



**INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
DR. JOSÉ MARÍA LUIS MORA**

**“Cooperación Internacional para el Desarrollo en materia
de lactancia materna en México: aportes desde la
gobernanza y el análisis de los cuidados”**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
**MAESTRA EN COOPERACIÓN INTERNACIONAL
PARA EL DESARROLLO**
PRESENTA:
ERANDENI NOVELO GARCÍA

Directora: Dra. Valeria Marina Valle Lomuto

Ciudad de México

diciembre de 2022

*Esta Investigación fue realizada gracias al apoyo del
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología*



*A Janna,
mi hogar, fuerza y resiliencia*



Instituto

Mora



AGRADECIMIENTOS

En las siguientes líneas me permito expresar mi más amplio reconocimiento y agradecimiento a todas las personas que me acompañaron a lo largo de estos más de dos años de maestría. Durante este tiempo, me enfrenté a retos inesperados que no hubiera podido superar sin cada una de las personas que se mantuvieron a mi alrededor. Gracias a su empatía, cariño y apoyo, puedo lograr este objetivo.

En primer lugar, le agradezco a mi esposa, Janna Torres, su amor incondicional y constante compañía. Nada de esto sería posible sin sus ánimos, su comprensión y compasión. Gracias por nunca dudar y ser el pilar que soportó todas las dudas y temores.

Agradezco también a mi madre, Paola García, quien ha sido mi mayor ejemplo de perseverancia y superación; y a Thomas Leplus, por su presencia y cariño. Valoro profundamente la seguridad y certidumbre que me brindaron durante este proceso.

A mis amigas, por sus porras y su curiosidad. Agradezco todas las veces que me leyeron, me corrigieron y me escucharon hablar sobre esta tesis. Gracias por todos sus consejos, su paciencia y amistad.

Especialmente, agradezco a mi directora de tesis, la doctora Valeria Valle, por su acompañamiento incondicional, por su orientación y tiempo dedicado al desarrollo de mi investigación, por compartir conmigo su pasión por los temas sobre salud sexual y reproductiva, por siempre darme ánimos y no dejarme vencer. También agradezco a la doctora Itzel Mayans y al doctor Francisco Porras por su paciencia, guía y consejo a lo largo de la elaboración de esta tesis. Gracias por su interés en mi tema de investigación, por permitirme explorar, leerme y corregirme.

A la maestra Neydi Cruz y a la maestra Blanca Elena Gómez, por su acompañamiento emocional y académico. Sus consejos, consideraciones y apoyo fueron imprescindibles para concluir con esta investigación. Son grandes ejemplos de profesionalismo, humanidad y sororidad.

Finalmente, le agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo otorgado para lograr este grado académico. Al Instituto Mora y a la doctora Gabriela Sánchez por brindarme la oportunidad de continuar mi preparación académica y abrirme un espacio para investigar, desde las ciencias sociales, la lactancia materna.



ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| | |
| CAPÍTULO I. Los feminismos y la gobernanza: herramientas analíticas de los proyectos de Cooperación Internacional para el Desarrollo en materia de la lactancia materna | 18 |
| <i>Resumen</i> | 18 |
| <i>Introducción</i> | 19 |
| 1. La Cooperación Internacional para el Desarrollo como escenario de acción | 20 |
| 1.1. El Concepto de Desarrollo. | 23 |
| 1.2. La Nueva Arquitectura de la Ayuda. | 29 |
| 1.2.1. <i>Objetivos del Desarrollo del Milenio.</i> | 30 |
| 1.2.2. <i>Conferencia de Monterrey.</i> | 31 |
| 1.2.3. <i>Agenda de Eficacia de la Ayuda.</i> | 32 |
| 1.3. Objetivos de Desarrollo Sostenible. | 40 |
| 2. Gobernanza como herramienta para la solución de problemas | 44 |
| 2.1. Evolución y Conceptualización de la Gobernanza. | 45 |
| 2.2. Retos Inherentes a la Gobernanza. | 48 |
| 2.3. ¿Gobernanza para cuáles Problemas? | 50 |
| 2.4. Gobernanza para la Lactancia Materna. | 54 |
| 3. Feminismos, género y cuidados | 59 |
| 3.1. Teorías Feministas como parte de las Relaciones Internacionales. | 60 |
| 3.2. El Género, la Familia y la División Sexual del Trabajo. | 64 |
| 3.3. Los Cuidados: Concepto, Derecho y Trabajo. | 67 |
| 3.3.1. <i>Los Cuidados en México y el Mundo.</i> | 69 |
| 3.3.2. <i>La Lactancia Materna como Trabajo de Cuidados.</i> | 69 |
| 3.3.3. <i>Tipos de Análisis de los Cuidados.</i> | 71 |
| 4. Puntos de encuentro: Cooperación Internacional para el Desarrollo, gobernanza y cuidados | 74 |
| 4.1. Aportes de los Feminismos a la Gobernanza. | 79 |
| 4.2. Intersecciones entre la Gobernanza y la Lactancia Materna. | 80 |
| Conclusiones | 82 |

| | |
|---|------------|
| CAPÍTULO II. Lo que no se legisla, no existe: presencia de la lactancia materna y de los cuidados en las disposiciones normativas nacionales e internacionales | 85 |
| <i>Resumen</i> | 85 |
| <i>Introducción</i> | 86 |
| 1. Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en México y el mundo: consideraciones y omisiones | 86 |
| 1.1. Hitos y Disposiciones Normativas Internacionales en Materia de Lactancia Materna. | 87 |
| 1.1.1. <i>Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.</i> | 88 |
| 1.1.2. <i>Declaración Conjunta OMS/UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad.</i> | 89 |
| 1.1.3. <i>Declaración de Innocenti.</i> | 92 |
| 1.1.4. <i>Cumbre Mundial en favor de la Infancia.</i> | 93 |
| 1.1.5. <i>Conferencia Internacional sobre Nutrición.</i> | 94 |
| 1.1.6. <i>Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.</i> | 96 |
| 1.1.7. <i>Convenio sobre la Protección de la Maternidad.</i> | 98 |
| 1.1.8. <i>Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.</i> | 99 |
| 1.1.9. <i>65ª Asamblea Mundial de la Salud.</i> | 101 |
| 1.1.10. <i>Agendas de Desarrollo: ODM y ODS.</i> | 103 |
| 1.2. Marco Jurídico Mexicano. | 104 |
| 1.2.1. <i>En Materia de Trabajo.</i> | 105 |
| 1.2.2. <i>En Materia de Salud.</i> | 107 |
| 1.2.3. <i>En Materia de Derechos de la Niñez.</i> | 109 |
| 1.2.4. <i>Marco Normativo Mexicano.</i> | 109 |
| 1.3. Concordancia entre la Normativa Internacional y los Marcos Jurídico y Normativo Mexicanos. | 113 |
| 1.3.1. <i>Coincidencias y Diferencias en Materia Laboral.</i> | 113 |
| 1.3.2. <i>Coincidencias y Diferencias en el Reconocimiento y el Papel de los Actores Relacionados con la Lactancia Materna.</i> | 115 |
| 2. Disposiciones normativas de los cuidados en el ámbito internacional, regional y nacional | 118 |
| 2.1. Disposiciones Normativas Internacionales. | 119 |
| 2.2. Acuerdos Regionales. | 121 |
| 2.3. Marco Jurídico Mexicano. | 126 |

| | |
|--|------------|
| <i>Conclusiones</i> | 131 |
| CAPÍTULO III. Más allá de las mujeres: acciones gubernamentales y de Cooperación Internacional para el Desarrollo en favor de la lactancia materna y otros actores involucrados | 143 |
| <i>Resumen</i> | 143 |
| <i>Introducción</i> | 144 |
| <i>1. Planes Nacionales de Desarrollo Vigentes entre 2000 y 2022</i> | 149 |
| 1.1. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. | 150 |
| 1.2. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. | 151 |
| 1.3. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. | 154 |
| 1.4. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. | 155 |
| <i>2. Proyectos de Cooperación Internacional para el Desarrollo en México en materia de lactancia materna</i> | 157 |
| 2.1. Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña (IHAN). | 157 |
| 2.2. Red de Bancos de Leche Humana. | 162 |
| 2.3. Guía para la Instalación y Funcionamiento de Salas de Lactancia. | 165 |
| <i>3. México, país amigo de la lactancia materna</i> | 166 |
| <i>4. Relevancia de la multiplicidad de actores en los proyectos de Cooperación Internacional para el Desarrollo en materia de lactancia materna</i> | 169 |
| 4.1. Actores Relacionados con la Lactancia Materna en México. | 170 |
| 4.2. Actores Relacionados con los Cuidados: Implicaciones para los Proyectos en Materia de Lactancia Materna. | 177 |
| <i>Conclusiones</i> | 180 |
| CONCLUSIONES | 184 |
| REFERENCIAS | 194 |
| APÉNDICES | 214 |



Lista de tablas

| | |
|-----------------|---|
| Tabla 1 | Evolución del concepto de desarrollo con respecto al contexto global |
| Tabla 2 | Taxonomía de los problemas para la Gobernanza |
| Tabla 3 | Factores suscritos a los tipos alternativos de problemas complejos |
| Tabla 4 | Manifestación de los factores suscritos a los tipos alternativos de problemas complejos en la lactancia materna |
| Tabla 5 | Clasificación de las teorías feministas de acuerdo con los criterios que las sustentan |
| Tabla 6 | Tipología del análisis de los cuidados |
| Tabla 7 | Medidas relacionadas con la lactancia materna mencionadas en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 |
| Tabla 8 | Normas Oficiales Mexicanas que contienen regulaciones sobre lactancia materna |
| Tabla 9 | Papel de los diferentes actores relacionados con la lactancia materna mencionados en el marco internacional y nacional |
| Tabla 10 | Acuerdos y compromisos realizados en la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe en materia de cuidados entre el 2000 y el 2020 |
| Tabla 11 | Iniciativas legislativas relacionadas al Sistema Nacional de Cuidados |
| Tabla 12 | Compendio de recomendaciones internacionales para la práctica de la lactancia materna |

| | |
|-----------------|--|
| Tabla 13 | Número de Hospitales Amigos del Niño y de la Niña en México por año en México |
| Tabla 14 | Resultados anuales de la CID sur-sur entre México y Brasil: Red de Bancos de Leche Humana |
| Tabla 15 | Puntajes Globales Históricos BBF México |
| Tabla 16 | Resultados por año y por categoría del Índice País Amigo de la Lactancia Materna: México |
| Tabla 17 | Mención de los actores en las disposiciones internacionales y nacionales y su participación en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna |
| Tabla 18 | Actores involucrados en la ENLM 2014-2018 y en el Programa de Acción Específico sobre Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024 |
| Tabla 19 | Actores involucrados en los proyectos de CID en México en materia de lactancia materna activos entre 2000 y 2022 |
| Tabla 20 | Clasificación de los actores involucrados con la lactancia materna en México de acuerdo a su área de acción |

Lista de figuras

| | |
|-----------------|---|
| Figura 1 | Tipos Alternativos de Problemas Complejos |
| Figura 2 | Relación entre la Cooperación Internacional para el Desarrollo, la gobernanza y los cuidados: dirección |
| Figura 3 | Relación entre la Cooperación Internacional para el Desarrollo, la gobernanza y los cuidados: propuesta analítica |
| Figura 4 | Relación entre la Cooperación Internacional para el Desarrollo, la gobernanza y los cuidados: intersecciones |

- Figura 5** Hitos internacionales relacionados con la lactancia materna
- Figura 6** Diamante del cuidado respecto a las disposiciones internacionales sobre los cuidados
- Figura 7** Diamante del cuidado respecto a los acuerdos regionales sobre los cuidados
- Figura 8** Diamante del cuidado respecto a las disposiciones normativas y esfuerzos nacionales sobre los cuidados

Lista de gráficas

- Gráfica 1** Tasa mundial de lactancia materna exclusiva y de lactancia materna hasta los dos años edad
- Gráfica 2** Tasa de lactancia materna exclusiva en México (2012-2021) de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Nutrición
- Gráfica 3** Tasa de lactancia materna exclusiva (2014-2020) desagregada por regiones
- Gráfica 4** Tasa de lactancia materna exclusiva (2014-2020) desagregada por niveles de renta

Lista de siglas, acrónimos y abreviaturas

- ABC** Agencia Brasileira de Cooperación
- ACNUDH** Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
- ACNUR** Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados



| | |
|----------------|--|
| AMEXCID | Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo |
| AOD | Ayuda Oficial al Desarrollo |
| BBF | Becoming Breastfeeding Friendly |
| BM | Banco Mundial |
| CAD | Comité de Asistencia al Desarrollo |
| CEDAW | Comité para la Eliminación de la Discriminación conrea la Mujer |
| CENSIA | Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia |
| CEPAL | Comisión Económica para América Latina |
| CID | Cooperación Internacional para el Desarrollo |
| CNDH | Comisión Nacional de Derechos Humanos |
| CNEGSR | Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva |
| COLEF | El Colegio de la Frontera Norte |
| CONEVAL | Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social |
| CPEUM | Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos |
| DESA | Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas |
| ENLM | Estrategia Nacional de Lactancia Materna |
| ENSANUT | Encuesta Nacional de Salud y Nutrición |
| FAN | Foro de Alto Nivel |



| | |
|------------------|--|
| FIOCRUZ | Fundación Oswaldo Cruz |
| IBFAN | Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil |
| IDH | Índice de Desarrollo Humano |
| IHAN | Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña |
| IMSS | Instituto Mexicano del Seguro Social |
| INEGI | Instituto Nacional de Estadística y Geografía |
| INMUJERES | Instituto Nacional de las Mujeres |
| INPER | Instituto Nacional de Perinatología |
| INSP | Instituto Nacional de Salud Pública |
| ITAM | Instituto Tecnológico Autónomo de México |
| LME | Lactancia materna exclusiva |
| MMM | Metas más allá del milenio |
| NOM | Norma Oficial Mexicana |
| OCDE | Organización para la Cooperación y el Desarrollo |
| ODM | Objetivos de Desarrollo del Milenio |
| ODS | Objetivos de Desarrollo Sostenible |
| OI | Organismos Internacionales |
| OIT | Organización Internacional del Trabajo |
| OLACEFS | Organización Latinoamericana y del Caribe de Entidades de Fiscalización Superiores |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONG | Organizaciones No Gubernamentales |



| | |
|----------------|---|
| ONU | Organización de las Naciones Unidas |
| OPS/OMS | Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud u Organización Panamericana de la Salud |
| OSC | Organizaciones de la Sociedad Civil |
| PEI | Programa de Estancias Infantiles |
| PEMEX | Petróleos Mexicanos |
| PRB | Países de Renta Baja |
| PRMB | Países de Renta Media-Baja |
| PRMA | Países de Renta Media-Alta |
| PRA | Países de Renta Alta |
| PND | Plan Nacional de Desarrollo |
| PNUD | Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo |
| SDGF | Fondo para los Objetivos de Desarrollo Sostenible |
| SEGIB | Secretaría General Iberoamericana |
| SEP | Secretaría de Educación Pública |
| SNDIF | Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |
| WABA | Alianza de Acción Mundial para la Lactancia Materna |

INTRODUCCIÓN

En la presente tesis se analizan los proyectos de Cooperación Internacional para el Desarrollo (CID) en materia de lactancia materna ejecutados en México durante el periodo comprendido entre el año 2000 y el 2022, periodo durante el cual las agendas de desarrollo han estado vigentes. Estos proyectos han priorizado la salud y nutrición infantil, las soluciones desde el punto de vista de atención a la salud, y las concesiones para las madres en materia laboral. Esto se debe a que el interés del gobierno se centra en crear las condiciones para que las madres alimenten con leche materna a sus hijas e hijos mientras se reincorporan a la fuerza laboral.

Sin embargo, también es de interés para el gobierno fomentar la práctica óptima de la lactancia materna pues garantiza ciertos beneficios individuales, sociales, económicos y medioambientales. Todos los beneficios se relacionan con los objetivos establecidos en la agenda de desarrollo vigente y, por lo tanto, la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna se realiza mediante el fomento de las características de dicha práctica óptima.

Estas características son recomendaciones internacionales que se han compilado y actualizado a lo largo de tres décadas y comprenden las medidas más adecuadas para la alimentación, la salud y la igualdad de las y los recién nacidos. Sin embargo, y al mismo tiempo, las recomendaciones representan una carga de trabajo importante para las madres que no se puede prever, pues las necesidades de cada una de sus hijas e hijos son diferentes, y tampoco se puede trasladar, pues son las mujeres puérperas las que producen la leche humana con los requerimientos nutricionales e inmunológicos especiales para sus bebés.

El reto del gobierno, entonces, se manifiesta en tomar acciones para la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna considerando las implicaciones que esto tiene para las madres y para la sociedad. Lo anterior representa un problema complejo para el cual se puede buscar soluciones haciendo uso de la gobernanza como una herramienta descriptiva.

Los proyectos de CID se llevan a cabo mediante alianzas de diversos actores, lo que representa un ejercicio de gobernanza en sí mismo. Empero, el entendimiento de las características que describen la gobernanza como una

herramienta permite identificar cuáles son las áreas de oportunidad de los proyectos de cooperación que se analizan en cuanto a la dinámica de entendimiento del problema y búsqueda de posibles soluciones.

Por lo anterior, la pregunta general que esta tesis pretende responder es ¿de qué manera puede contribuir la gobernanza como herramienta a la consideración de los cuidados en los proyectos de CID en materia de lactancia materna en México? A esta la acompañan dos preguntas específicas: ¿los proyectos de CID en materia de lactancia materna en México incluyen medidas relacionadas con los cuidados? Y, ¿qué importancia representa, para los proyectos de CID, entender la lactancia materna como un trabajo de cuidados?

Para dar respuesta a estas preguntas, se realizó una investigación cualitativa utilizando el análisis documental como método de investigación. En un primer momento se revisó la literatura existente sobre la lactancia materna como práctica relacionada con el desarrollo sostenible, lo que evidenció a los actores internacionales involucrados. A partir de lo anterior, se identificaron los hitos internacionales en materia de lactancia materna y se revisaron todos los documentos relativos con los cuales se pudo hacer un mapeo de actores, recomendaciones sobre la lactancia y menciones de los cuidados.

En un tercer momento, se llevó a cabo una investigación sobre los proyectos de CID en materia de salud materna, salud infantil, derechos sexuales y reproductivos y de lactancia materna para determinar cuáles eran los pertinentes para considerar en esta tesis. Cabe aclarar que, para llegar a este tema, se rescataron los documentos revisados durante el curso de la maestría. Gracias a esto se tomó la decisión de investigar a fondo los tres proyectos particulares sobre la lactancia materna que se han llevado a cabo en México y que, a su vez, coinciden con el periodo de análisis. Para obtener información detallada sobre los proyectos, se realizó una práctica profesional en el área de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Esta práctica resultó esclarecedora en cuanto a la cantidad de información disponible sobre los proyectos seleccionados. Lo que representa una de las limitaciones de esta tesis, que se detalla más adelante.

El paso siguiente de la investigación consistió en argumentar la variable de los cuidados desde la perspectiva de los feminismos. La literatura relativa al

tema es basta; en un primer momento, se argumenta el uso de los feminismos en esta tesis por ser una de las teorías que se utilizan las Relaciones Internacionales para entender la realidad. En un segundo momento, y en un esfuerzo por fundamentar los feminismos como teoría y no únicamente como un movimiento, en el marco teórico construido sobre el tema se retratan las diferentes perspectivas del feminismo, y sus coincidencias. Posteriormente, y como parte de dichas coincidencias, se rescató el género dentro de las categorías destacadas en las teorías feministas y sus implicaciones sociales. Lo anterior sirve de guía para llegar a los cuidados.

La investigación sobre los cuidados se realizó alrededor de tres autoras: Nussbaum, Batthyány y Fraser. Martha Nussbaum contribuye a argumentar que los cuidados dentro de la familia no son actos de amor que se dan por naturaleza responsabilidad de las mujeres; la literatura de Batthyány, por su parte, es utilizada para describir las distintas maneras de entender los cuidados y bajo qué supuestos se actúa de acuerdo con cada uno de estos entendimientos.

En tercer lugar, Nancy Fraser es citada con la intención de mostrar alternativas y otras formas de organización social que resultan en cambios sustanciales en la manera en la que se organiza socialmente el trabajo de cuidados. Además, se buscó bibliografía relativa al significado e implicaciones del cuidado sobre todo para las mujeres y su relación con la lactancia materna. Una vez procesada esta información, se dio paso a la investigación sobre las disposiciones internacionales y el marco jurídico mexicano en materia de cuidados.

Posteriormente, acudiendo en primer lugar a la literatura provista durante la maestría, se realizó la investigación respecto a la gobernanza. Esta investigación consistió en dos etapas: la primera sobre la historia del concepto, lo que consistió en identificar las tres olas que construyen lo que hoy se puede entender como gobernanza desde su apreciación como una herramienta que puede ser utilizada por la CID para resolver los problemas del desarrollo; y la segunda sobre los vínculos entre la gobernanza y la lactancia materna y los cuidados.

Lo anterior llevó a tener claridad sobre las características que describen el uso de la gobernanza entre las que destacaron los arreglos en forma de red,

la participación multi-actor, multi-nivel y multi-sector, y el uso del enfoque interpretativo en la dinámica de entendimiento del problema, búsqueda de posibles soluciones y formulación de proyectos. En esta etapa se llegó a la conclusión de la importancia de la caracterización de los actores en los proyectos de CID seleccionados. En esta caracterización se buscaron tres aspectos específicos: 1) el sector del que provienen los actores, 2) sus intereses relacionados con la lactancia materna, y 3) si entre sus intereses alguno se relaciona con el trabajo de cuidados.

Llevar a cabo esta investigación tuvo limitaciones relacionadas con la selección del tema, la información disponible y el contexto en el que se realizó. Con respecto a la selección del tema, la presente tesis estaba formulada para investigar un único proyecto de CID, sin embargo, y con relación a la siguiente limitante, la información disponible no era suficiente. Con respecto a la información disponible, gracias a la práctica profesional realizada en la OPS/OMS se tuvo conocimiento sobre las dinámicas, la cantidad de información y la calidad de la información relativa a los proyectos de CID. En resumen, es debido entender que la información en cuanto a la implementación y resultados de los proyectos depende de la voluntad política, pues no hay una institución encargada de la recogida de datos para el monitoreo de los proyectos.

En tercer lugar, con respecto a las limitaciones relacionadas con el contexto, esta investigación fue realizada durante los años en los que la pandemia por Covid-19 estuvo activa. Esto condicionó el acceso a información, a otros métodos de investigación y, sobre todo, las prioridades de las organizaciones involucradas con la lactancia que, como se verá a lo largo de esta tesis, están mayormente relacionadas con el sector salud.

Una vez presentadas las preguntas de investigación y las limitaciones para darles respuesta, es debido describir la estructura del presente trabajo junto con los objetivos establecidos para cada uno de los capítulos. Así, esta tesis se divide en cinco: un preámbulo, tres capítulos y conclusiones finales.

En primer lugar, en el preámbulo se presenta la información relativa a la lactancia materna que resulta necesaria para entender el resto de la investigación. De esta forma, se describe qué es la lactancia materna, cuáles son sus modalidades, los beneficios que ofrece para las infancias, las madres y

la sociedad. Además, se caracteriza la lactancia como un derecho humano y se describen los obstáculos identificados que se toman en cuenta para en las acciones de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna. El preámbulo permite identificar que ninguna de las diferentes clasificaciones que se han realizado sobre los obstáculos de la lactancia materna consideran el trabajo de cuidados como un factor que afecta la práctica.

En el primer capítulo, se analiza la práctica de la CID como el contexto dentro del cual se realizan proyectos relacionados con la lactancia materna en México que contribuyen a la mejora de la salud materna y la salud infantil. Posteriormente, se propone la gobernanza como herramienta para instrumentalizar la CID debido a que reconoce la importancia del trabajo en red entre diferentes actores con diferentes intereses y experiencias para generar acuerdos comunes sobre las formas de entender el problema y las posibles alternativas para avanzar en la solución del mismo. Finalmente, se explican los feminismos y las diferentes teorías feministas para llegar al entendimiento de los cuidados.

Con el primer capítulo se pretende lograr tres objetivos: 1) crear un marco analítico que vincule la CID, la gobernanza y los cuidados; 2) identificar los elementos que componen la gobernanza; y 3) caracterizar la lactancia materna como un trabajo de cuidados, un tema de desarrollo, y un problema complejo que puede ser resuelto utilizando la gobernanza.

El segundo capítulo, presenta un repaso de las disposiciones normativas internacionales y nacionales relacionadas con la lactancia materna y los cuidados. La revisión del ámbito internacional permite distinguir la multiplicidad de actores relacionados con ambos temas: quiénes hacen las normas, quiénes son asignados con responsabilidades, quiénes participan en el entendimiento del problema y las soluciones, y quiénes son considerados beneficiarios. La revisión del ámbito nacional, por su parte, presenta diferencias sustanciales entre la lactancia materna y los cuidados. Sobre la lactancia, se analiza el apego del marco jurídico mexicano a las disposiciones internacionales, y las coincidencias y diferencias en el papel de los actores.

Por otro lado, la revisión del marco jurídico de los cuidados tiene mayor relación con la búsqueda de la gobernabilidad. Por lo tanto, entender la diferencia entre gobernanza y gobernabilidad resulta imprescindible para la

lectura del segundo capítulo. La gobernabilidad se refiere a “un estado de equilibrio dinámico entre demandas sociales y capacidad de respuesta gubernamental” (Camou, 2013, p.22). Con esta definición, el autor hace hincapié en que la gobernabilidad se da gracias a la relación entre el gobierno y la sociedad civil; asimismo, incluye de manera implícita los principios de eficacia y estabilidad gubernamental, y legitimidad social para lograr el equilibrio.

Por su parte, la gobernanza hace referencia a la participación de actores involucrados o relacionados con un problema, cada uno con sus propios intereses, entendimiento del problema y experiencias, en arreglos con estructura de red en los que se se busca tener un entendimiento compartido del problema, generar nuevo conocimiento y producir nuevas soluciones que permitan avanzar hacia lo que es considerado el escenario ideal. Dicha participación se manifiesta en el reconocimiento de que todos los actores tienen la capacidad de colaborar en los procesos de diseño, implementación y evaluación de proyectos (Rhodes, 2012a; Ansell y Torfing, 2016a).

Con el desarrollo del segundo capítulo, se alcanzan tres objetivos: 1) reconocer las intersecciones que se han establecido en las disposiciones normativas entre la lactancia materna y la gobernanza; 2) destacar a los actores involucrados y sus intereses para comprender desde qué ámbito participan en los arreglos de gobernanza; y 3) identificar el apego o las coincidencias de la normativa mexicana con las recomendaciones, normas y acuerdos internacionales en ambos temas resaltando aquellas relacionadas con la lactancia materna y su vínculo con los cuidados.

El tercer capítulo, sobre las acciones de México en favor de la lactancia materna, presenta una revisión de los Planes Nacionales de Desarrollo (PND) comprendidos entre el año 2000 y 2022 en los que se identifican los proyectos de lactancia materna y la perspectiva que el gobierno en turno tuvo sobre el tema. De la misma forma, se identifican los proyectos de CID en la materia vigentes en el mismo periodo: la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña (IHAN), la Red de Bancos de Leche Humana, y la Guía para la Instalación y Funcionamiento de Salas de Lactancia.

Este análisis dio cabida a la desagregación de los actores con respecto a su papel en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna y a la

identificación de la perspectiva desde la cual se interesan por la lactancia. De esta forma se cumplen con los objetivos del tercer capítulo integrados por: 1) identificar los proyectos de CID en materia de lactancia que se han llevado a cabo en México; 2) caracterizar a los actores que han participado en la formulación de dichos proyectos; y 3) distinguir si estos han incorporado medidas relacionadas con los cuidados.

Los capítulos anteriores llevan a tres conclusiones generales que corresponden a cada una de las preguntas de investigación. En cuanto a la primera pregunta sobre la importancia de los cuidados para los proyectos de CID en materia de lactancia materna, se puede adelantar que considerar los cuidados como una variante que afecta la formulación de los proyectos es una forma innovadora de entender el problema, lo que puede generar nuevas soluciones. Los cuidados, además, son una variante que coadyuva con la contextualización del problema pues, para el caso de la lactancia materna, el entendimiento y las soluciones que se han desarrollado se han transferido de un sitio a otro sin considerar las particularidades del lugar en el que se implementan.

La segunda conclusión, correspondiente a si los proyectos de CID en materia de lactancia materna en México incluyen medidas relacionadas con los cuidados, la respuesta es que no las incluyen. El análisis de los tres proyectos de CID activos durante el periodo 2000-2022 deja ver que las perspectivas médica y laboral han acaparado los objetivos de los proyectos y no se han tomado medidas que contrarresten el trabajo de cuidados que significa la lactancia para las madres, y no se ha involucrado a actores con intereses en el uso de tiempo de las mujeres o las implicaciones que tiene para ellas.

Finalmente, las dos conclusiones anteriores y el trabajo de investigación realizado para esta tesis llevan a la respuesta de la pregunta general de investigación relativa a la contribución de la gobernanza como herramienta a la consideración de los cuidados en los proyectos de CID en materia de lactancia materna en México. Para dar respuesta a este cuestionamiento se analizan los elementos que permiten identificar un ejercicio de solución de problemas sociales como uno que utiliza la gobernanza como herramienta para la solución de dichos problemas sociales. Con esto en mente, se destaca que el reconocimiento de actores antes ignorados, la importancia que se le da a las

interpretaciones, identidades, intenciones, intereses, creencias y experiencias que cada actor tiene sobre el problema, y el reconocimiento de que los procesos de búsqueda de soluciones son dinámicos y están en constante cambio, son los elementos que pueden aportar de mayor manera para que los cuidados, con las complicaciones que traen consigo, sean considerados y aporten de manera favorable a los proyectos de CID en materia de lactancia materna.

La lactancia materna

La lactancia materna es la forma de alimentación óptima para las y los bebés debido a que la leche materna contiene los nutrientes necesarios para su crecimiento y es una de las mayores protecciones contra las causas evitables de mortalidad infantil. Tanto la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan la práctica de la lactancia materna desde la primera hora de nacimiento hasta mínimo los dos años de edad de las niñas y los niños (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2018a).

Las características de esta práctica cambian respecto a la edad de las y los bebés: la primera etapa es la lactancia materna exclusiva (LME), que consiste en proporcionar únicamente leche materna hasta los seis meses de edad; la segunda etapa es la de alimentación complementaria, que consiste en alargar la lactancia materna hasta que las madres y sus hijas e hijos lo decidan, preferentemente hasta mínimo los dos años de edad, mientras se ofrecen alimentos nutricionalmente adecuados y seguros para las niñas y los niños (Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS], s.f.).

Para que la lactancia materna sea una práctica óptima, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF recomiendan, entre otras, que la lactancia inicie durante la primera hora de vida, que durante la LME o el periodo de AC la leche materna no se mezcle ni se altere con ninguna otra bebida, que se evite el uso de biberones y chupones, y que se ofrezca a libre demanda, es decir, sin horarios ni duración establecidos (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2018a). Seguir estas recomendaciones

resulta importante pues es la forma de obtener la mayor cantidad de beneficios que trae consigo la práctica de la lactancia materna.

Dicha práctica, puede darse de tres formas: directa, en la que la madre alimenta a la o el bebé pegándole a su pecho; indirecta, en la que la madre extrae su leche para ofrecerla posteriormente mediante algún artículo que sirva como contenedor y/o vehículo; o mixta. Los beneficios de la lactancia corresponden a la forma en la que se practica, siendo la directa la que mayor cantidad provoca.

Beneficios para las niñas y los niños

Además del aporte nutricional y, por lo tanto, energético para las niñas y los niños recién nacidos, la leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, brinda protección en contra de enfermedades crónicas, reduce las tasas de mortalidad causadas por diarrea y neumonía, y es un factor clave para evitar enfermedades infecciosas gastrointestinales y de la piel (Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, s.f.; Kramer, Chalmers, Hodnett et al., 2001a).

Aunado a lo anterior, disminuye las tasas de mortalidad infantil causadas por enterocolitis necrosante, una de las urgencias digestivas más frecuentes en los recién nacidos (Cochran, 2020a), y reduce la probabilidad del síndrome de muerte súbita. Tiene efectos positivos en la prevención del sobrepeso y la diabetes, que se relacionan directamente con la duración de la alimentación con LME y AC: entre mayor sea la duración de la lactancia, habrá menor riesgo; y es un factor que evita las alteraciones en el crecimiento dental (Victoria, Bahl, Barros et al., 2016a).

Por otro lado, la relación directa entre la duración de la lactancia y la prevalencia de sus beneficios se observa también en estudios en los que se demuestra que la lactancia materna propicia niveles más elevados de coeficiente intelectual en la población adulta a la que se le ofreció LME. Además, previene problemas de déficit de atención e hiperactividad, lo que se traduce en mayor retención y más capacidades para estudiar y laborar (Pérez, Iribar, Peinado et al., 2014a); mejora el rendimiento en las pruebas de inteligencia; e impacta de manera positiva en el nivel educativo, por lo que las

personas alimentadas con LME y AC tienen mayores ingresos (Victoria, Lessa, Loret de Mola et al., 2015a).

Estos beneficios son significativos pues cada año, a nivel mundial, mueren más de 3 millones de niñas y niños por causas asociadas con la desnutrición (Save the Children, 2019a), lo que corresponde al 45% de las muertes en menores de cinco años. Adicionalmente, 69 millones de niños y niñas menores de cinco años presentan peso insuficiente para edad, de los cuales, 17 millones presentan estado grave; otros 155 millones tienen retraso de crecimiento y 41 millones más, tienen sobrepeso u obesidad (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR], 2019a). Ante esto, es preciso mencionar que la lactancia materna no es la única medida que puede contribuir con la disminución de la tasa de mortalidad infantil. Sin embargo, en el caso de las muertes en menores de cinco años, se estima que 823,000 muertes serían evitadas anualmente si todas las niñas y niños tuvieran acceso a la LME (Victoria et al., 2016a).

Beneficios para las madres

El beneficio más importante que provoca la lactancia materna en las madres es que limita el riesgo de contraer cáncer de ovario y cáncer de mama. Se estima que en 2016, la práctica de la lactancia redujo en casi 20,000 los casos de muertes por cáncer de mama. De acuerdo con Victoria et al. (2016a), sería posible duplicar ese número si aumentara la tasa mundial de lactancia materna y las madres amamantaran por un periodo mínimo de dos años.

Entre otros beneficios, amamantar favorece la contracción intrauterina, lo que previene hemorragias e infecciones post-parto. Durante el periodo de post-parto también evita que las madres padezcan de anemia, depresión e hipertensión (Comisión Nacional de Derechos Humanos [CNDH], 2020a). Por otro lado, la lactancia materna ayuda a extender el tiempo entre embarazos, provocando la amenorrea por lactancia, y ayuda con la recuperación del peso de la madre. Finalmente, como impacto a las familias, la lactancia es un beneficio a la economía del hogar pues evita gastos en fórmula láctea, agua potable y atención médica (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2020a; Victoria et al., 2016a).

Beneficios para la sociedad

Los beneficios sociales pueden estimarse desde dos perspectivas: la económica y la ambiental. Respecto al impacto económico, se estima que si la práctica de la lactancia materna aumentara en un 10% a nivel mundial, siguiendo las recomendaciones de la OMS y de UNICEF, se reducirían los costos en tratamientos médicos para niños y niñas de \$312 millones de dólares en Estados Unidos, \$30 millones de dólares en China, y \$1.8 millones de dólares en Brasil. Ahora bien, si la práctica aumentara en un 90% en los mismos países, los costos se reducirían en \$2.45 billones de dólares en Estados Unidos, \$223.6 millones de dólares en China y \$6 millones en Brasil (Rollins, Bhandari, Hajeebhoy et al., 2016).

En cuanto a los beneficios ambientales, en primer lugar es necesario valorar que la leche materna puede ser una gran contribución a la reducción de factores contaminantes provenientes de la producción de alimentos, puesto que la leche de fórmula proviene mayormente de leche de vaca. Este es uno de los factores por los que se considera a la leche materna como un alimento parte de los sistemas alimentarios sostenibles (World Alliance for Breastfeeding Action [WABA], 2020a; Poore y Nemecek, 2018a).

El análisis de la producción de la fórmula de leche, que sustituye la leche materna, se puede identificar la contaminación que se genera. En primer lugar, la fórmula tiene una huella hídrica de 4,700 litros de agua y genera alrededor de dos kilogramos de dióxido de carbono por kilogramo de polvo (Joffe, Webster y Shenker, 2019a). Por otro lado, cada uno de los ingredientes que son requeridos para la fórmula aportan a las emisiones de dióxido de carbono; para la producción de un kilo de producto se requiere azúcar de caña, lactosa, fructosa, proteína de suero de leche, y aceite vegetal (Dadhich, et al., 2015a).

Aunado a esto, al ser necesario el suero de leche, se debe considerar la contaminación del aire, provocada por la concentración de amoníaco y que afecta, sobre todo, a las comunidades que viven en los alrededores de las granjas. También se deben considerar los desechos, que contaminan el suelo y el agua; el aporte a la huella de carbono y a la huella hídrica provocado por el uso de agua y de energía para que el consumo de la fórmula sea seguro; y, finalmente, la contaminación provocada por el transporte y la producción de los

empaques y la refrigeración, lo que incluye el uso de metal y papel (Mostafa et al., 2016a; Sentient Media, 2019a; Joffe et al., 2019a; Dadhich, et al., 2015a).

Lo anterior lleva a la conclusión de que, tan solo la práctica de LME, corresponde al ahorro de hasta 153 kilogramos de dióxido de carbono por persona recién nacida, lo que equivale a sacar de circulación 77,500 automóviles anualmente (Joffe et al., 2019a). Sin embargo, a pesar de la evidencia, las ventas globales de fórmula infantil van en aumento. De acuerdo con Alison McFadden et al. (2016a), las ganancias de la industria de la fórmula pasaron de dos billones de dólares a 40 billones de dólares en 25 años. En el 2019, el valor del mercado fue de \$50.46 billones de dólares, y se estima que dicho valor se duplique para 2027 (Market Research Report, 2019a).

Lo anterior permite argüir que la leche materna es el alimento con menos repercusiones económicas y con menor huella ecológica para las familias, las comunidades y los Estados.

Derecho a la lactancia materna

La lactancia materna es considerada un derecho humano vinculado con otros derechos humanos: el derecho a la salud, a la vida, a la alimentación y a la igualdad y no discriminación (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [ACNUDH], 2016a). Esto se debe a que, por un lado, es considerada la primera vacuna para las niñas y los niños, lo que les asegura el inicio de una vida digna (Victoria, et al., 2016a); y por el otro lado, porque trae consigo beneficios relacionados con la salud sexual y reproductiva y, por lo tanto, con la salud materna.

Para las infancias, los derechos ancla¹ de la lactancia son el derecho a la vida, a sobrevivir y desarrollarse, el derecho a la igualdad, y el derecho a tener el mayor nivel de salud incluyendo el suministro de alimentos adecuados, combatiendo así la malnutrición, mencionado también en la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, para lo cual, la leche materna debe ser considerada un componente principal. Para las madres, los derechos ancla son

¹ Se utiliza el término “derecho ancla” como aquellos derechos humanos que sirven como soporte para otro derecho humano. Es decir, que son indispensables para garantizar otro derecho humano. Esto desde la concepción de que los derechos humanos son interdependientes y están relacionados entre sí, como se establece en la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993, numeral 5 que se puede consultar en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/INST%2033.pdf>

el derecho a la información certera y necesaria para tomar decisiones sobre la lactancia, el derecho a la salud², y el derecho a la adecuada protección de su maternidad (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2016a).

La responsabilidad de los gobiernos, sustentada por las disposiciones normativas internacionales explicadas a detalle en el segundo capítulo de este trabajo, los invita a tomar las medidas necesarias para garantizarla, como se hace con los demás derechos humanos (Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2016a).

Obstáculos de la lactancia materna

A pesar de los múltiples beneficios y de ser considerada un derecho humano, la tasa mundial de LME es del 44% (Global Breastfeeding Collective, 2021a), y, por su parte, la tasa de LME en México es del 35.9% (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2021). Esto es un indicativo de la existencia de eventos externos que obstaculizan la práctica y reducen la tasa de lactancia aun cuando, de acuerdo con la OMS (2018a), existen pocos motivos por los cuales sería meritorio no ofrecer este tipo de alimentación. Aún en situaciones extremas, la OMS recomienda la LME; por ejemplo, en lactantes prematuros, madres infectadas de VIH en tratamiento con antirretrovíricos, y lactantes malnutridos. Tampoco se considera un impedimento la edad de la madre ni la mayoría de las enfermedades no venéreas que pudiera presentar.

Estos obstáculos son llamados *barreras*, *factores* o *determinantes* de la lactancia, y se clasifican de acuerdo con los diferentes retos que representan. Las *barreras* se dividen en individuales, interpersonales, organizacionales, comunitarias y de política pública (Bonvecchio, et al., 2016a); los *factores* pueden ser clínico-psicológicos, ambientales, socio-estructurales y económicos (Vila-Candel, et al., 2017a); y los *determinantes* se refieren a los obstáculos culturales, económicos y sociales (González de Cosío y Hernández, 2016a).

La clasificación por factores propuesta por Vila-Candel et al. (2017a) es útil para entender los casos en los que las mujeres sí pueden amamantar pero deciden abandonar esta práctica de manera precoz. Las causas se dividen en

² Dentro del derecho a la salud de las mujeres se incluye el derecho a la salud sexual y reproductiva que considera la libertad, la no discriminación, la igualdad y la dignidad.

los factores que los explican: clínico-psicológicos, ambientales, socio-estructurales y económicos. Los primeros son principalmente la hipogalactia³, el bajo peso de el o la lactante, y las incomodidades relacionadas con las mamas como pezón invertido, grietas y dolor al amamantar. Estas últimas se catalogan como psicológicas, debido a que la mayor parte son percepciones subjetivas que surgen por la desconfianza en que la lactancia cubre todas las necesidades nutricionales de las y los bebés (Vila-Candel, et al., 2017 y Quispe, et al., 2015a).

Los factores ambientales se relacionan con el círculo familiar, laboral y al sistema sanitario: las mujeres que trabajan o estudian durante el periodo de LME prefieren usar sustitutos de leche materna porque no se les garantiza el derecho de amamantar a libre demanda facilitándoles tiempo, espacios adecuados, entre otras consideraciones (Rollins, et al., 2016a). Otros factores ambientales son, por ejemplo, la presión social por dejar de amamantar o no hacerlo en público, y la desinformación sobre los beneficios que la leche materna tiene tanto para las y los lactantes como para las madres y las sociedades.

