marco del nuevo sistema integral de salud, el Ministerio de Salud Pública lo incorporó como meta asistencial, y entre 2011 y 2014 se alcanzó la certificación o recertificación de 52 de los 64 servicios donde se atendían partos (OMS, 2018) (MSP, OPS, 2018).

En el 2014 se realizó un estudio sobre los resultados de las BPA, como metas prestacionales, para lo que se procesaron las tasas de lactancia exclusiva al sexto mes sobre las bases de los años 1996, 1999, 2003, 2007 y 2011, y se calculó la evolución de las tasas por acreditación de los prestadores de salud, tipo de prestador y región. Los resultados mostraron un incremento en la lactancia materna en los servicios que aplicaron las BPA en todo el período (de 37 % a 67 %). La regresión probit muestra la acreditación en BPA como la variable que más incrementa la probabilidad de lactancia exclusiva al sexto mes de vida. La diferencia de lactancia materna entre 2007 y 2011 fue de 10 puntos (57 % y 67 % respectivamente), con la acreditación como herramienta que mejora la lactancia materna (Buglioli, 2014).

En 2017, el MSP comenzó un nuevo proceso para la reacreditación en BPA, esta vez con el objetivo de que este proceso se realizara en

maternidades y consultorios, en el período de dos años. La estrategia puso énfasis en problemas de salud pública emergentes, como el sobrepeso y la obesidad en la infancia y las enfermedades no transmisibles que se asocian a estos (MSP, 2017).

Los últimos datos disponibles, del año 2019, señalan que únicamente 7 de las 17 maternidades que se presentaron lograron la recertificación.⁵

Tal como se ha mencionado, en este período el MSP se propone dar un nuevo impulso a la estrategia para la reacreditación de BPA en instituciones debidamente habilitadas en las cuales se atienden nacimientos, del sector público y privado del país. En esta oportunidad la certificación o recertificación será nuevamente voluntaria y se centrará en las maternidades. Con este fin, el MSP ha desarrollado en 2023, un nuevo Manual de Acreditación en Buenas Prácticas de Alimentación, aprobado por la Dirección Nacional de Salud (DIGESA) y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP). El manual será presentado en 2024 y en forma simultánea se publicarán en la web del MSP los requisitos que deben cumplir las maternidades antes de solicitar la acreditación o reacreditación. El proceso incluye siete pasos para que las instituciones cumplan con las 10 prácticas establecidas por el MSP y alcancen el «Certificado en BPA». En caso de que se cumplan únicamente 8, recibirán un reconocimiento como «Institución comprometida» con la lactancia materna, y podrán solicitar una nueva evaluación externa. Ambos reconocimientos tienen una vigencia de cinco años, cuando deberán comenzar el proceso para una nueva evaluación.

CONTINUAR CON EL CURSO DE CAPACITACIÓN VIRTUAL PARA LOS EQUIPOS DE SALUD DE LAS MATERNIDADES, CONSULTORIOS Y OTRAS INSTITUCIONES VINCULADAS CON LA LACTANCIA MATERNA.

Una de las claves para que se cumplan las metas es la capacitación y sensibilización de los equipos

5 Datos aportados por la Coordinación de Lactancia Materna del MSP, noviembre de 2023.

de salud con relación a la lactancia materna. En este sentido, desde el año 2020, dentro de la plataforma de capacitación que utiliza el MSP se incluye el curso «Buenas prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño», dirigido a todos los integrantes de los equipos de salud y de otros equipos que trabajen con mujeres que amamantan, lactantes, niños pequeños y sus familias, con el objetivo de que adquieran conocimientos, competencias y habilidades para la implementación de las BPA del lactante y el niño pequeño en sus ámbitos de trabajo (MSP, 2020b). En el período 2020-2023 se capacitaron 1300 integrantes de equipos de salud de todo el país.⁶

En el 2022 se desarrolló un segundo curso virtual orientado a la formación de equipos que trabajan con mujeres en el primer mes luego del nacimiento: «Protección de la lactancia en la maternidad y durante el primer mes de vida. Aportes para la práctica profesional». Hace énfasis en el manejo clínico y en el desarrollo de buenas prácticas relacionadas en el proceso perinatal y durante el primer mes de vida. En el periodo 2022-2023 se capacitaron 300 integrantes de equipos de salud.⁷

Estos cursos creados a partir de la Estrategia Hospital Amigo del Niño de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, junto a la evidencia y los datos recientes, fortalecen los conocimientos de los equipos de salud en el manejo de las prácticas necesarias para proteger, apoyar y promover la lactancia materna.