Finalmente, dentro de los factores socio-estructurales y económicos se encuentra que, de manera paradójica, la lactancia materna es una de las pocas prácticas que se presenta más en sociedades pobres que en sociedades ricas (Hansen, 2016a). Esto puede deberse a que hay más mujeres incorporadas a la fuerza de trabajo para quienes la alimentación mediante fórmula puede resultar más cómoda. Al mismo tiempo, entre mayor sea la probabilidad de ocupación laboral de la madre, mayor será la facilidad de adquirir sustitutos de leche materna.

En cuanto a la clasificación por determinantes, propuesta por Teresita González de Cosío et al. (2016a) en el libro *Lactancia Materna en México*, se destacan ciertos escenarios que reúnen los determinantes culturales, económicos y sociales: 1) el síndrome de la leche insuficiente, 2) el papel de la familia y el apoyo social, 3) el papel de la comercialización de la fórmula de leche materna, 4) el monitoreo del Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna, y 5) el papel de las y los proveedores de salud.

³ Poca producción de leche

El síndrome de la leche insuficiente se relaciona con el papel clínico-psicológico en cuanto a que es una percepción subjetiva. El síndrome ha sido documentado en todas las regiones del mundo y es la causa principal de abandono de la lactancia de manera prematura. “Es un fenómeno fisiológico que puede tener orígenes sociales, psicológicos, fisiológicos o una combinación de factores” (Pérez, 2016a, p. 83) y su síntoma principal se manifiesta en el llanto de la o el bebé lo que lleva a pensar que la madre no produce suficiente leche. Esto no significa que no existan casos en los que las madres no produzcan suficiente leche, sin embargo, se estima que menos del 5% de las mujeres en el mundo son incapaces de producir leche por razones fisiológicas (Hale y Hartman, 2007a).

En cuanto al papel de la familia y el apoyo social, se debe partir de la premisa de que “amamantar constituye una práctica cultural y socialmente construida” (Law, 2000, y Swain-Muller y Aparecida-Silva, 2009, como se citó en Théodor y Bonvecchio, 2016a, p. 87), por lo que las redes sociales que tienen las madres impactan en las decisiones que toman sobre la alimentación de sus hijas e hijos (Théodor y Bonvecchio, 2016a). Los dos siguientes escenarios, correspondientes al papel de la comercialización de la fórmula de leche materna y al monitoreo del Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna, se relacionan con los fuertes vínculos que hay entre el aumento en ventas de fórmula láctea y el descenso en la tasa de lactancia materna y LME. Esta relación se da por la influencia de la publicidad, la medicalización del parto, la falta de protección a la maternidad y la preocupación por amamantar en público (Lutter, 2016a).

Finalmente, el escenario asociado con el papel de las y los proveedores de salud, coincide con las barreras de la lactancia materna recuperadas por Anabelle Bonvecchio, et al. (2016a):

- Las individuales tienen que ver con la falta de conocimiento médico actualizado por parte de las y los prestadores de servicios de salud, y con sus sesgos personales.
- Las interpersonales se dan por el desincentivo que pueden tener las y los proveedores de salud ante el hecho de que sus sugerencias sobre la lactancia no se sigan.

- Las organizacionales se refieren a que la atención médica está enfocada en el tratamiento y no en la prevención, por lo que queda poco tiempo para promocionar la lactancia; también se incluye la falta de material, capacitación y supervisión relativa al tema.
- Las comunitarias son aquellas prácticas culturales que resultan contraindicaciones médicas, como la introducción de tés, refrescos o fórmulas lácteas. Estas prácticas pueden ser recomendadas por el círculo social de las madres o por sus médicos y médicas.
- Las barreras de política pública corresponden a la falta de programas nacionales relativos a la lactancia materna o a la incongruencia entre ellos, lo que genera dudas y confusión entre el personal médico.

Los diferentes obstáculos se reconocen a través de diversas sociedades, aunque la manera en la que cada uno de ellos afecta la lactancia materna está condicionada al contexto, por lo que su apreciación y consideración específicas dependen del lugar, temporalidad y coyuntura en la que se analicen.

Los obstáculos no documentados, que también pueden reconocerse a través de diversas sociedades, son las implicaciones de la práctica de la lactancia materna directa o indirecta para las madres. Estas implicaciones, al relacionarse con los requerimientos de tiempo, esfuerzo físico y emocional, entre otros, permiten considerar la lactancia materna como un trabajo de cuidados.

Uno de los motivos de dicha falta de documentación puede ser que el estudio de la lactancia materna se ha dado desde la perspectiva médica. Entendiéndose desde esa trinchera, la lactancia tiene beneficios tan significativos para la salud y nutrición que no se puede disentir sobre la importancia del fomento de su práctica. Sin embargo, se ha dejado a un lado que es una práctica que depende de la voluntad de las madres y que, a pesar de sus beneficios, puede llegar a tener implicaciones negativas para ellas, por lo que encontrar el equilibrio es el reto principal.

Para lograr dicho equilibrio, no se requiere únicamente de reconocimiento, sino de que las acciones de los Estados para proteger, promover y apoyar la lactancia materna, sean políticas públicas o proyectos de CID, eviten aumentar de manera indiscriminada la carga de trabajo de cuidados para las madres.



CAPÍTULO I. Los feminismos y la gobernanza: herramientas analíticas de los proyectos de Cooperación Internacional para el Desarrollo en materia de lactancia materna

Resumen

A lo largo de este capítulo se analiza la práctica de la Cooperación Internacional para el Desarrollo como el contexto dentro del cual se realizan proyectos relacionados con la lactancia materna en México que contribuyen a la mejora de la salud materna y la salud infantil. Posteriormente, se proponen la gobernanza y los feminismos como herramientas con las que se sustenta esta tesis.

En el apartado de Cooperación Internacional para el Desarrollo se describen los inicios de la práctica para ayudar a identificar los diferentes tipos de cooperación y los diferentes conceptos de desarrollo gracias a los cuales se ha llegado al entendimiento actual del desarrollo humano. Este trabajo no busca posicionarse acerca de cuál es el mejor modelo de desarrollo, sin embargo, parece importante mencionar que las ventajas de la práctica de la lactancia materna se pueden insertar en cualquiera de estas visiones y se refleja en la totalidad de los Objetivos de Desarrollo Sostenible que guían la agenda de Cooperación Internacional para el Desarrollo en la actualidad.

Se propone la gobernanza como herramienta para instrumentalizar la Cooperación Internacional para el Desarrollo en materia de lactancia materna por dos razones. La primera es que ayuda a caracterizar la lactancia materna como un problema complejo y, en segundo lugar, porque reconoce la importancia de involucrar a diferentes actores interesados para generar soluciones útiles que aumenten las tasas de lactancia materna, lo que lleva a la mejora de la salud materna, la salud infantil, a que se transversalicen los derechos de las mujeres, de las infancias, y el trabajo de cuidados.

Para entender el concepto de *cuidados* es necesaria la segunda herramienta seleccionada: las teorías feministas. La revisión de las diferentes teorías permite reconocer que, sin importar desde qué perspectiva se analice, los feminismos, entre otras cosas, estudian y combaten las desigualdades. Entre éstas, y como uno de los conceptos principales, se encuentra el *género*,

concepto que también se desarrolla a lo largo de este primer capítulo. Además, para propósitos de este trabajo, una de las teorías que se rescata es la del feminismo como teoría crítica de las Relaciones Internacionales que da pie a la Cooperación Internacional para el Desarrollo pues es parte de la política exterior de los Estados.

Introducción

La lactancia materna es un derecho humano. Se considera así debido a su papel en la alimentación, salud y bienestar de las niñas y los niños, y su impacto positivo en la salud de las madres. Desde Naciones Unidas se ha hecho hincapié en que las madres tienen derecho a tener toda la información posible y veraz que las posibilite para tomar decisiones informadas sobre la alimentación y la salud de sus hijas e hijos, y la salud propia. Este reconocimiento ha llevado a los países a crear programas, proyectos y campañas para promover, proteger y apoyar la lactancia materna.

La lactancia materna está considerada dentro de la atención de la salud materna, que comprende el periodo desde el embarazo hasta el puerperio, tiempo en el que la práctica de la lactancia tiene los mayores beneficios. La salud materna, además, se encuentra bajo el espectro de la salud sexual y reproductiva. Por lo tanto, promover, proteger y apoyar la lactancia materna es también garantizar los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres.

Como se mencionó anteriormente, la lactancia es una práctica biológica que contribuye con la salud materna y la salud infantil, es por ello que su estudio desde la ciencia y la medicina son importantes. Sin embargo, tomar en cuenta únicamente esta perspectiva es instrumentalizar la lactancia, y al mismo tiempo, instrumentalizar los cuerpos de las mujeres. La lactancia no es sólo una *característica* natural, sino también es un acto performativo⁴. Es decir, sólo existe cuando se practica; y al practicarse, se involucra el cuerpo de las mujeres, y así, otros recursos personales, como el tiempo y las emociones. Es por ello que es insoslayable argüir desde el feminismo, género y, como se

⁴ Idea que propone Alison Bartlett (2005a) en su libro *Breastwork: rethink breastfeeding*. “En lugar de ser ‘natural’, propongo que la lactancia pueda ser leída más productivamente como performativa: como un acto que hacemos, de manera consciente o inconsciente, como parte de nuestra negociación cultural del género” (p. 5)

propone en esta tesis, de los cuidados, cuando se estudia lo referente a la lactancia materna.

Es cierto que una vía para evitar el conflicto planteado sería no considerar a la lactancia materna como una opción alimenticia viable (o deseable) y buscar que la leche de fórmula sea más accesible, menos contaminante y menos riesgosa para la salud de las niñas y niños recién nacidos. Sin embargo, hay que tomar en cuenta las condiciones actuales: los problemas de salud, económicos y ambientales, y la necesidad y urgencia de fomentar prácticas sostenibles no sólo para las madres y sus hijas e hijos, sino para todas las personas de todas las sociedades. En esta complejidad radica la necesidad de implementar proyectos de CID que consideren todas las caras del problema y en los que se transversalicen los derechos y los cuidados. Sin lo anterior, se puede caer en imposiciones y en la fiscalización de los cuerpos, el trabajo, el tiempo y las decisiones de las mujeres.

La lactancia materna es un problema que involucra variables como la voluntad y los derechos de las madres, los derechos de las infancias, temas de salud pública, la capacidad de los Estados para asegurar y respetar los derechos humanos, la cultura, la familia, las tradiciones, las percepciones, la economía y los trabajos, el medio ambiente, etc. Dentro de estas variables, existen diversos actores con diferentes puntos de vista acerca de las prioridades que se deben considerar al promover, proteger y promover la lactancia materna.

Una forma de sacrificar lo menos posible dichas prioridades y buscar lograr los resultados esperados de la manera más eficiente, es utilizar la gobernanza como una herramienta para realizar proyectos de CID en materia de lactancia materna. Esto puede permitir que no se obvien puntos de vista clave, como el aumento en la carga de cuidados que representa promover, proteger y apoyar la lactancia materna.

1. La Cooperación Internacional para el Desarrollo como escenario de acción

La CID es, de manera tradicional, un conjunto de acciones llevadas a cabo por actores públicos y privados de países con diferente nivel de renta con el

objetivo de promover el progreso económico y social de manera sostenible (Gómez y Sanahuja, 1999, como se citó en Ayala, 2012a). Pérez y Sierra (como se citó en Ayala, 2012a) profundizaron la definición señalando que la CID consiste en resolver problemas del desarrollo y fomentar el bienestar movilizandoo recursos económicos, humanos y técnicos.

Para entender de mejor manera la CID, Citlali Ayala (2012a) propone desagregar el concepto en tres partes. En primer lugar, la *cooperación* debe ser vista como una concertación, es decir, “como la realización del diálogo político que, en torno a temáticas específicas y de mutuo interés, pretende generar diferentes formas de colaboración, que generarán beneficios para las partes involucradas” (p.12). En segundo lugar, al hablar de *cooperación internacional*, se hace referencia al escenario de las relaciones internacionales con la diversidad de actores involucrados. Finalmente, al considerar la totalidad del término CID, éste se debe entender como las acciones llevadas a cabo en el marco de las relaciones internacionales y la diplomacia, que se dirigen a “mejorar las condiciones de vida de la población [...] y al combate de la pobreza” (p.13).

Sus inicios se remontan a la Segunda Guerra Mundial debido a los cambios en el sistema internacional y a la necesidad europea de apoyo para la reconstrucción de los Estados afectados por la guerra. El Programa de Reconstrucción Europeo de 1947 (Plan Marshall) fue la materialización de dicha ayuda y el primer ejemplo de cooperación internacional dado entre Estados Unidos y Europa (Boni, 2010, y Prado, 2008, como se citó en Domínguez, 2014a). Después de la Segunda Guerra Mundial, y debido a los procesos de descolonización, el papel de la CID se transformó en aquellas acciones del entonces considerado *primer mundo* para promover el crecimiento económico del *tercer mundo* y así, lograr el desarrollo (Casar y Figueroa, 2017a).

En 1960, en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE) se creó el Grupo de Asistencia al Desarrollo nombrado de manera oficial como Comité de Asistencia al Desarrollo (CAD) en el cual se reunieron los principales países donantes⁵ de CID con el objetivo de promover la cooperación y otras

⁵ En un inicio, el CAD agrupó a Bélgica, Canadá, Francia, Alemania, Italia, Portugal, Reino Unido, Estados Unidos y a la Comunidad Económica Europea. Posteriormente se integraron

políticas en favor del desarrollo internacional bajo el compromiso de donar al menos el 0.2% de su Producto Interno Bruto (PIB) a los esfuerzos de cooperación (OCDE, 2016a). El CAD se consolidó como el foro de debates sobre la “coordinación de políticas, armonización y homologación de procedimientos para incrementar la calidad de la ayuda” (Ayuzo, 1997, como se citó en Casar y Figueroa, 2017a, p.15) actualizando de manera periódica la lista de países susceptibles a recibir Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD)⁶ de acuerdo con los términos que ellos mismos establecen (OCDE, 2016a).

De manera simultánea a los procesos de consolidación del CAD, en 1955 se llevó a cabo la Conferencia de Bandung, donde se cuestionó la participación de los Estados miembros del CAD determinados como donantes en los procesos de desarrollo. Se argumentó que dichos Estados eran los que fomentaban las desigualdades y se estaban imponiendo ideas del desarrollo. Con esta Conferencia se marcó el inicio de la cooperación entre países con el mismo nivel de desarrollo (Casar y Figueroa, 2017a), conocida como Cooperación Sur-Sur⁷.

Una vez superado el periodo de bipolaridad, inició el periodo multipolar del escenario internacional con el surgimiento de nuevos líderes, lo cual facilitó que el diálogo y el intercambio se diera de una manera más democrática. Aunado a esto, el mundo presenció el fortalecimiento de la sociedad civil organizada, el incremento de la injerencia en los asuntos relacionados con la pobreza, los derechos humanos, entre otros, por parte de los países en vías de desarrollo, y la preocupación de los países desarrollados y los OI por hacer de la CID una práctica más efectiva. Estos procesos dieron paso a lo ahora conocido como “nueva arquitectura de la CID” (Ayala, 2012a).

La nueva arquitectura de la CID representa el andamiaje actual que sostiene la práctica de la cooperación. Sin embargo, antes de entrar en la

Japón y Países Bajos. Actualmente, el CAD está integrado por 30 miembros: Australia, Austria, República Checa, Dinamarca, Finlandia, Grecia, Hungría, Islandia, Irlanda, Corea, Luxemburgo, Nueva Zelandia, Noruega, Polonia, República Eslovaca, Eslovenia, España, Suecia y Suiza, aunados a los anteriores (Organización para la Cooperación y el Desarrollo [OCDE], s.f.).

⁶ Nombre oficial por el cual se conoce a la cooperación otorgada por países miembros del CAD.

⁷ La CID se puede clasificar de diferentes maneras: de acuerdo con el número y tipo de participantes, de acuerdo con los fines, y de acuerdo con la modalidad del intercambio (Ayala, 2012a). De manera general, resulta importante distinguir entre la CID Norte - Sur y la Sur - Sur, cuyas diferencias se explicaron con anterioridad. Aunado a estos dos tipos, existe la CID triangular, donde la cooperación se da entre dos países con nivel de desarrollo similar y obtienen financiamiento de un tercer actor.

explicación de la práctica, y para lograr entender la complejidad de la disciplina, es necesario analizar lo que Giuseppe Lo Brutto (2017a) identifica como “la esencia misma” de la CID: el desarrollo.

1.1. El Concepto de Desarrollo.

El concepto de desarrollo para la CID se estudia a partir del término de la Segunda Guerra Mundial, como se mencionó en el apartado anterior. Entender el concepto de desarrollo puede resultar más fácil si se conoce el origen de su concepto contrario: el *no* desarrollo, o el *subdesarrollo*. En la dinámica de las Relaciones Internacionales y la CID surge el 20 de enero de 1949 con el primer discurso del entonces presidente estadounidense Truman⁸. En ese momento, debido a la asunción de que la pobreza es un obstáculo y una amenaza que debe ser atendida para ayudar a las personas a lograr sus aspiraciones de una vida mejor, más de la mitad de la población se volvió *subdesarrollada* sin importar quiénes eran o cómo eran en su diversidad (Esteva, 2010). “Para aquellas personas que conforman dos tercios de la población mundial, pensar en el desarrollo -cualquier tipo de desarrollo- requiere que primero se tenga la percepción de que [ellos] son subdesarrollados, con todas las connotaciones que esto traiga” (p.3).

Esto ha provocado que el concepto de desarrollo sea disputado por otros pensamientos no hegemónicos y por otras formas de entender el mundo, y que lo que se puede entender por desarrollo y las formas de *alcanzarlo* hoy en día, sea muy distinto a lo que en un inicio se planteó. Sin embargo, y debido al origen de la CID, lo que se entiende por desarrollo en el escenario internacional sigue estando condicionado por la visión occidental (Bustello, 1998, como se citó en Domínguez, 2014a).

⁸ Extracto del punto cuarto del Discurso Inaugural del presidente Harry S. Truman el 20 de enero de 1949: “...debemos emprender un programa nuevo y audaz para que los beneficios de nuestros avances científicos y el progreso industrial, estén disponibles para la mejora y el crecimiento de las zonas subdesarrolladas. Más de la mitad de la población del mundo vive en condiciones cercanas a la miseria. Su alimentación es inadecuada. Su vida económica es primitiva y estancada. Su pobreza es un obstáculo y una amenaza tanto para ellos como para zonas más prósperas. Por primera vez en la historia, la humanidad posee el conocimiento y la habilidad para aliviar el sufrimiento de estas personas.”

Se puede consultar el discurso completo en: <https://perio.unlp.edu.ar/catedras/planipoliticadecom/wp-content/uploads/sites/162/2020/08/Discurso-Inaugural-Truman.pdf>

La Tabla 1 presenta un recuento de las diversas acepciones que se le ha dado al concepto de desarrollo con respecto a la etapa histórica de la que ha dependido dicha acepción:

Tabla 1

Evolución del concepto de desarrollo con respecto al contexto global

| Periodo | Concepto de desarrollo | Características |
|-------------|---|--|
| 1960 - 1970 | Modernización: <i>desarrollo económico</i> | Enfoque económico del desarrollo que lo ve como una necesidad estratégica. Reconoce la existencia de dos tipos de sociedades: capitalistas y feudales. El desarrollo de las sociedades feudales "atrasadas" se logra reproduciendo las condiciones de las sociedades capitalistas "avanzadas": aumento en la educación, industrialización, orden, racionalidad, individualismo. |
| | Dependencia: <i>desarrollo desde el sur</i> (como respuesta a la Modernización) | Cuestiona el significado del desarrollo, lo consideran un fenómeno sociológico que involucra a la cultura, la historia y todo lo relacionado con lo humano, no únicamente lo económico. Destaca que el pasado histórico determina el subdesarrollo, y que éste no es el problema sino la estructura y el sistema que lo promueve: el subdesarrollo es consecuencia del desarrollo, no es un paso previo. |
| 1970 - 1980 | Neoliberalismo: <i>desarrollo del mercado</i> | No ve al desarrollo como una serie de pasos pero establece postulados que privilegian la idea del fundamentalismo del mercado como precursor del desarrollo. |
| | Ecodesarrollo | Propone diferentes estrategias de desarrollo de acuerdo con la complejidad de los problemas: busca soluciones específicas a problemas particulares tomando en cuenta el contexto. Compatibiliza lo económico, lo social y lo ecológico, éste último siendo apoyado por la ciencia y la tecnología. |
| 1980 - 1990 | Desarrollo sustentable | La Comisión Mundial de Medio Ambiente y Desarrollo en 1987 estableció que el desarrollo sustentable es aquel que satisface las necesidades del presente sin comprometer el cumplimiento de las necesidades del futuro. Así, se armonizan tres elementos: lo económico, lo ambiental y |

| Periodo | Concepto de desarrollo | Características |
|-------------------|------------------------|--|
| | | lo social, recuperando la visión del ecodesarrollo. |
| | Endodesarrollo | Se enfoca en reconocer la capacidad de los territorios para implementar sus estrategias de desarrollo. Reconoce el ámbito local como la identidad de un grupo el cual puede mejorar sus niveles de vida desde dentro. Toma en cuenta lo económico, lo político y lo socio-cultural. |
| 1990 - actualidad | Posdesarrollo | Desde un punto de vista crítico, entiende el desarrollo como una interpretación occidental que no refleja la diversidad mundial, suprime la identidad de las personas y fomenta el desprecio por su cultura y su forma de vida. Reflexiona sobre la posibilidad de crear otros discursos más representativos que no se midan a través de la idea de desarrollo, la necesidad de cambiar las prácticas del saber y del hacer, y sobre la atención que debe ponerse en las resistencias locales y sus estrategias. |
| | Desarrollo humano | Propone una visión holística del desarrollo que integra por primera vez el tema de seguridad. Reconoce que el objetivo del desarrollo es fomentar un ambiente adecuado para una vida prolongada, saludable y creativa. Entiende al desarrollo como un proceso que no es lineal en el que se van ampliando las oportunidades de las personas. Propone una medición en tres sentidos: la vida larga y saludable, el acceso a la educación y la vida digna. Se basa en el enfoque de las capacidades propuesto por Amartya Sen. |

Fuente: elaboración propia con información de Zavaleta (2012a) y Gudynas (2012a).

En la Tabla 1 se pueden apreciar dos cuestiones que vale la pena rescatar. La primera es la evolución del concepto de desarrollo que ha pasado de ser una condición económica dependiente de los Estados, a ser una condición medida con base en la vida de las personas que, en su conjunto, reflejan la condición de los Estados. La segunda es que, para cada posicionamiento de lo que ha

significado el desarrollo para el mundo *desarrollado*, ha existido una contrapropuesta desde el sur global que ha sido fundamental para alcanzar lo que se entiende por desarrollo en la actualidad y bajo lo cual se han generado estrategias y agendas internacionales que son parte esencial de la CID.

En 1990, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) publicó el primer Informe sobre Desarrollo Humano basado en el *enfoque de las capacidades* desarrollado por Amartya Sen, en donde se destaca que los esfuerzos en favor del desarrollo deben concentrarse en “crear un ambiente propicio para que las personas, tanto individual como colectivamente, puedan desarrollar todos sus potenciales” (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 1990a, p.19). De esta forma, se concibe al desarrollo humano como “el proceso de ampliar las oportunidades de los individuos [así como] el nivel de bienestar que han alcanzado” (p.34) distinguiendo dos aspectos: la formación de capacidades humanas y la forma como los individuos emplean estas capacidades.

El enfoque de las capacidades fue también desarrollado por Martha C. Nussbaum, resulta útil porque propone una lista de capacidades que resultan indispensables para tener una vida digna. Esta lista se elaboró entrevistando a mujeres de Gujarat, la región menos equitativa de la India (Colmena, 2013a). Las diez capacidades centrales humanas son:

1. Vida: tener una vida duradera
2. Salud física: buena salud y alimentación adecuada
3. Integridad física: la libertad de desplazarse y la protección en contra de la violencia; se refiere también a la oportunidad de disfrutar la sexualidad y tomar decisiones relativas a la reproducción.
4. Sentidos, imaginación y pensamiento: la educación adecuada que permita usar los sentidos, la imaginación y el pensamiento.
5. Emociones: el desarrollo emocional a través de la asociación humana que lleva a amar, sentir apego, gratitud e indignación, entre otras.

6. Razón práctica: tener una concepción del bien y tener razonamiento crítico para planificar la propia vida; libertad de conciencia y religión.
7. Afiliación: la posibilidad de interacción social, tener libertad de reunión y de expresión, autorespeto, y no sufrir de discriminación.
8. Otras especies: la convivencia con animales y plantas.
9. Juego: la posibilidad de disfrutar actividades recreativas.
10. Control sobre el propio entorno: político, referente al derecho a la participación política; y material, referente al derecho a la propiedad y al trabajo.

Esta lista de capacidades es especialmente pertinente para este trabajo de investigación debido a que algunas de ellas como la salud física, la integridad física, la razón práctica, la afiliación y el juego son capacidades que pueden relacionarse con la lactancia materna. Esta relación se da debido a que la lactancia materna es un tema de salud y alimentación; de salud sexual y reproductiva; se basa en el acceso a la información y en la capacidad de tomar decisiones de planificación de vida; tiene que ver con el autorespeto, el autocuidado, la no discriminación y las interacciones sociales; y se relaciona también con el tiempo de las mujeres y el espacio que les queda para disfrutar de su tiempo libre.

Sobre las capacidades y su vínculo con el desarrollo, Martha Nussbaum (2012a) menciona:

No preguntamos solamente acerca de la satisfacción de la persona con lo que hace, sino acerca de lo que hace y de lo que está en condiciones de hacer (cuáles son sus oportunidades y libertades). Y no solamente preguntamos acerca de los recursos disponibles, sino acerca de cómo esos recursos entran o no en acción, posibilitando que [una persona] funcione de un modo plenamente humano. (p.143)

El enfoque de las capacidades, tanto desde la perspectiva de Sen como de Nussbaum, parte de la premisa de que los datos globales no son suficientes

para evaluar el estado de una nación, al contrario, es necesario considerar el estado de cada una y cada uno de los individuos. Para lograrlo, se requiere tener información sobre bienes no relacionados con la riqueza y el ingreso: salud, educación, empleo, libertad, relación entre razas y sexos, etc., y no perder de vista las diferentes visiones de los hombres y las mujeres (Nussbaum, 2012a).

Con base en este entendimiento, en el Informe de Desarrollo Humano se presentó una forma de medir el desarrollo: el Índice de Desarrollo Humano (IDH) que permite dar seguimiento al avance de los Estados de acuerdo con la longevidad de la vida de las personas, la educación y el nivel de ingreso para garantizar la vida digna. Y finalmente, dentro de sus conclusiones se hace hincapié en que no existe un vínculo directo entre el crecimiento económico y el desarrollo de las personas; además, menciona que la CID⁹ debe concentrarse en este tipo de desarrollo para que sus programas arrojen mejores resultados; y, entre otras conclusiones, se menciona que el enfoque participativo que incluya a diversas organizaciones es vital para lograr el desarrollo humano.

Seis años más tarde, tomando en cuenta este nuevo paradigma de desarrollo y considerando los temas impulsados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como el género, los derechos humanos y el medioambiente, los países del CAD decidieron incorporar metas cuantitativas para medir el progreso del desarrollo. Así, en el 2000 se firmó la Declaración del Milenio y se aprobaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (Casar y Figueroa, 2017a) que se analizarán más adelante como parte de la nueva arquitectura de la ayuda.

Vale la pena mencionar que si bien las simetrías entre el enfoque de capacidades de Sen y el de Nussbaum son muchas, la autora hizo hincapié en que “los individuos varían mucho en sus necesidades de recursos y en sus capacidades” (Nussbaum, 2012a, p.138) y continúa,

[m]uchas de estas variaciones pueden pasársenos por alto si vivimos en una nación próspera que puede permitirse llevar a todos los individuos a un alto nivel de realización física; en el mundo en desarrollo debemos estar muy alerta de estas variaciones de necesidades.

⁹ Se hace referencia explícita a la cooperación técnica

No tomar esto en cuenta puede llevar a que, como se verá a continuación, la homogeneidad y premura, de los ODM por ejemplo, pueden resultar dictatoriales acerca del bien común y no ser respetuosas con las luchas individuales,

[...] este gran respeto significa asumir una posición firme respecto de las condiciones que les permiten [a las personas] seguir su propio saber y entender, libres de tiranías impuestas por la política y la tradición. Esto, a su vez, requiere tanto la generalidad como la particularidad, tanto los patrones de medición globales como el conocimiento detallado de la variedad de las circunstancias y culturas en las cuales la gente se está esforzando por salir adelante. (Nussbaum, 2012a, p.140)

Esta consideración es particularmente importante para cuestiones como la lactancia materna que tiene relación con diversos aspectos del desarrollo pero que debe ser tratada como una decisión individual (de las madres, en específico) que sólo pueden lograrse con apoyo de la familia, la sociedad y los gobiernos, y que tiene impacto para todos los niveles: individual, comunitario y social, como se explica en el capítulo introductorio.

1.2. La Nueva Arquitectura de la Ayuda.

Como se mencionó de manera previa, la nueva arquitectura de la ayuda representa el andamiaje de la CID. Si bien los hitos de esta era se concentran en el siglo XXI, durante los años noventa se generaron cuestionamientos sobre los escasos resultados de la cooperación debido a dos sucesos: las aportaciones de los países del CAD no llegaban a la meta establecida y, por otro lado, incrementó el temor de que la ayuda generara relaciones de dependencia entre los Estados, lo que a su vez aumentó la crítica que sostenía que “la asistencia económica distorsiona el libre funcionamiento del mercado y obstaculiza el desarrollo del sector privado” (Ruttan, 1996, como se citó en Rhenals y Martínez, 2009a, p.29). A estos fenómenos se les denominó “fatiga de la ayuda” y fueron precursores de los hitos de la llamada Nueva Arquitectura de la Ayuda:

- Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000)
- Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo en 2002 (Conferencia de Monterrey)
- Foro de Alto Nivel sobre Eficacia de la Ayuda en Roma (2003)
- Foro de Alto Nivel sobre Eficacia de la Ayuda en París (2005)
- Foro de Alto Nivel sobre Eficacia de la Ayuda en Accra (2008)
- Foro de Alto Nivel sobre Eficacia de la Ayuda en Busan (2011)

1.2.1. Objetivos del Desarrollo del Milenio.

En septiembre del año 2000, 189 países respaldaron la Declaración del Milenio en las Naciones Unidas en donde reconocieron que “además de las responsabilidades que todos [los Estados] tenemos respecto a nuestras sociedades, nos incumbe la responsabilidad colectiva de respetar y defender los principios de la dignidad humana, la igualdad y la equidad en el plano mundial” (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2000, párrafo 2). En la Declaración también queda asentado que se debe tomar acción de manera amplia y sostenida para “crear un futuro común” incluyente y equitativo. Para lograrlo, los Estados consideraron que “estos esfuerzos deberán incluir la adopción de políticas y medidas, a nivel mundial, que correspondan a las necesidades de los países en desarrollo y de las economías en transición y que se formulen y apliquen con la participación efectiva de esos países” (ONU, 2000, párrafo 5).

De la Declaración del Milenio se desprendieron ocho ODM cuantificables para alcanzar antes del año 2015 conformando una agenda común vanguardista en favor del desarrollo global. Estos objetivos se presentan en el Apéndice 1 de esta investigación.

A pesar del importante compromiso que los ODM representaron, los ocho objetivos fueron criticados por su *minimalismo*, por no contemplar los recursos y las políticas necesarias para cumplirlos y por no considerar temas clave como el empleo, la seguridad o la gobernabilidad (El Colegio de la Frontera Norte [COLEF], 2013a). De acuerdo con el documento Objetivos de

Desarrollo del Milenio Informe 2015, aunque se alcanzaron logros significativos en muchas de las metas, el progreso fue desigual (Naciones Unidas, 2015a).

Cynthia Valdés (2017a) identificó tres desafíos que se presentaron durante el periodo de vigencia de los ODM: el primero corresponde a que los ODM no consideraron que “es imposible pensar en un desarrollo sostenible sin paz, sin instituciones sólidas, [y] sin un Estado de derecho” (p.30); el segundo desafío reconoce que las disparidades generadas entre países y dentro de sus territorios se debieron a que los ODM fueron impulsados, sobre todo, por los gobiernos nacionales y no se fomentó la participación de los gobiernos regionales y locales; el tercer desafío está relacionado con la calidad de los servicios asegurados gracias a los ODM, es decir, si bien hubo un incremento en la cobertura, esto no garantizó la eficacia de los servicios básicos.

Es por lo anterior que, antes del término de su periodo de acción, comenzaron las discusiones sobre el reemplazo de los ODM y la creación de una agenda post-2015. Es así como con la participación de 193 países, múltiples Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), organizaciones del sector privado, entre otras, se creó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible con sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los cuales se explicarán y desarrollarán más adelante.

En el caso de México, al término del periodo de acción de los ODM se habían cumplido seis de los ocho objetivos. Los objetivos pendientes fueron el cuarto, sobre reducir la mortalidad infantil, y el quinto, sobre mejorar la salud materna. En éstos, si bien México presentó avances, no se lograron las metas establecidas (Valdés, 2017a). Esto provocó que al inicio del periodo de acción de los ODS, México le diera prioridad a estos temas y creara estrategias específicas, como la Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018 (ENLM) para acercarse al cumplimiento de las nuevas metas. El contenido de la ENLM 2014-2018 se revisará en el tercer capítulo de esta investigación.

1.2.2. Conferencia de Monterrey.

Para el 2002, las discusiones sobre la CID comenzaron a tomar en cuenta la calidad de la cooperación y no sólo la cantidad de proyectos de cooperación realizados. Fue así que, como Casar y Figueroa (2017a) mencionan, la CID “ya no sólo giraba alrededor del volumen de ayuda aportada, sino también se

incluyó la calidad de la ayuda como elemento clave para la evaluación de los avances realizados” (p.38).

Las cuestiones más relevantes que surgieron durante esta Conferencia fueron el cómo mejorar la gestión pública para garantizar la eficacia de la ayuda, cómo armonizar los procedimientos para reducir los costos, cómo garantizar que los Estados receptores adquirieran las capacidades compartidas, y cómo tomar en cuenta los planes de desarrollo de los Estados receptores (ONU, 2002, como se citó en Domínguez, 2014a).

Tanto los ODM como la Conferencia de Monterrey pueden considerarse los precursores de los Foros de Alto Nivel (FAN) sobre la Eficacia de la Ayuda en donde se persiguió aumentar la capacidad de los Estados de alcanzar los resultados establecidos para el desarrollo, contar con la información y las herramientas necesarias para medir el progreso hacia dichos resultados, y poder implementar mejoras de manera continua (OCDE, 2006, como se citó en Martínez, 2012a).

Este diseño se demuestra en el contenido de los diferentes FAN que en su conjunto han conformado la Agenda de Eficacia de la Ayuda y que manifiestan un compromiso de hacer de la CID una herramienta útil para alcanzar el desarrollo.

1.2.3. Agenda de Eficacia de la Ayuda.

En el primer FAN sobre la Armonización de la Ayuda en Roma, llevado a cabo en 2003, participaron los países integrantes del CAD, 28 países asociados y diversos Organismos e Instituciones multilaterales y bilaterales. Este Foro fue el primer escenario en el cual se destacó la importancia de la armonización como uno de los principios de la eficacia de la ayuda, como lo declararon en el primer párrafo de la Declaración de Roma sobre la armonización (2003):

Nuestras deliberaciones representan un importante esfuerzo internacional por armonizar las políticas, los procedimientos y las prácticas operacionales de nuestras instituciones con los de los sistemas vigentes en los países asociados, a fin de aumentar la eficacia de la asistencia para el desarrollo y contribuir así a alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio.

Los puntos recuperados a lo largo de la Declaración son resultado de las inquietudes de los donantes sobre el gran número de requisitos y procedimientos exigidos por miembros de su mismo grupo -de donantes- para otorgar la ayuda al desarrollo que tienen como compromiso brindar. Destacan que estos obstáculos “reducen la limitada capacidad de los países asociados y les ocasionan costos de transacción improductivos” (párrafo 2) y reconocen la preocupación de los países socios ante el hecho de que la ayuda que reciben no coincide con sus prioridades nacionales, sus ciclos presupuestales, entre otros.

Este principio se refiere a la necesidad de armonizar “las políticas, las prácticas y los procedimientos de las instituciones y organismos internacionales donantes de ayuda, con los sistemas vigentes de los países asociados” (OCDE, 2003, como se citó en Martínez, 2012a, p.65). Para lograrlo, se consideró de suma importancia que los países socios asuman un papel de liderazgo en la coordinación de las acciones en favor del desarrollo y que realicen las reformas requeridas para que “los donantes confíen cada vez más en los sistemas nacionales” (Declaración de Roma sobre la Armonización, 2003, párrafo 3), asimismo, establecen que el *elemento clave* es:

[hacer] un plan nacional que haga hincapié en el protagonismo de los países y en el liderazgo de los gobiernos; [que] incluya actividades de fortalecimiento de la capacidad; reconozca diversas modalidades de ayuda (proyectos, enfoques sectoriales y apoyo para fines presupuestarios o balanza de pagos), y asegure la participación de la sociedad civil, incluido el sector privado.

Posteriormente, en el FAN sobre Eficacia de la Ayuda del 2005 en París, considerando a los Estados tradicionalmente receptores de CID y partiendo de la premisa de eliminar la condicionalidad (Casar y Figueroa, 2017a), se establecieron los principios de eficacia de la ayuda. Como escribe Martínez (2012a), “la fuerza de esta Declaración¹⁰ se sustenta en la intención de los

¹⁰ La Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo es el documento producto del FAN

donantes y los receptores de superar las relaciones de verticalidad en la cooperación, y en su lugar establecer unas [relaciones] más equitativas” (p.66).

Los principios de eficacia de la ayuda se detallan en la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo (2005) en la que se establecen metas a cinco años y en la que participaron 91 países, 15 OSC y 26 OI:

1. Apropiación: los países socios¹¹ ejercen autoridad sobre sus políticas de desarrollo y coordinan acciones de desarrollo.
 - a. Los socios se comprometen a ejercer su liderazgo implementando estrategias de desarrollo propias, coordinan la ayuda en diálogo con los donantes y fomentando la participación de la sociedad civil y el sector privado.
 - b. Los donantes respetan el liderazgo de los países socios y ayudan a reforzarlo.
2. Alineación: los donantes basan su apoyo en las estrategias, instituciones y procedimientos nacionales de los países socios.
 - a. Los donantes se alinean con las estrategias de los socios y utilizan sus sistemas para reforzar la sostenibilidad de la ayuda.
 - b. Tanto socios como donantes trabajan en conjunto para convenir evaluaciones de desempeño, fomentar la transparencia y las responsabilidades.
 - c. Los países socios emprenden reformas necesarias para que los sistemas, instituciones y procedimientos nacionales relacionados con la gestión de la ayuda sean efectivos, responsables y transparentes. Además, refuerzan su capacidad de planificar, administrar, implementar y justificar programas de desarrollo con el apoyo de los donantes.

¹¹ Por país socio se entiende lo que antes era llamado país receptor de CID

3. Armonización: las acciones de los donantes son armonizadas, transparentes y colectivamente eficaces.
 - a. Los donantes implementan disposiciones comunes para planificar, financiar, supervisar, evaluar e informar sobre los flujos de la ayuda, y simplifican procedimientos reduciendo el número de misiones de campo y trabajo duplicado
 - b. Tanto los países socios como los donantes utilizan la complementariedad como forma de división del trabajo para reducir los costos, y crean incentivos para que todas las partes involucradas cumplan con los principios.
4. Responsabilidad mutua: donantes y socios son responsables de los resultados del desarrollo.
 - a. Tanto donantes como los países socios tienen como prioridad el ampliar la responsabilidad y la transparencia fomentando enfoques participativos involucrando a una amplia variedad de actores del desarrollo.
5. Gestión basada en resultados: administrar los recursos y mejorar la toma de decisiones orientada a resultados.
 - a. Los países socios se comprometen a reforzar los vínculos entre las estrategias nacionales y los presupuestos asignados.
 - b. Los donantes se comprometen a vincular la programación y uso de los recursos con los resultados evitando los indicadores de desempeño incoherentes con los objetivos de los programas.
 - c. Ambas partes deben trabajar en conjunto de manera participativa para reforzar las capacidades de los países socios.

Estos principios, además de procurar la eficacia, “son también un reconocimiento implícito de derechos, responsabilidades y obligaciones mutuas que, de cumplirse cabalmente, en teoría conducirían no sólo al éxito de los programas [...] sino finalmente al desarrollo” (Martínez, 2012a, p.66). De la mano con esto, Antonio Sanahuja (2007, como se citó en Martínez, 2012a) afirma que la Declaración de París es un nuevo paradigma entre los Estados donantes y receptores pues se establece una relación de corresponsabilidad que permite llamarles países socios.

Tres años después, en 2008, el FAN sobre Eficacia de la Ayuda llevado a cabo en Accra tomó en cuenta a otros actores como al sector privado (Casar y Figueroa, 2017a). Este Foro tuvo el objetivo de acelerar la aplicación de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda y demostró un acercamiento a la eficacia desde temas como el involucramiento de los sistemas nacionales de los Estados receptores de CID, la transparencia y la igualdad de género, como se lee en el párrafo 3 del Programa de Acción de Accra (2008):

Debemos lograr mucho más si pretendemos que todos los países cumplan con los objetivos de desarrollo del milenio (ODM). La asistencia no es más que una parte en el panorama general del desarrollo. La democracia, el crecimiento económico, el progreso social y el cuidado del medio ambiente son los principales factores que impulsan el desarrollo en todos los países. El abordaje de las desigualdades en términos de ingreso y de oportunidades que existen dentro de cada país y entre distintos Estados es fundamental para el progreso internacional. La igualdad de género, el respeto por los derechos humanos y la sostenibilidad ambiental son esenciales para lograr un efecto duradero sobre las vidas y el potencial de mujeres, hombres y niños pobres. Es vital que todas nuestras políticas aborden estos temas de manera más sistemática y coherente.

También en el Programa de Acción de Accra (2008), las partes declararon que, si bien había existido un progreso debido a los principios de eficacia de la ayuda, éste no ha sido suficiente; “la Declaración de París generó un ímpetu importante para cambiar la forma en que los países en desarrollo y los donantes colaboran para solucionar problemas concretos”, sin embargo, “el

ritmo de progreso es demasiado lento. Sin mayores reformas y una acción más rápida, no cumpliremos con nuestros compromisos y metas para 2010 en relación con la mejora de la calidad de la ayuda.” (párrafo 6).

Se identificaron tres desafíos para cumplir con su propósito de acelerar el progreso de la eficacia de la ayuda: 1) los gobiernos de los países socios deben identificar sus problemas de desarrollo y trabajar para conformar sus propias políticas, así, el papel de los donantes es de respaldo y respeto hacia las prioridades nacionales; 2) todos los actores involucrados en el desarrollo deben trabajar en conjunto, en asociaciones inclusivas para que las iniciativas tengan mayores efectos a pesar de que esto genere desafíos en términos de gestión y coordinación; y 3) es necesaria la rendición de cuentas hacia las y los ciudadanos, las y los contribuyentes de todos los países, entre los actores involucrados y ante los gobiernos (Programa de Acción de Accra, 2008).

Finalmente, en el FAN llevado a cabo en Busan en 2011 se configuró la Alianza Global por la Eficacia de la Cooperación para el Desarrollo con la cual se buscó instrumentalizar el ODM 8¹². Los resultados de este Foro dieron pie a un cambio de paradigma: de la eficacia de la ayuda a la eficacia de la cooperación para el desarrollo (Casar y Figueroa, 2017a) debido a que se reconoció el terreno que había ganado la Cooperación Sur-Sur sobre la Cooperación Norte-Sur.

La Alianza Global por la Eficacia de la Cooperación para el Desarrollo establece principios, compromisos y acciones que hacen referencia a los países socios del Sur, reconociendo que las modalidades de cooperación tienen diferentes responsabilidades y formas de instrumentalizarse a pesar de buscar cumplir con la misma agenda de desarrollo -los ODM-. Una de las principales diferencias es que la Alianza Global permite una arquitectura de CID más compleja: un mayor número de actores estatales y no estatales, cooperación entre Estados en diferentes niveles de desarrollo, nuevas formas de alianzas público-privadas, entre otras (Cuarto Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda, 2011).

Como se establece en el documento del Cuarto FAN, el diálogo en Busan está construido sobre los acuerdos de los pasados Foros que han ayudado a mejorar la calidad de la CID. Sin embargo, se reconoce que el

¹² ODM 8: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo

progreso ha sido desigual, lento y no ha alcanzado los resultados esperados. Por lo cual, “se reafirma el respectivo compromiso y voluntad de implementar en su totalidad las acciones acordadas” (párrafo 6):

1. Apropiación de las prioridades de desarrollo por parte de los países en desarrollo: la cooperación debe ajustarse a la situación y necesidades específicas del socio que la recibe.
2. Enfoque en resultados: la inversión y los esfuerzos deben tener un impacto duradero alineado a las prioridades y políticas establecidas por el socio que recibe la cooperación.
3. Alianzas incluyentes: basadas en la apertura, la confianza y el respeto mutuo, y reconociendo las diferencias y complementariedades de todos los actores involucrados.
4. Transparencia y rendición de cuentas: entre socios, para las y los ciudadanos, organizaciones y otros actores involucrados.

La revisión de los contenidos de los diversos FAN, Declaraciones y principios de eficacia de la ayuda resulta significativa para entender los cambios en el entendimiento del concepto de *eficacia* relacionada con la calidad de la ayuda y como muestra del aumento del valor a la participación de diversos actores dentro de las acciones en favor del desarrollo.

En líneas generales, después de la creación de los ODM, en la Conferencia de Monterrey los países involucrados se preguntaron cómo aumentar la calidad de la ayuda y garantizar su eficacia para, en efecto, alcanzar los objetivos establecidos. A partir de esto se llevaron a cabo los FAN que pasaron de enfocarse en la armonización en Roma 2003, a los cinco principios de eficacia de la ayuda en París 2005, para posteriormente profundizar en algunos de estos principios en Accra 2008, y finalmente, establecer cuáles eran los principios adecuados para otras formas de cooperación.

Además, es útil resaltar algunas particularidades de cada uno de estos Foros en cuanto a los temas que consideraron. Si bien el FAN de Roma se

concentró en la armonización como principio de la ayuda, dos años después en la Declaración de París se desagregó dicho principio de armonización en tres:

1. en el principio de apropiación quedó establecido que los países socios deben ser líderes en cuando al reconocimiento de sus problemas de desarrollo,
2. en el principio de alineación se recupera que el ordenamiento interno del país socio debe ser capaz de recibir la ayuda por lo que se deben utilizar las instituciones y procedimientos nacionales¹³, y
3. en el principio de armonización quedaron plasmadas las medidas para solventar las inquietudes de los donantes sobre el gran número de requisitos y los obstáculos presentados para otorgar la ayuda.

La particularidad a resaltar sobre el Foro en Accra en 2008 es que se empezó a considerar el género, los derechos humanos y el medioambiente como temas relevantes para el desarrollo y para la eficacia de la ayuda. Además, se profundizó en el principio de apropiación y del principio de responsabilidad mutua se puso énfasis en la participación de diversos actores y en la transparencia.

El FAN en Busan puede considerarse un paso importante para la formalización de otros modelos de cooperación. Es decir, la Alianza Global por la Eficacia de la Cooperación para el Desarrollo hizo hincapié en la idea de que la CID no era únicamente una relación entre un país donante con mayor nivel desarrollo y un país receptor con menor nivel de desarrollo, sino que se configuró como un intercambio amplio entre diversos actores, modalidades e instrumentos.

Finalmente, los cambios con respecto a los actores participantes en cada uno de los Foros han resultado significativos y una muestra del

¹³ En el FAN en Roma en 2003 se menciona la alineación en el sentido en el que los países socios deben hacer las reformas necesarias en su orden interno para ganar la confianza de los donantes (una alineación de abajo para arriba, en términos de nivel de desarrollo); por el contrario, en el FAN en París la responsabilidad de la alineación se traslada a los donantes y deja de ser un tema de confianza para pasar a ser una cuestión de gestión efectiva de la ayuda.

incremento en la relevancia y responsabilidad que cada uno de éstos ha ido adquiriendo en las acciones de cooperación para el desarrollo. Actualmente, como lo expresan Casar y Figueroa (2017a), no son sólo los Estados los que tienen la obligación de realizar las labores de CID, sino que los gobiernos estatales, locales, la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales (ONG), la academia y el sector privado han demostrado capacidad de influencia y responsabilidad en favor del desarrollo.

1.3. Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Después de los esfuerzos por hacer más eficiente la CID para lograr los objetivos planteados en el año 2000, en 2015 se creó una agenda de desarrollo que dejaba atrás los ODM y los sustituía por los ODS. Con estos nuevos objetivos se pretendió subsanar los desafíos identificados por Cynthia Valdés (2017a) que se explicaron con anterioridad y se integraron nuevos temas y objetivos: paz, justicia e instituciones sólidas; se impulsó la participación de los actores subnacionales destacando su proximidad con la población, lo que les permite identificar de mejor manera los problemas y necesidades que se presentan y, asimismo, dar respuesta de manera eficiente; y se integraron metas que atienden no solamente a la ampliación de servicios sino a la utilidad, inclusión y eficiencia de los mismos (Valdés, 2017a).

Entre otros cambios, también destacan que los ODS fueron más incluyentes y destacaron las responsabilidades diferenciadas, incluyeron explícitamente los temas de desigualdad, cambio climático y ambiente, y productividad y empleo. Por otro lado, resaltaron también los problemas de las ciudades como el transporte, la seguridad y la planeación urbana como cuestiones relacionadas con el desarrollo; y se cuestionó el modelo económico actual al mencionar las responsabilidades transnacionales, las prácticas sostenibles y la rendición de cuentas (Sánchez, 2015a).

Los ODS quedaron reflejados en el documento Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (2015b) donde se establecieron 17 ODS y las 169 metas de desarrollo como un llamado de acción para que todos los Estados y actores involucrados coadyuvaran con el fin de la pobreza, la protección ambiental y del planeta, y la paz y la prosperidad de todas las personas. Los 17 ODS son los siguientes:

- Objetivo 1: Fin de la pobreza
- Objetivo 2: Hambre cero
- Objetivo 3: Salud y bienestar
- Objetivo 4: Educación de calidad
- Objetivo 5: Igualdad de Género
- Objetivo 6: Agua limpia y saneamiento
- Objetivo 7: Energía asequible y no contaminante
- Objetivo 8: Trabajo decente y crecimiento económico
- Objetivo 9: Industria, innovación e infraestructura
- Objetivo 10: Reducción de las desigualdades
- Objetivo 11: Ciudades y comunidades sostenibles
- Objetivo 12: Producción y consumo responsables
- Objetivo 13: Acción por el clima
- Objetivo 14: Vida submarina
- Objetivo 15: Vida de ecosistemas terrestres
- Objetivo 16: Paz, justicia e instituciones sólidas
- Objetivo 17: Alianzas para lograr objetivos

Estos objetivos están vinculados entre sí, es decir, las acciones en favor de un objetivo afectan los resultados de los otros objetivos, por lo que se reconoce que “el desarrollo debe equilibrar la sostenibilidad social, económica y ambiental” (Valdés, 2017a). Por otro lado, la conexión que existe entre los ODS también se debe a que los problemas de desarrollo no se restringen a un objetivo en particular. Por ejemplo, la lactancia materna es un tema de desarrollo que se vincula simultáneamente con los 17 ODS.

La Alianza de Acción Mundial para la Lactancia Materna (WABA, por sus siglas en inglés), para celebrar la semana de la lactancia materna¹⁴ en el año 2016, seleccionaron como temática el reconocimiento de los vínculos de la lactancia y los ODS. Para explicar dichos vínculos de manera general se pueden retomar las cinco áreas temáticas creadas por WABA en las que se clasifican los 17 ODS:

4. Nutrición, seguridad alimentaria y reducción de la pobreza, relacionada con los objetivos 1, 2, 3 y 12;
5. Supervivencia, salud y bienestar, que considera a los ODS 1, 3, 4, 10 y 11;
6. Ambiente y cambio climático, integrada por los objetivos 6, 7, 11, 12, 13, 14 y 15;
7. Productividad de las mujeres y empleo, que contempla a los ODS 1, 4, 5, 8, 9 y 10; y
8. Alianzas sostenibles e imperio de la ley, correspondiente a los objetivos 16 y 17.

En una explicación general, en el área temática 1: nutrición, seguridad alimentaria y reducción de la pobreza, los vínculos entre la lactancia materna y los ODS se visibilizan en el combate de la malnutrición. La leche materna es una fuente segura de alimento sin importar el contexto, y reduce la pobreza al no ser una carga ante la economía familiar. Además, WABA (2017a) reconoce que se debe actuar desde un enfoque interseccional, poniendo atención a las madres jóvenes y a los grupos vulnerados como las adolescentes, las madres solteras y las madres migrantes.

En el área temática 2: supervivencia, salud y bienestar, los vínculos entre lactancia y ODS se dan al mejorar la salud y el desarrollo de las y los lactantes, y de las madres en el corto y mediano plazo. En cuanto al ambiente y cambio climático, componentes del área temática 3, WABA (2017a) explora el vínculo entre la *salud del planeta* con la forma en la que las y los recién nacidos

¹⁴ La Semana Mundial de la Lactancia Materna (WBW, por sus siglas en inglés) se celebra desde 1992 y pretende ser una plataforma de movilización social en favor de la lactancia materna (World Alliance for Breastfeeding Action, 2016a).

y las y los infantes son alimentados. Se destaca que la leche materna es una forma natural y renovable de alimentación que no genera ningún tipo de contaminación o desperdicio.

En el área temática 4: productividad y empleo femenino, WABA (2017a) reconoce que los vínculos entre la lactancia y los ODS en materia de pobreza, educación, igualdad de género, trabajo, industria y desigualdad, tienen relación con las políticas laborales. Destaca que las mujeres deben tener la posibilidad de combinar la lactancia con el trabajo remunerado sin sufrir discriminación, tanto en el empleo formal como en el informal. Lograr que los lugares de trabajo sean amigables con la lactancia materna genera un aumento en la productividad y eficiencia de trabajo al disminuir ausencias laborales causadas por problemas de salud de las hijas e hijos, mayor lealtad y satisfacción laboral. (World Alliance for Breastfeeding Action, 2017a).

Finalmente, en el área temática 5: alianzas sostenibles e imperio de la ley, se hace referencia a que, en primer lugar, las niñas y los niños pueden desarrollarse sólo si se respetan sus derechos y se hacen cumplir las responsabilidades que diferentes actores tienen sobre ellas y ellos. Asimismo, se deben respetar los derechos de las mujeres tanto en su vida en sociedad como en los espacios laborales. WABA (2016a) hace hincapié en que “para mejorar las tasas de lactancia materna, tenemos que superar muchos retos: cambiar las políticas gubernamentales inadecuadas, la falta de información, asesoría y apoyo de la comunidad, y la promoción y venta agresiva de los sucedáneos de la leche materna” (p.6). Sobre las alianzas sostenibles, mencionan que “[d]ebemos ampliar nuestras alianzas e ir más allá del movimiento de lactancia materna. Solo en conjunto lograremos el desarrollo sostenible y el respeto activo de los derechos humanos.” (p. 6)

El último punto se relaciona específicamente con el ODS 17: *Alianzas para lograr objetivos*, cuyo contenido se refiere a la creación de alianzas conjuntas entre gobiernos, sociedad civil, el sector científico, el académico y el sector privado para lograr el desarrollo sostenible. Las alianzas de múltiples

interesados, mencionadas en las metas 17.16¹⁵ y 17.17¹⁶ del Objetivo 17, resultan necesarias para alcanzar los objetivos, para mejorar la eficacia y para acelerar el progreso del cumplimiento de cada una de las metas (Naciones Unidas, s.f.a). Una de las formas de gestionar dichas alianzas es mediante la gobernanza.

2. Gobernanza como herramienta para la solución de problemas

Los acontecimientos sucedidos en los años ochenta: el colapso de la Unión Soviética, el impulso de la globalización en el contexto neoliberal y el surgimiento del discurso de la democratización como el modelo apropiado de gobierno, dieron paso a diversos cuestionamientos sobre el papel de los Estados (Rai, 2004a), cuál era la forma de gobierno más adecuada, es decir, la legitimidad democrática, y con la capacidad de los Estados para resolver problemas sociales, cómo lograr esos resultados y qué presupone la acción de gobernar (Organización Latinoamericana y del Caribe de Entidades de Fiscalización Superiores [OLACEFS], 2017a).

Dichos cuestionamientos provocaron el robustecimiento de la sociedad civil, lo que trajo consigo sociedades más plurales y diversas (Hoppe, 2002). Como consecuencia, se flexibilizaron los límites de las atribuciones Estatales, se borraron las barreras que existían entre los asuntos públicos y los privados, y se fortaleció la conceptualización de la transparencia, la participación ciudadana, la rendición de cuentas y la gobernanza. Como lo explica Stefan Kuhlmann (como se citó en Hoppe, 2002), se dio paso del estado de bienestar en los que la definición y solución de los problemas se centraba en el Estado y la burocracia, al *networking state* compuesto por sistemas de conocimiento compartido entre actores gubernamentales, actores relacionados con la industria y actores de la sociedad civil.

Como se explicará en esta sección, la gobernanza es un término cuyo significado resulta difícil de entender sin antes precisar desde qué perspectiva

¹⁵ Meta 17.16: Mejorar la alianza mundial para el desarrollo sostenible, complementada por alianzas entre múltiples interesados que movilicen e intercambien conocimientos, especialización, tecnología y recursos financieros, a fin de apoyar el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en todos los países, particularmente los países en desarrollo (Naciones Unidas, s.f.b).

¹⁶ Meta 17.17: Fomentar y promover la constitución de alianzas eficaces en las esferas pública, público-privada y de la sociedad civil, aprovechando la experiencia y las estrategias de obtención de recursos de las alianzas (Naciones Unidas, s.f.b).

o disciplina se estudia. En este trabajo de investigación se tomarán en cuenta dos: las relaciones internacionales, el ámbito internacional; y la administración pública, el ámbito local. Desde estos escenarios, se pueden identificar dos usos del término: la gobernanza como herramienta descriptiva, y la gobernanza como herramienta normativa.

El primero se refiere a la gobernanza como una herramienta de la administración pública que reconoce nuevas formas de gobernar y es referente a la articulación de múltiples actores que intervienen en el proceso de gestión de políticas públicas; en el caso de la CID estos actores pueden ser OI, organizaciones internacionales y otros Estados. Por su parte, el segundo uso del término -normativo- es mayormente utilizado por los OI como un *deber ser* y, por lo tanto, se refieren a la necesidad de fortalecer los sistemas de gobernanza dentro de los Estados y entre los Estados y otros actores internacionales¹⁷ (Organización Latinoamericana y del Caribe de Entidades de Fiscalización Superiores, 2017a).

2.1. Evolución y Conceptualización de la Gobernanza.

La gobernanza es un término polisémico que ha sido adaptado respecto a las diferentes disciplinas y temporalidades que lo abordan. La evolución del concepto se puede reconocer a partir del reconocimiento de los cambios en el papel del Estado y los actores que han remplazado ese papel. Los tres enfoques que derivan de dicha evolución son llamados *olas de la gobernanza*. La primera ola, *gobernanza de red*, surge a partir de la década de los ochenta cuando, debido a las reformas neoliberales y a la globalización, el ejercicio del poder cambió de ser jerárquico y burocrático a un sistema donde el mercado y las redes son esenciales para garantizar los servicios públicos. Así, desde la gobernanza de red se aprecia que el poder del Estado está disperso en redes formadas por diversas organizaciones públicas y privadas que tienen contacto con *el centro*, es decir, con el mismo Estado (Rhodes, 2012a).

Desde la perspectiva de red, la gobernanza es utilizada para mejorar los resultados y garantizar la gobernabilidad en un escenario en donde los

¹⁷ Esta acepción es, algunas veces, entendida como el buen gobierno pues postula los requisitos que garantizan la eficacia del actuar de los Estados (Organización Latinoamericana y del Caribe de Entidades de Fiscalización Superiores, 2017a).

procesos nacionales son más perceptibles a las influencias de otros actores y los Estados no pueden solucionar los problemas sociales de manera unilateral. Como lo explica Zurbriggen (2011a, p.40):

[...] la gobernanza surge como un nuevo estilo de gobierno, distinto del modelo de control jerárquico y de mercado, caracterizado por un mayor grado de cooperación entre los gobiernos y administraciones públicas y actores no gubernamentales en la hechura de las políticas públicas.

Por su parte, la segunda ola, *metagobernanza*, abona al primer enfoque reconociendo que el Estado no es un actor desplazado o relegado dentro de las redes de gobernanza. Sostiene en cambio que el Estado tiene la capacidad de reinventarse y gobernar sobre las organizaciones públicas y privadas mediante instrumentos de poder suave como la coordinación, negociación, diplomacia, etc. De esta forma, tiene la atribución de asegurar la gobernanza para lo cual, se distinguen tres formas: 1) ajusta las normas bajo las cuales se conducen todas las organizaciones; 2) dirige la narrativa (significados, creencias e identidades) para influir en las organizaciones; y 3) conduce utilizando a su favor la distribución de los recursos (dinero y autoridad) (Rhodes, 2012a).

Al poner énfasis en que los Estados no son actores exclusivos, desde la metagobernanza se señala que se debe considerar a actores globales, regionales y locales (Sahlin, 2017a). Entre ellos, se encuentran la sociedad civil y los actores privados a los que se les reconoce con la capacidad de colaborar en los procesos de diseño, implementación y evaluación de proyectos en lugar de considerarlos únicamente como usuarios o beneficiarios (Rhodes, 2012a; Ansell y Torfing, 2016a).

Finalmente, la tercera ola llamada *gobernanza interpretativa* tiene la característica principal de poner en el centro del análisis a los actores no Estatales, lo que representa el cambio de enfoque centrado en las instituciones, en las dos olas anteriores, a uno centrado en los actores y las interpretaciones que le dan a sus creencias y a sus prácticas. En esta tercera ola se exploran las formas en las que los agentes interactúan y moldean las fronteras entre el Estado y la sociedad civil de acuerdo con los cambios

resultantes de los dilemas a los que se enfrentan. Es decir, sostiene que para poder explicar los cambios en la manera de gobernar se necesita entender las creencias y las prácticas de los actores, su contexto y cómo reaccionan ante los problemas a los que se enfrentan. Por lo tanto, es un proceso vivo, de cambios constantes en creencias, deseos y acciones (Rhodes, 2012a).

Debido a lo anterior, las dinámicas dentro de los arreglos de gobernanza no pueden ser explicadas mediante reglas que argumentan que todos los actores reaccionan de la misma forma ante el mismo estímulo. En cambio, para explicarlas se debe acudir a explicaciones que tomen en cuenta las identidades, intenciones, intereses y creencias de las personas que condicionan las experiencias de cada uno de los actores. Así, la tercera ola hace uso del enfoque interpretativo que privilegia los significados, las creencias y los discursos. Al hacerlo, permite tener acceso a información antes desconocida, identificar voces antes ignoradas, y personalizar las experiencias (Rhodes, 2018a), lo que lleva a tener un entendimiento compartido del problema, a la generación de nuevo conocimiento y a la producción de nuevas soluciones a dicho problema.

En suma, la conceptualización de gobernanza parte de la idea de que los gobiernos tienen experiencia y funcionan implementando políticas que son de rutina y cuya característica principal es el volumen en términos de aplicación. Sin embargo, son menos eficientes respondiendo ante retos y problemáticas nuevas (como las presentadas en los ODS). Por lo tanto, la gobernanza “hace referencia a la conducción¹⁸, coordinación y coherencia entre un amplio y heterogéneo conjunto de actores con diferentes objetivos y propósitos” (Zurbriggen, 2015a, p.10) y resulta útil como un instrumento que reconoce un “escenario de complejidad, donde el curso de la acción pública es determinado y ejecutado no sólo por el gobierno visto como unidad, sino por una amplia gama de grupos, instituciones o personas -públicas o privadas- que tienen capacidades limitadas” (López, 2015a) pero cuyos aportes individuales aumentan la posibilidad de resolver los problemas.

Finalmente, para alcanzar el éxito expresado en el avance en la solución de los problemas, se pueden identificar tres grupos de condiciones de acuerdo con Zurbriggen et al. (2020a) y Hoppe (2002):

¹⁸ Esta conducción también es conocida como timoneo.

1. Es necesario dejar de definir los problemas de manera unilateral e impositiva, sino llegar previamente a acuerdos compartidos sobre la definición del problema y sobre la conveniencia para todos los actores involucrados de aprender de él y avanzar en su solución;
2. La resiliencia¹⁹, la creación de nuevos paradigmas de diseño²⁰, y la innovación social son conceptos necesarios para lograr la transformación y solución de problemas ante escenarios inciertos y resistentes al cambio;
3. Los gobiernos deben tener flexibilidad, y capacidad adaptativa y transformativa para navegar los procesos de cambio.

2.2. Retos Inherentes a la Gobernanza.

Aún cumpliendo con los tres grupos de condiciones, la gobernanza tiene retos o incertidumbres que hay que aceptar pues es la única respuesta sensible a los problemas sociales actuales (Hoppe, 2002). Como se ha mencionado, para llevar la gobernanza a la práctica es necesario tomar decisiones de manera compartida: interactuar, crear alianzas, y tejer compromisos y valores (Arellano, Sánchez y Retana, 2014a). Lo anterior, trae consigo retos que tienen que ver con la dinámica de las redes, la interdependencia entre actores, y con la búsqueda de soluciones a los problemas.

Con respecto a los primeros -la dinámica de las redes-, Davies (2011a) reconoce que es posible que éstas se cierren y excluyan a los actores que no compartan el mismo sentido común que los demás. De la mano con esto, autores como Arellano, Sánchez y Retana (2014a), rescatan la idea de que “en cualquier contexto de pluralidad y dinamismo, cualquier intento de mecanismo racional de toma de decisiones y acción organizacional tiende a colapsar casi irremediablemente” (p.132). Por lo tanto, es necesario asumir que las interacciones conllevarán prácticas como el secretismo, la falta de

¹⁹ Hoppe (2002) lo menciona como “prueba y error inteligente”.

²⁰ Zurbruggen et al. (2020a) explican que centrarse en el diseño “consiste en identificar nuevas alternativas que podrían conducir a la mejor posible dadas las habilidades, el tiempo y los recursos disponibles, es decir, una alternativa “satisfactoria” (p. 131). A su vez, el enfoque de diseño tiene retos que se decantan principalmente hacia la decisión sobre qué tantas alternativas deben identificarse y considerarse para, entre ellas, buscar la más satisfactoria.

transparencia, la manipulación, la irracionalidad, etc., provenientes de los intereses diferenciados de las partes participantes.

Además, “una política inspirada en la gobernanza que da por hecho la participación sin considerar las expectativas de los actores puede terminar en mera simulación y en un gasto innecesario de las energías sociales” (Arellano, Sánchez y Retana, 2014a, p. 129). Por lo cual, es imperativo -y posible- llegar a acuerdos compartidos y al consenso para acentuar la responsabilidad y compromiso de los múltiples actores involucrados con el problema. Como lo menciona Hoppe (2002, p.773) citando a Kuhlmann,

Los actores que negocian persiguen intereses diferentes -parcialmente contradictorios-, representan diferentes perspectivas, construyen diferentes percepciones de la “realidad”, y refieren a marcos institucionales divergentes. La hechura de políticas “exitosas” significa compromiso a través de la alineación y reformulamiento de sus perspectivas.

En segundo lugar, los retos derivados de la interdependencia entre actores son nombrados como dilemas colectivos que se pueden entender como las consecuencias que sufre un actor a causa de las decisiones que otro actor toma -o debe tomar- para su propio beneficio en relación al problema que se busca resolver (Holahan y Lubell, 2017a). Para solucionar estos dilemas es necesario que los arreglos de gobernanza coadyuven con la toma de decisiones en favor del mayor número de actores y que consideren las consecuencias que éstas tienen para dichos actores. De esta forma, los arreglos deben ser multinivel, crear mecanismos de monitoreo, castigar la deserción, premiar la cooperación, brindar información, promover la reciprocidad, e intentar crear las condiciones para que la acción colectiva pueda ocurrir (Ostrom, 2005, como se citó en Holahan y Lubell, 2017a).

El tercer reto, relacionado con la búsqueda de soluciones a los problemas, se refiere a que, como se mencionó anteriormente, no hay un arreglo de gobernanza ni una solución que sirva para resolver todos los problemas en todos los contextos (Ostrom, 2005, como se citó en Holahan y Lubell, 2017a). Es decir, un mismo arreglo de gobernanza no es adecuado para

la búsqueda de la solución de distintos problemas; de hecho, de acuerdo con los cambios que va presentando el problema es posible que se deba modificar el arreglo de gobernanza. Y por otro lado, no es posible esperar ni garantizar el éxito de cierto arreglo y solución a un problema en dos contextos distintos.

A pesar de lo anterior, resulta imperativo no perder de vista que, para lograr el desarrollo, es necesario que las acciones sean colaborativas y que se permita la participación de múltiples actores para asegurar la convergencia de todo el conocimiento y los recursos disponibles. Es decir, el ejercicio de la gobernanza es indispensable para el desarrollo y trae consigo retos que son inevitables, pero que fortalecen la práctica y coadyuvan a la solución o al avance en la solución de los problemas de desarrollo.

2.3. ¿Gobernanza para cuáles Problemas?

Un problema es “el espacio entre una situación existente o esperada y una situación deseada” (Klijn y Koppenjan, 2016a, p.41). Mediante la práctica de la gobernanza, se presta especial atención a los problemas cuyas soluciones no se pueden obviar: ya sea que hace falta información para entenderlos; o por el contrario, la información es tanta que se vuelve difícil de analizar y, por lo tanto, existe un desconocimiento o desconcierto sobre la naturaleza del problema. Este desconocimiento puede ser atribuible a que tanto el problema como las posibles soluciones, se perciben de maneras distintas y se genera disenso sobre quién los debe solucionar (Klijn y Koppenjan, 2016a).

A estos problemas se les conoce como problemas complejos o problemas retorcidos. En términos generales, son caracterizados por un grado de complejidad alto, son impredecibles, no concluyen con determinado suceso y no tienen una causa única e identificable²¹. Por lo tanto, si bien se admite que este tipo de problemas no tienen una solución concluyente, la gobernanza permite tomar cursos de acción parciales en favor de su solución (Head y Alford, 2015a).

La categorización de los problemas que pueden ser solucionados mediante la gobernanza se basa en la distinción de dos características: si los problemas se pueden definir y si la solución es fácilmente identificable. Heitfetz

²¹ A la dificultad de entender la naturaleza o las causas de los problemas, se le conoce como complejidad sustantiva.

(1994) y Roberts (2001) crearon dos modelos para diferenciar a los problemas de acuerdo a dichas características, como se puede observar en la Tabla 2. Ambos modelos coinciden en que, entre más difícil resulte definir el problema, se vuelve más complejo identificar las soluciones para dicho problema. Esto va provocando que los problemas pasen de ser controlados, a complejos y a retorcidos.

Tabla 2

Taxonomía de los Problemas para la Gobernanza

| Tipo | Definición del problema | Solución para el problema | Heifetz (1994) | Roberts (2001) |
|------|-------------------------|--|---|---------------------|
| 1 | Identificada | Identificada | Problema controlado | Problema controlado |
| 2 | Identificada | No identificada: las causas y los efectos son difíciles de discernir | Problema con características de retorcido | Problema complejo |
| 3 | No identificada | No identificada | Problema retorcido | Problema retorcido |

Fuente: análisis recuperado de Head y Alford (2015a).

En la actualidad y debido a los grandes problemas que enfrentan los Estados a nivel nacional, regional y mundial, la caracterización de los problemas como retorcidos se ha utilizado indiscriminadamente. Ante esta situación, Alford y Head (2017a) proponen un marco de referencia de dos niveles que permite clasificar los problemas de acuerdo a su grado de *retorcimiento*. En el primer nivel, los autores se enfocan en reconocer los problemas de acuerdo a sus características (reconocimiento del problema y de la solución) y a los actores involucrados. Esta matriz, que puede apreciarse en la Figura 1, debe entenderse como un espectro y no como una clasificación rígida de los tipos de problemas.

Figura 1

Tipos Alternativos de Problemas Complejos

| | | | |
|--|---|--|---|
| Incremento en la complejidad del problema | | | |
| Ni el problema ni la solución es clara | Problema cognitivamente complejo | Problema conceptualmente contencioso | Problema muy retorcido |
| El problema es claro, la solución no es clara | Problema analíticamente complejo | Problema complejo | Problema políticamente turbulento |
| Tanto el problema como la solución son claras | Problema <i>domado</i> | Problema comunicativamente complejo | Problema políticamente complejo |
| Incremento en la dificultad con respecto a los actores e instituciones | Relaciones cooperativas o indiferentes | Múltiples partes, cada una con algún conocimiento relevante | Múltiples partes, conflicto en valores e intereses |

Fuente: Figura recuperada de Alford y Head (2017a, p. 6)

En el eje vertical, Alford y Head concentran las diferentes combinaciones posibles entre definición del problema y solución del problema, explicadas en la Tabla 2, lo que arroja tres resultados posibles. En el eje horizontal, por su parte, se asigna la dimensión relacionada con los actores interesados. En éste, se considera el conocimiento, el tiempo y el esfuerzo requerido para resolver los conflictos que genera el encuentro de sus diferentes intereses. Así, se sostiene que entre más diverjan los intereses de cada uno de los actores, más difícil será el acceso al conocimiento en su conjunto pues éste se encuentra fragmentado.

El segundo nivel del marco de referencia consiste en “mirar dentro de esas alternativas [las del primer nivel], para considerar los factores que las subyacen - en particular aquellos relevantes a las necesidades prácticas de la toma de decisiones” ((Alford y Head, 2017a, p.9). Lo que sugiere que, entre más de factores (ver Tabla 3) estén presentes en el problema, éste se va volviendo retorcido.

Tabla 3

Factores suscritos a los tipos alternativos de problemas complejos

| Relacionadas con el problema | Relacionadas con los actores |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Inherentes a la complejidad | Conocimiento |
| Contradicciones y dilemas | Marco institucional |
| Remedios que causan más problemas | Fragmentación |
| Claridad del problema | Intereses |
| Información oculta | Intereses diversos |
| Fenómeno intangible | Conflicto de interés |
| Claridad de la solución | Poder |
| Variables múltiples | Recursos |
| Descubrimientos iterativos | Restricciones |

Fuente: información recuperada de Alford y Head (2017a)

Las ventajas de utilizar esta matriz son que, en primer lugar, permite identificar si la gobernanza es una herramienta adecuada para solucionar el problema mediante el reconocimiento de que dicho problema es complejo o retorcido. En segundo lugar, sirve para entender a qué se atribuye el *retorcimiento* de los problemas; es decir, ¿es más retorcido por su estructura (porque no se conoce el problema y/o la solución), o por las características de los actores involucrados? Y en tercer lugar, deja ver características particulares dentro de los problemas, lo que coadyuva en el logro de acuerdos compartidos y la toma de decisiones.

2.4. Gobernanza para la Lactancia Materna.

La gobernanza, como se ha analizado hasta el momento, es una herramienta útil para resolver problemas sociales complejos o retorcidos que reconoce nuevas formas de gobernar en un contexto en el que 1) los Estados no pueden solucionar los problemas de manera unilateral pero que por su capacidad adaptativa participa en los arreglos, en la búsqueda de soluciones y en la toma de decisiones; y 2) existen múltiples actores (gubernamentales, privados y de la sociedad civil) que no son únicamente beneficiarios de los proyectos sino que tienen la capacidad de participar en la búsqueda de soluciones desde sus creencias e intereses utilizando su poder económico, de influencia y de toma de decisiones.

De esta forma, este trabajo de investigación considera que la lactancia materna, y en específico los cambios en la tasa de lactancia materna y LME, representan un problema en el que se puede avanzar en su solución, es decir, hacia el escenario al que se quiere llegar, utilizando la gobernanza como herramienta descriptiva. Además, considerando que la presente tesis analiza los proyectos de CID en la materia, también se hace referencia a la gobernanza como herramienta normativa en tanto el deber de los Estados de interactuar con otros Estados y otros actores internacionales. Esto último, destacado en el ODS 17 respecto a las alianzas para lograr objetivos, mejorar la eficacia y acelerar el progreso de las metas establecidas.

Con la intención de justificar que la lactancia materna es un problema que puede ser atendido utilizando la gobernanza, es preciso mencionar que los Estados, a pesar de sus múltiples esfuerzos, no han podido solucionar el problema. De acuerdo con el Global Breastfeeding Collective, en 2021 el 44% de las y los bebés del mundo tuvieron una alimentación con LME durante los primeros seis meses de vida. El mismo porcentaje de niños y niñas tuvo una alimentación complementaria con lactancia materna hasta los dos años de edad. Como se puede observar en la Gráfica 1, entre 2018 y 2021 aumentó la tasa de LME y disminuyó la tasa de lactancia materna hasta los dos años de edad. La gráfica permite identificar que la práctica se ha mantenido relativamente constante, y que no existe una tendencia que indique que, para 2025, se pueda llegar al 50% esperado de niñas y niños alimentados con LME durante sus primeros seis meses de vida.

Gráfica 1

Tasa mundial de lactancia materna exclusiva y de lactancia materna hasta los dos años edad



Fuente: elaboración propia con datos del Global Breastfeeding Collective (2018a, 2019a y 2021a)

En el caso de México, de acuerdo con la ENSANUT 2021, el 95.3% de las madres mexicanas dieron leche materna al menos en una ocasión a sus hijas e hijos; de este 95.3%, sólo el 35.9% dio LME, poco más de nueve puntos porcentuales debajo de la tasa mundial.

Por otro lado, también se debe mencionar que existen múltiples actores que influyen en el problema y que tienen la capacidad de participar en la búsqueda de soluciones. Si bien este punto se desarrollará a detalle en el tercer capítulo, un ejemplo claro es que el decaimiento de la tasa de LME en el mundo se da debido a dos situaciones: la primera es que, conforme las mujeres se incorporan al mercado laboral, eligen no amamantar; la segunda es que las mujeres de bajos recursos son las que tienen menos posibilidades de practicar la lactancia pues cuentan con menos apoyo legislativo y laboral (UNICEF, 2018b). Con base en el ejemplo anterior, es claro que los centros de

trabajo son un actor clave en la solución del problema que representa la lactancia. De la misma forma se puede ver la importancia de los actores legislativos en los diferentes niveles de gobierno quienes son los que impulsan las leyes y normas en favor de la lactancia materna.

Con el entendimiento de que el contexto del problema es el correcto para solucionarlo a través de la gobernanza, es posible identificar qué tipo de problema es la lactancia materna y cuáles son sus características particulares. De acuerdo con la Figura 1, es un problema políticamente turbulento que es más retorcido por las dificultades presentes por los actores involucrados que por la complejidad del problema en sí mismo. En cuanto al segundo nivel de análisis, en la Tabla 4 se describen los factores suscritos al problema que están presentes en la lactancia materna y de qué manera se manifiestan.

Tabla 4

Manifestación de los factores suscritos a los tipos alternativos de problemas complejos en la lactancia materna

| Relación | Factor | Manifestación |
|----------|-----------------------------------|---|
| Problema | | Inherentes a la complejidad |
| | Contradicciones y dilemas | Existen contradicciones y dilemas sobre la prioridad de derechos |
| | Remedios que causan más problemas | Las políticas impulsadas en favor de la lactancia materna pueden perpetuar que la carga de trabajo de cuidados recaiga en las mujeres y madres |
| | | Claridad del problema |
| | Información oculta | Hay información oculta, no de manera voluntaria, pero que se omite o se obvia al analizar el problema, como la carga de trabajo de cuidados |
| | Fenómeno intangible | La lactancia, al ser un acto performativo, no está presente en todas las realidades, por lo que no es visible todo el tiempo; el trabajo de cuidados, al no ser <i>todavía</i> un trabajo reconocido y regulado o legislado, tampoco es visible para todas las personas |
| | | Claridad de la solución |

| Relación | Factor | Manifestación |
|----------|----------------------------|--|
| | VARIABLES MÚLTIPLES | Pareciera que las soluciones son dicotómicas: fomentar o no la lactancia materna. Sin embargo, el cómo hacerlo y las consecuencias de hacerlo es donde puede no haber claridad si se consideran variables como los derechos sexuales y reproductivos, y los cuidados |
| | DESCUBRIMIENTOS ITERATIVOS | El estudio de la lactancia desde diferentes perspectivas lleva a la reiteración que el aumento en la tasa de lactancia es benéfico para el desarrollo por sus múltiples beneficios |
| Actores | Conocimiento | |
| | Marco institucional | Como se describe en el segundo capítulo, el marco institucional (la normativa internacional y nacional) se orienta en el aspecto médico de la lactancia materna y en los beneficios para la salud y nutrición de las niñas y niños recién nacidos. Esto provoca que algunos otros temas relacionados con la lactancia como los beneficios para las madres y las necesidades que se tienen para poder amamantar a libre demanda, no se integren de manera plena en el marco institucional |
| | Fragmentación | El grado de fragmentación de la información entre los actores no es <i>demasiado</i> alto, pero se puede considerar que si un actor no tiene intereses en esa información, puede no ponerse sobre la mesa cuando se toman las decisiones |
| | Intereses | |
| | Intereses diversos | Como se analizará en el tercer capítulo, los actores involucrados o con intereses relacionados con la lactancia materna son diversos: las empresas por un lado con la venta de fórmula, las empresas que necesitan conservar la fuerza laboral (mujeres), el gobierno que debe fomentar la lactancia materna, las madres que quieren lactar pero no tienen tiempo o privilegios que se les permitan, las madres que no quieren lactar, la sociedad que desde las tradiciones presiona a las madres, otra parte de la sociedad que desde su perspectiva la lactancia se debe hacer pero bajo ciertas condiciones, el punto de vista médico, las niñas y los niños y sus derechos, los OI que apoyan la lactancia, entre otros |

| Relación | Factor | Manifestación |
|----------|----------------------|---|
| | Conflicto de interés | La descripción anterior puede mostrar que las empresas y el gobierno son los principales actores con conflicto de interés, pero también algunas organizaciones civiles, por ejemplo, pueden tener conflicto de interés al impulsar la decisión de las mujeres sobre la alimentación de sus hijas e hijos pero al mismo tiempo querer evidenciar que los beneficios de la lactancia son importantes para la salud, economía, etc. de las mujeres |
| | Poder | |
| | Recursos | Los recursos se pueden categorizar en presupuesto, conocimiento, personal, tecnología, autoridad y experiencia (OLACEFS, 2017a; Alford y Head, 2017a); en este sentido, se puede argüir que hay disparidad de recursos entre los actores pues la variedad de los mismos incluye desde las mujeres como individuos, hasta grandes empresas que fabrican sucedáneos de la leche |
| | Restricciones | Teniendo en cuenta los recursos, el contexto en el que interactúan los actores condiciona su posibilidad de uso o aplicación de dichos recursos; para los actores involucrados con la lactancia, esto se puede manifestar, por ejemplo, en su acceso a personas que toman decisiones o a las mismas plataformas donde se discute el tema |

Fuente: elaboración propia tomando en cuenta la categorización elaborada por Alford y Head (2017a)

En este sentido, como se explicó al inicio de este capítulo, el conocimiento que se ha generado sobre los beneficios y la importancia de la lactancia materna está concentrado en la ciencia y en específico en la medicina. Sin embargo, el razonamiento científico no es la clave para solucionar los problemas colectivos pues la ciencia se basa en las observaciones objetivas, neutrales y controladas; en cambio, el contexto actual (social y cultural) es plural, único, fragmentado y local (Hoppe, 2002).

Lo anterior ha provocado que el estudio de las implicaciones de la lactancia para las madres tenga menor prioridad, como se describirá en el segundo capítulo, y que gran parte de las acciones que se han realizado para solucionar el problema se centren en ese ámbito, como también se analizará en los siguientes capítulos. Es por esto que se propone la gobernanza como

una herramienta descriptiva para avanzar en la solución del problema de la lactancia materna desde los proyectos de CID pues la articulación con actores antes ignorados (las mujeres) y sus experiencias (el trabajo de cuidados) podría aumentar la posibilidad de resolver el problema.

3. Feminismos, género y cuidados

Los feminismos se pueden entender como un movimiento y como una teoría. Antes de definirlos, es pertinente apuntar que no existe un acuerdo sobre su definición, es por esto que se analizan los feminismos y no *un solo* feminismo, pues su significado y sus implicaciones cambian con respecto al punto de vista político y epistemológico desde el cuál se estudia y se practica. Estas diferentes perspectivas se explicarán más adelante.

Vale la pena mencionar algunas ideas que dan pista sobre lo que se debe entender cuando se habla de feminismos pues, como lo mencionan Rivera y Cruz (2021a), a pesar de las diferencias que persisten entre los feminismos, se puede reconocer un elemento en común: se oponen a las inequidades y a las desigualdades basadas en el género, concepto que se analiza en el siguiente apartado.