Ambos cursos se habilitan una vez al año en la plataforma educativa del MSP.⁸

Asimismo, las revisiones recientes muestran cómo las industrias de PPL utilizan los

comportamientos típicos del recién nacido y el niño pequeño, como el llanto, la inquietud y las pocas horas de sueño nocturno, como situaciones patológicas, que requieren una fuente alternativa a la lactancia materna. Para contrarrestar esta interferencia se requieren equipos formados y actualizados para dar el apoyo y la confianza suficiente a las mujeres para que sostengan la lactancia materna de acuerdo con su propia decisión.

CONTINUAR CON EL REGISTRO NACIONAL DE SALAS DE LACTANCIA EN LUGARES DE TRABAJO POR PARTE DEL MSP Y SUPERVISIÓN A CARGO DEL MTSS.

Para las mujeres que amamantan volver al trabajo es una de las mayores barreras para continuar con la lactancia exclusiva, ya que favorece el destete precoz, por lo que es necesario generar entornos protectores de la lactancia en estos ámbitos, de modo de que las madres logren un balance entre su trabajo remunerado y la lactancia. Esta situación ya quedó en evidencia en la Encuesta Nacional de Lactancia del 2011. En forma reciente, los datos señalan que el abandono total de la lactancia materna en los primeros seis meses se debe al trabajo para el 12,8 % de las mujeres (RUANDI, MSP, UNICEF, INE, 2020).

Desde el año 2017 el MSP registra las salas o espacios de lactancia según la Ley 19530, y además es el encargado de asesorar técnicamente a las empresas sobre los aspectos sanitarios.⁹ Entre el año 2018 y el 2021 se registraron 179 salas o espacios de lactancia completos, y cerca de 60 más no finalizaron el trámite.¹⁰ El 70 % de los registros se realizaron entre el 2018 y el 2019, porcentaje

6 Información MSP, División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud - DEMPESA/JUNASA, noviembre de 2023.

7 Información MSP, División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud - DEMPESA/JUNASA, noviembre de 2023.

8 <https://capacitacion.msp.gub.uy/>.

9 MSP, 2018, Protocolo de Limpieza Salas y Espacios de Lactancia, disponible en: <https://www.gub.uy/tramites/sites/catalogo-tramites/files/2020-10/53479038PROTOCOLO%2520DE%2520LIMPIEZA%2520PARA%2520SALAS%2520Y%2520ESPACIOS%2520DE%2520LACTANCIA.pdf>.

10 MSP, Registro de salas o espacios de lactancia en lugares de trabajo o estudio. <https://www.gub.uy/tramites/registro-salas-espacios-lactancia-lugares-trabajo-estudio>.

que fue descendiendo progresivamente entre el 2020 y el 2021. En octubre de 2023 se encuentran registradas 244 salas, con el 75 % de ellas ubicadas en la ciudad de Montevideo.¹¹

El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) a través de la Inspección General del Trabajo y Seguridad Social fiscaliza que las empresas implementen salas o espacios de lactancia cuando así corresponda. Para esto se ha capacitado a inspectores de Condiciones Generales de Trabajo y de Condiciones Ambientales de Trabajo, para que incluyan en su relevamiento aspectos sobre la implementación, condiciones y cumplimiento de las salas de lactancia, y se han instaurado inspecciones para que las habiliten (Decreto 234/018). A la vez se incorpora la posibilidad de presentar denuncias y de fiscalizarlas luego, con la posibilidad de aplicar sanciones.

DESARROLLAR E IMPLEMENTAR UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN Y CONSEJERÍA NUTRICIONAL PARA LA MUJER EMBARAZADA Y EN LACTANCIA.

Este documento está siendo revisado para su pronta publicación, coordinado por el Programa de Nutrición del MSP.

Área de intervención 3

DISEÑAR E IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS EN EL MSP PARA LA APLICACIÓN DEL «CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA» EN LOS REGISTROS, ETIQUETADO NUTRICIONAL Y DEMÁS ASPECTOS, EN TODOS LOS PRODUCTOS ABARCADOS POR EL CÓDIGO.

En esta área se establece que es necesario implementar normativas más sólidas que sustenten que el CISLM se cumpla a todo nivel, que se pondere únicamente la mirada técnica sobre él, así como sus recomendaciones.