Una definición *neutra* en términos políticos es la propuesta por Barbara Berg (1978a) quien defiende que el feminismo es un movimiento que abarca diferentes fases de la emancipación de las mujeres: la libertad para decidir sobre sus destinos, sus roles en la sociedad, y para expresarse y actuar en consecuencia a sus pensamientos; el reconocimiento de que las mujeres tienen una conciencia individual y juicio propio; y el reconocer que las mujeres tienen valor por sí mismas sin que éste dependa de sus relaciones con otras personas.

Otro concepto, desde un punto de vista radical, es el propuesto por Cellestine Ware (1970a) que en su libro *Woman power: the movement for women's liberation* lo define como un movimiento que trabaja por la erradicación de la dominación y el elitismo en todas las relaciones humanas. En este mismo sentido, Bell Hooks (1984a) escribe una definición muy sencilla: “el feminismo es la lucha para terminar con la opresión sexista” (p. 24).

Los feminismos se desarrollaron gracias a los procesos de globalización del siglo XX. Estos procesos abrieron espacios, antes inmersos en dinámicas

de exclusión, para la reivindicación de los derechos de las y los ciudadanos. Como movimiento, dirigieron la atención a los sistemas de dominación y sus vínculos con el sexo, la etnia y la clase. Reconocerlos como movimiento es crucial para el desarrollo de los feminismos como teoría pues representa un punto de partida para la exploración y el análisis que se requiere (Hooks, 1984a).

Posteriormente, los feminismos entraron en “la necesidad de ampliar sus luchas hacia el ámbito internacional, en virtud de la falta de voluntad e incapacidad de los Estados de responder a las demandas ciudadanas” (Villaruel, 2007a, p.67). Esto dio paso a que los feminismos se posicionaran como una teoría alternativa para analizar el entorno internacional que muestra una crítica a los valores y dinámicas patriarcales bajo las cuales se estructuraron los Estados y las sociedades.

De acuerdo con Montserrat Dehesa (2019a), existen cuatro categorías de análisis en las teorías feministas: el patriarcado, el género, la identidad de género y la violencia de género. Dehesa explica que el patriarcado es un sistema que sostiene las dinámicas de poder y el control de los hombres sobre las mujeres. El género, por su parte, es una construcción social que se crea a partir de las diferencias sexuales y que supone que dichas diferencias determinan los roles que hombres y mujeres deben asumir en la sociedad. Este concepto es central para el entendimiento de los cuidados, por lo que se explicará más adelante.

Los otros dos conceptos son la identidad de género, que se entiende como la experiencia interna de cada persona, que puede o no corresponder con su sexo biológico. Y la violencia de género, que son todos aquellos actos que atentan contra la integridad de las personas en razón de su género y que se originan a causa de la desigualdad de género, el abuso de poder y las normas de género (Dehesa, 2019a).

3.1. Teorías Feministas como parte de las Relaciones Internacionales.

Las relaciones internacionales son el estudio de las interacciones individuales o en conjunto de los diversos actores que participan en la política internacional

(Mingst, 2009a). Se puede entender como una disciplina en desarrollo continuo que depende de las tres causantes identificadas por Alfred Zimmern (1931, como se citó en Villarroel, 2007a): la evolución de las ideas y paradigmas, los acontecimientos en el mundo, y la influencia de otras ciencias sociales.

Las relaciones internacionales se pueden entender desde diferentes perspectivas, sin embargo, “no hay enfoque alguno capaz de capturar la complejidad de la política mundial contemporánea. Por lo tanto, es más positivo contar con un conjunto diverso de ideas, en vez de tener una sola ortodoxia teórica.” (Walt, 1998, como se citó en Mingst, 2009a, p.28). La clasificación que presenta la autora se divide en dos: las teorías *tradicionales* como el liberalismo, el realismo y la teoría radical, y las teorías *alternativas* que son modificaciones a la teoría radical, como el posmodernismo y el constructivismo.

Si bien estas son algunas de las teorías más estudiadas de las relaciones internacionales, existen otro grupo de teorías que pueden identificarse como disidentes, (Salomón, 2002, Asley y Walker, 1990, como se citó en Villarroel, 2007a) pues son una crítica a los enfoques tradicionales que llegan a ser insuficientes para explicar el mundo, sobre todo a partir de los años ochenta. Este grupo de teorías, dentro de las que se ubican las del feminismo, “rompen con los esquemas tradicionales y [...] exigen una reestructuración de las relaciones internacionales” (p.67).

Las teorías feministas se entienden entonces a grandes rasgos como “el conjunto de ideas tejidas en torno a la crítica de los valores y dinámicas patriarcales sobre las cuales se estructuraron los [E]stados y las sociedades mundiales” (p.66). Gracias a la clasificación que realizaron autoras como Jaggar en 1983 y Harding en 1996, actualmente se puede decir que no existe *una sola* teoría feminista, sino que son varias las teorías que se diferencian por los criterios políticos que las respaldan (Jaggar) o por los criterios epistemológicos que las sustentan (Harding). Las diferencias entre cada una de las teorías pueden apreciarse en la siguiente Tabla.

Tabla 5

Clasificación de las teorías feministas de acuerdo con los criterios que las sustentan

| Tipo de clasificación | Teoría | Argumento |
|---------------------------|-------------------------------|---|
| Criterios políticos | Feminismo liberal | Considera que las mujeres y los hombres no son tratados con igualdad. Busca la igualdad de oportunidades, derechos y representación mediante la generación de leyes. |
| | Feminismo socialista/marxista | Considera que el problema principal es la desigualdad socioeconómica debido a la desigualdad sexual. Asigna la responsabilidad a las estructuras políticas, sociales y económicas del capitalismo, y su exigencia es a la igualdad de acceso a los recursos. |
| | Feminismo radical | Considera que es necesaria una reconstrucción radical basada en los valores femeninos puesto que las reformas de leyes y la búsqueda de la igualdad mediante las instituciones y estructuras económicas y políticas no es suficiente. Critica principalmente al patriarcado pues es el sistema que permite la dominación del hombre sobre las mujeres. Se vincula con los movimientos por los derechos humanos de los años sesenta y setenta en Estados Unidos. |
| Criterios epistemológicos | Feminismo empiricista | Considera el papel de la ciencia en la división sexual y llama "mala ciencia" a aquella en la que no hay referencias o representación de las mujeres. La solución para este sexismo es adherirse al método científico. |
| | Feminismo de punto de vista | Considera que la ciencia refleja la posición dominante del hombre en la vida social y esto produce conocimiento "parcial y perverso", y que el punto de vista de la mujer podría ofrecer una perspectiva moral y menos perversa para entender el mundo y las conductas sociales. |

| Tipo de clasificación | Teoría | Argumento |
|-----------------------|----------------------|---|
| | Feminismo posmoderno | Toma en cuenta el género y las construcciones sociales de las diferencias entre hombres y mujeres. Su versión no esencialista considera que es necesaria la deconstrucción de la autoridad y la idea del hombre soberano; la versión esencialista considera primordial el estudio de la fuerza y las limitaciones para poder dar a las mujeres las mismas capacidades que al hombre. |
| | Feminismo decolonial | Considera que las anteriores teorías feministas tienen un sesgo occidental, blanco y burgués. Al contrario, esta teoría toma en cuenta el pensamiento producido por grupos marginados por género, etnia y clase. Tiene como objetivo la deconstrucción del etnicismo, capitalismo e imperialismo, sin lo cual sería imposible la igualdad y que es perpetuado tanto por hombres como por mujeres. |

Fuente: elaboración propia con información de Villarroel (2007a), Espinosa-Miñoso (2014a) y Vergès (2019a)

Como se puede apreciar en la Tabla 5, los Estados y sus organizaciones e instituciones son criticados desde estas teorías pues la concepción del mundo, las categorías, las identidades y las ramas de conocimiento que ofrecen están sesgadas y toman en cuenta únicamente la visión y las preocupaciones de los hombres (Villarroel, 2007a). Como se mencionó con anterioridad, a pesar de las diferencias entre las teorías, existe un elemento común: el reconocimiento de las desigualdades.

Así, el feminismo liberal lucha contra la desigualdad de oportunidades y representación; el socialista, contra la desigualdad económica causada por la desigualdad sexual; y el radical pone el foco en las desigualdades en términos de derechos humanos. Los feminismos clasificados por criterios epistemológicos también coinciden en el reconocimiento de las desigualdades: el empiricista y el de punto de vista hacen énfasis en la representación desigual de los hombres y las mujeres en la ciencia; el posmoderno estudia las construcciones sociales desiguales asignadas a los hombres y a las mujeres; y

el feminismo decolonial se basa en el reconocimiento de las desigualdades por cuestiones de género, etnia y clase.

Estas últimas, las teorías feministas clasificadas bajo los criterios epistemológicos, son las más utilizadas para las relaciones internacionales. Además del reconocimiento de las desigualdades, tienen en común la búsqueda de la inserción de las mujeres en el sistema internacional y la toma en consideración de los temas *de las mujeres* en la agenda internacional. Estas teorías han permitido a los estudios internacionales un análisis diferente al tradicional: hombres, mujeres y humanidad, mediante el uso de conceptos como el género, el cual se explica a continuación.

3.2. El Género, la Familia y la División Sexual del Trabajo.

“El género es el conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre mujeres y hombres” (Lamas, 2000a, p.2). Este conjunto de ideas es utilizado como símbolo de lo que es *de los hombres* -lo masculino-, y lo que es *de las mujeres* -lo femenino-. Estas *pertenencias*, presuntamente naturales, son la base sobre la cual se definen los roles de género, la división del trabajo, las atribuciones del poder, entre otras.

Como lo explica Lamas (2000a) “la cultura marca a los sexos con el género y el género marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano” (p.4). Y también lo explica Bordieau (2000a, p.11),

[l]a diferencia biológica entre los sexos, es decir, entre los cuerpos masculino y femenino, y, muy especialmente, la diferencia anatómica entre los órganos sexuales, puede aparecer de ese modo como la justificación natural de la diferencia socialmente establecida entre los sexos, y en especial de la división sexual del trabajo.

Ambas citas ilustran cómo el género ha sido una herramienta eficaz para determinar el imaginario social que justifica las dinámicas de poder, la discriminación, las violencias, etc. de los hombres sobre las mujeres. Existen dos interacciones condicionadas por el género cuya explicación es pertinente para este trabajo de investigación: la familia y la división sexual del trabajo.

La familia es un concepto relacionado con aspectos biológicos, sociales y jurídicos, variable entre culturas, subculturas, y con respecto a las estructuras de género, raza, clase y cohorte generacional (Valdivia, 2008; Thorne, 1982). Su definición es compleja debido a su variedad; sin embargo, una primera es la de Lévi-Strauss (1949) quien la caracteriza por su origen: el matrimonio; su composición: esposo, esposa, hijos nacidos en el matrimonio y otros ascendientes; y sus vínculos: emocionales, sexuales, legales y religiosos.

Por su parte, el Instituto de Política Familiar del ACNUDH (2015) define a la familia como “una sociedad natural, que existe antes que el Estado o cualquier otra comunidad, y que posee derechos propios e inalienables”. Además, considera a la familia como “mucho más que una unidad jurídica, social y económica ya que hablar de familia es hablar de vida, de transmisión de valores, de educación, de solidaridad, de estabilidad, de futuro, en definitiva de amor”.

Otra definición es la de Elizabeth Jelin (como se citó en Baeza, 2005, p.36), quien entiende a la familia como una institución social que “regula, canaliza y confiere significado social y cultural a las necesidades de sus miembros, constituyendo un espacio de convivencia cotidiana, el hogar, con una economía compartida y una domesticidad colectiva”. Esta definición permite identificar lo que Jelin llama los tres “ejes centrales de la familia”: sexualidad, protección y convivencia.

Los cambios en la concepción de estos ejes centrales se dan debido a las transformaciones en las relaciones laborales: el desempleo, el mercado transnacional y, sobre todo, la incorporación de las mujeres al mercado laboral. Esto ha ocasionado que el modelo de familia *nuclear* compuesto por padre, madre e hijos, se modifique y se genere lo que Baeza (2005) identifica como la “diversidad del funcionamiento familiar”. Sin embargo, dicha diversidad se enfrenta a presupuestos sociales determinados por el género, entre otros: la inferioridad de las mujeres con respecto a los hombres, que el rol principal de las mujeres es ser madres, y que los hombres y las mujeres cumplen funciones complementarias en la sociedad.

De esta forma, se puede decir que la familia, el modelo y su organización cambian, pero no así las creencias que se tienen sobre ella. Esto provoca, como se analizará en el tercer capítulo, que las leyes atiendan a un

modelo de familia sustentado en dichos presupuestos; lo que a su vez fomenta que el papel que se le reconoce a las mujeres siga condicionado a los mismos.

Es debido a estas concepciones de familia que ponen en desventaja a las mujeres, que se han generado otras definiciones que contrastan con las anteriores. Una de ellas es la que ofrecen Barret y McIntosh (1982, como se citó en Casares, 2008), quienes consideran a la familia como “unidad antisocial” que explota a las mujeres y beneficia al capitalismo debido a que “la ideología familiar destruye la vida que se organiza fuera de su influencia” (p.5) al mismo tiempo que ofrece una imagen de felicidad que contradice la violencia que las mujeres viven al interior de sus familias.

De esta forma, se hace evidente que para algunos feminismos, la familia es una institución que sostiene la subordinación de las mujeres ante los hombres y es un obstáculo para la emancipación de las mujeres (Casares, 2008). Sin embargo, para otros, como argumenta Hazel Carby (1982), la familia es una fuente de ayuda y resistencia ante el racismo y la discriminación que son estructuras que fomentan la dominación de los hombres sobre las mujeres.

La coincidencia entre ambas perspectivas resulta en que existen estructuras que fomentan que los presupuestos sociales pasen de ser creencias a ser una práctica. Walby (1990) contempla seis: la familia, la cultura patriarcal, la sexualidad, la violencia, el Estado y el mercado de trabajo; siendo este último el que genera más desigualdades. Lo anterior, lleva a la segunda interacción condicionada por el género: la división sexual del trabajo. Este concepto se refiere a que las relaciones de género son las que organizan el trabajo, distribuyéndolo de manera desigual entre hombres y mujeres (Batthyány, 2021a).

En un principio sobresalió la opresión de las mujeres en el trabajo doméstico, que se define como “aquel que produce bienes y servicios para el autoconsumo, no para el intercambio mercantil; es decir, genera valores de uso para el consumo inmediato de la familia” (Pérez, 2006, como se citó en Esteban, 2017a, p.39). Con el paso del tiempo, se empezó a diferenciar entre las tareas domésticas mecánicas y las emocionales, con lo que nació el término de trabajo de cuidados. Considerando estas diferencias, tanto el trabajo doméstico como el de cuidados comparten dos características que los

explican: son invisibilizados y se asocian con habilidades femeninas (Batthyány, 2021a).

3.3. Los Cuidados: Concepto, Derecho y Trabajo.

El concepto de los *cuidados* se refiere a aquellas actividades que tienen como objetivo brindar bienestar físico, emocional y psicológico. De acuerdo con UNICEF y el Equipo Latinoamericano de Justicia de Género (2020), los cuidados se componen de tres elementos: el cuidado a otras personas, el autocuidado, y el cuidado indirecto²²; y son una “responsabilidad social compartida” expresada en el diamante del cuidado, concepto que se explica más adelante.

Por otro lado, como se explicó con anterioridad, los cuidados se relacionan con el sistema de género y con las desigualdades y es un concepto que involucra esferas familiares, de amistad, de parentesco y de interdependencia entre las personas (Esteban, 2017a). Daly y Lewis (2000a) proponen un enfoque tridimensional para el entendimiento de los cuidados: 1) como un trabajo, ya sea remunerado o no remunerado, formal o informal; 2) como una obligación y una responsabilidad; y 3) como una actividad que genera costos económicos y/o emocionales.

Como resalta Mari Luz Esteban (2017a), es preciso mencionar que “el cuidado no representa lo mismo en todos los casos” (Saitua y Sarasola, 1993, como se citó en Esteban 2017a). En primer lugar, existen diferencias en los cuidados dependiendo el contexto: en las sociedades preindustriales, por ejemplo, tanto las labores de producción y reproducción se llevaban a cabo en los hogares; en la actualidad, las labores de reproducción se realizan en los hogares pero las de producción en los centros laborales. En segundo lugar, también se pueden identificar diferencias en el tipo de cuidados: de infancias, de personas enfermas, etc. Por lo que no es un concepto que pueda generalizarse.

La importancia de los cuidados radica en dos cuestiones principales. La primera es que es la labor que convierte una vida posible en una vida cierta

²² “aquellas actividades necesarias para que el cuidado sea posible. Los componentes principales del cuidado refieren a la disponibilidad de tiempo, dinero y servicios e infraestructura para cuidar” (Allingstaeter, 1999, como se citó en Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Equipo Latinoamericano de Justicia de Género, 2020).

(Pérez, 2013, como se citó en Esteban 2017a), elemento fundamental para la sociedad. La segunda cuestión es que, al hacerlo, las estructuras económicas son las más beneficiadas pues el capitalismo fomenta “el reparto del trabajo productivo y reproductivo” (Esteban, 2017a, p.38), pues desplaza los costos de la reproducción y mantenimiento de la fuerza de trabajo a la esfera doméstica (Batthyány, 2021a).

Aunado a lo anterior, la caracterización más pertinente de los cuidados es su reconocimiento como un derecho. La primera propuesta relativa fue realizada en el año 2007, durante la X Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y el Caribe “a partir de identificar en el corpus de derechos humanos si existía un reconocimiento expreso a las actividades de cuidado en los pactos y tratados internacionales” (ONU Mujeres, 2018). En el año 2013, en el Consenso de Santo Domingo, se plasmó el reconocimiento del derecho al cuidado en los apartados 37 y 57. En el primero, se expresa que los Estados deben “promover la mejora del acceso de las mujeres al empleo decente, redistribuyendo las tareas de cuidado entre Estado, mercado y sociedad y entre hombres y mujeres”. Y continúan en el 57 disponiendo que es debido

[r]econocer el cuidado como un derecho de las personas y, por lo tanto, como una responsabilidad que debe ser compartida por hombres y mujeres de todos los sectores de la sociedad, las familias, las empresas privadas y el Estado, adoptando medidas, políticas y programas de cuidado y de promoción de la corresponsabilidad entre mujeres y hombres en la vida familiar, laboral y social que liberen tiempo para que las mujeres puedan incorporarse al empleo, al estudio, a la política y disfrutar plenamente de su autonomía.

A partir de estas definiciones del derecho a los cuidados se pueden distinguir las acciones conocidas como “las tres r 's de los cuidados”: reconocer, redistribuir y reducir. De acuerdo con Esquivel (2015, como se citó en OXFAM México, 2021), las tres r's son un marco de análisis y acción que permite el acercamiento a “formas más justas y equitativas de distribuir los costos y los beneficios del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado” (p. 31).

3.3.1. Los Cuidados en México y el Mundo.

En el mundo, las mujeres realizan entre el 71% y el 86% del total del trabajo no remunerado en los hogares (Banco Interamericano de Desarrollo, 2020). De acuerdo con las encuestas sobre uso de tiempo llevadas a cabo en 64 países, se dedican 16,400 horas diarias al trabajo de cuidados no remunerado; lo que corresponde a 2,000 millones de personas que trabajan ocho horas por día y que no reciben alguna remuneración a cambio (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2019).

En México, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), “la actual distribución de los cuidados es desequilibrada, ya que, recae principalmente en los hogares, además de realizarse mayoritariamente de manera no remunerada por las mujeres” (Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], 2022). La Encuesta Nacional sobre Uso de Tiempo (ENUT) arrojó que, en 2019, las mujeres dedicaron 15.9 más horas que los hombres al trabajo de cuidados no remunerado. Si se considera el trabajo de cuidados como exclusivo, es decir, como actividad principal, las mujeres dedicaron en promedio 12.3 horas a la semana a los trabajos de cuidado, contra los hombres, quienes dedicaron 5.4 horas a la semana; lo que representa una diferencia de 6.9 horas. En ambos casos, el tiempo de las mujeres dedicado a los cuidados es más del doble que el de los hombres.

Por su parte, los cuidados de niños y niñas de entre cero y hasta cinco años de edad es la actividad que más tiempo requiere, para la cual, las mujeres invierten 14.6 horas a la semana, y los hombres, 6 horas a la semana. A esto, le siguen los cuidados a personas con alguna enfermedad: 12.2 contra 6.7 horas semanales por parte de las mujeres y los hombres, respectivamente (Encuesta Nacional sobre Uso de Tiempo, 2019). De acuerdo con la ENUT (2019), el único rubro para el cual los hombres invierten en promedio 0.2 horas más a la semana que las mujeres, es en el cuidado de personas de 60 años o más.

3.3.2. La Lactancia Materna como Trabajo de Cuidados.

Las cifras anteriores impactan en la práctica de la lactancia materna. En primer lugar, como se ha detallado, las familias son un sitio de opresión de las mujeres

a pesar de ser la estructura básica de la sociedad donde el principio de justicia debería aplicarse de manera especial (Nussbaum, 2012a). Esto puede deberse, de acuerdo con Nussbaum, a que existen tres concepciones de la familia ante las cuales es necesario hacer precisiones:

1. La familia no es algo que se da por naturaleza ni de manera voluntaria, es, más bien, una institución construída por la sociedad y la costumbre.
2. La familia comúnmente se trata como una esfera privada, sin embargo, debido a que las leyes y las instituciones modelan la institución de la familia: su estructura, derechos, responsabilidades y privilegios, se puede argumentar que ésta es una esfera pública.
3. Se cree que las mujeres *dan amor* y cuidados de manera natural, sin embargo, se omite el papel de la costumbre, las leyes y las expectativas sobre las emociones que, si se toman en cuenta, dan pista de que esas labores no son naturales, sino mandatos sociales: “la *naturaleza de la mujer*, tal y como la conocemos actualmente, es *algo eminentemente artificial*, el resultado de una represión forzada en un sentido, y de una excitación ficticia en el otro” (p.445)

La tercera concepción precisada por Nussbaum tiene una excepción: la lactancia materna. Es decir, la leche materna sí se produce de manera natural y es un trabajo de cuidados pues brinda bienestar físico, emocional y psicológico a las y los bebés, se da en la esfera familiar y se basa en una relación de dependencia. Siguiendo la premisa de Esteban (2017a), la lactancia convierte una vida posible en una vida cierta debido a los múltiples beneficios descritos en la introducción de esta tesis.

La carga de trabajo de cuidados que representa la lactancia materna puede equipararse con un trabajo de tiempo completo pues las y los bebés requieren de entre cuatro y trece tomas diarias de leche materna con una duración de entre doce minutos y una hora (Kent, et al. 2006a). Esto significa que una madre puede invertir entre 48 minutos hasta trece horas diarias

alimentando a una de sus hijas o hijos. Tomando esto en cuenta, la lactancia puede entenderse desde cualquiera de los tres enfoques de Daly y Lewis (2000a): como un trabajo no remunerado, como una obligación y responsabilidad, y como una actividad que genera costos económicos y emocionales.

Por otro lado, como en la mayoría de los cuidados, se puede afirmar que la lactancia beneficia a las estructuras económicas pues el discurso que se emplea para promoverla, protegerla y ayudarla muchas veces se enfoca en que, al ser un alimento natural, no tiene costo, como se analiza en el siguiente capítulo. Sin embargo, si bien es cierto que de manera directa no hay un costo económico, el análisis de la práctica de la lactancia materna revela que su gratuidad es real sólo para aquellas madres que tienen tiempo suficiente, oportunidad de estar físicamente con sus hijas e hijos, prestaciones laborales adecuadas, y conocimientos y/o acceso a la información sobre cómo amamantar, cómo evitar el dolor y demás barreras de la lactancia materna explicadas en el capítulo introductorio de este trabajo de investigación.

3.3.3. Tipos de Análisis de los Cuidados.

Una vez entendiendo qué son los cuidados en su forma más general y sus vínculos con la lactancia materna, para entender las diferentes formas de analizar los cuidados se retoman las cuatro miradas analíticas propuestas por Batthyány. La diferenciación presentada en la Tabla 6 es pertinente, sobre todo, para entender desde qué perspectiva o perspectivas se toman decisiones y acciones para subsanar la desigualdad por motivos de género de los trabajos de cuidados.

Tabla 6*Tipología del análisis de los cuidados*

| Tipo de análisis | Descripción |
|--|---|
| Economía del cuidado | Parte de la economía feminista. El cuidado se entiende como un tratamiento que busca visibilizar la contribución de las mujeres a la economía y a la generación de riqueza. Presenta como concepto clave la sostenibilidad de la vida haciendo referencia a que es superior la importancia de la reproducción de la vida que la reproducción del capital. Destacan el papel de las cadenas de cuidados: mujeres que se dedican a los cuidados pagadas por otras mujeres con trabajos remunerados que ahorran a los Estados el gasto de los cuidados, lo que lleva a la fuga de afecto (que se da de forma remunerada y se deja de dar en el hogar pero que se subsana por otras mujeres como las abuelas o las tías). |
| Cuidado como componente de bienestar | Busca entender el cuidado en los regímenes de bienestar y sostiene que las familias y las mujeres son relevantes como proveedoras de ese bienestar. Toma al cuidado como un derecho que debe ser garantizado por los Estados y que debe distribuirse tanto en costos como en responsabilidades a distintos proveedores: la familia, el Estado, el mercado y las organizaciones. En América Latina surgen conceptos como la <i>organización social del cuidado</i> o las <i>redes de cuidado</i> que son "una configuración dinámica de los servicios de cuidado suministrados por diferentes instituciones" (p.22). |
| El derecho al cuidado | Considera al cuidado como un derecho universal, lo que implica que la recepción de los cuidados necesarios de acuerdo con las circunstancias y la etapa de vida no dependan del mercado, de los ingresos o de la existencia de redes afectivas. Por otro lado, también implica el derecho a elegir si se quiere o no cuidar de manera remunerada o no remunerada. Ante esto, defiende que los cuidados deben ser garantizados por el Estado. |
| La perspectiva de la ética del cuidado | Defiende que las mujeres se guían por la lógica del cuidado, por lo tanto, son las que lo realizan. Se pueden identificar al menos dos propuestas que entienden la ética del cuidado con diferentes matices: 1) el cuidado como trabajo emocional en el que existe un aspecto afectivo y moral para que sea sostenible en el tiempo; y 2) el cuidado cuenta con tres dimensiones, la sexual, la relacional y la emocional, en las que el cuerpo físico y la salud física y mental quedan a disposición de la dinámica de los cuidados. Este pensamiento ha sido criticado desde el feminismo. |

Fuente: análisis recuperado de Batthyány (2021a)

Esta tipología muestra que el trabajo de cuidados tiene una lógica de corresponsabilidad. En cualquiera de los cuatro análisis se pueden destacar características de desigualdad que se pueden combatir desde dos perspectivas de manera simultánea: al aumentar la participación del Estado y del mercado, y al aumentar la participación de los hombres.

En cuanto a la participación del Estado y del mercado, es su deber ya sea por motivos de derechos o por lograr el bienestar de las personas. A esto se le conoce como *el diamante del cuidado*, que supera la asunción de que los cuidados son atribuibles únicamente al marco familiar y considera la comunidad, el Estado y el mercado son actores responsables y capaces de realizar labores de cuidados (D'Argemir, 2016a). Reconocer la importancia del diamante del cuidado es reconocer que los cuidados no son únicamente una cuestión de justicia de género, sino que son un "imperativo social" pues "el cuidado es esencial para la existencia de la vida y su sostenibilidad así como para la reproducción social y, en ese sentido, no es nada marginal" (D'Argemir, 2016a, p. 11).

En cuanto al aumento de la participación de los hombres, este puede ser uno de los retos más complejos pues implica la transformación cultural. Mari Luz Esteban (2017a) escribe que lograr la "implicación igualitaria de los hombres en los cuidados" (p.37) requiere no sólo voluntad política, sino cambiar el sentido común con respecto al género que está enraizado en las sociedades. Por su parte, Batthyány (2021a) lo enuncia de la siguiente manera: "Reconocer que el cuidado es una actividad esencial y que no debiera caer solamente en las mujeres significa una revolución que implica cambios en todas las estructuras sociales" (p.44).

De esta forma, no basta con la evidencia de que las mujeres pueden tener éxito en el ámbito profesional y de que los hombres son capaces de amar y de cuidar, sino como lo menciona Nussbaum (2012a, p.420):

no solamente vemos que las mujeres necesitan adquirir las denominadas capacidades masculinas de la elección y de la planificación independiente, sino también que los hombres necesitan adquirir por lo menos algunas habilidades tradicionalmente asociadas con el trabajo de las mujeres y con la esfera femenina.

Llegar a esto puede resultar complicado pues los hombres están socialmente *acostumbrados* a denigrar las características y labores femeninas, por lo que sería un sinsentido que se apropiaran de dichas acciones; sobretodo, si no hay una razón evidente para utilizarlas en la vida política, que es tradicionalmente el lugar que ocupan. Si estas habilidades se hicieran políticamente importantes, habría una razón para que los hombres las pensaran útiles.

Sin embargo, es un paso hacia el modelo de *cuidador universal* que propone Nancy Fraser (2015a) con el cual busca “que los actuales patrones de vida de las mujeres se conviertan en la norma para todos” (p.164). Para lograrlo, habría que dismantelar los roles de género y su codificación cultural, y “reducir la importancia del género como principio estructural de la organización social” (p. 165), es decir, deconstruir el género.

4. Puntos de encuentro: Cooperación Internacional para el Desarrollo, gobernanza y cuidados

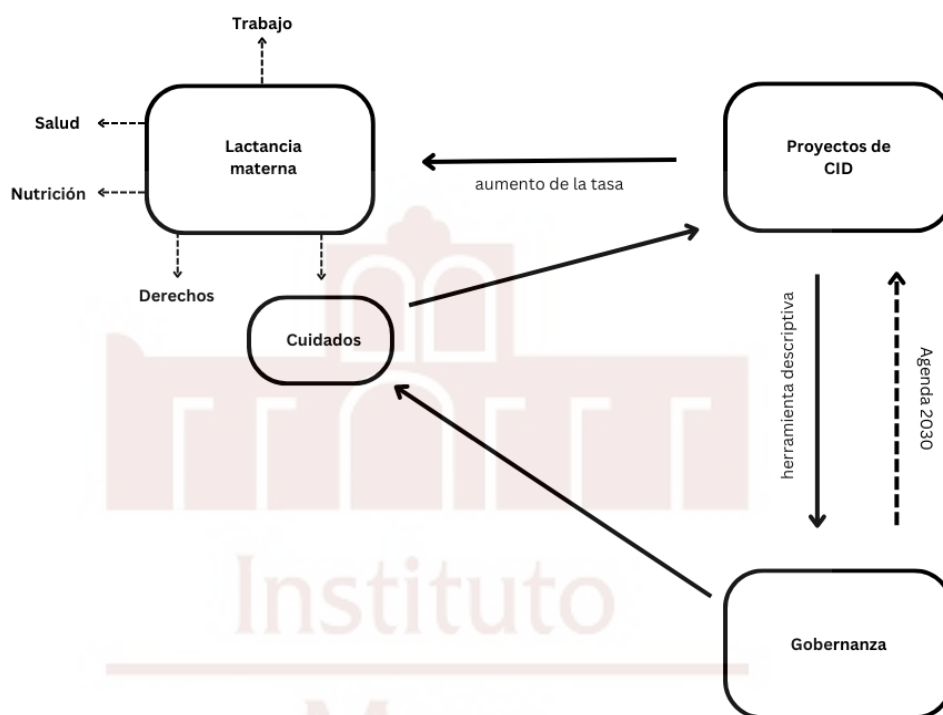
A lo largo de este primer capítulo se ha descrito la CID, como marco de acción; la gobernanza, como herramienta útil para llevar a cabo los proyectos de CID; y los cuidados, como pieza clave para el entendimiento de la práctica de la lactancia materna. En la Figura 2, que ilustra la relación entre cada uno de dichos elementos, se puede identificar la dirección de dicha relación. Es decir, en primer lugar se encuentra la lactancia materna y algunos de los temas relacionados que se analizarán a lo largo de esta investigación: el trabajo, la salud, la nutrición, los derechos y los cuidados.

En segundo lugar, se representan los proyectos de CID que buscan por distintos medios aumentar la tasa de lactancia materna; estos proyectos son ejercicios de gobernanza entendida desde su concepción analítica puesto que se realizan en el marco de la agenda de desarrollo vigente, la Agenda 2030. Además, los proyectos de CID pueden utilizar la gobernanza como una herramienta descriptiva, distinción que se expone en el segundo apartado de este capítulo. Lo que se sugiere, entonces, es que las características que integran la conceptualización de la gobernanza como herramienta descriptiva coadyuvan con la consideración de los cuidados como parte del entendimiento

de la lactancia materna. Así, se tiene la oportunidad de retroalimentar los proyectos de CID en la materia existentes, con categorías relacionadas con los cuidados, y diseñar nuevos proyectos que sostengan la relación lactancia-cuidados como elemento central.

Figura 2

Relación entre la Cooperación Internacional para el Desarrollo, la gobernanza y los cuidados: dirección



Fuente: elaboración propia

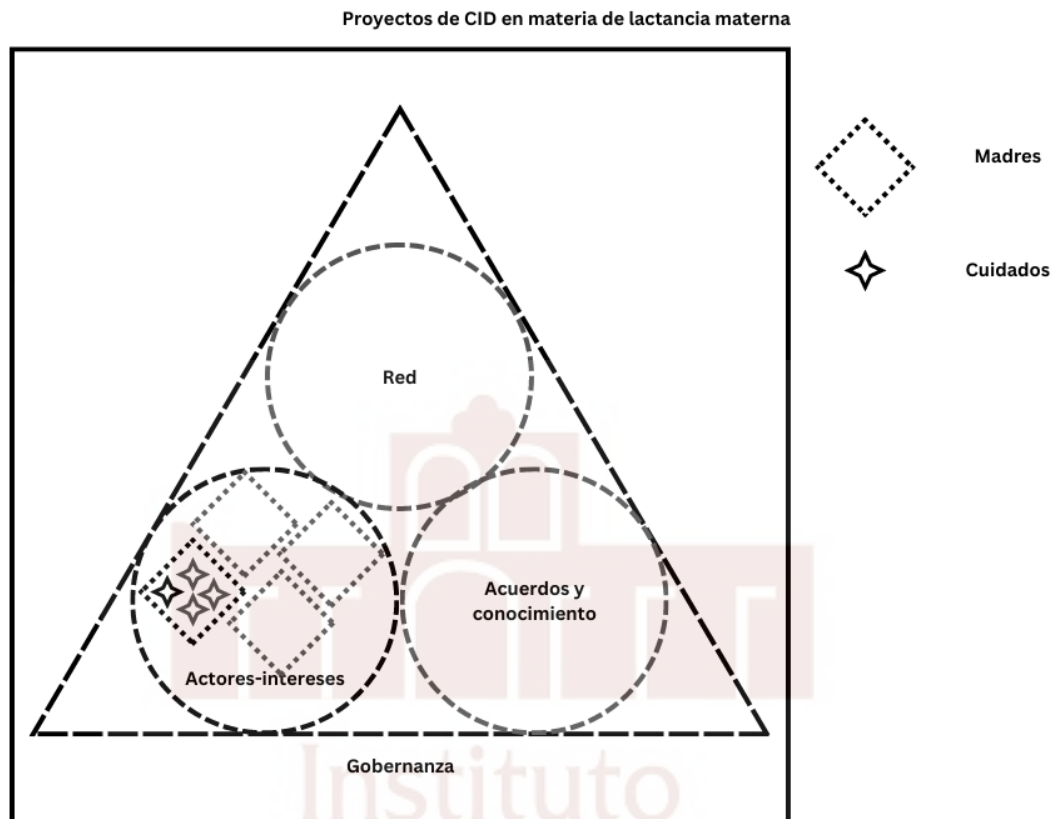
Con este marco teórico se propone un análisis de lo macro: la CID, a lo micro: los cuidados, con el que se puede lidiar con el problema de la lactancia materna. De esta forma, como se puede observar en la Figura 3, en el espacio más amplio se presenta la CID como el marco contextual en el que se dan proyectos de cooperación en materia de lactancia materna debido a su impacto en el desarrollo, como se identifica en la Agenda 2030. Para llevar a cabo estos proyectos se hacen arreglos de gobernanza, (representados en el segundo nivel) lo que implica el trabajo en red, la participación de diversos actores con sus intereses particulares, los acuerdos compartidos y generación de nuevo conocimiento para resolver los problemas.

Como parte de los actores, se encuentran el Estado, otros actores gubernamentales multinivel, actores privados y de la sociedad civil. Éstos últimos dejan el papel de usuarios o beneficiarios de los proyectos y se reconocen con la capacidad de colaborar en los procesos de diseño, implementación y evaluación de los proyectos. Lo anterior, permite rescatar a actores (puntos de vista, intereses y experiencias) antes olvidados para lograr la co-generación de nuevo conocimiento y así, avanzar en la solución de los problemas. Tomando esto en cuenta, el tercer nivel plantea que las madres son uno de los actores -antes olvidados, como se analizará en los siguientes capítulos- y que tomar en cuenta sus intereses y experiencias puede brindar una nueva aproximación al problema y, por lo tanto, a su solución.

Finalmente, se destaca que uno de los intereses de las madres es el trabajo de cuidados. Sin embargo, como se ha mencionado y se profundizará posteriormente, el trabajo de cuidados no es tomado en cuenta como un obstáculo de la lactancia materna ni ha sido considerado en las disposiciones normativas internacionales y nacionales como un aspecto a considerar en la promoción, protección y apoyo a la lactancia. De esta forma, se propone que considerar el trabajo de cuidados a través de las madres en los arreglos de gobernanza que se dan en los proyectos de CID es un punto de inflexión para resolver el problema y aumentar la tasa de lactancia materna.

Figura 3

Relación entre la Cooperación Internacional para el Desarrollo, la gobernanza y los cuidados: propuesta analítica



Fuente: elaboración propia

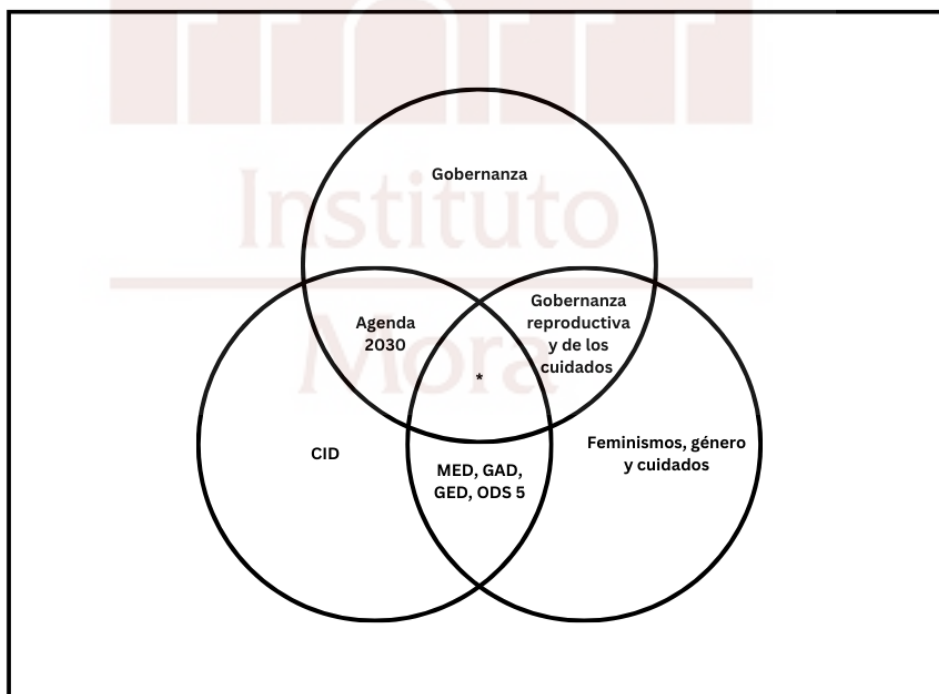
Se considera que esta propuesta es posible puesto que existen encuentros previos entre la CID, la gobernanza y los cuidados. En primer lugar, como se ha mencionado, la CID y la gobernanza convergen en la Agenda 2030, que es un ejemplo de gobernanza y que, a su vez, menciona en el ODS 17 la importancia de las alianzas de múltiples interesados para lograr los objetivos. En segundo lugar, la agenda feminista y la CID se han vinculado mediante la perspectiva de género en la práctica de la cooperación que se ha manifestado en enfoques que se han desarrollado en la disciplina: Mujer en el Desarrollo (MED), Género y Desarrollo (GAD) y Género en el Desarrollo (GED); y en la Agenda 2030 en el

ODS 5 sobre la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y las niñas.

En tercer lugar, se pueden identificar dos puntos de encuentro entre la gobernanza y los feminismos y cuidados. El primero se refiere a la forma en la que se entiende y se llevan a cabo los procesos de gobernanza, para lo que los feminismos pueden ofrecer experiencia; y el segundo, es una muestra en la que la gobernanza se ha acercado a temas relacionados con la reproducción y los cuidados. De tal forma, como se puede observar en la Figura 4, la investigación comprendida a lo largo de esta tesis se encuentra en la intersección entre las tres herramientas propuestas en este marco teórico.

Figura 4

Relación entre la Cooperación Internacional para el Desarrollo, la gobernanza y los cuidados: intersecciones



Fuente: elaboración propia

4.1. Aportes de los Feminismos a la Gobernanza.

De acuerdo con Rai (2004a), los sucesos que dieron paso a la gobernanza fueron una respuesta a la economía capitalista de género condicionada por la lucha en contra de las consecuencias de la globalización. En este sentido, se reconoce que la experiencia y el conocimiento que los feminismos han generado pueden aportar a la conceptualización de la gobernanza. Esto se debe a que, al igual que en la gobernanza, una de las preguntas claves ha sido si el Estado tiene la capacidad de enfrentar por sí solo los problemas que se quieren resolver: el combate a los estragos del patriarcado, desde los feminismos; o solucionar los problemas públicos mediante la integración de nuevos actores, desde la gobernanza.

Así como en la gobernanza, la autora identifica que en el desarrollo de los feminismos hubo una evolución en la percepción de las capacidades de los Estados. En un principio la postura era de precaución y distanciamiento, posteriormente, pasaron a un estado de aceptación y compromiso con las instituciones Estatales. El involucramiento se dio de tres maneras: buscando mayor representación y participación de las mujeres en las instituciones políticas, organizando a las mujeres en los sectores formales e informales, y desarrollando redes políticas y epistémicas (Rai, 2004a).

Ante estas coincidencias, los feminismos pueden advertir a la gobernanza que los procesos ante los que se pueden enfrentar están permeados por estructuras de dominación (Baxi, 1996, como se citó en Rai, 2004a) en diferentes niveles: local, nacional e internacional; que las relaciones de poder no se dan únicamente entre actores gubernamentales, sino que están dispersas entre todos los actores involucrados; y que el poder no se manifiesta únicamente de manera material, sino que el poder discursivo es igual de influyente.

Para sortear estas dificultades, Palan (1999, como se citó en Rai, 2004a, p.595) sugiere que la gobernanza “hace sentido únicamente una vez que un acuerdo es alcanzado de manera previa”. Es decir, mediante los acuerdos compartidos sin los cuáles, Zurbriggen et al. (2020a), consideraban poco probable el éxito de las intervenciones.

4.2. Intersecciones entre la Gobernanza y la Lactancia Materna.

La búsqueda de la solución del problema que representa la lactancia materna ha sido poco explorada desde la gobernanza. Sin embargo, hay dos acercamientos que pueden dar pie y sustento a esta propuesta: la gobernanza reproductiva y la gobernanza de los cuidados. La gobernanza reproductiva ha sido conceptualizada por Morgan y Roberts (2012a) como una herramienta analítica para identificar los cambios en las racionalidades políticas acerca de la reproducción. Se refiere a los mecanismos por medio de los cuales diferentes configuraciones de actores usan su poder y recursos (de cabildeo, económico, moral, etc.) para monitorear, controlar y generar determinados comportamientos y prácticas reproductivas. La gobernanza reproductiva se ha centrado en temas que pueden resultar polémicos como el aborto, la violencia obstétrica y la reproducción asistida. Sin embargo, la lactancia materna es una etapa en la vida reproductiva de las mujeres y comparte preocupaciones con los temas antes mencionados: hay cierto dilema entre los derechos de quién se sobreponen a los derechos de otro quién y la respuesta se encuentra en los intereses de los actores que proponen las soluciones.

La pugna entre la prioridad de un derecho sobre otro, en materia de reproducción, inicia desde el surgimiento de los derechos humanos. Su implementación e instrumentalización se han dado en un contexto en el que las instituciones y los grupos sociales persiguen y defienden distintos (y a veces contradictorios) objetivos. Esto se debe a que hay un gran rango de actores involucrados e interesados en reconfigurar los comportamientos y patrones reproductivos: los Estados, las ONG, los grupos indígenas, la iglesia, las agencias de desarrollo, activistas conservadores y no conservadores, entre otros (Kotni y Singer, 2019a). Además, dependiendo del actor y del discurso que sostenga, se pueden generar otros actores que no pueden representarse pero que entran en el dilema, por ejemplo, los derechos de los embriones contra los derechos de las mujeres (Morgan y Roberts, 2012a).

En el caso de la lactancia son los derechos de las niñas y los niños (a la buena nutrición, por ejemplo) en contra de los derechos de las madres (a la información, a la toma de decisiones, a alimentar a sus bebés de la forma que

ellas elijan, entre otros), y la solución que los Estados han ofrecido a este dilema está atravesada por sus intereses (como, por ejemplo, mantener una fuerza laboral que incluya a las mujeres y al mismo tiempo hacerlas responsables de la labor de cuidados que la lactancia materna requiere).

Lo que la gobernanza reproductiva visibiliza es la importancia de los actores mostrando quiénes son los actores que se han involucrado históricamente en temas de reproducción, tomando como ejemplo los temas que se han analizado utilizando esta herramienta. Lo anterior, lleva a reconocer que una de las preguntas que deben hacerse es ¿quiénes deben estar involucrados en los arreglos de actores que dan forma a la vida reproductiva de las personas (y que, por lo tanto, dan forma a cómo se promueve, apoya y protege la lactancia materna)? La respuesta a esta interrogante se trata de resolver en el tercer capítulo de esta tesis.

En el caso de la gobernanza de los cuidados, hay pocas propuestas enfocadas a los cuidados entendidos desde una visión holística que considera el trabajo doméstico, familiar y emocional como un tipo de cuidado, y más bien, se han analizado desde la perspectiva médica. Un trabajo relevante que atiende a la visión holística de los cuidados es el artículo realizado por Evers, Lewis y Riedel (2005a) en el que analizan los arreglos multiactor que se han tomado en Inglaterra y Alemania para incrementar la oferta de cuidados infantiles fuera de la familia. En su análisis los autores identifican que la primera característica para que los Estados busquen arreglos de gobernanza relativa a los cuidados es salir de la idea del modelo de familia tradicional en el que el hombre es el proveedor y las mujeres son las que deben reconciliar el trabajo con las responsabilidades familiares.

Los arreglos de gobernanza de los cuidados “están enraizados en la cultura política y en la configuración de las provisiones sociales de cada país” (Evers, Lewis y Riedel, 2005a, p. 196) por lo que no se puede proponer una fórmula o una solución funcional para cualquier contexto, como sugiere también Ostrom (2007a). En este sentido, Minkman (2017a) menciona también que las tradiciones y lo que los Estados consideran urgente son factores que obstaculizan la implementación de las soluciones que se proponen, es decir hay obstáculos sociales y de voluntad política. Para combatir dichos obstáculos, es necesario mantener una visión integrativa que considere la

colaboración de los diferentes niveles de gobierno, el sector público y el privado (Evers, Lewis y Riedel, 2005a; Minkman, 2017a). Esto significaría que los intereses de todas las partes están representados y no se obvia la representación de ninguna parte mediante la opinión de profesionales de la salud, por ejemplo.

En el caso de la gobernanza de los cuidados, lo que se puede recuperar, en primer lugar, es que existen barreras sociales y políticas que se pueden sobrepasar cambiando la manera en la que se entienden las responsabilidades de las madres, las mujeres y la familia. En segundo lugar, se puede rescatar que las soluciones en materia de cuidados no son necesariamente extrapolables a otros contextos, por lo que los actores locales son necesarios. Finalmente, en tercer lugar, queda el reconocer que las opiniones de especialistas no son el reflejo de las necesidades de las personas, por lo que, en el caso de la lactancia materna, una persona profesional de la salud no representa los intereses de las madres. Esto ha quedado demostrado con los diferentes esfuerzos por promover, proteger y apoyar la lactancia materna que se basan en la ciencia pero, en cierto grado, omiten el lado humano del problema. Estos esfuerzos también serán analizados en los capítulos posteriores.

Conclusiones

A lo largo de este capítulo, se ha propuesto a la CID como contexto que enmarca los proyectos relativos a la lactancia materna que se analizarán en el tercer capítulo de esta tesis. Entendiendo los cambios que ha sufrido la CID, es posible identificar qué significa el desarrollo, es decir, cuál es el objetivo de la cooperación, y cómo se llegó a establecer la agenda de desarrollo vigente: la Agenda 2030. Ésta es útil en este marco contextual por dos motivos: el primero es que relaciona de manera directa la lactancia con el desarrollo sostenible; y el segundo, es que en su Objetivo 17 se destaca la importancia de las alianzas para lograr los otros objetivos.

En la segunda sección de este capítulo se introduce la gobernanza como herramienta analítica y descriptiva en su relación con los proyectos de CID. El repaso de las tres olas permite plantear los diferentes aspectos que

componen *la herramienta*. Es decir, como se ilustra en la Figura 2, la gobernanza se compone de: 1) la estructura en forma de redes, destacadas en la primera ola; 2) participación de diversos actores multinivel y multisector, entre ellos el Estado, mencionados en la segunda ola; y 3) enfoque en los contextos particulares de los actores, sobretodo de aquellos antes ignorados, para la generación de nuevo conocimiento y nuevas soluciones a los problemas, lo que corresponde a la tercera ola. Además, se destaca que para que las nuevas soluciones sean exitosas, se debe llegar a acuerdos compartidos de los problemas, es necesaria la resiliencia y la innovación, y los gobiernos deben tener capacidad adaptativa y flexibilidad.

Finalmente, el entender qué problemas se pueden resolver utilizando la gobernanza lleva a reconocer que la complejidad de la lactancia materna se debe más a los actores involucrados y a sus intereses que al problema en sí mismo. El análisis de la Tabla 4 permite identificar que los intereses se inclinan hacia el punto de vista médico y laboral, y que las madres son vistas como beneficiarias y no como participantes en la solución del problema. Esto provoca que sus intereses no influyan en el entendimiento compartido del problema ni la construcción de soluciones. Por lo que, a pesar de ser las madres quienes llevan a cabo el acto de amamantar, las implicaciones que tiene para ellas no tienen el mismo peso que otros aspectos.

Con esto en mente, la tercera sección presenta el trabajo de cuidados como una de las implicaciones con mayor impacto para las mujeres, y para las madres. Se plantea que la lactancia materna es un trabajo de cuidados y, para entender el concepto, se parte de los feminismos como teoría y del género como concepto que engloba las consecuencias sociales provocadas a causa de las diferencias biológicas, dentro de las que se encuentra la división sexual del trabajo y, por lo tanto, los cuidados.

Finalmente, en la cuarta sección se hace una propuesta analítica que ayuda a visibilizar la manera en la que la consideración de los cuidados como uno de los intereses de las madres puede impactar en los proyectos de desarrollo gracias a la gobernanza como herramienta descriptiva. Si bien esta propuesta es en cierto punto novedosa, los vínculos CID-gobernanza-cuidados no son nuevos. Como se retrata en el último apartado, existen análisis sobre la gobernanza reproductiva que buscan identificar los cambios acerca de la

reproducción que se han dado a raíz de las diferentes configuraciones de actores que se han involucrado con el tema, como se sugiere en este trabajo. Estos análisis, además de retratar la importancia de los actores, ayudan a evidenciar que la gobernanza en materia de reproducción lidia con el debate de la prioridad de los derechos humanos de un grupo sobre los del otro.

Por otro lado, la gobernanza de los cuidados, desde la conceptualización feminista del término, permite identificar que éstos son entendidos de acuerdo con la cultura política y social del lugar en el que se proporcionen, por lo que las soluciones genéricas no son las ideales. Lo anterior deja ver que los obstáculos no son únicamente políticos, sino también son sociales, por lo que las soluciones deben atacar al sentido común de las personas, a lo que tradicionalmente se entiende y promueve como idea de familia y las diferentes responsabilidades que se asignan por los roles de género.

El análisis de la gobernanza deja ver que la multiplicidad de actores es imprescindible para resolver problemas complejos y retorcidos, como lo es la lactancia materna. Esto es clave para el desarrollo de los siguientes capítulos en los que, a través del análisis de las disposiciones normativas y los hitos internacionales, y del marco jurídico mexicano y las acciones que se han realizado en favor de la lactancia materna en México, se distinguen los actores involucrados con la lactancia materna, la perspectiva o el ámbito desde el cual se han aproximado al entendimiento y solución del problema, y sus principales intereses. De la misma forma, este análisis permite identificar cuáles actores han tomado en cuenta la lactancia materna como un trabajo de cuidados y qué acciones se han realizado a partir de esta consideración.

CAPÍTULO II. Lo que no se legisla, no existe: presencia de la lactancia materna y de los cuidados en las disposiciones normativas nacionales e internacionales

Resumen

En este capítulo se realiza un repaso de las disposiciones normativas internacionales y nacionales relacionadas con la lactancia materna y los cuidados con tres objetivos: el primero, reconocer si hay puntos en común entre ambos temas; el segundo, destacar a los actores involucrados y sus intereses para comprender desde qué ámbito participan en el consenso del entendimiento del problema, la producción de soluciones y la generación de nuevo conocimiento; y el tercero, identificar el apego o las coincidencias de la normativa mexicana con las recomendaciones, normas y acuerdos internacionales en ambos temas.

En ambos apartados, la revisión del ámbito internacional se centra en la gobernanza pues los OI son actores que diseminan las normas y representan lugares comunes físicos e ideológicos en los que pueden convivir la diversidad de actores involucrados con el problema (Sahlin, 2017a). De esta forma se puede distinguir, dentro de la multiplicidad de actores, aquellos que *hacen* las normas y las recomendaciones de aquellos que *participan* en los arreglos de gobernanza para generar proyectos y soluciones a los problemas en el contexto específico. Por otro lado, el análisis da cuenta de otros actores a quienes se les asignan responsabilidades, y otros más que son los beneficiarios o usuarios.

Por su parte, el análisis nacional en el primer apartado, sobre lactancia materna, permite identificar en qué medida México se apega a las recomendaciones internacionales, y las perspectivas desde las cuales se realiza el esfuerzo por solucionar el problema de la lactancia materna: el sector salud y el sector laboral. Además, la revisión no arrojó evidencias sustanciales que permitan declarar que la promoción, protección y apoyo de la lactancia en México se ha llevado a cabo desde su consideración como un trabajo de cuidados.

Finalmente, la revisión del ámbito nacional de los cuidados tiene mayor relación con el concepto de gobernabilidad mencionado en el capítulo introductorio que con la gobernanza. Esto se debe a que el estado de las disposiciones normativas de los cuidados en México no hay leyes, reglamentos o normas explícitas sobre los cuidados y, en cambio, el reconocimiento de este derecho se encuentra en un proceso de *lucha* entre las demandas sociales y la capacidad de respuesta del gobierno que, como se describe, no ha sido prioritaria.

Introducción

La lactancia materna y el cuidado son derechos humanos, como se ha mencionado con anterioridad. Esto conlleva a dos implicaciones: que los Estados tienen la obligación de respetar, proteger, garantizar y promover la lactancia y los cuidados; y que no son asuntos que dependen de la política interior de los Estados, sino que existen discusiones y acciones internacionales en favor de ellos. Tomando esto en consideración, para identificar si se han planteado vínculos entre estos dos derechos, como se propone en esta tesis, es necesaria una revisión internacional y nacional de las disposiciones normativas en ambos temas para rescatar aquellos puntos de encuentro.

1. Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en México y el mundo: consideraciones y omisiones

La importancia de la lactancia materna se manifiesta en la normativa que se ha construido alrededor del tema que, a su vez, ha servido para crear el modelo de lo que se puede reconocer como la *práctica de la lactancia materna óptima*. Es decir, los OI, a través de la normativa internacional y de los hitos relacionados con la lactancia, sientan las bases de la práctica en condiciones ideales y son un impulso para que estas condiciones existan en cada uno de los Estados y para cada una de las madres.

Por su parte, el apego de México a la normativa internacional puede reconocerse gracias a su marco jurídico, que conduce el actuar de todos los sectores del gobierno. Sin embargo, no puede dejarse de mencionar que no todos los hitos relatados en la normativa internacional son vinculantes, por lo

que no apegarse en su totalidad a ella no resulta en consecuencias directas para los Estados; empero, sí puede traer consecuencias para las madres, las niñas y niños, las sociedades y el desarrollo.

1.1. Hitos y Disposiciones Normativas Internacionales en Materia de Lactancia Materna.

Al analizar cronológicamente los hitos y las disposiciones normativas de la esfera internacional relacionados con la lactancia materna (ver Figura 5), se puede observar la evolución del tema en cuanto a las recomendaciones de prácticas adecuadas y la inclusión de diversos actores como las comunidades, las familias, la SC y las empresas. Además, resulta significativo prestar atención a las diferentes áreas en las que se enfoca esta normativa: el sector salud, educativo, el trabajo, etc., para comprender desde qué punto vista se entiende, se aborda y se busca resolver el problema de la lactancia materna.

Figura 5

Hitos internacionales relacionados con la lactancia materna



Fuente: elaboración propia

1.1.1. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

En 1981 se emitió el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos²³ de la Leche Materna, fue aprobado por la 34ª Asamblea Mundial de la Salud²⁴ y es el primer antecedente internacional que regula aspectos relativos a la lactancia materna. Está conformado por un grupo de recomendaciones no vinculantes con las cuáles se busca reglamentar la comercialización, promoción y publicidad²⁵ de los sustitutos de la leche materna y los biberones, y establece los requisitos mínimos para proteger la alimentación de las niñas y los niños.

En su Artículo 1^o²⁶ se estableció que uno de sus objetivos es asegurar el uso correcto de los sucedáneos de la leche, con lo que se indica que se cuenta con la posibilidad de proporcionar una nutrición segura y eficiente ante situaciones de necesidad de alternativas de leche materna. En esos casos, se debe garantizar el uso correcto de los sucedáneos de la leche. Esta necesidad puede surgir debido a algunas enfermedades, la separación de la madre de su hijo o hija, el fallecimiento de la madre o algunas otras situaciones de emergencia (Organización Mundial de la Salud, 2017a).

Hay tres medidas que considera el Código en cita para proteger la salud de las y los lactantes: 1) regular el etiquetado para evitar que se idealice el uso de los sucedáneos; 2) controlar la donación y distribución de estos productos en situaciones de emergencia; y 3) revisar que la información facilitada por las y los agentes de salud incluya una explicación de los riesgos que puede tener la utilización incorrecta de los sucedáneos de la leche. Sin embargo, para todos los casos en los que los sustitutos de la leche no son necesarios, el Código dispone en el Artículo 7.4 que los agentes de salud no deben dar muestras de

²³ De acuerdo con su Artículo 3, por “sucedáneo de la leche materna” se debe entender: todo alimento que sustituya parcial o totalmente la leche materna, sea adecuado o no para dicho fin. La resolución WHA 69.9 de 2016 aclara que se deben incluir los preparados complementarios y las leches de crecimiento.

²⁴ La Asamblea Mundial de la Salud está conformada por las delegaciones de cada uno de los Estados Miembros de la OMS

²⁵ La publicidad referida en el Código incluye aquella hecha a través de la televisión, medios impresos, espectaculares o vallas publicitarias, internet (sitios web o redes sociales).

²⁶ Artículo 1º: *El objetivo del presente Código es contribuir a proporcionar a [las y] los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución.*

preparaciones para lactantes a las mujeres embarazadas, a las madres lactantes y niños de corta edad o a los miembros de sus familias.

El Código es aplicable en México desde 1984, año en el que se firmó el Acuerdo de Cooperación Técnica entre este país y la OMS. La firma de este instrumento contempla el acatamiento de las resoluciones precedentes. La atribución de la vigilancia de la aplicación del Código depende, de acuerdo con su Artículo 11.2, de cada uno de los gobiernos por conducto de la OMS. Además, el diverso Artículo 11.4 dispone que las ONG, los grupos profesionales, las instituciones, y las y los individuos interesados en el tema deben considerarse obligados a señalar a la atención de los fabricantes y de las autoridades competentes si existen actividades incompatibles con el Código.

El Código permite a las madres tomar decisiones acertadas acerca de la alimentación de sus hijas e hijos sin la influencia de la publicidad pues la comercialización indebida de los sucedáneos de la leche afecta negativamente la decisión de amamantar de manera óptima (Organización Mundial de la Salud, 2017a). Sin embargo, en el Código se establece que si no es necesario el uso de fórmula, las y los agentes de salud no deben dar información sobre la fórmula. Esto pone a las mujeres y a sus hijas e hijos en una situación de desventaja pues si en un futuro se toma la decisión de ofrecer un sucedáneo de la leche, no se contará con la información del uso correcto de la misma. En este sentido, al restringir el acceso a la información en un intento de protección de la alimentación de las niñas y los niños, se puede llegar a vulnerar el derecho a la información certera y necesaria para tomar decisiones sobre la lactancia.

1.1.2. Declaración Conjunta OMS/UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad.

En 1989, se publicó la Declaración Conjunta OMS/UNICEF nombrada Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Esta Declaración tuvo como objetivo promover la importancia de los servicios de salud en la protección y la promoción de la

lactancia, y describir las medidas que pueden adoptarse para lograrlo. De esta forma, está centrada en la naturaleza y funcionamiento de los servicios de salud, en específico en la atención prenatal, obstétrica y perinatal pues es cuando “las prácticas de atención de salud ejercen su máxima influencia sobre la actitud de la madre en lo que respecta a la lactancia natural y sus percepciones sobre su capacidad de lactar” (p.5).

En la Declaración se establecen los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural²⁷ que deben considerar todos los servicios de salud enfocados en la maternidad y en las y los recién nacidos:

1. Tener una política escrita relativa a la lactancia
2. Capacitar al personal para hacer cumplir dicha política
3. Brindar información a todas las mujeres embarazadas sobre los beneficios de la lactancia
4. Ayudar a las madres a lactar durante la primera hora de vida
5. Mostrar la técnica de amamantar y cómo mantener la lactancia en caso de separación
6. Evitar todo uso de bebidas o alimentos a menos de que la lactancia no sea posible médicamente
7. Permitir la cohabitación de las madres y sus hijas e hijos las 24 horas del día
8. Fomentar la lactancia a libre demanda
9. Evitar todo uso de chupones o biberones
10. Apoyar la creación de grupos de apoyo para la lactancia materna y brindar la información de estos grupos a las nuevas madres

La Declaración es un llamado no vinculante a las autoridades de los Estados Miembros de la OMS, entre ellos México, a las diferentes organizaciones

²⁷ Posteriormente se les nombró Diez pasos para una lactancia exitosa y se incluyeron en la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña que se analizará más adelante.

involucradas con la lactancia y a los grupos de apoyo creados en favor de las madres a adaptarse a los Diez pasos sugeridos.

En estos Diez pasos, a pesar de estar enfocados en el punto de vista médico, se encuentran las primeras recomendaciones sobre cómo practicar la lactancia materna de manera óptima: empezar durante la primera hora de vida, evitar el uso de otro tipo de bebidas, ofrecer a libre demanda, y evitar el uso de chupones o biberones. Si bien estas medidas son las ideales, hasta el momento no se mencionan alternativas o información en cuanto a la importancia de cada una de ellas. Entonces, en la realidad de las madres, si llegan a estar en una situación en la que tienen que sacrificar alguna, ¿cuál sería la que tiene menos repercusiones para la salud de sus hijas y sus hijos?

Esta pregunta es relevante porque los Diez pasos no mencionan la implicación que tiene para las madres el cumplirlos, sobre todo los mencionados en el párrafo anterior. Es decir, dar leche materna de manera directa (pecho-boca) a libre demanda significa que la madre está disponible en la totalidad de su tiempo para ofrecer el alimento. Es el mismo caso con el uso de los biberones o chupones, su uso es práctico pues el mismo bebé dosifica la toma mediante la succión, por lo que si bien la atención de la madre es requerida, su uso puede permitir más libertad de tiempo. A pesar de no estar establecido en la Declaración, la alternativa²⁸ a dar biberón es dar leche -materna o de fórmula- con una cuchara o un vaso pequeño, por lo que se requiere la acción y atención de la madre en todo momento.

También es necesario hablar de que estos Diez pasos (y los demás hitos, como se leerá a continuación) asumen que quien ofrece la leche a las y los bebés, son las madres; por lo que se puede deducir que en el escenario ideal propuesto por los OI, éstas son las responsables. Una vez más es posible discutir sobre las implicaciones de esta asunción pues las madres pueden tener trabajo u otras responsabilidades, por lo que delegan la alimentación en otra persona que, si se quisiera cumplir con los Diez pasos, debe estar dedicada de tiempo completo al cuidado de la o el bebé, como se explicó en el primer capítulo de esta tesis. Con lo anterior en mente, es posible determinar que la

²⁸ Para revisar más información relacionada con la recomendación de evitar el uso de biberones y chupones, ingresar a la siguiente liga: <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2017/10/27/biberon-fomenta-el-rechazo-al-pecho-y-debilita-la-capacidad-de-la-madre-para-producir-leche.html>

lactancia materna, para las OI, es un trabajo de cuidados de tiempo completo que recae en las mujeres por sus características biológicas ya sea en su ejecución (dar leche) o en su gestión (delegar el trabajo).

1.1.3. Declaración de Innocenti.

Poco después de la publicación de la Declaración Conjunta de 1989, y como resultado de la reunión “Lactancia Materna en los 90”, se produjo la Declaración de Innocenti en 1990. En esta declaración, tanto la OMS como UNICEF plantearon que

“como una meta global para una óptima salud y nutrición materna e infantil, debe permitirse a todas las mujeres practicar la lactancia materna exclusiva y todos los niños [y niñas] deben ser alimentados exclusivamente con leche materna desde su nacimiento hasta los 6 meses de edad²⁹. De ahí en adelante, los niños [y las niñas] deben continuar siendo alimentados al pecho, recibiendo además alimentación complementaria adecuada y apropiada hasta cuando menos los dos años de edad.” (p.1).

En la Declaración de Innocenti se hace hincapié en la importancia del aumento de la confianza de las mujeres en tanto su habilidad para lactar por el tiempo sugerido. Es el primer hito que considera la nutrición y la salud de las mujeres y de sus familias como factores imprescindibles para el sostenimiento de la lactancia materna. Y se estipula que deben eliminarse los obstáculos de la lactancia materna encontrados en el sistema de salud, en los lugares de trabajo y en la comunidad. En cuanto a los Estados, la Declaración es un llamado a desarrollar políticas nacionales sobre lactancia e integrarlas en los planes de salud y desarrollo. Se les exhorta a priorizar el monitoreo de los logros en la materia y a desarrollar indicadores sobre la prevalencia de bebés alimentados mediante LME.

Esta Declaración cambia el foco del sector salud y lo pone en las mujeres, reconociendo la importancia de su salud y nutrición. Este tema es

²⁹ La versión original de la Declaración de Innocenti asentó que la duración podía variar entre 4 y 6 meses. En la revisión de la Declaración de Innocenti (2005), realizada 15 años después se asentó que la lactancia materna exclusiva óptima debe tener una duración de seis meses.

relevante pues, a pesar de ser cierto que ofrecer leche materna no tiene un costo económico directo, sí existe un costo a través de la nutrición de las madres. Se estima que las mujeres lactantes deben consumir 500 calorías adicionales a las de su dieta habitual, provenientes de fuentes variadas, para mantenerse saludables (Stanford Children's Health, s.f.a). Lo anterior, es un aumento en el gasto del hogar dirigido a la compra de alimentos. En cuanto a los obstáculos, reconoce que éstos interfieren con la voluntad de las madres que quieren lactar, aunque dentro de las metas³⁰ fijadas para los gobiernos, no se incluye alguna referente a su eliminación o disminución.

Por otro lado, la Declaración de Innocenti amplía el catálogo de recomendaciones sobre la lactancia materna óptima estableciendo el tiempo por el cual se debe ofrecer LME: seis meses; y el tiempo mínimo recomendado para lactar junto con la alimentación complementaria: dos años. Por lo tanto, se podría pensar que se puede tener una idea de cuánto tiempo demanda dar leche materna para las mujeres. Sin embargo, como se citó anteriormente, de acuerdo con la Dra. Jacqueline Kent et al. del Hartmann Human Lactation Research Group (2006), las y los bebés alimentados con leche materna reciben entre cuatro y trece tomas al día, las cuáles pueden durar entre doce minutos y una hora. Esto significa que no es posible prever las necesidades alimenticias de las y los recién nacidos y que la preparación de las madres no puede ser 100% previa al nacimiento, por lo cual, es común la toma de decisiones sobre la marcha y, por lo tanto, la experiencia de las madres serán diversas.

1.1.4. Cumbre Mundial en favor de la Infancia.

En ese mismo año (1990), se llevó a cabo la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, primer evento relativo al tema celebrado a nivel de Cumbre (Naciones Unidas, s.f.c) que contó con la representación de 71 países, entre ellos,

³⁰ Metas para los gobiernos: 1) Designar a una persona a la coordinación nacional de lactancia materna y establecer un Comité Nacional multisectorial de lactancia materna; 2) Asegurar que las instalaciones de salud practiquen los Diez pasos para una feliz lactancia natural; 3) Dar efecto al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna; 4) Aprobar la legislación necesaria para proteger el derecho a la lactancia de las madres que trabajan y hacerla cumplir.

Metas para los OI: 1) Diseñar estrategias para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna que incluya el monitoreo y evaluación global; 2) Apoyar con análisis, encuestas y desarrollo de objetivos; 3) Apoyar a los gobiernos nacionales en la planeación, implementación, vigilancia y evaluación de sus políticas de lactancia materna.

México. Como resultado, se adoptó la Declaración sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo de los niños, y el Plan de acción para implementar la Declaración que incluyó metas específicas para la década.

El compromiso relativo a la lactancia materna corresponde al numeral iv del párrafo 20 de la Declaración, donde se establece que los países asistentes se esforzarán en fortalecer la *función* y la condición de la mujer fomentando la planificación familiar, el esparcimiento de los nacimientos, el amamantamiento y la maternidad sin riesgo. Para hacer cumplir este compromiso -y los otros acordados en la Declaración-, se realizó el Plan de acción cuyo objetivo principal fue servir a los gobiernos, a las OI, a las ONG y a todos los sectores de la sociedad para formular sus propios programas de acción haciendo uso del “esfuerzo nacional concertado y la cooperación internacional” (p.18).

El Plan de acción coincide con la Declaración de Innocenti al mencionar que una de las necesidades esenciales es cuidar la alimentación de las mujeres durante el embarazo y la lactancia. Por otro lado, se menciona que es necesario “el fomento, la protección y el respaldo del amamantamiento y de prácticas de alimentación complementaria” (p. 13) para atacar el problema del hambre y la malnutrición que, para ese momento, eran causantes del 50% de las muertes de niños y niñas menores de cinco años.

En cuanto al compromiso de fortalecer la *función* y condición de la mujer, podría pensarse que la atención se pone sobre ellas. Sin embargo, en el Plan de acción se reconoce que el aporte de las mujeres al bienestar de las niñas y los niños es fundamental, por lo que mejorar su situación en términos de acceso a la educación, la capacitación, el crédito y otros servicios resultaba imprescindible. Esto denota que se deben mejorar las condiciones de vida de las mujeres en función del bienestar de sus hijas e hijos, dejando las mejoras en su propio bienestar como consecuencia secundaria. De esta forma, la pugna entre los derechos de las infancias y los de las mujeres se hace presente en lugar del equilibrio entre ambos.

1.1.5. Conferencia Internacional sobre Nutrición.

Debido a la importancia que se le dio a la nutrición en la década de los 90, la OMS convocó a la Conferencia Internacional sobre Nutrición en 1992. Esta Conferencia no tuvo como finalidad crear nuevas recomendaciones o pasos a

seguir en la materia, al contrario, fue considerada como parte del seguimiento necesario para combatir la desnutrición en el mundo. Como resultado, se generaron la Declaración Mundial y el Plan de Acción sobre Nutrición para los que convergieron las opiniones y aportes técnicos de 132 Estados Miembros de la OMS, 12 OI y 86 organizaciones intergubernamentales y ONG.

En materia de lactancia materna, la promoción de la nutrición de las madres, las y los lactantes y las y los niños pequeños fue considerada una actividad prioritaria. En el párrafo 40 de la Declaración se menciona que las actividades que se deben considerar son: 1) la promoción de la lactancia y 2) la adopción de buenas prácticas de alimentación complementaria. Esto con la finalidad de reducir la malnutrición mientras se vigila el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. También se menciona la importancia de ampliar la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña (IHAN), que estaba en marcha para este momento.

Además de ofrecer su ayuda técnica mediante la CID, como aliento a los gobiernos para mejorar sus planes de acción en materia de nutrición, la OMS estableció en el párrafo 22 de la Declaración tres criterios que pueden considerarse:

1. La incorporación de objetivos nutricionales en las políticas y los planes nacionales y sectoriales de desarrollo
2. La intervención relacionada con la nutrición en diversos sectores por conducto de actores en diferentes niveles del gobierno, las ONG y la iniciativa privada
3. El desarrollo de una acción comunitaria de mejoramiento nutricional

A diferencia de los hitos anteriores, es en éste de 1992 cuando se empieza a considerar la participación de otros actores, además de las madres y los Estados, son valiosas para mejorar la nutrición y, por lo tanto, la lactancia materna. Como se puede observar en los criterios enlistados, se consideran los diferentes niveles de gobierno, las ONG, la iniciativa privada y la comunidad.

1.1.6. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 aprobó el Programa de Acción de la Conferencia con la intención de “abordar los problemas y las relaciones de importancia decisiva entre la población y el crecimiento económico sostenido en el marco del desarrollo sostenible” (p.7). En materia de lactancia materna, el Programa menciona las medidas listadas en la Tabla 7.

En cuanto a la aplicabilidad en México, el país asistió a la Conferencia y aprobó su Programa de acción, con lo cual manifestó su interés por alcanzar los objetivos vertidos en el Programa de Acción. Sin embargo, este no es un documento vinculante, por lo que no menciona medidas en caso de que los compromisos no se cumplan.

Tabla 7

Medidas relacionadas con la lactancia materna mencionadas en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994

| Capítulo | Objetivos y Medidas |
|--|---|
| V. La familia, sus funciones, derechos, composición y estructura | 5.3 Los gobiernos, en cooperación con los empleadores, deberían facilitar y promover los medios necesarios para que la participación en la fuerza laboral sea compatible con las obligaciones familiares, especialmente en el caso de las familias con niños pequeños. Dichos medios podrían incluir seguro médico y seguridad social, guarderías y salas de lactancia en el lugar de trabajo, jardines de infancia, trabajos de jornada parcial, licencia paterna remunerada, licencia materna remunerada, horarios flexibles y servicios de salud reproductiva y de salud infantil. |
| VII. Derechos reproductivos y salud reproductiva | 7.6 Mediante el sistema de atención primaria de salud, todos los países deben esforzarse por que la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas [...]. La atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de la salud debería abarcar, entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud maternoinfantil [...] |

| Capítulo | Objetivos y Medidas |
|--------------------------------------|---|
| VIII. Salud, morbilidad y mortalidad | <p>8.7 Los gobiernos deberían lograr la participación de la comunidad en la planificación de la política sanitaria [...]. Debería fomentarse esa participación en los programas de salud materna y de supervivencia del niño, los programas de apoyo a la lactancia, los programas para la pronta detección y tratamiento del cáncer del sistema reproductivo y los programas para la prevención de la infección con el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.</p> <hr/> <p>8.18 [...] es preciso proteger, promover y apoyar la lactancia materna. Contando con apoyo jurídico, económico, práctico y emocional, las madres deberían poder amamantar a sus hijos de manera exclusiva [...], y seguir amamantándolos [...] hasta la edad de 2 años o incluso más tarde. A fin de lograr esos objetivos, los gobiernos deberían promover la información pública sobre las ventajas de la lactancia materna; el personal de salud debería recibir enseñanzas sobre normas idóneas para la lactancia materna; los países deberían examinar los medios oportunos para aplicar plenamente el Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna.</p> |

Fuente: Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994)

Como se puede observar, el Programa de Acción pone su atención principalmente en la relevancia de los sistemas de salud para apoyar la lactancia materna, y en promover que la fuerza laboral sea compatible con las *obligaciones familiares*. Este segundo punto incluye la adopción de servicios como el de guarderías, salas de lactancia, licencias de maternidad y paternidad, y horarios de trabajo flexibles con los que se intenta cumplir con las recomendaciones descritas anteriormente.

Como se analizará en el siguiente capítulo, en México existe un proyecto de CID para fomentar la creación de salas de lactancia en los lugares de trabajo. Sin embargo, las políticas de dichas salas no coinciden con la LME en condiciones óptimas pues no aseguran la cercanía de la madre con sus hijas e hijos y reduce los beneficios de la lactancia al propiciar gasto económico, afectaciones ambientales y desigualdad. Este último punto se manifiesta en términos laborales pues reflejan una realidad posible para aquellas madres con trabajos formales, pero no se ha incluido -hasta el momento- una consideración para las trabajadoras informales.

Por otro lado, en el Programa se destaca que las madres deben contar con apoyo jurídico, económico, práctico y emocional para lograr una lactancia materna exitosa. Esto lo resuelve con dos estrategias: el gobierno debe brindar información y cuidar el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche, y el personal de salud debe recibir educación sobre la importancia de la lactancia. Por lo que para el apoyo jurídico, económico y emocional no se ofrecen soluciones.

Este es uno de los puntos para los cuales se puede considerar importante el involucramiento de otros actores. Si bien su papel puede ser el apoyo a las políticas gubernamentales -como se menciona en la Conferencia de Nutrición-, o como supervisores -como se menciona en el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche materna-, también pueden considerarse como elementos fundamentales para el apoyo a las madres desde las trincheras donde los Estados no han estado presentes o han postergado su presencia.

1.1.7. Convenio sobre la Protección de la Maternidad.

Sobre la línea de los empleos formales, en el año 2000 la Conferencia General de la OIT revisó el Convenio sobre la Protección de la Maternidad (Convenio 183), con el objetivo de promover la igualdad de las mujeres trabajadoras, su salud, seguridad de las madres y de sus hijas e hijos. Esta revisión se llevó a cabo tomando en cuenta las distintas Convenciones y Declaraciones en materia de Derechos desarrolladas a partir de la última revisión del Convenio. En especial, se tomó en consideración la Declaración de la Conferencia Internacional del Trabajo sobre la igualdad de oportunidades de trato para las trabajadoras de 1975, la Declaración de la Organización Internacional del Trabajo relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo y su seguimiento de 1998, y el Convenio 156 sobre la igualdad de oportunidades y de trato entre trabajadores y trabajadoras: trabajadores con responsabilidades familiares de 1981.

El Convenio busca sentar las condiciones mínimas necesarias para la seguridad laboral de las madres. Se hace referencia a temas³¹ como la

³¹ Los Artículos relativos a la práctica de la lactancia materna se enlistan en el Apéndice 2.

protección de la salud, la licencia de maternidad, las prestaciones, la protección del empleo, la no discriminación, y la protección para las madres lactantes. En cuanto a la licencia de maternidad, que sería la medida más accesible para cumplir con las recomendaciones sobre la lactancia materna, se propone una duración de al menos 14 semanas, lo que corresponde a alrededor de tres meses y medio, lo que no es suficiente para practicar la LME por seis meses como se recomienda en otros hitos. La licencia de paternidad, mencionada en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, no es considerada en este Convenio.

A partir de lo convenido, la OIT realizó la Recomendación sobre la protección de la maternidad (núm. 191) que recupera las propuestas sobre la licencia de maternidad, las prestaciones, la financiación de las prestaciones, los tipos de licencia, entre otros aspectos relacionados. El Convenio entró en vigor el 7 de febrero de 2002 y únicamente 41³² países de los 187 miembros de la OIT lo han ratificado, México no es parte de ese grupo.

1.1.8. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.

En 2002, la OMS y UNICEF elaboraron la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Con ella se buscó rescatar lo convenido hasta el momento, subrayar la necesidad de formular políticas nacionales integrales de alimentación para las y los lactantes y las y los niños pequeños, y asegurar que los servicios de salud protejan, fomenten y apoyen la lactancia materna. De acuerdo con la Estrategia, se tuvo orientación desde dos perspectivas: 1) de los datos científicos y epidemiológicos disponibles, y 2) de la mayor participación posible.

³² Los países que han ratificado y cuyo estatus está en vigor son: Albania, Austria, Azerbaiyán, Belarús, Belice, Benin, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Burkina Faso, República Checa, Chipre, Djibouti, Eslovaquia, Eslovenia, Hungría, Italia, Kazajstán, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Macedonia del Norte, Malí, Marruecos, Mauricio, Montenegro, Nigeria, Noruega, Países Bajos, Perú, Portugal, República de Moldova, República Dominicana, Rumanía, San Marino, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Serbia y Suiza. Los países que ya ratificaron el Convenio pero su estatus está en espera de entrar en vigor son: Alemania, en 2022, y Panamá, en 2023. La lista de países miembros de la OIT que no han ratificado el Convenio se puede consultar en la siguiente liga: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:11310:0::NO:11310:P11310_INSTRUMENT_ID:312328:NO

Para poder formular políticas nacionales integrales, la Estrategia propone intervenciones para cada una de las acciones que deben tomar los gobiernos con relación a la lactancia: protección, promoción y apoyo. En cuanto a la protección, se hace referencia al andamiaje analizado hasta el momento: se propone adoptar políticas compatibles con las recomendaciones de la OIT, supervisar que los alimentos complementarios sean comercializados para su uso a una edad adecuada, y aplicar el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

En materia de promoción, se plantea velar por que las personas responsables de la educación y de los medios de información proporcionen información precisa, completa, aceptable cultural, social y medioambientalmente acerca de las prácticas recomendadas de alimentación de las niñas y los niños. Este punto es relevante pues hasta el momento no se había planteado la posibilidad de diferencias culturales o sociales más allá de la mención tácita en los obstáculos de la lactancia en la Declaración de Innocenti.

Finalmente, el apoyo se expresa en dos sentidos: a través de la comunidad y a través del sistema de salud. El apoyo de la comunidad se asienta en la Estrategia mediante la creación de redes de apoyo, y la posibilidad de participación del sistema de salud en estas redes. Desde el sistema de salud el apoyo se plantea mediante el asesoramiento especializado, aumentando el acceso a servicios de asistencia prenatal y posparto, y revisando planes de estudio correspondientes a las y los agentes de salud, nutrición y paramédico.

Este último punto resulta ser el más novedoso y un ejemplo de cómo la incorporación de otros actores es necesaria para que la atención en hospitales y clínicas sea adecuada y actualizada. Además, la necesidad de la educación en lactancia materna para prestadores y prestadoras de servicios de salud es también un facilitador para que las mujeres que desean lactar tengan acceso a esa información; de no ser así, se les deja como alternativa el contratar o buscar asesoría, lo que se vuelve una cuestión de privilegio sobre quién tiene posibilidad y acceso a esa información.

En algunos de los hitos anteriores se mencionó la importancia de la participación de la comunidad, de los OI y de las ONG en materia de salud,

nutrición y lactancia materna. La presente Estrategia va *más allá* al considerar que la colaboración entre las partes interesadas, es decir, la gobernanza, es indispensable para lograr los objetivos relacionados por la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna. Así, el punto nueve dispone que:

Ninguna intervención ni ningún grupo podrán, por sí solos, culminar con éxito esta tarea; por lo tanto, la aplicación de la Estrategia requiere que aumente la voluntad política, la inversión pública, la sensibilización entre los agentes de salud, la participación de las familias y las comunidades y la colaboración entre los gobiernos, las organizaciones internacionales y otras partes interesadas que, en última instancia, velarán por que se adopten todas las medidas necesarias.

Partiendo de la dependencia de la lactancia con la red de actores involucrados, la Estrategia enlista algunas funciones que pueden asumir las otras partes interesadas. Para las ONG, por ejemplo, se propone que contribuyan a la aplicación de la Estrategia proporcionando información precisa sobre la alimentación, apoyando en las intervenciones comunitarias, creando comunidades que presten apoyo a la alimentación de las y los lactantes, y ayudando con la supervisión del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

La función más innovadora (tomando en cuenta lo revisado hasta el momento) es la de las autoridades educativas, pues contribuyen a determinar las actitudes de las y los niños y las y los adolescentes con respecto a la alimentación infantil, por lo que deben proporcionar información que genere sensibilidad y una imagen positiva desde cortas edades. De esta forma, la práctica se puede hacer más social y culturalmente aceptable. Esto tiene impacto en la seguridad, pues una sociedad más en contacto con la lactancia materna, es más segura para que las madres lacten a libre demanda sin que el lugar en el que se encuentran se vuelva una barrera para hacerlo.

1.1.9. 65ª Asamblea Mundial de la Salud.