La reciente publicación de la OMS «Orientaciones sobre medidas reglamentarias destinadas a

restringir la comercialización digital de sucedáneos de la leche materna» se centra en la necesidad de que los Estados miembros elaboren y apliquen medidas para restringir la comercialización en todos los canales de comunicación, incluyendo los medios digitales, de productos incluidos en el CISLM.

En este sentido, la serie The Lancet de 2023 sobre lactancia materna realiza recomendaciones específicas para el diseño del envase y las etiquetas de los PPL y los otros productos que se encuentran abarcados en el Código. Se insta a que estos productos se regulen con el mismo rigor que otros productos farmacéuticos y a que se desarrolle un envase sencillo con mensajes precisos determinados por las autoridades nacionales, entre otras (MSP, OPS, UNICEF, 2019). En esta línea no se ha podido avanzar, por lo que es parte de las intervenciones a implementar según lo planificado en los OSN al 2030.

IMPULSAR EL DESARROLLO DE UNA NORMATIVA QUE PERMITA REGULAR LA PUBLICIDAD DE ALIMENTOS DIRIGIDOS A NIÑOS Y ADOLESCENTES EN TODAS SUS FORMAS.

Se propone realizar un estudio nacional sobre el alcance y las técnicas de mercadotecnia digital de sucedáneos de la leche materna en nuestro país, de modo de generar evidencia para formular recomendaciones para marcos normativos nacionales.

En esta línea de intervención se recomienda la prohibición de la promoción en puntos de venta, información y educación, así como el etiquetado de los productos en canales digitales, incluyendo aquellos alimentos inadecuados para lactantes y niños pequeños que no sean sucedáneos de la leche materna. Para dar cumplimiento a estas prohibiciones se insta a vigilar y tomar medidas que impidan estas prácticas, así como reforzar los sistemas de control, especialmente en el entorno digital, aplicando sanciones eficaces, proporcionadas y disuasorias (The Lancet, 2016) (The Lancet, 2023).

11 Datos aportados por la Coordinación de Lactancia Materna del MSP, noviembre de 2023.

En esta línea no se ha podido avanzar, por lo que es parte de las intervenciones a implementar según lo planificado en los OSN al 2030 (MSP, 2023).

Área de intervención 10

MONITOREAR EL CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA.

En la 34.ª Asamblea Mundial de la Salud del año 1981, se establecen una serie de recomendaciones para que la comercialización de estos productos no debilite ni sea un obstáculo para la lactancia materna. Se ha evidenciado que cuando el entorno presenta una alta disponibilidad y promoción de estos productos puede influir en la creencia de que estos son equivalentes a la lactancia natural, lo que impacta negativamente en el valor otorgado por mujeres y familias al mantenimiento de la lactancia. Por otro lado, las prácticas comerciales socavan la autoconfianza y las habilidades de las mujeres para amamantar.

Los últimos datos globales disponibles en la serie The Lancet, a partir de revisiones, describen cómo la industria utiliza comportamientos típicos de los lactantes como situaciones patológicas para favorecer que se incluya estos productos. Esta publicación concluye que es necesario poner fin a la interferencia de la industria a diferentes niveles, así como que ha resultado ineficaz que el Código se cumpla en forma voluntaria. Por otro lado, llama a poner fin a todo tipo de financiación e inversión de estas industrias en el ámbito nacional y controlar el cumplimiento del Código, al incluirlo en la legislación nacional y mantener su continua fiscalización.

En este sentido, y tal como fue mencionado, Uruguay incluye dentro de la Norma Nacional de Lactancia Materna el cumplimiento, monitoreo periódico y continuo del Código, así como su fiscalización (OMS, UNICEF, RUANDI, 2016).