En 2012 se llevó a cabo la 65ª Asamblea Mundial de la Salud, uno de los hitos más importantes en materia de lactancia materna. La Resolución 65.6 contiene

el Plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño que insta a los Estados a fortalecer las políticas de nutrición, a elaborar medidas legislativas para controlar la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, a entablar un diálogo para formar alianzas nacionales e internacionales en materia de nutrición, y a desarrollar al personal estableciendo una estrategia integral de capacitación.

La importancia de la Asamblea radica en que es el primer hito en instaurar objetivos concretos para los Estados. Se propuso que la duración del Plan fuera de 13 años (2012-2025) y que en ese plazo se cumplieran las siguientes metas, la quinta relacionada con la lactancia materna:

1. Reducir en 40% el número de niños y niñas entre cero y cinco años que sufren retraso en el crecimiento
2. Reducir a la mitad las tasas de anemia en mujeres en edad fecunda
3. Reducir en un 30% la insuficiencia ponderal al nacer
4. Lograr que no aumenten los niveles de sobrepeso infantil
5. Aumentar las tasas de LME hasta un mínimo de 50% de prevalencia
6. Reducir la emaciación³³ en la niñez y mantenerla bajo el 5%

Para cumplir con las metas establecidas en esta asamblea, la OMS y UNICEF crearon el Global Breastfeeding Collective en 2017. Esta asociación tiene dos objetivos, el primero es lograr, como se estipuló en la Asamblea, que para el año 2025 al menos el 50% de las niñas y niños sean alimentados mediante lactancia materna por los primeros seis meses de vida. El segundo, es cumplir con ciertos indicadores para el año 2030:

- 40% de los países implementando en su totalidad el Código de Sucesáneos de la Leche Materna;

³³ Pérdida involuntaria de más del 10% del peso corporal a causa de diarrea, debilidad y fiebre.

- 60% de los países con licencias de maternidad que cumplan con las recomendaciones de la OIT;
- 80% de los países con la mayoría de sus centros de salud de atención primaria provean de información a las madres sobre nutrición y lactancia materna;
- 60% de los países con información y datos de los pasados cinco años para medir el progreso de las políticas, programas y fondos, monitorear, evaluar y crear indicadores; entre otros.

Para dar seguimiento a esta iniciativa, el Global Breastfeeding Collective realiza el Global Breastfeeding Scorecard anualmente donde se refleja el avance mundial de dichos objetivos midiendo principalmente el actuar de los Estados³⁴.

1.1.10. Agendas de Desarrollo: ODM y ODS.

También con la atención en el actuar de los Estados, y del establecimiento de metas para los mismos, se encuentran las agendas de desarrollo del 2000 (ODM) y del 2015 (ODS). En primer lugar, en los ODM se consideraron temas relacionados con la lactancia. Por ejemplo, el ODM 1 relacionó la lactancia con la pobreza extrema y el hambre; el ODM 4 era relativo a reducir la mortalidad de los menores de cinco años, para lo cual promover, proteger y apoyar la lactancia materna puede ser útil, y el Objetivo 5 se destinó a la mejorar la salud materna. Este objetivo en un inicio estaba enfocado en reducir la razón de mortalidad materna y para 2007 se agregó el Objetivo 5b con el cual se buscaba lograr el acceso universal a la salud reproductiva (Gayet y Dávila, 2019).

Por su parte, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible acordada en 2015, además de poder relacionarse en su totalidad con la lactancia, como se explicó en el capítulo anterior, tiene metas específicas sobre el tema. El ODS 2: Hambre Cero, tiene como meta 2.1 poner fin al hambre asegurando el acceso de todas las personas, incluyendo a las lactantes, a una alimentación sana, nutritiva y eficiente; y la meta 2.2 menciona que para 2030 se debe poner fin a

³⁴ El Global Breastfeeding Scorecard 2021 se puede consultar en la siguiente liga: <https://www.globalbreastfeedingcollective.org/media/1591/file>

todas las formas de malnutrición abordando las necesidades de nutrición de las mujeres embarazadas y las personas lactantes.

El ODS 3: Salud y Bienestar tiene como meta 3.2 poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años; y como meta 3.7 el garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo el acceso a la información y educación relativa al tema. De la mano con esta meta, el ODS 5: Igualdad de Género menciona en su meta 5.6 que se debe asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y a los derechos reproductivos.

Las áreas de oportunidad de ambas agendas mencionadas en el primer capítulo son aplicables a este contexto en específico, sin embargo, hay dos más que son obstáculos para que se alcancen las metas establecidas. La primera es que ninguna de las dos agendas han sido vinculantes, por lo que a pesar de que se desarrollen metas, los Estados no están obligados a cumplirlas. La segunda, es que se conocen las metas pero no las formas o las acciones que se pueden tomar para lograrlas y, si bien el andamiaje que se ha descrito hasta el momento sienta las bases para acercarse a dichas metas, también es real que deja de lado algunos temas para que en realidad se cumplan. En especial el tema de los cuidados que se revisa en el segundo apartado de este capítulo.

1.2. Marco Jurídico Mexicano.

Así como la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna se promueven en el ámbito internacional, el marco jurídico mexicano sostiene la importancia de las acciones en favor de la lactancia. Esto se puede explicar, en primer lugar, debido a que la lactancia materna es considerada por el ACNUDH como un derecho humano vinculado a otros derechos humanos (2016a) que están inscritos en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948; y en segundo lugar, debido a las aportaciones de la leche materna y del acto de amamantar para el desarrollo. Ambos puntos están explicados en el primer capítulo de esta tesis.

El documento jurídico con mayor importancia es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) que plantea en el artículo 1º que todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos tanto en la

CPEUM como en los tratados internacionales de los que México sea parte³⁵. Por otro lado, en el artículo 4º se menciona que todas las personas tienen derecho a la salud y a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, lo que será garantizado por el Estado. En este artículo se menciona, además, que las niñas y los niños tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades alimenticias y de salud, y que el Estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez.

En el artículo 123, sobre el trabajo y la previsión social, en el numeral V establece que las mujeres embarazadas gozarán forzosamente de un descanso de seis semanas anteriores a la fecha fijada aproximadamente para el parto, y seis semanas posteriores al parto, conservando su salario. En periodo de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno para alimentar a sus hijos.

Con base en dichos artículos constitucionales, las leyes federales y generales contemplan la lactancia materna en materia de trabajo, salud y derechos de la niñez.

1.2.1. En Materia de Trabajo.

En materia de trabajo, el documento principal es la Ley Federal del Trabajo (1970) que según sus artículos 1º y 2º rige las relaciones de trabajo comprendidas en el artículo 123 de la CPEUM y contiene las normas que tienden a conseguir el equilibrio entre la producción y la justicia social, y propician el trabajo digno y decente. En esta Ley se menciona en el artículo 132 sobre las obligaciones de los patrones que se debe proporcionar a las mujeres embarazadas la protección que establezcan los reglamentos, en el numeral XXVII; y que se debe otorgar un permiso de paternidad de cinco días laborables con goce de sueldo a los hombres trabajadores por el nacimiento de sus hijos o en caso de adopción, en el numeral XXVII Bis.

El título quinto de esta Ley contiene lo referente al trabajo de las mujeres y, como se menciona en el artículo 165, su propósito es proteger la maternidad. De esta forma, el artículo 170 enlista los derechos de las madres trabajadoras, entre otros:

³⁵ Esto a partir de la reforma constitucional en materia de derechos humanos de junio de 2011.

- No realizar trabajos que exijan esfuerzos considerables o que pongan en peligro su salud en relación con la gestación, durante el embarazo;
- Disfrutar de un descanso de seis semanas anteriores y seis semanas posteriores al parto, con posibilidad de transferir cuatro de las seis semanas previas al parto para después del mismo;
- En caso de adopción, disfrutar de un descanso de seis semanas posteriores al día de la recepción de la o el menor;
- En periodo de lactancia, hasta por máximo seis meses, tener dos reposos por día de media hora cada uno para alimentar a sus hijos o hijas, en un lugar adecuado e higiénico que designe la empresa;
- En caso de que lo anterior no sea posible, se podrá reducir en una hora su jornada de trabajo por el mismo periodo de tiempo
- Servicios de guardería infantil prestados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

En concordancia con lo establecido en la Ley Federal del Trabajo, la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado (1963), dispone lo siguiente:

Las mujeres disfrutarán de un mes de descanso antes de la fecha que aproximadamente se fije para el parto, y de otros dos después del mismo. Durante la lactancia tendrán derecho a decidir entre contar con dos reposos extraordinarios por día de media hora cada uno, o bien, un descanso extraordinario por día de una hora para amamantar a sus hijos o para realizar la extracción manual de leche, en lugar adecuado e higiénico que designe la institución o dependencia y tendrán acceso a la capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de edad.

La Ley del Seguro Social (1995) y la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado contemplan, en general, las mismas

disposiciones. La primera, tiene la finalidad de garantizar el derecho a la salud y los servicios sociales necesarios para el bienestar de las personas, y es aplicable para las y los trabajadores inscritos ante el IMSS y sus beneficiarios y beneficiarias. En ésta se establece en el artículo 94 que en caso de maternidad, además de lo considerado en la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, el IMSS otorgará las prestaciones de asistencia obstétrica y de ayuda en especie por seis meses para la lactancia.

Por su parte, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2007), aplicable para las dependencias, entidades, trabajadoras y trabajadores al servicio civil, personas pensionadas y familiares derechohabientes, contempla los seguros de salud, riesgos, retiro, invalidez y vida. En el artículo 39 se menciona que la mujer trabajadora, pensionada, cónyuge, concubina o hija de un trabajador o pensionado, tiene derecho a lo mencionado en las dos leyes anteriores: poder de decisión entre dos reposos de media hora cada uno o un descanso de una hora para amamantar, capacitación y fomento para la lactancia materna, asistencia obstétrica y ayuda (en especie y hasta por seis meses) para la lactancia cuando, según dictamen médico³⁶, exista incapacidad física o laboral para amamantar³⁷.

1.2.2. En Materia de Salud.

Por otro lado, en materia de salud, la Ley General de Salud (1984) que, de acuerdo con su artículo 1º, reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona, contribuye a la regulación de la lactancia materna en el artículo 64 y en el 65. En el primero, se menciona que las autoridades competentes para organizar y operar los servicios de salud materna-infantil deben establecer procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención de los padecimientos; y acciones de orientación, vigilancia, capacitación y fomento de la lactancia materna

[...] incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida y,

³⁶ A diferencia de la Ley del Seguro Social que no especifica que la ayuda se otorga con un dictamen médico que señale incapacidad física o laboral.

³⁷ La ayuda podrá ser entregada a la madre o a la persona encargada de alimentar a la niña o el niño en caso de falta de la madre.

en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil, además de impulsar, la instalación de lactarios en los centros de trabajo de los sectores público y privado.

En ese mismo artículo se menciona que debe existir al menos un banco de leche humana por cada entidad federativa³⁸. Por su parte, en el artículo 65 se indica que las autoridades sanitarias, educativas y laborales deben apoyar y fomentar los programas para padres que estén destinados a promover la atención materno-infantil.

De esta Ley General de Salud se desprende el Reglamento en Materia de Publicidad (2000) que contiene las consideraciones relacionadas con el control sanitario de la publicidad de productos, servicios y actividades referidas en dicha Ley. Las pertinentes a esta investigación se concentran en los artículos 25 y 26, sobre las fórmulas para lactantes. Este dispositivo legal establece que la publicidad y promoción publicitaria de la fórmula debe:

- Fomentar la lactancia materna señalando sus beneficios.
- Indicar que el uso de la fórmula es recomendable únicamente en los casos de intolerancia a la leche materna, en ausencia de la madre, o por incapacidad de la madre para dar leche.
- Incluir información sobre cómo ofrecer fórmula de manera correcta: preparación y cuidados del producto y de los biberones.

Finalmente, la Ley de Asistencia Social (2004), fundamentada en lo dispuesto en la Ley General de Salud, menciona en el artículo 4º quiénes son los sujetos de asistencia social, entre los cuales, se menciona a las mujeres en estado de gestación o lactancia, las madres adolescentes y las madres solas y las mujeres que ejerzan la patria potestad sobre una persona menor de edad.

³⁸ 20 de las 32 entidades federativas tienen al menos un banco de leche humana. El directorio de estos bancos de leche se puede consultar en la siguiente liga: <https://public.tableau.com/app/profile/centro.nacional.de.equidad.de.g.nero.y.salud.reproductiva/viz/DirectoriodebancosdelechedelaSSA/Unidadesdesaludconbancodeleche?publish=yes>

1.2.3. En Materia de Derechos de la Niñez.

Sobre los derechos de las infancias, la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (2014) menciona, en el capítulo noveno Del Derecho a la Protección de la Salud y a la Seguridad Social, artículo 50, que las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, recibir servicios de atención médica gratuita y de calidad para prevenir, proteger y restaurar su salud. Lo anterior, con el fin de: reducir la morbilidad y mortalidad; promover en todos los grupos de la sociedad los principios básicos de salud y nutrición, las ventajas de la lactancia materna, entre otros; adoptar medidas que eliminen prácticas culturales, usos y costumbres perjudiciales para la salud; desarrollar atención sanitaria preventiva, orientación, educación y servicios en materia de salud sexual y reproductiva; asegurar la prestación de servicios de atención médica respetuosa, efectiva e integral durante el embarazo, parto y puerperio, y promover la LME dentro de los primeros seis meses y lactancia materna complementaria hasta los dos años; combatir la desnutrición, sobrepeso y obesidad; entre otros.

En el mismo artículo 50 y en el artículo 116 sobre la Distribución de Competencias y aquellas que corresponden a las autoridades federales y locales, se menciona también que se garantizarán que todos los sectores de la sociedad tengan acceso a la educación y la asistencia en materia de principios básicos de salud, nutrición, y ventajas de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y complementaria hasta los dos años de edad.

1.2.4. Marco Normativo Mexicano.

Además de la Constitución, las leyes y los reglamentos emanados de ella, México cuenta con la figura de Norma Oficial Mexicana (NOM) que son regulaciones técnicas expedidas por dependencias competentes en las que se recaban las características de los procesos, bienes y servicios que se brindan en territorio nacional (Secretaría de Salud, 2015a). En materia de lactancia materna existen seis NOM cuya obligatoriedad es aplicable para todo el personal médico público, social o privado del Sistema Nacional de Salud. Éstas pueden observarse en la Tabla 8.

Tabla 8*Normas Oficiales Mexicanas que contienen regulaciones sobre lactancia materna*

| NOM | Medidas |
|--|---|
| <p>NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio</p> | <p>Inicio de la LME en los primeros 30 minutos de vida; indicación de alimentación a libre demanda. Antes del alta, y durante el puerperio mediato, se debe dar orientación sobre la técnica de la LME</p> |
| | <p>Sólo por indicación médica se administrarán soluciones glucosadas, agua o fórmula, y se utilizará el biberón y la separación de la madre</p> |
| | <p>Todas las unidades médicas deben tener criterios para la protección y fomento de la LME atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante. Con base en estos criterios se debe capacitar al personal y dar información a las madres</p> |
| | <p>Se debe informar diariamente a las mujeres embarazadas o puérperas acerca de los beneficios de la LME y los riesgos del uso del biberón y leches industrializadas</p> |
| | <p>No se permite la distribución ni promoción de sucedáneos de la leche materna. La indicación de sucedáneos de la leche en menores de cuatro meses está sujeta a prescripción médica y con justificación por escrito</p> |
| <p>NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño</p> | <p>Para la prevención y control de las enfermedades diarreicas, LME durante los primeros cuatro a seis meses de vida</p> |
| | <p>Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas, LME durante los primeros cuatro a seis meses de vida, y complementaria después de esa edad</p> |
| | <p>Como medida de prevención para el control de la nutrición, el crecimiento y el desarrollo del niño menor de 5 años: LME durante los primeros cuatro a seis meses de vida y la alimentación adecuada de la madre durante el embarazo y lactancia</p> |
| <p>NOM-034-SSA-2002 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento</p> | <p>En todos los casos de recién nacido pretérmino se propiciarán la lactancia materna directa o indirecta</p> |
| | <p>En los casos de los recién nacidos a término o postérmino (después del periodo de evaluación), si las condiciones lo permiten pasará con su madre e iniciará LME</p> |

| NOM | Medidas |
|--|---|
| NOM-041-SSA2-2011 Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama | Amamantar es un factor protector del cáncer de mama, por lo que debe incluirse entre las ventajas en la promoción de la lactancia materna |
| NOM-043-SSA2-2012 Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación | Se debe reconocer que el estado de nutrición de las y las recién nacidas está íntimamente ligado con el estado de nutrición de la madre, antes, durante y después del embarazo |
| | Para las mujeres en periodo de lactancia, se debe indicar que la práctica incrementa las necesidades de energía y nutrientes, por lo que podría ser necesario aumentar el consumo de alimentos y líquidos |
| | Se reconoce que por "práctica de la lactancia" se refiere a las decisiones que las mujeres hacen respecto a la manera en que llevarán a cabo la lactancia y que están influenciadas por el personal de salud y personas cercanas. Además, que en ocasiones hay necesidad de utilizar lactancia materna indirecta o lactancia artificial; para ambos casos es indispensable recomendar los cuidados que deben aplicarse en el manejo, preparación y conservación de la leche |
| | Para la lactancia materna indirecta, se recomienda que la mujer inicie la extracción de leche y debe utilizarse un vaso, taza o cuchara |
| | Para la alimentación con sucedáneos, debe utilizarse agua hervida por al menos 3 minutos y ofrecerse en caso, taza o cuchara |
| NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio, y de la persona recién nacida | Durante el internamiento y antes del alta médica, orientar a la madre y a su pareja o familiar sobre la técnica de la LME |
| | El personal de salud debe aplicar los criterios y procedimientos para favorecer la práctica de la LME y el alojamiento conjunto, atendiendo condiciones sociales, culturales y laborales de la madre |

Fuente: elaboración propia

Como se puede apreciar, el contenido de las NOM robustece las medidas consideradas en las leyes en lo relativo a la lactancia y al actuar, en específico, del personal de salud. En resumen, las NOM plasmadas en la Tabla 8

mencionan que la lactancia materna debe iniciar en los primeros 30 minutos de vida y debe realizarse a libre demanda; debe permitirse aún presentes enfermedades comunes en las y los recién nacidos y se debe ofrecer de manera directa o indirecta, después de las evaluaciones requeridas, en bebés nacidos a término, pretérmino o posttérmino. Sobre la información y orientación a las madres, indican que ésta debe darse también a la pareja o a la familia y que debe atender y considerar las condiciones sociales, culturales y laborales de las madres.

Las NOM enlistadas obligan al personal de salud correspondiente a reconocer que la práctica de la lactancia materna es una decisión y que, en caso de que las madres no puedan o quieran requerir a esta práctica alimenticia, se debe instruir sobre la técnica correcta de la lactancia materna indirecta (mediante la extracción de leche materna) y sobre los cuidados que deben tomarse al manejar, preparar y conservar leche humana o industrial, así como los riesgos del uso de biberón y de la fórmula de leche. Finalmente, se considera la salud de las madres al indicar que se debe promover que amamantar las protege del cáncer de mama y que su buena salud está ligada a la salud de su hija o hijo recién nacido para lo cual deben tomar en cuenta que necesitarán un aumento de consumo calórico.

Por otro lado, existe también la NOM-131-SSA1-2012 que establece las disposiciones en materia sanitaria, nutrimental y de etiquetado que deben cumplir las fórmulas lácteas y los alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños y niñas de corta edad. Entre las disposiciones se encuentran las especificaciones nutrimentales, vitaminas, minerales, proteína y grasas que deben contener las fórmulas de acuerdo al tipo de producto; las características del etiquetado; y las leyendas que afirman que la leche materna es el mejor alimento para las y los bebés, y que las fórmulas de leche son productos que deben utilizarse con orientación de profesionales de la salud. Esta NOM es obligatoria para todas las personas que se dedican al proceso, importación o comercialización de estos alimentos.

1.3. Concordancia entre la Normativa Internacional y los Marcos Jurídico y Normativo Mexicanos.

El conjunto de las leyes y normas mexicanas que se han revisado hasta el momento coincide de manera general con la normativa internacional. Empero, es preciso distinguir entre las coincidencias y omisiones explícitas en la ley y la práctica real de la lactancia materna en México. Como primer punto, se debe establecer que el marco jurídico mexicano reúne los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural establecidos en la Declaración Conjunta OMS/UNICEF; considera la nutrición y la salud de las madres como se hizo en la Declaración de Innocenti y en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia; incluye leyes que protegen a las madres trabajadoras; entre otras.

Sin embargo, y como segundo punto, también es posible reconocer que el marco jurídico mexicano no asegura la lactancia materna como una práctica alimenticia constante que se lleve a cabo bajo las recomendaciones internacionales. Además, el marco jurídico mexicano coincide con algunas de las omisiones de las disposiciones normativas e hitos internacionales que se identificaron en el subapartado anterior; por ejemplo, en materia de salud materna no se mencionan mecanismos para subsanar o ayudar a las madres a aumentar su consumo calórico.

Otro ejemplo, en materia de sucedáneos de la leche materna, se puede observar en el contenido de la NOM-131-SSA1-2012 y del Reglamento en Materia de Publicidad de la Ley General de Salud, esfuerzos jurídicos de México para el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna. En este caso, se puede considerar que México otorga mayor reconocimiento a las madres al explicitar que la lactancia es una elección, por lo que el acceso a la información es imprescindible y, por lo tanto, obliga al personal de salud a dar orientación sobre el manejo, preparación y conservación de la leche materna y en fórmula, lo que en la normativa internacional no se menciona.

1.3.1. Coincidencias y Diferencias en Materia Laboral.

En materia laboral, en un primer momento se puede afirmar que el marco jurídico mexicano concuerda con la normativa internacional, y en específico con

lo propuesto en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994: le da relevancia a los sistemas de salud y promueve que las prestaciones laborales sean compatibles con la lactancia. En este sentido, la Ley Federal del Trabajo menciona el servicio de guarderías, salas de lactancia, las licencias de maternidad, las licencias de paternidad, y los horarios flexibles para las madres; todas estas recomendaciones planteadas en el Plan de Acción. Sin embargo, el análisis profundo de las leyes y normas mexicanas evidencia a mayor detalle las diferencias y omisiones.

El ejemplo más claro es la discrepancia entre las licencias de maternidad y paternidad: en el Convenio sobre la Protección de la Maternidad de la OIT se propone una duración de al menos 14 semanas para las madres que, como se analizó, es insuficiente para practicar la LME como se sugiere en la normativa internacional; sin embargo, en México, las licencias de maternidad son de 12 semanas, es decir, está por debajo de lo establecido por la OIT. Por su parte, las licencias de paternidad mencionadas únicamente en la Ley Federal del Trabajo, son de cinco días. Esto supera a la norma internacional pues la OIT no propone un periodo de tiempo ideal para las licencias de paternidad³⁹.

Otro ejemplo es el de las guarderías mencionadas tanto en el Marco Jurídico Mexicano como en la Normativa Internacional. Para el caso de México, el análisis se puede diferenciar: por un lado está el servicio para personas afiliadas al IMSS o al ISSSTE, y por el otro lado se encuentra el programa para personas sin seguridad social o con trabajos en el sector informal. En el primer caso, el servicio de guardería está garantizado⁴⁰ como parte de la seguridad social de las y los trabajadores. Para el segundo caso, en 2007 se creó el Programa de Estancias Infantiles (PEI) subsidiado por el Gobierno de México que se encargaba de las necesidades de cuidados para niños y niñas de hasta cuatro años de madres sin seguridad social o con trabajos en el sector informal.

La importancia de este Programa se vio reflejada en el uso del servicio y en el aporte a la salud de las madres. Un año después del inicio de sus

³⁹ La disparidad entre los tiempos de licencia de maternidad y paternidad refuerza la idea de que el trabajo de cuidados, en este caso de las y los recién nacidos, es responsabilidad de las mujeres.

⁴⁰ Se deben cumplir con los requisitos de inscripción y está sujeto a cierto cupo dependiendo de la guardería.

actividades, el PEI sobrepasó al IMSS como proveedor de servicios de guardería (Torres, 2020a): “[e]n un país donde el 56.5% de las mujeres económicamente activas no tiene acceso a un sistema de seguridad social que ofrezca servicios de cuidado infantil, el PEI llenaba un verdadero vacío” (p. 1). Además, durante el monitoreo del Programa llevado a cabo por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) diez años después de su inicio, se identificó que el 93.9% de las madres beneficiarias consideraron que el PEI contribuyó con la mejora en sus ingresos, su calidad de vida, y su salud mental (Roldán, 2019a).

A pesar de esto, en 2019 el Gobierno de México anuló el subsidio para el PEI y sustituyó ese gasto por transferencias directas a las madres bajo el supuesto de eficientar la administración del Programa y dar libertad a las madres sobre la forma, calidad y necesidades relativas a los cuidados de sus hijas e hijos. Sin embargo, el número de mujeres beneficiarias se redujo al menos en un 25% en todas las entidades federativas y no se crearon herramientas que aseguren que ese presupuesto está dirigido a los cuidados infantiles (Torres, 2020a).

1.3.2. Coincidencias y Diferencias en el Reconocimiento y el Papel de los Actores Relacionados con la Lactancia Materna.

Es propicio identificar las diferencias o similitudes en lo referente al papel que tanto la normativa internacional como el marco jurídico mexicano le asigna a diferentes actores. Como se analizó en el primer subapartado de este capítulo, la normativa internacional ha aumentado progresivamente la cantidad de actores involucrados con la lactancia materna, así como el rol que *debe* cumplir cada uno. Realizando un recuento de los actores mencionados, la normativa internacional incluye a: los gobiernos, el personal de salud, la comunidad, las madres, las familias, los centros de trabajo, los OI, las ONG, los centros educativos y los medios de comunicación. Por su parte, el marco jurídico mexicano y sus disposiciones normativas incluyen a la mayoría de los actores antes mencionados con diferencias en cuanto al papel que tienen en favor de la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna. Lo anterior, se puede apreciar en la Tabla 9.

Tabla 9

Papel de los diferentes actores relacionados con la lactancia materna mencionados en el marco internacional y nacional

| Tipo de actor | Disposiciones internacionales | Disposiciones nacionales |
|--|--|--|
| Gobierno | Llevar a cabo las acciones legislativas y de política pública que se sugieren para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna | Encargado de garantizar los derechos humanos reconocidos en la CPEUM y en los tratados internacionales |
| Personal de salud | Con enfoque en la salud infantil, son el principal actor que instrumentaliza las acciones de los gobiernos | Actores principales mediante los que se instrumentalizan la mayoría de las NOM en materia de lactancia materna |
| Comunidad / Sociedad | Supervisión del Código de Sucesiones; importante para la nutrición y la salud; apoyo a los gobiernos; pueden obstaculizar la lactancia materna | Usaria y beneficiaria de las acciones en la materia: recibe información sobre salud, nutrición y ventajas de la lactancia |
| Madres | Usarias y beneficiarias de las acciones relativas a la salud, nutrición, empleo y salud sexual y reproductiva con el objetivo de mantener la lactancia el mayor tiempo posible | Con derecho a decidir sobre la alimentación de sus hijas e hijos y a la salud por lo que se les debe permitir dar leche materna; y con derechos laborales específicos que les permiten mantener la lactancia por el tiempo recomendado |
| Familias | Actores imprescindibles para sostener la lactancia | Participa activamente en la prevención y atención a la salud; beneficiarias de las acciones (recepción de información) sobre la técnica adecuada de la lactancia |
| Centros de trabajo | Actores que obstaculizan al no actuar en consecuencia de su importancia para la nutrición infantil | Brindan apoyo y fomento a los programas enfocados en las madres y en sus hijas e hijos |
| Organismos internacionales | Capacidad de hacer planes de acción en la materia; importantes para la nutrición; brindan información y apoyo en intervenciones comunitarias | No se mencionan |
| Organizaciones no gubernamentales | | |
| Centros educativos | Promoción de la lactancia | Brindan apoyo y fomento a los programas enfocados en las madres y en sus hijas e hijos |
| Medios de comunicación | | No se mencionan |

Fuente: elaboración propia

El enfoque de la normativa internacional está en dar forma al papel de los gobiernos, las acciones que pueden tomar y las distintas posibilidades legislativas y de política pública que pueden considerar para cumplir con la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna. Además de los gobiernos, los hitos están mayormente enfocados a cuestiones de salud infantil y en las acciones que se deben realizar desde el sistema de salud. En el caso de la comunidad, se le da el rol de supervisión -del Código de Sucedáneos-, se reconoce que puede ser un obstáculo para la lactancia, que tiene un papel importante en la nutrición y la salud, y se menciona como un actor que puede servir como apoyo a los gobiernos.

Las madres son consideradas como un actor importante que, sobre todo, es receptor de información y de apoyo para que mantengan la lactancia materna el mayor tiempo posible cumpliendo las recomendaciones; algunos hitos hacen hincapié en su salud y nutrición, otros en el empleo y otros más en los derechos y salud sexual y reproductiva. Por su parte, como se mencionó con anterioridad, el marco jurídico y normativo mexicano las reconoce como tomadoras de decisiones con respecto a si quieren o no amamantar y, sobre todo, las reconoce como actores con derechos laborales específicos. Además, en cuestión de salud, tanto las madres como las niñas y los niños son considerados actores receptores del derecho: las primeras con consideraciones laborales que les permitan dar leche materna, y las y los segundos recibiendo leche materna.

Las familias son un actor mencionado en el ámbito internacional en la Declaración de Innocenti como soporte imprescindible para la lactancia. Esta Declaración también hace mención de los centros de trabajo como posibles obstáculos que, a su vez, tienen un papel en la nutrición; los centros educativos y los medios de comunicación también aparecen como actores promotores de la lactancia. En el marco jurídico mexicano, la familia es considerada un actor que participa activamente en la prevención y atención de la salud, y la NOM más actual (2016) toma en cuenta a la pareja de la madre y a su familia como actores que también deben recibir información sobre la técnica de la lactancia

materna. Por su parte, los centros educativos y los centros de trabajo son reconocidos como actores que deben apoyar y fomentar los programas en la materia enfocados tanto en las madres como en las infancias.

Finalmente, desde lo internacional se considera a los OI y a las ONG como actores con la capacidad de hacer planes de acción en la materia, que son importantes para la nutrición y con capacidad de brindar información y apoyo en intervenciones comunitarias. En contraste, estos últimos dos actores no son mencionados en las leyes y normas mexicanas en la materia, en cambio, se menciona a la sociedad como un actor que debe recibir información sobre salud, nutrición y las ventajas de la lactancia materna.

2. Disposiciones normativas de los cuidados en el ámbito internacional, regional y nacional

Como se explicó en el capítulo anterior, los cuidados son actividades cuyo objetivo es brindar bienestar físico, emocional y psicológico a otras personas. Estas actividades no son las mismas para todos los casos ya que dependen de las necesidades de quien los recibe, sin embargo, todas ellas son fundamentales para la sociedad y para la economía pues se encargan de la supervivencia de la fuerza de trabajo.

A pesar de su importancia, el trabajo de cuidados recae principalmente en las mujeres bajo la asunción de que es *su naturaleza*. Esta concepción es artificial y es resultado de las leyes, las costumbres, la cultura, los roles de género y la división sexual del trabajo. Sin embargo, en el caso de la lactancia materna se encuentra una particularidad: depende biológicamente de las mujeres, lo que aumenta la complejidad en la tarea de reconocer, redistribuir y reducir el trabajo de cuidados específicos en la materia.

Dicha complejidad se puede reconocer en dos factores: el primero es que es un trabajo de cuidados que *debe* promoverse debido a los múltiples beneficios de la lactancia materna que han sido mencionados anteriormente, pero dicha promoción no debe contribuir con la división sexual del trabajo o la carga de trabajo de cuidados para las mujeres, y debe respetar que amamantar es una decisión de cada una de las madres. El segundo es que en el reconocimiento, redistribución y reducción de este trabajo de cuidados, además

de considerar las necesidades de las y los bebés, se deben asegurar acciones de salud, sociales, económicas y laborales específicas en favor de las madres, así como sus requerimientos en especie, de acceso a la información y a asistencia. Lo anterior conduce a determinar que las disposiciones normativas en materia de cuidados (y de cuidados relacionados con la lactancia materna) sean imprescindibles.

2.1. Disposiciones Normativas Internacionales.

La normativa relativa a los cuidados en el mundo está reflejada en múltiples instrumentos internacionales y regionales relacionados con los derechos humanos, derechos de los niños y niñas, protección de las personas mayores y personas con discapacidad. En conjunto, estos instrumentos establecen “el deber del Estado de promover sistemas de organización social que atiendan al derecho al cuidado y las necesidades especiales de las personas en situación de dependencia” (Comisión Interamericana de Mujeres, 2022, p. 9).

Entre los instrumentos internacionales que implican labores de cuidados se encuentran la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, los convenios número 100, 111, 156, 183, 189 y 190 de la OIT, la Convención de los Derechos del Niño, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.

De manera particular, las disposiciones normativas de los cuidados se manifiestan en tres instrumentos internacionales. En primer lugar, en la Convención de 1979 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), ratificada en México en 1981⁴¹. En el artículo 5º se establece que los Estados deben tomar las medidas apropiadas para modificar los patrones socioculturales de conducta para eliminar los prejuicios y prácticas

⁴¹ El estado de ratificación de los tratados internacionales en materia de derechos humanos puede consultarse en <https://indicators.ohchr.org/>

basadas en estereotipos o en la idea de inferioridad o superioridad de los sexos, y para garantizar que la educación familiar incluya la comprensión de la maternidad como una función social y el reconocimiento de las responsabilidades comunes de hombres y mujeres en cuanto a la educación y desarrollo de sus hijas e hijos.

En segundo lugar, en el Convenio 156 de la OIT sobre la igualdad de oportunidades y de trato entre trabajadores y trabajadoras: trabajadores con responsabilidades familiares de 1981 (que no ha sido ratificado por México). Este Convenio retoma el preámbulo de la mencionada Convención de 1979 en la que se reconoce que para lograr la igualdad entre hombres y mujeres, es necesario modificar el papel tradicional que tienen en la sociedad y en la familia. Además, reconoce que los problemas a los que se enfrentan las personas trabajadoras con responsabilidades familiares son cuestiones relacionadas con la familia y con la sociedad, por lo que se deben considerar en las políticas nacionales.

Con esto en cuenta, en el Convenio se establece que los Estados deben incluir en los objetivos de sus políticas nacionales el permitir que las personas desempeñen sin conflicto sus responsabilidades familiares y profesionales, en el artículo 3°. Por su parte, en el artículo 4° se menciona que los Estados deben adoptar todas las medidas necesarias para permitir la libre elección del empleo y que deben tener en cuenta las necesidades de las y los trabajadores relativas a las condiciones de empleo y a la seguridad social. Además, en el artículo 5° se destaca que deben tomar en cuenta las necesidades de las y los trabajadores en cuanto a la planificación de las comunidades locales o regionales, y deben desarrollar servicios comunitarios, públicos o privados como servicios de asistencia a la infancia y de asistencia familiar. Finalmente, el artículo 7° indica que, dentro de las medidas a tomar, se deben incluir la orientación y la formación profesional que permita que las personas trabajadoras con responsabilidades familiares puedan integrarse y permanecer en sus empleos, así como reintegrarse a ellos en caso de ausencia a causa de dichas responsabilidades.

En tercer lugar, la ya mencionada Agenda 2030 en su objetivo 5 sobre lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas, establece en la meta 5.4 el reconocimiento de los cuidados y el trabajo

doméstico no remunerado mediante servicios públicos, infraestructura y políticas de protección social, y la promoción de la responsabilidad compartida en el hogar y la familia (Naciones Unidas, 2015b).

2.2. Acuerdos Regionales.

En el ámbito regional, las políticas de cuidados han sido abordadas en diferentes ocasiones en la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe⁴², el principal foro intergubernamental sobre los derechos de las mujeres en el que México participa por ser miembro de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL)⁴³. Además del análisis de la región, la Conferencia Regional tiene los objetivos de presentar recomendaciones de políticas públicas en materia de igualdad de género y de evaluar de manera periódica las actividades de los Estados en cumplimiento de los acuerdos regionales e internacionales (Comisión Económica para América Latina, s.f.a).

Los acuerdos relativos a los cuidados iniciaron en el año 2000 en la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe llevada a cabo en Lima, Perú. A partir de ese año y hasta el 2020, los cuidados han sido tema de discusión y consenso entre los países participantes⁴⁴. La recopilación de dichos acuerdos se pueden ver en la Tabla 10.

⁴² Esta Conferencia es un órgano subsidiario de la CEPAL en la que participan todos los países miembros.

⁴³ México es miembro de la CEPAL desde su origen en 1948.

⁴⁴ En el 2016, la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe no emitió un documento consensuado con la recopilación de los compromisos de los países miembros; en cambio, se publicó el análisis “Autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible” con motivo de los 40 años del inicio de la celebración de dicha Conferencia y en el cual se vierten los hitos que contribuyeron con la construcción de la Agenda 2030 y se aportan elementos para el diseño de políticas públicas en favor de la igualdad de género. Este documento puede ser consultado en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40633/S1601248_es.pdf

Tabla 10

Acuerdos y compromisos realizados en la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe en materia de cuidados entre el 2000 y el 2020

| Año | Acuerdos y compromisos consensuados |
|------------|--|
| 2000 | Promover el reconocimiento de la contribución social y económica del trabajo no remunerado de las mujeres, predominantemente en el hogar, e instar a los gobiernos a incluir a las mujeres que lo realizan en los sistemas de seguridad social. |
| 2004 | Reconocer el valor económico del trabajo doméstico y productivo no remunerado, procurar protección y apoyo para las mujeres que trabajan en el sector informal, particularmente en relación con los servicios de cuidado de niños y niñas y personas adultas mayores, e implementar políticas que permitan conciliar la vida familiar y laboral, involucrando a hombres y mujeres en este proceso. |
| | Adoptar medidas de corresponsabilidad para la vida familiar y laboral que se apliquen por igual a las mujeres y a los hombres, teniendo presente que al compartir las responsabilidades familiares de manera equitativa y superando estereotipos de género se crean condiciones propicias para la participación política de la mujer en toda su diversidad. |
| | Adoptar medidas en todas las esferas de la vida democrática institucional y, en particular, en los ámbitos económico y social, incluidas medidas legislativas y reformas institucionales, para garantizar el reconocimiento del trabajo no remunerado y su aporte al bienestar de las familias y al desarrollo económico de los países, y promover su inclusión en las cuentas nacionales. |
| 2007 | Formular y aplicar políticas de Estado que favorezcan la responsabilidad compartida equitativamente entre mujeres y hombres en el ámbito familiar, superando los estereotipos de género, y reconociendo la importancia del cuidado y del trabajo doméstico para la reproducción económica y el bienestar de la sociedad como una de las formas de superar la división sexual del trabajo. |
| | Desarrollar instrumentos de medición periódica del trabajo no remunerado que realizan las mujeres y hombres, especialmente encuestas de uso de tiempo para hacerlo visible y reconocer su valor, incorporar sus resultados al sistema de cuentas nacionales y diseñar políticas económicas y sociales en consecuencia. |
| | Adoptar las medidas necesarias, especialmente de carácter económico, social y cultural, para que los Estados asuman la reproducción social, el cuidado y el bienestar de la población como objetivo de la economía y responsabilidad pública indelegable. |
| | Adoptar todas las medidas de política social y económica necesarias para avanzar en la valorización social y el reconocimiento del valor económico del trabajo no remunerado prestado por las mujeres en la esfera doméstica y del cuidado. |
| 2010 | Fomentar el desarrollo y el fortalecimiento de políticas y servicios universales de cuidado, basados en el reconocimiento del derecho al cuidado para todas las personas y en la noción de prestación compartida entre el Estado, el sector privado, la sociedad civil y los hogares, así como entre hombres y mujeres, y fortalecer el diálogo y la coordinación entre todas las partes involucradas. |

| Año | Acuerdos y compromisos consensuados |
|------|---|
| | <p>Adoptar políticas que permitan establecer o ampliar las licencias parentales, así como otros permisos de cuidado de los hijos e hijas, a fin de contribuir a la distribución de las tareas de cuidado entre hombres y mujeres, incluidos permisos de paternidad irrenunciables e intransferibles, que permitan avanzar en la corresponsabilidad.</p> <p>Impulsar el establecimiento, en las cuentas nacionales, de una cuenta satélite sobre el trabajo doméstico no remunerado y el trabajo de cuidado que llevan a cabo las mujeres.</p> <p>Impulsar y profundizar, en el sector público y privado, en la adopción de sistemas de gestión de igualdad de género que promuevan la no discriminación de las mujeres en el empleo, la conciliación de la vida profesional, privada y familiar [...].</p> |
| 2013 | <p>Promover la mejora del acceso de las mujeres al empleo decente, redistribuyendo las tareas de cuidado entre Estado, mercado y sociedad y entre hombres y mujeres [...].</p> <p>Reconocer el valor del trabajo doméstico no remunerado y adoptar las medidas y políticas públicas necesarias, incluidas las de carácter legislativo, que reconozcan el valor social y económico del trabajo doméstico.</p> <p>Definir y establecer instrumentos de medición periódica del trabajo no remunerado que realizan las mujeres y asegurar en los presupuestos públicos la dotación de recursos necesarios a los mecanismos responsables de recopilar y sistematizar las informaciones para la realización de las encuestas nacionales de uso del tiempo, con objeto de facilitar el diseño de políticas públicas adecuadas y justas.</p> <p>Reconocer el cuidado como un derecho de las personas y, por lo tanto, como una responsabilidad que debe ser compartida por hombres y mujeres de todos los sectores de la sociedad, las familias, las empresas privadas y el Estado, adoptando medidas, políticas y programas de cuidado y de promoción de la corresponsabilidad entre mujeres y hombres en la vida familiar, laboral y social que liberen tiempo para que las mujeres puedan incorporarse al empleo, al estudio y a la política y disfrutar plenamente de su autonomía.</p> <p>Lograr la consolidación de sistemas públicos de protección y seguridad social con acceso y cobertura universal, integral y eficiente, mediante financiamiento solidario, unitario y participativo, basados en el principio de solidaridad y articulados con un amplio espectro de políticas públicas que garantice el bienestar, la calidad de vida y un retiro digno, fortaleciendo el pleno ejercicio de la ciudadanía de las mujeres, incluidas las que han dedicado sus vidas tanto al trabajo reproductivo como productivo, remunerado como no remunerado, las trabajadoras domésticas, [etc.].</p> |
| 2020 | <p>Contabilizar los efectos multiplicadores de impulsar la economía del cuidado en términos de participación laboral de las mujeres [...], bienestar, redistribución, crecimiento de las economías y el impacto macroeconómico de dicha economía del cuidado.</p> <p>Diseñar sistemas integrales de cuidado desde una perspectiva de género, interseccionalidad e interculturalidad y de derechos humanos que promuevan la corresponsabilidad entre mujeres y hombres, Estado, mercado, familias y comunidad, e incluyan políticas articuladas sobre el tiempo, los recursos, las prestaciones y los servicios públicos universales y de calidad, para satisfacer las distintas necesidades de cuidado de la población, como parte de los sistemas de protección social.</p> |

| Año | Acuerdos y compromisos consensuados |
|-----|--|
| | Promover medidas, políticas y programas para la plena participación de los niños, los jóvenes y los hombres como aliados estratégicos en el logro de la igualdad de género, la promoción y la garantía de los derechos de las mujeres y su empoderamiento y autonomía económica, y la eliminación de todas las formas de discriminación y violencia contra las mujeres, las adolescentes y las niñas, e impulsar políticas para la distribución equitativa de las responsabilidades del trabajo doméstico y de cuidados entre hombres y mujeres. |

Fuente: Elaboración propia con información de Consenso de Lima (2000), Informe de la Novena Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (2004), Consenso de Quito (2007), Consenso de Brasilia (2010), Consenso de Santo Domingo (2013), y Compromiso de Santiago (2020)

Como se puede apreciar en la Tabla 10, los acuerdos y compromisos relativos a los cuidados han sufrido una ampliación en cuanto a contenido y detalle a lo largo del tiempo. Desde el 2000 y hasta el 2013, el compromiso por reconocer la contribución tanto social como económica del trabajo no remunerado -y el de cuidados- realizado por las mujeres, fue constante. Cabe destacar que en la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe realizada en 2007 se mencionó que dicho reconocimiento podría ayudar a superar la división sexual del trabajo.

En cuanto a los acuerdos en beneficio particular de las mujeres, en los consensos del 2000, 2004 y 2013 se menciona que se les debe apoyar, incluir en la seguridad social y en los sistemas de protección social. Lo anterior bajo la premisa de que las mujeres que realizan trabajos de cuidados no perciben prestaciones laborales por lo que el Estado debe asumir esa responsabilidad de manera directa. Sin embargo, también una constante que se puede distinguir en los compromisos asentados en la Tabla 10 es la intención de implementar políticas que concilien la vida familiar y laboral de las mujeres: en la Conferencia del 2004 se menciona que estas las políticas de conciliación deben ser tanto para hombres como para mujeres; y en la Conferencia de 2010 se menciona que la conciliación debe ser entre la vida profesional, familiar y privada, es decir, se reconoce el ámbito individual de las mujeres más allá de su trabajo remunerado (vida profesional) y no remunerado (vida familiar).

Por otro lado, destacan los acuerdos relacionados con el fomento de la corresponsabilidad de los trabajos de cuidados entre hombres y mujeres. En este tema se puede detectar una ampliación en los motivos de este interés. En 2007 se planteó este acuerdo para permitir y aumentar la participación política de las mujeres; en 2010 se acordó tomar acción en cuanto a las licencias parentales y los permisos de cuidado en los centros de trabajo; en 2013, se reconoció que la corresponsabilidad entre hombres y mujeres permitiría que las segundas tuvieran tiempo disponible para ocuparlo en el empleo o la política, y se reconoce también el estudio y su autonomía como usos del tiempo posibles; finalmente, en la Conferencia de 2020 se establece que la igualdad -y la distribución equitativa de responsabilidades- se puede lograr si se considera como aliados a los niños, jóvenes y hombres.

Además, existe una ampliación en los compromisos que denotan la responsabilidad de los Estados para los cuidados. A lo largo del tiempo, los Estados miembros de la CEPAL se han comprometido a

- medir el trabajo no remunerado;
- establecer como objetivo económico la reproducción social, el cuidado y el bienestar;
- hacer políticas públicas y crear servicios públicos de cuidados;
- establecer en las cuentas nacionales una cuenta satélite sobre trabajo de cuidados;
- reconocer el derecho al cuidado;
- impulsar la economía del cuidado y contar los efectos en términos de bienestar, redistribución, crecimiento económico e impacto macroeconómico;
- diseñar sistemas integrales de cuidados que sean parte de la protección social que satisfagan las necesidades de cuidado de la población y en los que se promueva la corresponsabilidad entre mujeres, hombres, los Estados, el mercado, las familias y la comunidad.

Finalmente, y de la mano con este último compromiso de los Estados, los acuerdos regionales han reconocido desde el 2010 la importancia de la participación de diferentes actores en los cuidados. Los Estados se han comprometido a fomentar el diálogo y la coordinación para la prestación compartida de servicios de cuidados, entre los mismos Estados, el sector privado, la sociedad civil y el hogar. También han consensuado que la conciliación entre los diferentes ámbitos de la vida de las mujeres es responsabilidad tanto de los Estados y del sector privado; que la redistribución de las tareas de cuidados para mejorar el acceso de las mujeres al trabajo remunerado debe hacerse entre los Estados, el mercado y la sociedad; y finalmente, que la responsabilidad compartida es cuestión no sólo de hombres y mujeres, sino de la sociedad, los hogares, las empresas y los Estados.

2.3. Marco Jurídico Mexicano.

Una de las formas que tienen los Estados para mitigar las consecuencias de la división sexual del trabajo es mediante la creación de políticas de cuidado⁴⁵. Estas políticas deben ser acciones que garanticen el acceso a servicios, recursos y disponibilidad de tiempo y que consideren tanto a las personas beneficiarias del cuidado así como a las personas proveedoras del cuidado (Comisión Económica para América Latina, s.f.b).

En México, el andamiaje legal de los cuidados se encuentra de manera implícita en diversas leyes⁴⁶ y normas relativas a la salud, la educación y la seguridad social, pilares de los sistemas de protección social en América Latina (Comisión Económica para América Latina, 2022). Entre ellas, se encuentran la Ley General de Desarrollo Social, la Ley General de Salud, la Ley de Asistencia Social, la Ley General de Educación, la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y

⁴⁵ De acuerdo con la CEPAL (2022), los Estados pueden responder ante este problema de tres formas: mediante programas que implementen servicios de cuidado; mediante políticas de cuidado que articulen una serie de programas; y mediante un Sistema que articule a todas las instituciones que implementan acciones relacionadas con el cuidado de diferentes poblaciones.

⁴⁶ Los cuidados no son mencionados en la CPEUM como un derecho. La Ciudad de México es el único estado de la República Mexicana que garantiza el derecho al cuidado en el artículo 9º de su Constitución Política: *toda persona tiene derecho al cuidado que sustente su vida y le otorgue los elementos materiales y simbólicos para vivir en sociedad a lo largo de toda su vida. Las autoridades establecerán un sistema de cuidados que preste servicios públicos universales, accesibles, pertinentes, suficientes y de calidad y desarrolle políticas públicas. El sistema atenderá de manera prioritaria a las personas en situación de dependencia por enfermedad, discapacidad, ciclo vital, especialmente la infancia y la vejez y a quienes, de manera no remunerada, están a cargo de su cuidado.*

Adolescentes, la Ley de Prestación de Servicios para la Atención, el Cuidado y Desarrollo Integral Infantil, la Ley Federal del Trabajo, la Ley del Seguro Social, la Ley del Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado, y la NOM 031, 032 y 025, algunas de ellas mencionadas en la sección anterior de este capítulo.

En conjunto, estas leyes y normas “señalan las grandes líneas que debe seguir la política pública, es decir, marcan cómo se alinean políticas, programas y acciones” (Pérez, 2020, p.61). Sin embargo, y a pesar de su pertinencia, “las principales leyes y normas correspondientes al sector de cuidados no fueron concebidas como tales, sino con una visión en que las familias, y las mujeres en particular, son las responsables del trabajo de cuidado al interior de los hogares” (p.10) pues privilegian la idea de que es en la familia, y por lo tanto, son las mujeres, las que realizan los cuidados. Un ejemplo de lo anterior es, como se analizó en la sección anterior, que la normativa de la lactancia materna se enfoca en enseñar a las madres a dar leche materna y a crear condiciones para que compatibilicen la lactancia con sus trabajos. Como consecuencia, los recursos que se asignan a los servicios públicos que sustituyen el trabajo de cuidados⁴⁷ que se lleva a cabo en los hogares, es insuficiente y va en disminución⁴⁸ (Pérez, 2020).

En reconocimiento de la diversidad de programas sociales no articulados que dan servicios de cuidados, la falta de políticas de cuidados explícitas en las leyes y normas mexicanas, la complejidad para determinar los recursos públicos destinados a los cuidados, y la ausencia del cuidado como un derecho humano en la CPEUM, han ocurrido diversos esfuerzos legislativos (ver Tabla 11) por crear un Sistema Nacional de Cuidados que promueva y sostenga políticas que coadyuven con el reconocimiento, la reducción y la redistribución del trabajo de cuidados. La implementación de dicho Sistema implica “la

⁴⁷ Se consideran los recursos asignados a programas específicos de la Secretaría de Bienestar, antes Secretaría de Desarrollo Social (PEI, desaparecido y suplido por el Programa de apoyo para el bienestar de las niñas y niños, hijos de madres trabajadoras, y Comedores comunitarios), Secretaría de Educación Pública (Programa Nacional de Escuelas de Tiempo Completo, Programa Expansión de la Educación Inicial, Educación Inicial, Educación Preescolar), Secretaría de Salud (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia), IMSS (Servicio de guarderías), ISSSTE (Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil), y otros centros de Desarrollo Infantil (de la Secretaría de la Defensa Nacional, Navales y de Petróleos Mexicanos (PEMEX)).

⁴⁸ La disminución de los recursos públicos asignados a los servicios públicos de cuidado entre 2018 y 2019 fue del 17% y del 2019 al 2020 fue del 11%.

articulación interinstitucional desde un enfoque centrado en las personas, donde el Estado sea el garante del acceso al derecho al cuidado, sobre la base de un modelo de corresponsabilidad social -con la sociedad civil, el sector privado y las familias- y de género” (Comisión Económica para América Latina, 2022, p.23).

Tabla 11

Iniciativas legislativas relacionadas al Sistema Nacional de Cuidados (2019-2022)

| Iniciativa | Fecha | Cámara en la que se presentó | Estado |
|--|--------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| Iniciativa con proyecto de decreto por el que se adicionan diversas disposiciones a los artículos 4° y 73 de la CPEUM | 20 de noviembre de 2019 | Senado de la República | Pendiente (turnado a Comisiones) |
| Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforma el artículo 4° de la CPEUM en materia de "reconocimiento del derecho al cuidado digno y al tiempo propio" | 12 de diciembre de 2019 | Cámara de Diputados | Analizada y dictaminada |
| Iniciativa con proyecto de decreto por el que se adiciona un párrafo al artículo 4° de la CPEUM, para garantizar el derecho al cuidado digno y de calidad | 19 de marzo de 2020 | Senado de la República | Pendiente (turnado a Comisiones) |
| Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforma el artículo 4° de la CPEUM, en materia de Sistema Nacional de Cuidados | 7 de abril de 2020 | Cámara de Diputados | Analizada y dictaminada |
| Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforma el artículo 73 de la CPEUM, en materia de Sistema Nacional de Cuidados | 17 de junio de 2020 | Cámara de Diputados | Analizada y dictaminada |
| Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforma y adiciona diversas disposiciones de la CPEUM, en materia de Sistema | 14 de septiembre de 2020 | Cámara de Diputados | Analizada y dictaminada |

| Iniciativa | Fecha | Cámara en la que se presentó | Estado |
|--|-------------------------|--|----------------------------------|
| Nacional de Cuidados | | | |
| Minuta Proyecto de Decreto por el que se reforman los artículos 4° y 73 de la CPEUM, en materia del Sistema Nacional de Cuidados | 26 de noviembre de 2020 | Senado de la República (presentada por la Cámara de Diputados) | Pendiente (turnado a Comisiones) |
| Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se expide la Ley General del Sistema Nacional de Cuidados | 30 de noviembre de 2021 | Senado de la República | Pendiente (turnado a Comisiones) |
| Iniciativa con proyecto de decreto por el que se expide la Ley General del Sistema Nacional de Cuidados | 25 de enero de 2022 | Senado de la República | Pendiente (turnado a Comisiones) |

Fuente: elaboración propia con información de Cámara de Diputados (2020) y Senado de la República (2019, 2020a, 2020b, 2021a, 2022)

Como se puede observar, las acciones que se han considerado necesarias para implementar el Sistema Nacional de Cuidados son: reformar el artículo 4° y el artículo 73 de la CPEUM y crear una Ley General del Sistema Nacional de Cuidados. La Cámara de Diputados (2020) analizó y dictaminó las cuatro Iniciativas presentadas durante 2019 y 2020 y entregó al Senado de la República el Proyecto de decreto por el que se reforman los artículos 4° y 73 de la CPEUM, en materia del Sistema Nacional de Cuidados⁴⁹.

En este Proyecto de decreto se reconoce el derecho al cuidado digno con base en el principio de corresponsabilidad entre mujeres, hombres, familia, comunidad, mercado y Estado; se reconoce también la libertad de las personas para adquirir responsabilidades de cuidado; y el derecho a decidir la distribución del tiempo propio (artículo 4°); además, se mandata la creación del Sistema Nacional de Cuidados (artículo 173). Sin embargo, en el Proyecto se estipula que deben aprovecharse las instituciones existentes y que, por lo

⁴⁹ El oficio de entrega al Senado de la República del Proyecto de Decreto fechado con el 19 de noviembre se puede consultar en el siguiente vínculo: https://infosen.senado.gob.mx/sqsp/gaceta/64/3/2020-11-26-1/assets/documentos/Minuta_Art_4_73_Const_Sistema_Nac_Cuidados.pdf

tanto, la creación del Sistema Nacional de Cuidados no debe generar ningún compromiso económico adicional.

Por su parte, son cinco las iniciativas que se han presentado ante el Senado de la República en el periodo 2019 - 2022; la totalidad de estas iniciativas (incluyendo el Proyecto de decreto por el que se reforman los artículos 4º y 73 de la CPEUM, en materia del Sistema Nacional de Cuidados presentado por la Cámara de Diputados) tienen un estatus de *pendiente*. Esto quiere decir que las iniciativas fueron turnadas a las Comisiones correspondientes para su análisis, sin embargo, la percepción de la sociedad civil y de algunas legisladoras feministas es que estas iniciativas están *frenadas o congeladas*⁵⁰ pues se le ha dado prioridad a los asuntos de interés para el poder ejecutivo (Juárez, 2022).

Tal es el caso que la asociación civil Acción Ciudadana Frente a la Pobreza⁵¹, que reúne a 60 OSC de México, emitió el 12 de enero de 2022⁵² una exigencia al Senado de la República para aprobar el Proyecto de decreto por el que se reforman los artículos 4º y 73 de la CPEUM, en materia del Sistema Nacional de Cuidados aprobado por la Cámara de Diputados. A pesar del interés de la sociedad civil en la materia, representantes de la colectiva #YoCuido⁵³ manifiestan que las iniciativas presentadas ante el Senado de la República se han realizado sin consultar a las OSC expertas en los trabajos de cuidados (Ramos y Sarabia, 2022).

Ante la pausa del tema en el Senado, el 17 de marzo de 2022 se presentó como alternativa en la Cámara de Diputados la “Iniciativa que reforma y adiciona diversas disposiciones de las Leyes General de Desarrollo Social, General de Salud, de Asistencia Social, y General de Educación, en materia de sistema nacional de cuidados” (Cámara de Diputados, 2022). En esta propuesta se menciona que no son necesarias ni la reforma constitucional ni la

⁵⁰ La única acción del Senado de la República relacionada con estas iniciativas fue el “Foro virtual de consulta con relación a la minuta proyecto de decreto por el que se reforman los artículos 4º y 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en materia de ‘sistema nacional de cuidados’”, llevado a cabo el 16 de abril de 2021 (Senado de la República, 2021b).

⁵¹ Página disponible para consulta: <https://frentealapobreza.mx/>

⁵² La mesa de diálogo: Por un Sistema Nacional de Cuidados se puede consultar en la siguiente liga: <https://www.youtube.com/watch?v=73uEzrcT1CM>

⁵³ Página disponible para consulta: <https://www.yocuido.org/>

creación del Sistema Nacional de Cuidados para fortalecer el andamiaje legal en la materia. Así, propone lo siguiente:

- que la Ley General de Desarrollo Social incluya a el cuidado como un derecho para el desarrollo social;
- que la Ley General de Salud mencione el disfrute de los cuidados como una finalidad del derecho a la protección de la salud, que considere a la prestación gratuita de servicios de cuidados a personas sin seguridad social como materia de salubridad general, que el Sistema Nacional de Salud tenga por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud y de cuidados, entre otros;
- que la Ley de Asistencia Social se ajuste a las disposiciones en materia de servicios de cuidados mencionados en la Ley General de Salud;
- y que la Ley General de Educación mencione que el Estado debe garantizar la implementación de programas y políticas enfocadas al cuidado de las infancias y adolescentes.

Como se puede observar, esta Iniciativa deja a un lado la idea de un sistema articulado en materia de cuidados, empero, es un avance en cuanto al reconocimiento de los cuidados como un derecho y a su reglamentación en la materia desde las trincheras de desarrollo social, educación y salud. Su análisis y dictamen está pendiente.

Conclusiones

A lo largo de este capítulo se han analizado las disposiciones normativas internacionales y nacionales en materia de lactancia materna y de cuidados con tres objetivos: reconocer si hay puntos en común entre ambos temas que permitan distinguir si los cuidados se han tomado en cuenta para las recomendaciones en materia de lactancia materna y si la lactancia es considerada un trabajo de cuidados; destacar a los actores involucrados y sus intereses para comprender desde qué ámbito participan en el acuerdo

compartido sobre el problema, la solución y la generación de conocimiento; y el tercero, identificar si el marco jurídico y normativo mexicano se apega a las recomendaciones y acuerdos internacionales en ambas materias.

En cuanto al primero, las disposiciones y recomendaciones sobre la lactancia materna no mencionan a los cuidados como una barrera o tema a considerar en las acciones de promoción, protección y apoyo de la lactancia. Por su parte, los acuerdos regionales sobre los cuidados se han acercado a la lactancia al mencionar que el reconocimiento de la contribución social y económica del trabajo no remunerado y de cuidados podría ayudar a superar la división sexual del trabajo.

Al identificar las coincidencias entre la legislación de ambos derechos, se puede destacar que la participación de actores involucrados ha ido en aumento en razón de su importancia para la solución de los problemas, de su capacidad de ayuda a los Estados, y también por su entendimiento del problema y los recursos que tienen y que han generado para resolverlos. A pesar de esta comunión, es en el análisis de los cuidados donde se puede encontrar que el papel de los Estados no es únicamente el permitir que éstos -y la lactancia materna- sucedan, sino que deben asumir una responsabilidad activa y asignarse cierta carga de trabajo *en el acto de cuidar*.

Lo anterior tiene relación con el segundo objetivo del capítulo relativo a los actores y sus intereses. En el caso de la lactancia materna, la revisión normativa permite llegar a la conclusión de que, en la mayoría de los casos, se parte de la asunción de que son las madres quienes cuidan y, por lo tanto, alimentan, a sus hijas e hijos. De esta forma, son concebidas como beneficiarias de las acciones de salud, nutrición, empleo, entre otras con la intención de que mantengan la lactancia el mayor tiempo posible.

Por lo tanto, el papel de los otros actores: los centros de trabajo, los OI, las ONG, los centros educativos y los medios de comunicación, gira alrededor de dichas acciones enfocadas en las madres. De manera paradójica, como se analizará en el siguiente capítulo, son estos actores concebidos con un papel *de apoyo* los que se han involucrado en los proyectos de CID en materia de lactancia materna; al contrario de las mujeres y madres quienes con su experiencia e intereses podrían modificar los proyectos de adentro hacia afuera como se ilustró en la Figura 2 en el primer capítulo de esta tesis.

Lo anterior provoca tres situaciones: 1) que las mujeres sean consideradas como un medio para lograr que las niñas y los niños reciban lactancia materna de acuerdo con las recomendaciones internacionales; 2) que las acciones de promoción, protección y apoyo se concentren mayormente en ellas, y que, por lo tanto, no se le otorgue un papel más importante a las parejas, a las familias y a las comunidades; y 3) que el papel que se le asigne a los centros de trabajo y a los gobiernos sea el de propiciar las condiciones para que las madres amamenten y no en redistribuir la responsabilidad de los cuidados.

Por su parte, en materia de cuidados el análisis se puede realizar tomando en cuenta lo que las disposiciones normativas y los acuerdos regionales delimitan como el papel de los actores del diamante del cuidado. Como se ilustra en las siguientes Figuras 6, 7 y 8, las disposiciones internacionales, los acuerdos regionales y las disposiciones nacionales difieren entre sí principalmente en el papel que la sociedad y el mercado tienen en el trabajo de cuidados.

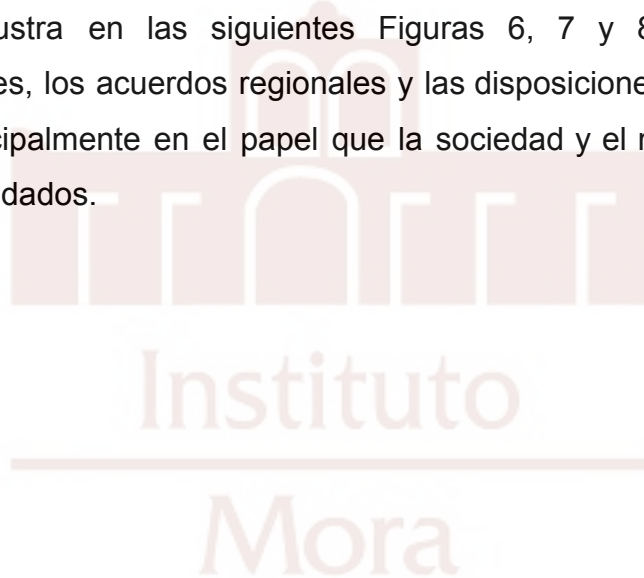
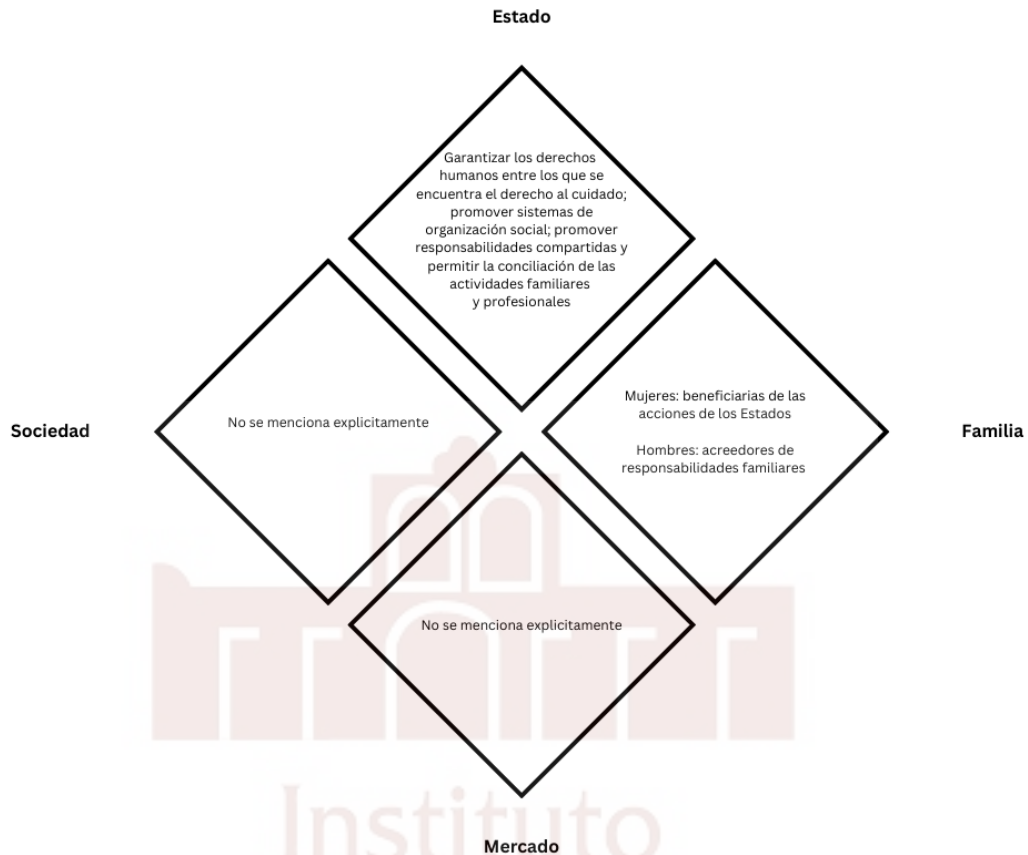


Figura 6

Diamante del cuidado respecto a las disposiciones internacionales sobre los cuidados

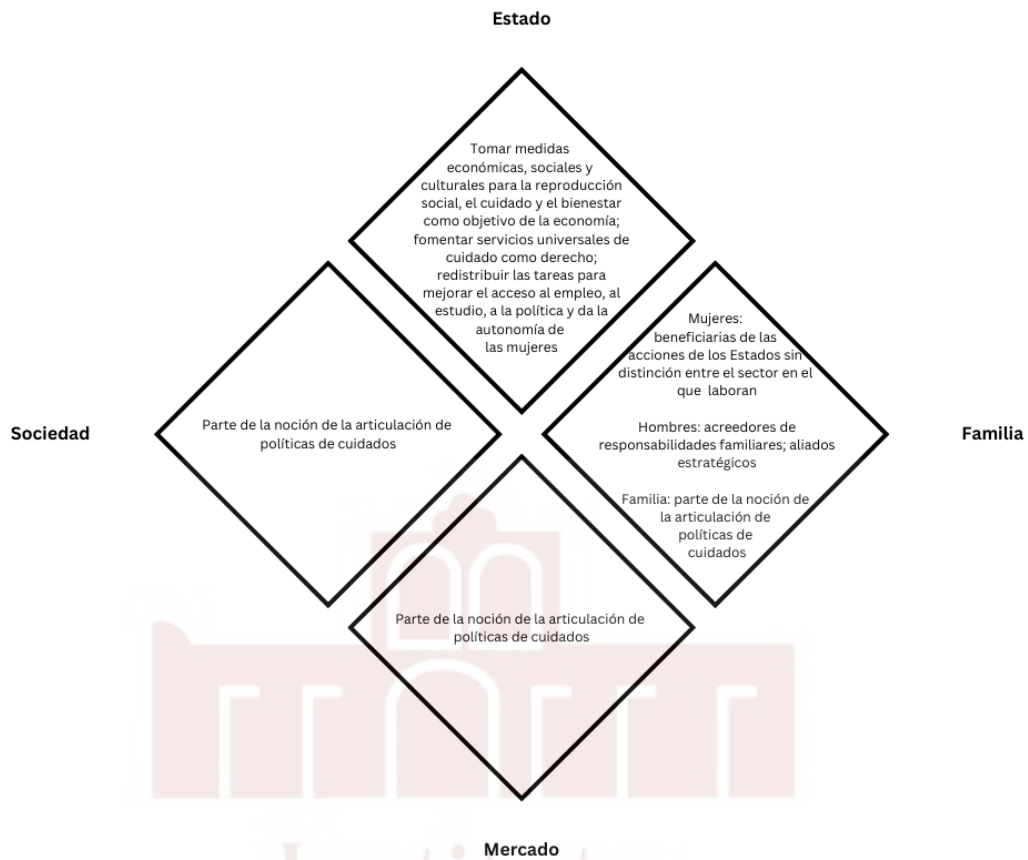


Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar, al no existir una normativa internacional específica de los cuidados, los instrumentos internacionales que en su conjunto delimitan el *deber ser* sobre los cuidados, se centra en la protección y garantía de derechos, el reconocimiento de responsabilidades familiares, y en lograr la conciliación entre el trabajo profesional y doméstico. Por lo tanto, no se mencionan responsabilidades para la sociedad o para el mercado más allá del cumplimiento de los derechos laborales para las personas con responsabilidades familiares.

Figura 7

Diamante del cuidado respecto a los acuerdos regionales sobre los cuidados

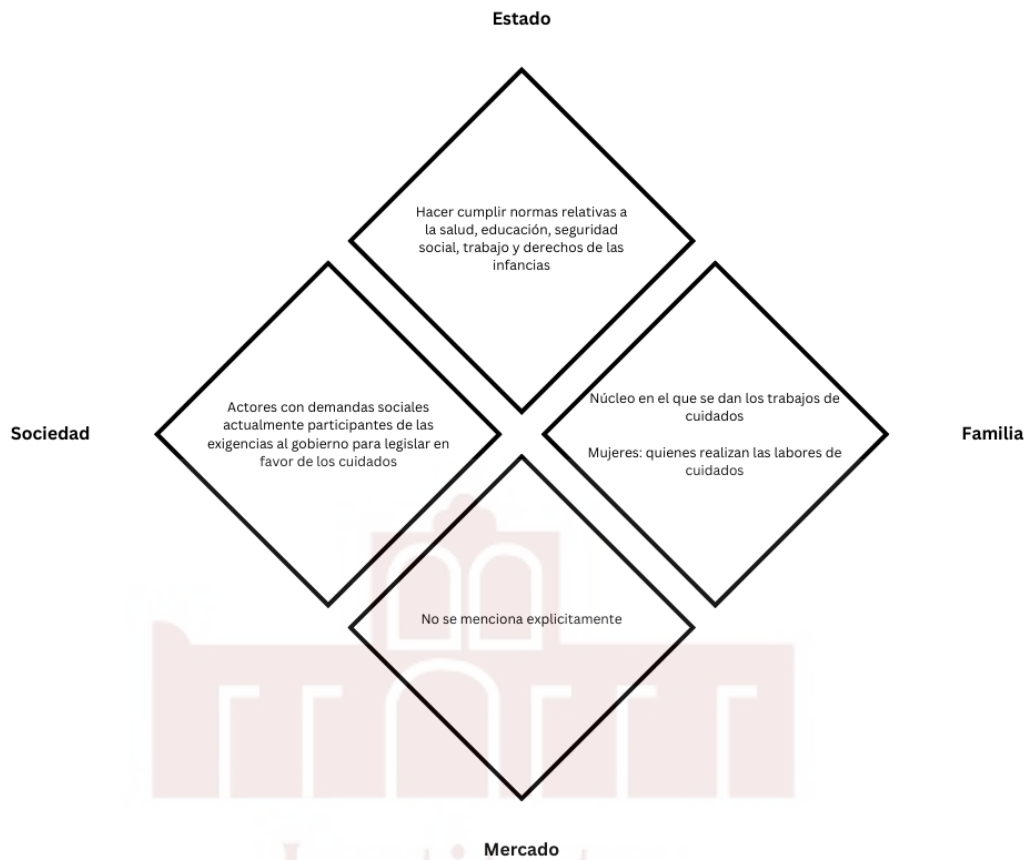


Fuente: Elaboración propia

Por su parte, los acuerdos regionales son los más extensos en cuanto al papel de los actores del diamante del cuidado. Si bien no son específicos en cuanto a las acciones de la sociedad y del mercado, han reconocido que tanto la sociedad como el mercado deben participar en las políticas sobre el tiempo, los recursos, las prestaciones y los servicios públicos universales que, en su conjunto, satisfacen las distintas necesidades de cuidado de la población.

Figura 8

Diamante del cuidado respecto a las disposiciones normativas y esfuerzos nacionales sobre los cuidados



Fuente: Elaboración propia

Finalmente, el diamante del cuidado de acuerdo con las leyes y acciones de México se ilustra de manera distinta a las figuras anteriores. Esto se debe a que las disposiciones normativas se refieren, como en la Figura 4, a la responsabilidad del Estado de garantizar los derechos que se relacionan con los cuidados, como lo son la salud, la educación, el trabajo, y los derechos de las infancias. Por el lado de la familia y las mujeres, el papel que se les reconoce está implícito en la forma en la que se han articulado las leyes, como lo menciona Pérez (2020).

El mercado, por su parte, no es mencionado; y finalmente el papel de la sociedad se manifiesta en los diferentes esfuerzos que se han llevado a cabo en México para impulsar reformas constitucionales en favor del reconocimiento del derecho al cuidado. Es esto último lo que permite detallar que, en materia

de cuidados en México, la situación se encuentra en un momento de lucha por la gobernabilidad pues todavía no se llega a un equilibrio entre las demandas sociales y la respuesta gubernamental, como se refiere en el capítulo introductorio citando a Camou (2013).

Ante esto, es necesario aclarar que la gobernabilidad no se considera un requisito para la gobernanza sino que es una muestra de que las bases con las que podría participar el Estado mexicano en arreglos de gobernanza en materia de cuidados, no está asentada en las leyes, lo que aumenta la complejidad al perseguir sus intereses. En cambio, también es una muestra de que la sociedad civil es un actor con poder en cuanto a su conocimiento sobre el tema, lo que hace su participación especialmente importante en dichos arreglos.

Con respecto al tercer objetivo del capítulo, el análisis y descripción de las diferentes disposiciones normativas hacen evidentes las coincidencias, omisiones y áreas de oportunidad que México tiene para que tanto la legislación como la práctica de ambos derechos en el país se den bajo las mejores condiciones posibles.

En la primera sección de este capítulo se determinó que las recomendaciones sobre la práctica óptima de la lactancia materna son extensas, y se pueden dividir en tres grupos (ver tabla 12): el primero sobre la práctica de la lactancia, el segundo sobre el actuar de los Estados (legislación y sistemas de salud) y el tercero sobre aspectos que deben recibir las madres.

Tabla 12

Compendio de recomendaciones internacionales para la práctica de la lactancia materna

| Práctica de la lactancia materna | Acciones de los Estados y sus sistemas de salud | Aspectos necesarios para las madres |
|---|---|---|
| Dar leche materna durante la primera hora de vida | Elaborar políticas públicas en la materia | Recibir información adecuada sobre los beneficios de la lactancia materna |
| Evitar ofrecer cualquier tipo de alimento o bebida que no sea leche materna | Monitoreo y evaluación de los programas y políticas relacionadas con la lactancia materna | Recibir información sobre la técnica adecuada para amamantar |

| Práctica de la lactancia materna | Acciones de los Estados y sus sistemas de salud | Aspectos necesarios para las madres |
|---|---|--|
| Mantener la lactancia materna exclusiva por seis meses | Cumplir el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna | Recibir información sobre qué hacer en caso de separación de la madre y el o la bebé |
| Complementar la lactancia materna con alimentación adecuada a la edad por hasta mínimo dos años | Asegurar la capacitación del personal médico | Tener acceso a guarderías, salas de lactancia, licencias de maternidad y paternidad, y a un horario laboral flexible |
| Ofrecer leche materna a libre demanda | Apoyar la creación de grupos de apoyo | Recibir apoyo jurídico, económico, práctico y emocional |
| Evitar el uso de chupones y biberones | Permitir y fomentar la cohabitación hospitalaria de las y los bebés recién nacidos con sus madres | |
| | Cuidar la salud y nutrición de las madres lactantes | |

Fuente: elaboración propia

Con la intención de distinguir el apego de México a las recomendaciones y disposiciones normativas internacionales en materia de lactancia materna, este capítulo también reúne el análisis del marco normativo y marco jurídico mexicano gracias a los cuales, se pueden rescatar siete medidas mencionadas tanto en las leyes, como en los reglamentos y en las NOM. Las medidas son:

- Las madres tienen derecho a hasta diez semanas de descanso después del parto.
- Una vez reincorporadas a sus actividades laborales, tienen derecho a dos reposos por día de media hora cada uno para alimentar a su hijo o hija, o a reducir su jornada laboral por una hora (hasta los seis meses posteriores al parto si son derechohabientes del IMSS, y hasta los dos años si son del ISSSTE).
- Deben tener acceso a servicios de guardería.

- Si son derechohabientes del IMSS, tienen derecho a asistencia obstétrica y ayuda en especie (una canastilla con artículos de cuidado como ropa, baberos y pañales)⁵⁴; si son derechohabientes del ISSSTE, tienen derecho a ayuda en especie previo dictamen médico⁵⁵.
- Las autoridades sanitarias, educativas y laborales deben fomentar programas de ayuda para madres y padres.
- Durante la estancia hospitalaria: se debe propiciar el alojamiento conjunto y el inicio de la lactancia durante los primeros 30 minutos de vida; se debe fomentar la lactancia materna respetando las condiciones sociales, culturales y laborales de las madres; no se pueden distribuir ni promover los sucedáneos de la leche; y se debe dar orientación a las madres y a su pareja o familia sobre la técnica de la lactancia materna.
- En la promoción de la lactancia se debe reconocer que la salud y nutrición de las madres está ligado con el de las y los recién nacidos, que las necesidades nutrimentales de la madre aumentan durante la lactancia, y se debe incluir en las ventajas de la lactancia que amamantar es un factor que protege contra el cáncer de mama.

Como se argumenta en la primera sección del presente capítulo, el conjunto de estas medidas no es suficiente para cumplir en la totalidad de las recomendaciones internacionales mencionadas en la Tabla 12. Dentro de las ausencias principales se pueden identificar que 1) el tiempo de descanso posterior al parto no es suficiente para mantener la LME por seis meses, 2) el esquema de una hora en total de reposo destinado a la alimentación de las y los bebés no es compatible con la lactancia a libre demanda, y 3) las prestaciones y servicios legislados son derechos de las madres trabajadoras.

De la mano con lo anterior, surge el cuestionamiento mencionado también en el primer capítulo: ¿qué implica para las madres seguir las

⁵⁴ Se puede consultar en: https://www.imss.gob.mx/_maternidad2/incapacidad/toma-en-cuenta

⁵⁵ Ninguna ley o reglamento del ISSSTE especifica en qué consiste la ayuda en especie.

recomendaciones sobre la lactancia materna? Las recomendaciones internacionales mencionan que es necesario para las mujeres recibir apoyo jurídico, económico, práctico y emocional; y tanto las disposiciones nacionales como las internacionales son enfáticas en cuanto a la información que se le debe dar a las madres para que mantengan la LME. Sin embargo, y como se planteó con anterioridad, la cuestión que se omite es el tiempo, el esfuerzo, las implicaciones físicas y las emocionales que le requiere a las madres el amamantar de manera exclusiva y a libre demanda.

Por otro lado, en la segunda sección de este capítulo se hace un repaso de las disposiciones normativas en materia de cuidados. El análisis lleva a distintos resultados para cada uno de los tres niveles de análisis. En primer lugar, en el ámbito internacional los cuidados se encuentran en tres disposiciones: en la Convención de 1979 de la CEDAW, en la que se exhorta la eliminación de estereotipos en razón de género y las responsabilidades comunes entre hombres y mujeres; en el Convenio 156 de la OIT donde se insta a los Estados a crear condiciones que permitan compatibilizar las responsabilidades familiares y laborales, y a desarrollar servicios de asistencia a la infancia y familia; y en la Agenda 2030 en la que se establece la meta de reconocer a los cuidados mediante servicios públicos, infraestructura, protección social y la promoción de la responsabilidad compartida en la familia.

En segundo lugar, el análisis de los acuerdos regionales permite ver que los cuidados han sido un tema con cierta prioridad desde el año 2000. Dentro de lo impulsado en las Conferencias Regionales sobre la Mujer de América Latina y el Caribe destacan el compromiso por reconocer la contribución social y económica del trabajo de cuidados; el exhorto hacia los Estados para que asuman responsabilidades directas en la materia; la importancia de las políticas que concilian no sólo la vida familiar y laboral -como se menciona en el Convenio 156 de la OIT-, sino también la vida privada de las mujeres; el fomento de la corresponsabilidad de los trabajos de cuidados entre hombres y mujeres; y la importancia de la participación de diferentes actores (Estado, el sector privado, la sociedad civil y la familia) en las labores de cuidados. Este último punto hace alusión a lo mencionado en el primer capítulo sobre el diamante del cuidado.

En tercer lugar, el repaso del marco jurídico mexicano en materia de cuidados permite reconocer que no hay leyes, reglamentos o normas explícitas en la materia. Esto se puede deber a que, como se mencionó en la segunda sección de este capítulo, las leyes mexicanas parten de una visión de familia en la que las mujeres son responsables *por naturaleza* de los cuidados. Una manifestación de esto son las disposiciones relativas a la lactancia. Ante esta situación, han surgido esfuerzos tanto de la sociedad civil como de diversos partidos políticos por lograr una legislación sobre el tema. Sin embargo, todavía no llegan a consensos que posibiliten las reformas constitucionales propuestas, la creación del Sistema Nacional de Cuidados, ni las reformas a las Leyes Generales como alternativa a los dos puntos anteriores.

Finalmente, con la intención de realizar algunos apuntes finales, se puede decir que, sin legislar sobre los cuidados en México, las formas de reconocer, redistribuir y reducir el trabajo de cuidados son limitadas y quedan a la disposición de quienes *tienen* que hacerlos, las mujeres. Esto tiene implicaciones en la lactancia que, como se ha reiterado, es un trabajo de cuidados. Una de estas implicaciones es que, si a la dicha falta de legislación se la agrega el que las madres trabajadoras no tienen prestaciones que aseguren la LME a libre demanda, se pueden llegar a promover 1) las cadenas de cuidados cuyas repercusiones se explican en el primer capítulo, y 2) el gasto económico para la extracción de leche materna o el consumo de fórmula, por lo que los beneficios de la leche materna se ven disminuidos.

Otra implicación que tiene la falta de legislación de los cuidados en la lactancia materna es, como se mencionó en párrafos anteriores, que la mayoría de los servicios y prestaciones que reciben las y los niños lactantes es a través de las madres y sus condiciones laborales. De esta forma, se puede pensar que las leyes sobre los cuidados podrían ayudar a garantizar la salud y otros derechos de las infancias al desvincularlos de la condición laboral de las madres. Asimismo, se podrían tomar acciones de promoción, protección y apoyo de la lactancia en favor de las y los niños y sus madres que no tienen un empleo, que no tienen un empleo formal o que en su arreglo familiar no cuentan con una figura de madre.

Una tercera implicación para la lactancia materna es que, si bien los acuerdos regionales en materia de cuidados son insistentes en cuanto a la

corresponsabilidad entre hombres y mujeres, y en cuanto a la importancia de la participación y distribución del trabajo de cuidados entre el Estado, el sector privado, la sociedad y la familia, ni las recomendaciones internacionales ni las medidas nacionales sobre lactancia materna son explícitas en cuanto a estos temas. Al contrario, se decantan por *asegurar* que las mujeres tengan información sobre las razones y la técnica para amamantar, pero se dejan de lado los obstáculos de la lactancia que ya han sido estudiados, catalogados y que fueron mencionados en el capítulo introductorio⁵⁶. Además, se enfocan en condiciones laborales que permitan a las mujeres cuidar y alimentar, pero no se promueven las licencias de paternidad para fomentar la corresponsabilidad, por poner algunos ejemplos.