Por otra parte, en la reglamentación de la Ley de salas de lactancia materna (19530) se especifican sus requisitos, dentro de ellos el cumplimiento del CISLM, y se

prohíben la publicidad o promoción directa o indirecta (afiches, objetos, regalos, información dirigida a las mujeres y las familias) de empresas o laboratorios que fabriquen o distribuyan preparados para lactantes u otros alimentos o bebidas dirigidos a lactantes y niños de corta edad, así como de biberones, chupetes y tetinas. (OMS, 1981)

Es importante destacar que, en 2017, la Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil (RUANDI), La Liga de la Leche de Uruguay, el Instituto Uruguayo de Lactancia Materna (IULAM), Unicef, la Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP) y la Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas (AUDYN) coordinaron esfuerzos para redactar un anteproyecto de ley para la *comercialización de sucedáneos de leche materna*, que se presentó en agosto de ese mismo año en el Parlamento Nacional.¹² En noviembre del 2019 el proyecto de ley para la promoción y protección de la lactancia materna y las mejores prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños, donde se regula la comercialización de sucedáneos de lactancia materna, fue aprobado por la Cámara de Representantes, con el siguiente texto:¹²

La Cámara de Representantes remite aprobado el siguiente proyecto de ley: por el que se establece un marco jurídico de referencia que permita al Estado establecer políticas y estrategias para garantizar de manera permanente y con carácter de prioridad nacional el derecho a la alimentación, la seguridad alimentaria y nutricional de la población, para el disfrute de una vida sana y activa basada en un patrón de

12 Acceso a los contenidos del proyecto de ley en: <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/documentos/versiones-taquigraficas/senadores/48/2606/0/PDF>.

alimentación saludable; por el que se protege y promueve la lactancia materna y las mejores prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños; y se regula la comercialización de sucedáneos de leche materna.¹³

Se incluye la comercialización, pero también la promoción y la publicidad. Al 2023 el anteproyecto no ha tenido avances en el Parlamento.

El grupo de expertos de la serie The Lancet 2023 recomienda que los sucedáneos de leche materna se regulen de manera tan rigurosa como los productos farmacéuticos y que la normativa se incluya en la legislación nacional.

En el marco de los ODS del 2020, se realizó en la ciudad de Montevideo en 2019 el monitoreo de las disposiciones establecidas en el Código. Mediante inspección visual, entrevistas a profesionales de salud y a madres de niños menores de 24 meses se relevó la presencia de actividades promocionales de sucedáneos de la leche materna en servicios de salud públicos. Asimismo, se

realizó el monitoreo en puntos de venta y redes sociales (MSP, OPS, UNICEF, 2019).

Los resultados señalan que los servicios de salud tienen un alto nivel de cumplimiento, igual que cuando se evaluó la promoción de los productos dirigidos a menores de 12 meses en puntos de venta. Sin embargo, en estos últimos se evidenció una prevalencia moderada en la promoción de tetinas y biberones, y una alta para otros productos alimenticios contemplados en el Código. Se constató que las violaciones mayores se vincularon al no cumplimiento de las disposiciones que refieren al etiquetado, lo que se observa en la mayor parte de los preparados para lactantes al 40 % de los biberones y tetinas. Las redes sociales también son un canal para promover sucedáneos de la leche materna.

El monitoreo concluye que es necesario fiscalizar el cumplimiento del Código, especialmente en la comercialización, y dar seguimiento a las acciones de promoción de PPL y productos alimenticios, biberones y tetinas contemplados en este (MSP, OPS, UNICEF, 2019).

13 Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores, quinto período extraordinario de la XLVIII legislatura, 30.^a sesión extraordinaria, n.º 30, tomo 602, 4 de noviembre de 2019.

Acciones y rutas de trabajo para 2024 por línea de intervención (OSN 2030) para alcanzar los objetivos de lactancia materna

AUMENTO DE LA TASA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MENORES DE 6 MESES AL 65 % Y LA PREVALENCIA DE LME AL MES DE VIDA AL 85 %.

El MSP, a través de la Coordinación de Lactancia Materna del Área Programática de Niñez, dentro de sus competencias, puede promover las siguientes estrategias y acciones:

Buenas prácticas de alimentación en maternidades

- Realizar un relevamiento sobre estado de situación de las maternidades con relación a las prácticas establecidas en la acreditación anterior, identificando a un nuevo referente en cada maternidad en caso de que presente interés para su reacreditación.
- Impulsar la reacreditación de las BPA en las maternidades de Uruguay, estableciendo un orden de prioridad y un acompañamiento técnico que facilite el proceso de acreditación o reacreditación. En este sentido se pueden priorizar algunas prácticas de las BPA, con el propósito de alcanzar las metas establecidas por el MSP con relación a la lactancia materna.
- Generar una estrategia a medida en maternidades pequeñas o con lógicas de funcionamiento disímiles (por ejemplo, Centro Hospitalario Pereira Rossell, Hospital de Clínicas, maternidades del interior) que quieran certificar o recertificar su servicio.
- Instalar las BPA como metas prestacionales cuando se definan las siguientes prioridades ministeriales a través de la DIGESA.
- Promover e incentivar la capacitación de todos los equipos de salud que se desempeñen en servicios donde se realicen controles de la mujer embarazada, nacimientos, controles posparto y pediátricos. Es posible comenzar con aquellos recursos humanos que ingresen a las instituciones de salud que asistan a estos grupos poblacionales. En este sentido, sería necesario pensar estrategias para promover la finalización y aprobación del curso de aquellos que se inscriban efectivamente, tanto para quienes lo hagan por primera vez como para aquellos de ediciones anteriores.
- Promover el uso del formulario tipo para la indicación de preparado para lactante,¹⁴ incluido en la «Guía de uso de preparados para lactantes hasta 12 meses».

14 Anexo n.º 8 de la «Guía de uso de preparados para lactantes hasta 12 meses», disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Gu%C3%ADa%20de%20uso%20de%20preparados%20para%20lactantes%20hasta%2012%20meses.pdf>.

- Integrar a las BPA las nuevas recomendaciones de la OMS sobre la «Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. Iniciativa Hospital Amigo del Niño para recién nacidos pequeños, enfermos y prematuros».
- Capacitar a evaluadores externos, definir el perfil requerido para esta tarea y armar un programa para conformar un equipo de evaluadores capacitados y actualizados.
- Realizar un relevamiento sobre la situación de la alimentación durante la internación y al alta hospitalaria en todas las maternidades del país.
- Evaluar la necesidad y oportunidad de la creación o ampliación de leyes que apoyen, protejan y promuevan la lactancia materna, al poner el énfasis en mayores beneficios vinculados con la permanencia de la LME en la vuelta al trabajo. Además, avanzar en la fiscalización y sanciones a los incumplimientos del Código, especialmente en el marketing digital.
- Actualizar la Norma Nacional de Lactancia Materna del 2017, promoviendo la participación e involucramiento de referentes estratégicos.
- En relación con la formación profesional en lactancia materna, el MSP, a través de este grupo, puede promover el uso del *Manual en lactancia materna para profesionales de salud*—avalado por las sociedades vinculadas para el manejo clínico de la lactancia—, especialmente entre aquellos que indican PPL.
- Promover la creación de cursos de actualización médica para el uso del *Manual de lactancia materna para profesionales de salud* y actualizar los conocimientos a la luz de la nueva evidencia generada por el grupo de expertos para la serie Lancet sobre la lactancia materna del 2023.

Salas y espacios de lactancia en ámbitos laborales y centros educativos

- Promover la instalación de estos espacios de acuerdo con las pautas fijadas por la ley, tanto en el ámbito público como privado
- Establecer nuevas alianzas con el sector privado para la instalación de salas y espacios de lactancia.

Grupo de trabajo interinstitucional de lactancia materna

- Conformar un grupo de trabajo que permita priorizar las acciones para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna que involucre múltiples sectores. Este grupo podría realizar una planificación estratégica intersectorial en el marco de las metas a alcanzar en los ODS al 2030. Puede hacerse en forma escalonada, priorizando los problemas según su impacto en la lactancia materna en el país. El grupo de trabajo requiere la mirada y planificación técnica que cuente con el aval político para que la planificación se dé en los niveles definidos.

La comisión debería ser liderada por la Coordinación de Lactancia Materna, del Programa de Salud de la Niñez, y proponer el trabajo Interinstitucional en primer lugar. En este sentido, es importante destacar que el MSP y los últimos gobiernos han dado continuidad al área de lactancia materna, lo que es una fortaleza para el trabajo conjunto y la proyección al 2030.

Encuesta Nacional de Lactancia Materna

- Establecer un plan para que la Encuesta Nacional de Lactancia Materna se implemente cada cuatro años, de acuerdo con los antecedentes nacionales en el período 1996-2011.

- Realizar un relevamiento con mayor profundidad de los indicadores clásicos y aquellos identificados como emergentes de abandono de la lactancia materna exclusiva (patología materna y problemas al succionar).
- Problematizar el impacto de la lactancia materna mixta durante la permanencia en la maternidad y al alta hospitalaria.

Es imprescindible que se divulgue ampliamente la información —que esté disponible y

actualizada— sobre los recursos existentes para las familias, los equipos de salud y los de referencia para las familias.

En este aspecto cobra especial relevancia la necesidad de comunicar las modificaciones que supongan cambios en las actividades laborales en ámbitos públicos o privados y centros de estudios durante el embarazo, en la licencia maternal o paternal y de cuidados del recién nacido y al momento en que el progenitor se reintegre a los ámbitos de desempeño habituales.

Referencias

- BPS (2024). Subsidio para cuidados del recién nacido. Obtenido de <https://www.bps.gub.uy/8959/subsidio-para-cuidados-del-recien-nacido.html>.
- Buglioli, Marisa, y otros (2014). Metas asistenciales en Uruguay.
- MIDES. Dirección Uruguay Crece Contigo (2020). Primeros resultados de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud, cohorte 2018. ENDIS 2018. Montevideo. MIDES, MSP, MEC, INAU, INE, CEIP. Obtenido de <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/primeros-resultados-encuesta-nutricion-desarrollo-infantil-salud-cohorte>.
- MSP (2017). Reacreditación en buenas prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño 2017 (BPA 2017), por semestres, para los prestadores integrales por meta 2. Obtenido de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2019-07/Gu%C3%ADa%20BPA%20M2%20-Agosto%202017.pdf>.
- MSP (2020a). Cometidos del MSP. Obtenido de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/estructura-del-organismo/direccion-general-salud>.
- MSP (2020b). *Informe del curso Buenas prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño*.
- MSP (25 de noviembre de 2023). Estadísticas vitales. Obtenido de <https://uins.msp.gub.uy>.
- MSP (2023). *Manual de acreditación en buenas prácticas de alimentación. Iniciativa Hospital Amigo del Niño*. Montevideo. Obtenido de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/manual-acreditacion-buenas-practicas-alimentacion-del-lactante-del-nino>.
- MSP, OPS (6 de agosto de 2018). Situación de la Implementación de la Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño. Obtenido de [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=down-](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=45789-situacion-implementacion-iniciativa-hospitales-amigos-nino-uruguay-2018-789&category_slug=2018-9958&Itemid=270&lang=es)
- load&alias=45789- situacion-implementacion-iniciativa-hospitales-amigos-nino-uruguay-2018-789&category_slug=2018-9958&Itemid=270&lang=es.
- MSP, OPS (2020). *Objetivos sanitarios nacionales*. Montevideo.
- MSP, OPS, UNICEF (2019). *Monitoreo del cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de la Leche Materna en Uruguay*. Montevideo.
- OMS (1981). Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Ginebra.
- OMS (17 de agosto de 2008). Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Obtenido de <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241596664>.
- OMS (2014). Metas Mundiales de Nutrición 2025.
- OMS (2018). Guía para la aplicación: proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la iniciativa hospitales amigos del niño.
- OMS, UNICEF (1991). *Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN)*.
- OMS, UNICEF, RUANDI (2016). *Norma Nacional de Lactancia Materna*. Montevideo.
- ONU (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenibles 2030*. Obtenido de: <https://www.unfpa.org/es/resources/transformar-nuestro-mundo-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible-0>.
- OPS (2014). *Iniciativa Hospital Amigo del Niño*.
- OPS, OMS (2010). *El inicio temprano de la lactancia materna: la clave para supervivencia y desarrollo*.
- OPS, OMS. (2016). *La Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Estado actual, retos y oportunidades*. Washington.
- RUANDI, MSP, UNICEF, INE (2020). *Encuesta Nacional de Lactancia, prácticas de alimentación y anemia. Sistema Nacional Integrado de Salud 2020*. Montevideo.
- The Lancet (2016). *Breastfeeding. Series from the Lancet journals. The Lancet*.
- The Lancet (2023). *Breastfeeding 2023. Series from the Lancet journals. The Lancet*.

UDELAR (octubre de 2023). *Uruguay entre los países que realizan más cesáreas en el mundo*, 6/10/2023. Obtenido de <https://udelar.edu.uy/portal/2023/10/uruguay-entre-los-paises-que-realizan-mas-cesareas-en-el-mundo/>.

UNICEF, RUANDI (2023a). *Factores que inciden en la alimentación del recién nacido en la maternidad y al alta*. Montevideo.

UNICEF, RUANDI (2023b). *La implementación de las salas de lactancia en el lugar de trabajo*.



Ministerio
de Salud
Pública

unicef 
para cada infancia