El análisis y los descubrimientos anteriores dan pie al siguiente capítulo de esta tesis en el que, en la primera sección, se describen los esfuerzos de México en materia de lactancia materna, entre los que destacan los de CID. Se analizan los actores involucrados, su ámbito de acción y la perspectiva -si la hay- que tienen de los cuidados. Posteriormente, en la segunda sección se distingue la relevancia de la multiplicidad de actores en los arreglos de gobernanza en materia de lactancia materna y de qué manera dicha diversidad podría contribuir con los proyectos de CID en la materia.

⁵⁶ Lo que recarga la responsabilidad de la salud y nutrición de las y los bebés sobre ellas. Lo que posteriormente, las puede llevar a vivir situaciones en las que la sociedad, la familia o ellas mismas se violentan emocional y psicológicamente ya sea por su elección de continuar la lactancia o por dejarla.

CAPÍTULO III. Más allá de las mujeres: acciones gubernamentales y de Cooperación Internacional para el Desarrollo en favor de la lactancia materna y otros actores involucrados

Resumen

Este capítulo parte del reconocimiento de que existe una brecha entre las leyes y la práctica. Con esto, y teniendo en cuenta los hallazgos del capítulo anterior, se realiza una búsqueda de las acciones del gobierno mexicano en materia de lactancia materna. En un principio se revisan los Planes Nacionales de Desarrollo comprendidos entre el año 2000 y 2022 en los que se identifican los proyectos de lactancia materna y la perspectiva que el gobierno en turno tuvo sobre el tema.

Además de acciones nacionales, en los Planes se pueden distinguir algunos de los proyectos de Cooperación Internacional para el Desarrollo que se han formulado en materia de lactancia materna. Así, en segundo lugar de describen los tres proyectos que han estado vigentes en México en el periodo de estudio: la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña, la Red de Bancos de Leche Humana, y la Guía para la Instalación y Funcionamiento de Salas de Lactancia. El análisis de estos proyectos permite destacar los actores involucrados y desde qué perspectiva e intereses contribuyen a los mismos.

En un tercer momento, con base en el análisis anterior, se caracteriza a México de acuerdo con el grado de *amistad* que muestra hacia la lactancia materna según el Índice País Amigo de la Lactancia Materna desarrollado por la Universidad de Yale. La última calificación asignada al país muestra la disminución de casi el 50% con respecto a la asignada en 2016, siendo la categoría de coordinación entre actores, metas y monitoreo la que muestra mayor porcentaje de decrecimiento.

Finalmente, en la cuarta sección de este capítulo se desagregan los actores participantes en los proyectos de Cooperación Internacional para el Desarrollo antes mencionados. A lo largo del capítulo se destaca su papel en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna de acuerdo con las distintas disposiciones normativas revisadas en el capítulo anterior y en los Planes Nacionales de Desarrollo. Esta sección concluye que, por un lado, las

madres son tomadas en cuenta como beneficiarias pero no como actores con la capacidad de participar en la formulación de proyectos; por otro lado, que los actores que participan en dicha formulación, no lo hacen desde la perspectiva de los cuidados pues sus intereses están volcados principalmente a la relación de la lactancia materna con el ámbito laboral y con el derecho a la salud.

Introducción

El marco jurídico y el marco normativo mexicanos son útiles para plantear el panorama de las leyes, las normas y los actores reconocidos con alguna relación con la lactancia por dichas leyes. Sin embargo, tomar en cuenta únicamente lo establecido en dichos marcos puede ser insuficiente puesto que es posible la existencia de brechas entre la ley y la práctica. Por lo cual, se sostiene que la situación de la lactancia materna en México sólo se puede entender si, además, se analizan las políticas, programas y proyectos relacionados con la materia.

La planeación de los objetivos del gobierno de México en turno, se concentra en el PND. Éste sirve como eje para el desarrollo de acciones, proyectos, programas y políticas públicas mediante las cuales se busca el desarrollo del país y el avance en la solución de los problemas sociales. Por lo tanto, las acciones de México en favor de la lactancia materna emanan de estos PND que, al mismo tiempo, ofrecen una perspectiva de lo que el gobierno en turno considera prioritario y su punto de vista sobre la lactancia materna como derecho humano, desde sus derechos ancla o en materia de sexualidad y reproducción.

Por otro lado, en los PND se identifican también los proyectos de CID en materia de lactancia materna que se han implementado en México en el periodo de análisis (2000-2022). Estos proyectos, al ser llevados a cabo gracias a la cooperación entre el gobierno de México y diversos actores internacionales, y al tener el objetivo de avanzar en la solución de un problema complejo como lo es la lactancia materna, puede considerarse que hacen uso de la gobernanza. Sin embargo, y como hilo conductor del capítulo, la problematización se genera ante las preguntas sobre ¿cuáles son los actores que se han involucrado en los proyectos? ¿Cuáles son los intereses de estos

actores? Y finalmente, ¿alguno de estos actores tiene como interés el tema de los cuidados?

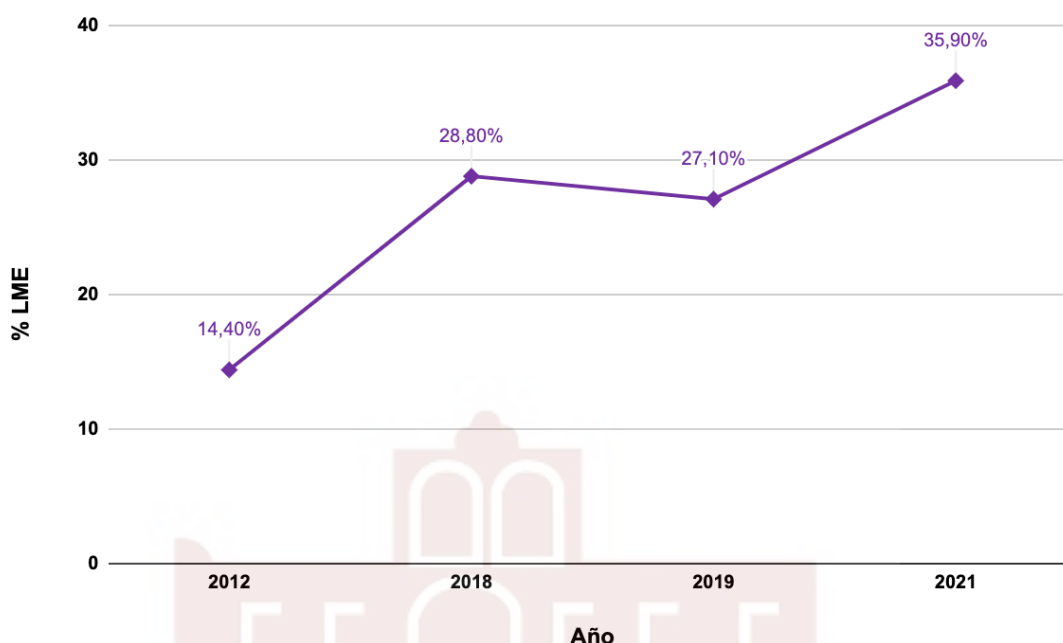
El análisis de las acciones de México, además, permite diferenciar sus papeles. Algunos de ellos participan en la elaboración de normas, leyes, lineamientos y recomendaciones; otros participan en la elaboración de los proyectos como parte de los arreglos de gobernanza; y otros más están en posición de beneficiarios. Sin importar su papel, todos los actores tienen una identidad, intenciones, intereses y creencias que, de acuerdo con Rhodes (2018a), si se toman en cuenta, llevan a un entendimiento más extenso y compartido del problema, a la generación de nuevo conocimiento y, por lo tanto, a la producción de nuevas soluciones.

Estas nuevas soluciones son imprescindibles pues, como se demostrará a lo largo de este capítulo, México ha realizado acciones en favor de la lactancia materna, empero, todavía no se logra el cumplimiento de los objetivos internacionales en materia de lactancia materna. El objetivo principal en la materia, propuesto por el Global Breastfeeding Collective de la OMS y UNICEF, es que al menos el 50% de las niñas y los niños sean alimentados mediante LME para el año 2025. Lograrlo, coadyuvaría con el avance de México en el cumplimiento del ODS 2, ODS 3 y ODS 5 que tienen como vigencia el 2030.

En cuanto al alcance de dichos objetivos, entre el año 2000 y el 2022 se han realizado cuatro ENSANUT (2012, 2018, 2019 y 2021) con preguntas específicas sobre lactancia materna y en las que se ha visto una tendencia en el aumento de la práctica de la LME (ver Gráfica 2). Cabe recalcar que los resultados de la Encuesta 2021 están enmarcados en el contexto de la pandemia por COVID-19, por lo que pueden estar impactados por el tiempo en que las madres pasaron en sus casas junto a sus hijas e hijos. Si bien esto todavía no ha sido demostrado, los resultados de la siguiente ENSANUT serán importantes para la evaluación de dicho impacto.

Gráfica 2

Tasa de lactancia materna exclusiva en México (2012-2021) de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Nutrición



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020 y 2022)

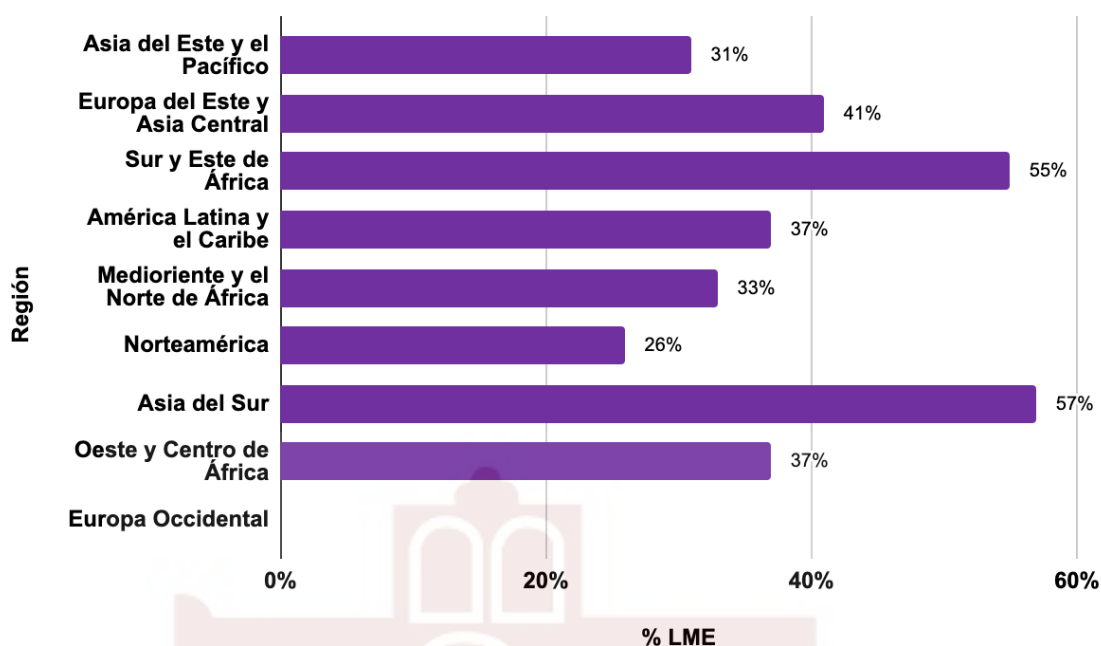
Como se observa, la tasa actual al 2022 de LME en México es de 35.9%⁵⁷, lo que implica que el país se encuentra a poco más de 14 puntos porcentuales del objetivo propuesto por la OMS y UNICEF, a 3 años del año establecido como límite.

Por otro lado, el análisis regional de la tasa de LME, ilustrado en la Gráfica 3, muestra que hay regiones en las que sí se ha llegado al objetivo del 50%: sur y este de África, y Asia del Sur. Por su parte, la región más alejada de dicha meta es Norteamérica, con apenas 26% de su población alimentada únicamente mediante lactancia materna durante los primeros seis meses de vida. En el caso de Europa Occidental los datos son desconocidos, por lo que no se reportan a la OMS y UNICEF.

⁵⁷ La tasa de duración de la lactancia materna por entidad federativa, con datos de la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (2018), se puede consultar en el Apéndice 3.

Gráfica 3

Tasa de lactancia materna exclusiva (2014-2020) desagregada por regiones



Fuente: elaboración propia con datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021a)

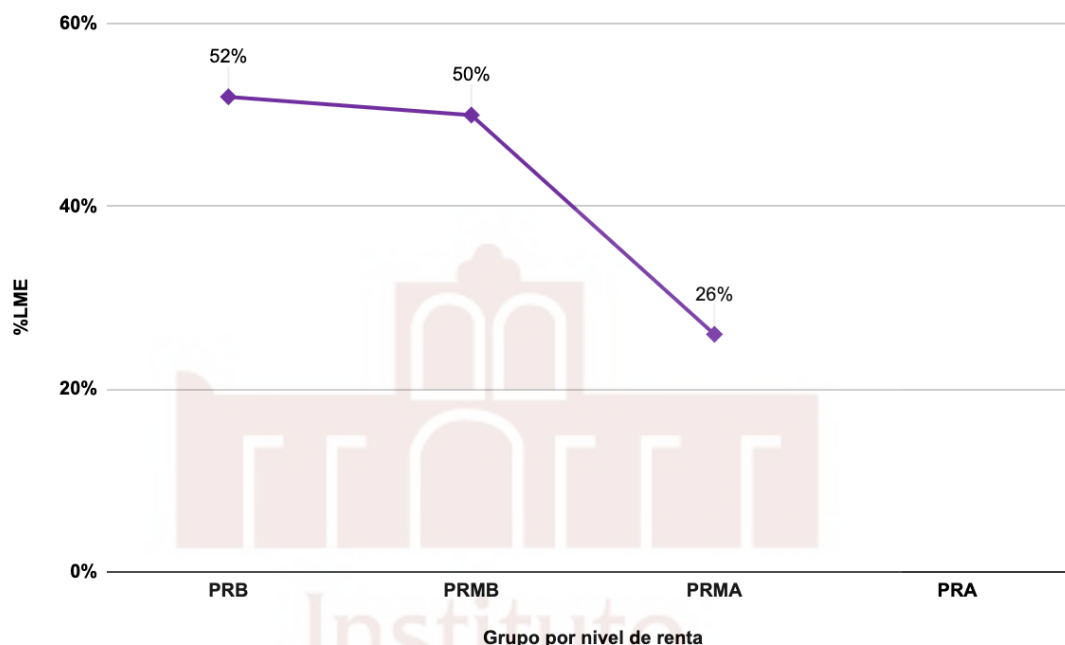
Lo anterior es significativo porque coincide con el análisis de la tasa de LME con respecto al nivel de renta de los Estados⁵⁸ (ver Gráfica 4). De acuerdo con los datos del Banco Mundial procesados por UNICEF (2021a), entre menor nivel de renta, es mayor la tasa de LME. Así, los Países de Renta Baja (PRB) alcanzan una tasa del 52%, rebasando la meta del 50%, mismo es el caso de los Países de Renta Media-Baja (PRMB) que tienen una tasa del 50%. Por su parte, los Países de Renta Media-Alta (PRMA), grupo en el que se encuentra México, cuentan con una tasa de LME del 26% y en el caso de los Países de

⁵⁸ El Banco Mundial clasifica las economías en cuatro grupos de ingreso: alto, medio-alto, medio-bajo y bajo. Esta clasificación está determinada por el ingreso nacional bruto per cápita del país, que cambia de acuerdo al crecimiento económico, la inflación, etc., y por el umbral de clasificación, que se ajustan anualmente con la inflación (Banco Mundial, 2019a). Para conocer la clasificación de países actual se puede visitar la página: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>

Renta Alta (PRA) no se cuenta con los datos de todos los Estados para hacer en análisis⁵⁹.

Gráfica 4

Tasa de lactancia materna exclusiva (2014-2020) desagregada por niveles de renta



Fuente: elaboración propia con datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021a)

México, entonces, corre el riesgo que marca la tendencia: si aumenta su nivel de renta, disminuirá su tasa de LME. Por lo tanto, con la intención de alcanzar el objetivo y, sobre todo, ampliar los beneficios de la lactancia materna a la mayor cantidad de personas posible, México debe buscar soluciones distintas a las implementadas hasta ahora para promover, proteger y apoyar la lactancia materna. Para hacerlo, es necesario entender qué se ha realizado, quiénes han participado y cuáles han sido sus intereses.

⁵⁹ UNICEF (2021a) cuenta con los datos de 8 países de los 80 que se consideran PRA: Barbados (19.7% de LME), Croacia (23.5%), Nauru (67.2%), Omán (28%), Qatar (29.3%), Trinidad y Tobago (11.8%), Estados Unidos (27.1%) y Uruguay (57.7%).

1. Planes Nacionales de Desarrollo Vigentes entre 2000 y 2022

La planeación sexenal de los objetivos del Estado mexicano y, por lo tanto, a los que están sujetas las acciones del gobierno federal, se concentran en el PND. De acuerdo con la CPEUM, esta planeación es un medio para que el Estado desempeñe de manera eficaz su responsabilidad “sobre el desarrollo equitativo, incluyente, integral, sustentable y sostenible del país [...] y deberá tender a la consecución de los fines y objetivos políticos, sociales, culturales, ambientales y económicos contenidos en la CPEUM”.

En el PND, se fijan los objetivos, las metas, las estrategias y las prioridades con base en la factibilidad cultural, se coordinan las acciones necesarias y se evalúan los resultados obtenidos; y de él emanan los Programas Sectoriales, los Programas Institucionales y los Programas Nacionales que enuncian los objetivos, prioridades y políticas que cada uno de los gobiernos adoptan para cumplir con sus objetivos.

De esta forma, y tomando en cuenta lo explicado en los capítulos anteriores sobre los beneficios de la lactancia materna para el desarrollo, y su mención en diferentes hitos y disposiciones normativas en materia de salud materna, salud infantil, nutrición infantil, entre otras, es pertinente analizar las acciones en favor de la lactancia en México a partir de los objetivos planteados sexenalmente en los PND.

El PND, al reflejar la visión y las prioridades del Poder Ejecutivo, es un plan sexenal que cambia con el inicio de cada sexenio presidencial. De tal forma, entre el año 2000 y el 2022, han entrado en vigencia cuatro PND. Tres de ellos llegaron a su fin por el cambio de presidente; el último, está vigente actualmente pues corresponde al actual presidente de la República Mexicana, Andrés Manuel López Obrador. Como se explicó en el capítulo introductorio, este marco de tiempo se ajusta al de las Agendas de Desarrollo que, a pesar de no ser vinculantes, denotan el compromiso del Estado mexicano para con los temas ahí mencionados entre los que se encuentra la lactancia materna.

1.1. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.

Este PND correspondió al sexenio del entonces presidente de México, Vicente Fox Quezada, que inició en el mismo año que la puesta en marcha de los ODM. De acuerdo con Rebecka Villanueva Ulfgard (2017), el compromiso de México con estos objetivos se vio reflejado en el PND en el que se mencionaron acciones como la creación del INMUJERES para combatir las desigualdades de género y fomentar el respeto a los derechos sociales, políticos y cívicos; y la creación de la Comisión para el Desarrollo Social y Humano, con la misión de mejorar la calidad de vida mediante la satisfacción de necesidades básicas, la reducción de las desigualdades e inequidades de género, y el desarrollo de la capacidad e iniciativa de las y los mexicanos.

Por otro lado, en este PND se describieron como factores de transformación social del país a las niñas, los niños y las mujeres. En cuanto a las niñas y niños, se plantearon políticas dirigidas hacia las infancias, las adolescencias y las juventudes al ser grupos trascendentes para el desarrollo nacional al ser el futuro del país. Por su parte, en cuanto a las mujeres, se reconoció el costo que han pagado para ayudar al desarrollo de las familias, lo que es un perjuicio para sus oportunidades de desarrollo humano y social si no se logra la distribución equitativa, sobre todo de los asuntos relacionados con la maternidad.

En virtud de estos objetivos, a lo largo del sexenio se desarrollaron diversos programas y esfuerzos que se pueden relacionar con la lactancia materna como la igualdad, la nutrición, la salud sexual y reproductiva. No obstante, no hubo ninguna política pública específica sobre la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna. Incluso, durante este periodo México incorporó indicadores y objetivos adicionales en complemento a la Agenda de Desarrollo del Milenio⁶⁰ a los que se nombró “Metas más allá del milenio”⁶¹ y con las que se enfatizó, entre otras, el combate a la pobreza y al hambre (Villanueva, 2017). A pesar de lo anterior, México no reportó alguna acción relacionada con la lactancia materna en el Informe de Avance 2006 de

⁶⁰ En razón de la Ley General de Desarrollo Social de 2004 con la que se estableció una nueva forma -multidimensional- de medir la pobreza en México.

⁶¹ El desglose de las MMM por objetivo se pueden consultar en <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/9/4303/6.pdf>

los Objetivos de Desarrollo del Milenio⁶².

Dentro de los programas y esfuerzos relacionados con la lactancia, se encuentran las acciones del INM, que tuvo como labor principal impulsar políticas que considerasen las necesidades diferenciadas entre hombres y mujeres para lograr la igualdad plena, el acceso a oportunidades, la eliminación de la discriminación y la erradicación de la violencia. También se creó el programa Arranque Parejo en la Vida cuyo propósito fue incrementar la capacidad de respuesta de los servicios de salud, cuidar la salud de los niños menores de dos años y cuidar la salud de las mujeres durante el embarazo.

Por otro lado, se impulsaron campañas sobre derechos sexuales y reproductivos de la mano de la Secretaría de la Función Pública; y, en 2006, la Cámara de Diputados aprobó reformas con las que se estableció la maternidad y paternidad responsables como uno de los objetivos de la educación para la salud (Instituto Nacional de las Mujeres, 2006). Finalmente, se creó el programa sectorial Oportunidades que, en su componente de salud, comprendió cuatro estrategias que también pueden relacionarse con la lactancia -y los cuidados-: otorgar el Paquete Esencial Básico de Salud, prevenir la desnutrición infantil mediante suplementos alimenticios, fomentar el autocuidado mediante información en materia de salud y nutrición, y mejorar la oferta de los servicios de salud (Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2006).

1.2. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

En el PND 2007-2012 se planteó como eje principal el desarrollo humano sustentable con base en diez objetivos: 1) garantizar la seguridad nacional, 2) garantizar la vigencia plena del Estado de Derecho, 3) alcanzar el crecimiento sostenido, 4) tener una economía competitiva, 5) reducir la pobreza extrema, 6) reducir las brechas sociales, 7) garantizar los derechos, 8) asegurar la sustentabilidad ambiental, 9) consolidar un régimen democrático y 10) aprovechar los beneficios de la globalización. Si bien ninguno de estos objetivos se relaciona de manera directa con la lactancia materna, la salud o la

⁶² El texto completo “Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2006” puede descargarse en la siguiente liga: <https://www.undp.org/es/mexico/publications/los-objetivos-de-desarrollo-del-milenio-en-m%C3%A9xico-informe-de-avance-2006>

nutrición, la reducción de la pobreza, la reducción de brechas sociales y la garantía de derechos pueden estar asociadas a acciones en favor de la lactancia materna.

Además de estos objetivos, el PND del sexenio del presidente Felipe Calderón Hinojosa estableció cinco ejes de política pública, dentro de los cuales, el tercero correspondió a la igualdad de oportunidades. Las acciones de ese eje se relacionaban con la salud reproductiva, la salud materna y perinatal, así como la prevención contra enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas y otras enfermedades (todas estas mencionadas en el capítulo introductorio de esta tesis como enfermedades evitables mediante la práctica de la lactancia materna). También se mencionó como objetivo el promover el desarrollo sano e integral de la niñez incrementando el alcance de los programas de mejoramiento nutricional en menores de cinco años con desnutrición o en riesgo de desnutrición. Para lograrlo, en el PND 2007-2012 se propusieron programas de apoyo alimentario y acciones dirigidas a los padres y madres de familia para que propiciasen el cambio de hábitos de alimentación y salud.

Finalmente, en el mencionado PND se refirió la creación del Programa Sectorial de la Secretaría de Salud 2007-2012. En el Programa no se profundizó en temas de salud sexual y reproductiva más allá de lo mencionado en el PND y únicamente se mencionó como línea de acción el fortalecer las políticas de salud materna y perinatal; empero, no se mencionó ninguna estrategia o línea de acción relacionada directamente con la lactancia materna (Secretaría de Salud, 2007).

Durante el primer año de gobierno fueron pocas las acciones del presidente Felipe Calderón Hinojosa en favor de las mujeres. Tal fue el caso, que el Observatorio Ciudadano por los Derechos de las Mujeres, en su síntesis de noticias posterior al Primer Informe de Gobierno del Presidente, fue reiterativo en cuanto a la carencia de programas y acciones en favor de los derechos de las mujeres y, en específico, de los derechos sexuales y reproductivos⁶³.

⁶³ La Síntesis de noticias de septiembre de 2007 del Observatorio Ciudadano de los Derechos de las Mujeres de la Academia mexicana de Derechos Humanos A.C. se puede consultar en: https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/mujeres_ORIGINAL/noticias/Sintesis/9.pdf

En dicho Primer Informe de Gobierno, llevado a cabo el 1 de septiembre de 2007, la única mención a los derechos de las mujeres se refiere al uso de anticonceptivos, al cáncer cérvico uterino y de mama; y no se menciona la lactancia materna como medida para la reducción de la prevalencia de este último. También en este Informe se hizo mención a la continuidad de los programas y políticas del sexenio anterior: se le dio continuidad al programa Oportunidades⁶⁴ sin alguna modificación relacionada con la nutrición y alimentación de niñas y niños; y se continuó con el programa Arranque Parejo en la Vida que se limitó a actuar en favor de las consultas perinatales, detectar el hipotiroidismo y el VIH. Ambos programas pudieron ser complementados con la promoción, protección y apoyo a lactancia materna en razón de sus propiedades para la nutrición salud infantil, y de ser considerada como la primera vacuna para las y los recién nacidos por lo que se propicia la igualdad desde el momento del nacimiento, como se explica en el capítulo introductorio de este trabajo.

Finalmente, durante el último año del sexenio del presidente Felipe Calderón Hinojosa se llevó a cabo la acción en favor de la lactancia materna más importante de lo descrito hasta el momento: la reforma al artículo 64 de la Ley General de Salud sobre la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil. La reforma dispuso, en el inciso segundo⁶⁵ y segundo bis⁶⁶, que las autoridades sanitarias establecerán acciones de orientación y vigilancia institucional, fomento para la lactancia materna, promoviendo que la leche materna sea alimento exclusivo durante los primeros seis meses de vida y complementario hasta avanzado el segundo año de vida y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado

⁶⁴ En el PND 2007-2012 se menciona que el programa Oportunidades propició el aumento en tallas y mejoras en la salud general de las niñas y niños, lo que se atribuye al consumo del complemento alimenticio entregado a las familias como parte del programa.

⁶⁵ Este inciso fue nuevamente reformado en el año 2014 y en el texto actual, citado también en el segundo capítulo de esta tesis, se menciona lo siguiente: Acciones de orientación y vigilancia institucional, **capacitación** y fomento para la lactancia materna **y amamantamiento, incentivando a** que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis **meses** y complementario hasta avanzado el segundo año de vida y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil, **además de impulsar, la instalación de lactarios en los centros de trabajo de los sectores público y privado.**

⁶⁶ Este inciso fue nuevamente reformado en el año 2016 y en el texto actual, citado también en el segundo capítulo de esta tesis, se menciona lo siguiente: **Al menos un banco de leche humana por cada entidad federativa en alguno de sus** establecimientos de salud que cuente con servicios neonatales.

nutricional del grupo materno infantil; y acciones de promoción para la creación de bancos de leche humana en los establecimientos de salud que cuenten con servicios neonatales (Secretaría de Salud, 2012).

1.3. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

El PND 2013-2018 correspondiente al sexenio del presidente Enrique Peña Nieto, fue más amplio que los anteriores en cuanto a sus vínculos con la salud materna y la salud y nutrición infantil. Este Plan se dividió en cinco apartados temáticos y en dos de ellos se hace alusión a temas relacionados con la lactancia materna. En el primero, “México en Paz”, se planteó hacer frente a la violencia contra las niñas y los niños. En el segundo, “México Incluyente”, se trazaron estrategias y líneas de acción sobre la alimentación y nutrición adecuada para las y los mexicanos; se hizo hincapié en la articulación de políticas específicas dependientes de cada etapa del ciclo de vida de la población para promover el desarrollo integral de las niñas y los niños en materia de salud, alimentación y educación; y finalmente, se planteó el objetivo de disminuir las tasas de mortalidad infantil, mortalidad materna y enfermedades no transmisibles evitables.

En cuanto a la continuidad con los sexenios anteriores, el programa Oportunidades fue relevado por PROSPERA Programa de Inclusión Social, que consistió en la entrega de apoyo económico, suplementos alimenticios para mujeres embarazadas, niñas y niños menores de cinco años (Secretaría de Desarrollo Social, 2014). Por otro lado, con base en el PND, el gobierno de Enrique Peña Nieto generó una serie de programas y acciones relacionados directamente con la lactancia materna: el Grupo Interinstitucional Permanente de Lactancia Materna, el Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, el Comité de Promoción de de la Salud Reproductiva y Materno-Infantil, y la ENLM 2014-2018.

Esta Estrategia tuvo como objetivo general el incrementar el número de niñas y niños alimentados con leche materna desde el nacimiento y hasta los dos años de edad. Entre sus objetivos específicos se encontraban el posicionar el tema en la agenda pública y unificar las acciones de los diferentes niveles de gobierno; vigilar el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna; y capacitar al personal médico y

paramédico, a las y los estudiantes de áreas de la salud, y a la población en general. De esta forma, como se puede observar, se apegaba en cierta medida a las recomendaciones e hitos internacionales mencionados en el capítulo anterior.

La ENLM también consideró metas relacionadas con los proyectos de CID implementados en México que se analizan en el siguiente subapartado, entre ellos: impulsar la certificación de al menos 30% de los hospitales con atención obstétrica como Hospitales Amigos del Niño y la Niña, y al menos 180 unidades de primer nivel de atención como Unidades Amigas del Niño y la Niña; establecer una Red de Bancos de Leche Humana integrada por al menos 60 bancos y 250 lactarios hospitalarios; e impulsar la participación de la iniciativa privada en la promoción y apoyo de la lactancia mediante la implementación de al menos 60 lactarios empresariales.

Los resultados de la ENLM fueron limitados debido a que el presupuesto no fue suficiente para todas las acciones que se contemplaron (González-Castell, et al., 2020a). De hecho, “no hay evidencia de que estas políticas y acciones hayan sido evaluadas en su diseño, implementación o impacto, lo que impide concluir si resultaron efectivas para mejorar las prácticas de lactancia materna en el país” (González-Castell, et al., 2020a, p.711). Sin embargo, algunos indicadores y eventos pueden dar pauta sobre los resultados de la ENLM, por ejemplo, en ese periodo sólo el 11% (a diferencia del 30% que se prospectó) de los hospitales obtuvieron la certificación como Hospital Amigo del Niño (González de Cosío, et al., 2018a). Durante 2018, último año de vigencia de la ENLM, se formuló el Proyecto de Norma Oficial⁶⁷ para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna, pero éste no fue aprobado. La ENLM no fue retomada en los programas y estrategias del siguiente sexenio.

1.4. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.

El PND 2019-2024 del gobierno del presidente Andrés Manuel López Obrador hace alusión dos veces a temas relacionados con la lactancia materna. La

⁶⁷ Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 2 de mayo de 2018. Se puede consultar en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521251&fecha=02/05/2018#gsc.tab=0

primera se encuentra en el apartado “Libertad e igualdad” en el que se establece que el gobierno impulsará, durante el sexenio, la igualdad efectiva de derechos entre mujeres y hombres, jóvenes y adultos, entre otros, y erradicará las prácticas discriminatorias que perpetúan la opresión entre sectores de la población.

La segunda mención se encuentra en la presentación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar con el que se pretende dar servicio a todas las personas que no son derechohabientes del IMSS o del ISSSTE. Con este Instituto se busca priorizar la prevención de enfermedades mediante la concientización y la incorporación de temáticas como la salud, los hábitos saludables y la salud sexual y reproductiva en los programas escolares.

Con base en lo contenido en el PND, la Secretaría de Salud publicó su Programa de Acción Específico sobre Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024. En él se establece la política nacional en la materia con el fin de garantizar el acceso universal a los servicios de salud. Dentro del tercer objetivo prioritario se menciona la acción puntual 3.2.9 que hace referencia a algunas de las recomendaciones internacionales revisadas en el capítulo anterior: favorecer el apego inmediato y la lactancia materna voluntaria hasta los dos años y exclusiva por los primeros seis meses, mediante la formación y actualización del personal de salud.

Además, en el cuarto objetivo prioritario, se establecen las acciones 4.1.2 sobre favorecer la alimentación con leche humana y la donación de leche humana mediante acciones de información y promoción; la acción 4.1.3 que menciona que la alimentación con leche humana debe favorecerse aún en contextos de desastre y migración; la acción 4.2.2 que hace referencia también a las recomendaciones internacionales sobre la importancia del contacto piel con piel y el inicio de la lactancia dentro de la primera hora de vida, lo anterior mediante el cumplimiento de los criterios de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN), que se complementa con la acción 4.3.1 que se refiere al fomento del cumplimiento y la nominación a la Iniciativa; y la y 4.2.5 que se relaciona con la promoción de la alimentación exclusiva con leche humana en las y los niños recién nacidos prematuros o con alguna enfermedad.

En materia de cuidados, este Programa de Acción manifiesta acciones puntuales sobre la corresponsabilidad de la pareja y el acompañamiento para

un embarazo saludable, y menciona también que se deben fortalecer las intervenciones comunitarias para mejorar la salud materna.

2. Proyectos de Cooperación Internacional para el Desarrollo en México en materia de lactancia materna

Además de los proyectos, programas y políticas públicas que los gobiernos realizan en los Estados, también pueden llevar a cabo acciones de CID que, como se mencionó en el primer capítulo, son acciones enmarcadas en las relaciones internacionales y la diplomacia que se dirigen a mejorar las condiciones de vida de la población. Entre el 2000 y el 2022, en México han estado activos tres proyectos de Cooperación relacionados directamente con la lactancia materna.

El primero de ellos es la IHAN, con la que se busca la implementación de las recomendaciones internacionales recabadas en el capítulo anterior. El segundo, la Red de Bancos de Leche Humana que mediante la cooperación técnica brasileña se incrementó la red de bancos en países iberoamericanos. Y finalmente, las Salas de Lactancia, el proyecto más reciente de CID con el objetivo de conciliar las actividades económicas con las de lactancia materna.

2.1. Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña (IHAN).

La IHAN fue concebida en 1991 por la OMS y UNICEF como una herramienta guía para los centros de salud con servicios de maternidad y neonatología de todos los países miembros de la OMS, para poner en acción los Diez pasos hacia una feliz lactancia establecidos dos años antes en la Declaración Conjunta OMS/UNICEF Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Esta Iniciativa consiste en la entrega de una certificación como “Hospital Amigo del Niño y de la Niña” a todos aquellos hospitales públicos o privados que se postulen voluntariamente y que cumplan con los Diez pasos.

A partir de su creación, la IHAN se actualizó en 2006 y dicha versión reflejó los avances científicos descubiertos durante los primeros 15 años de la Iniciativa. Principalmente se incluyeron aspectos relacionados con el VIH, la importancia del apoyo de la comunidad y el apoyo a las madres que deciden no

amamantar. En 2016, con motivo de los 25 años de aplicación de la Iniciativa, se realizó otra evaluación, revisión y actualización de los Diez pasos hacia una feliz lactancia. La última versión de estos pasos, establece los siguientes:

1. Aplicar plenamente el Código Internacional de Comercialización de la Leche Materna
 - b. Adoptar una política de alimentación del lactante
 - c. Crear sistemas permanentes de seguimiento y gestión de datos
2. Velar por que el personal sea competente profesionalmente y tenga aptitudes para garantizar el apoyo a la lactancia materna
3. Explicar a las mujeres embarazadas y a sus familias la importancia de la lactancia previo al parto
4. Favorecer el contacto piel a piel inmediato después del parto y ayudar a iniciar la lactancia lo antes posible
5. Apoyar a las madres a iniciar y mantener la lactancia materna dando información sobre las dificultades más comunes
6. Evitar ofrecer cualquier alimento líquido que no sea leche materna a las y los recién nacidos
7. Permitir el alojamiento conjunto de las madres con las y los recién nacidos
8. Ayudar a las madres a reconocer los signos tempranos de hambre para favorecer la lactancia a libre demanda
9. Asesorar a las madres sobre los riesgos del uso de biberones y chupones
10. Coordinar el contacto con algún grupo de asistencia y apoyo para la lactancia materna posterior al alta hospitalaria

Uno de los cambios más importantes en esta revisión de los Diez puntos es que se eliminó el correspondiente a incluir medidas favorables a las madres en

cuanto a la garantía de su salud física y psicológica. Esto, de acuerdo a la versión revisada se debe a que la IHAN se centra en actividades específicas y pertinentes para la protección, promoción y apoyo de la lactancia en los establecimientos de salud, por lo que se recomienda a los países con hospitales Hospitales Amigos del Niño y de la Niña integrar otros programas de salud materna. De la misma forma, la IHAN no considera criterios relativos a las comunidades, al sector educativo, a los centros de salud primaria, a los servicios de atención pediátricos o ginecológicos, ni a los lugares de trabajo.

Esta revisión se llevó a cabo mediante un grupo externo a la OMS y UNICEF formado por cinco representantes de fundaciones y organizaciones sociales, cuatro miembros del sector salud gubernamental de diferentes países, y una representante del sector académico. Además, contó con la examinación de más de 300 actores involucrados con la lactancia materna: 130 países, ONG, asociaciones profesionales, entre otras, quienes en grupos de trabajo contribuyeron con sus observaciones. Entre estos actores, destacan la Liga de la Leche, la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil (IBFAN), la Asociación Internacional de Consultores de Lactancia (ILCA) y la WABA.

Dentro de los problemas encontrados en dicha evaluación de la IHAN, se encontraron los siguientes:

- La nominación de hospitales y centros de salud a la IHAN se concentra en hospitales públicos.
- La capacitación del personal en materia de lactancia materna es insuficiente en las escuelas de medicina y enfermería, por lo que la actualización del personal médico depende del interés en nominar al centro de salud a la IHAN lo que exige recursos financieros y humanos.
- Hay una falta de personal especializado en lactancia materna por lo que, para la capacitación y actualización continua, se debe formar a personal de salud con otras obligaciones laborales.
- Se ha demostrado la dificultad para cambiar las prácticas de las y los profesionales de la salud en cursos de pocas horas cuando han aplicado las mismas prácticas no *amigables con la lactancia*

por años. Por lo que se hace más necesaria la capacitación del personal desde que están estudiando.

- El paso más difícil de seguir y mantener es el paso diez pues la creación de grupos de apoyo dentro del hospital requiere de personal y, por otro lado, no se ocupan de labores como sensibilización de la comunidad para fomentar la creación de dichos grupos.
- Los establecimientos de salud se han concentrado en nominarse y obtener la designación como Amigos del Niño y de la Niña pero no en darle seguimiento. Por lo que abandonan los Diez pasos y no se puede saber hasta qué punto los mantienen.
- No existen normas internacionales que propongan criterios e instrumentos de evaluación que permitan ver las diferencias relativas a la aplicación de la Iniciativa en el mundo.

Los últimos dos puntos son de los más evidentes en México pues no existen mecanismos específicos para medir cuántos hospitales se nominan, cuántos se certifican, cuántos se recertifican y en qué medida otros hospitales siguen alguno o algunos de los Diez pasos. Al ser un proyecto de CID que involucra a la OMS, UNICEF y al gobierno de México mediante las secretarías de salud federal y local, la información se encuentra diseminada entre estas entidades y hay una disparidad importante al tratar de reunir los datos relacionados con la IHAN en el país. A continuación se muestra la Tabla 13 en la que se muestra este esfuerzo.

Tabla 13

Número de Hospitales Amigos del Niño y de la Niña en México por año en México

| Año o periodo | Número de hospitales | Calidad del registro | Fuente |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------|
| 1991 - 1995 | 6 | "designado o redesignado" | OPS |
| 1996 - 2000 | 10 | "designado o redesignado" | OPS |



| | | | |
|-------------|-----|---------------------------|---|
| 2001 - 2005 | 1 | "designado o redesignado" | OPS |
| 2006 | 767 | "certificado" | WBTi con información de UNICEF y la Secretaría de Salud ⁶⁸ |
| 2006 - 2010 | 0 | "designado o redesignado" | OPS |
| 2011 - 2014 | 38 | "designado o redesignado" | OPS |
| 2012 | 18 | "nominado" | CNEGSR |
| 2013 | 23 | "nominado" | CNEGSR |
| 2014 | 32 | "nominado" | CNEGSR |
| 2015 | 23 | "nominado" | CNEGSR |
| 2016 | 40 | "nominado" | CNEGSR |
| 2017 | 43 | "nominado" | CNEGSR |
| 2018 | 29 | "nominado" | CNEGSR |
| 2019 | 32 | "nominado" | CNEGSR |

Fuente: elaboración propia con datos de la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (2016), Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024, y World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi) (2015)

Como se puede apreciar en la Tabla 13, la forma en la que se han reportado la cantidad de hospitales en México es variable con respecto a la fuente, la calidad del registro y al año o periodo de años que se reporta. Esto dificulta el análisis del desarrollo del proyecto en México. Lo que nos permite saber la información disponible es que desde 1991 la Iniciativa se ha implementado en México. Entre 2011 y 2014, al menos 72 hospitales fueron nominados, de acuerdo con el CNEGSR, de los cuáles 38 obtuvieron la designación. Además, que durante el 2007 y el 2010, la IHAN no estuvo activa y ningún hospital fue nominado o certificado, lo que también se confirma en el reporte del WBTi. Y finalmente, que en el sexenio en curso, a pesar que el Programa de Acción Específico dio inicio en 2020, la IHAN ha estado activa y 32 centros de salud se han nominado.

⁶⁸ La Secretaría de Salud incluye al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) y al Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA).

2.2. Red de Bancos de Leche Humana.

La Red Iberoamericana de Bancos de Leche Humana (BLH) es un proyecto de cooperación técnica que tiene como objetivos el construir una red de BLH, apoyar en la elaboración de proyectos de Bancos de leche, capacitar a profesionales para la atención de los Bancos e integrar a todos los Bancos de Iberoamérica en la red. Fue propuesto por Brasil en la XVII Cumbre Iberoamericana llevada a cabo del 5 al 7 de noviembre de 2007 bajo la dinámica de CID sur-sur bilateral.

Desde su creación en 2007 hasta el 2019, fue un proyecto de CID bilateral con el conocimiento técnico de Brasil y financiamiento compartido con cada uno de los países con los que se llevó a cabo la cooperación. Dicho financiamiento, por la parte de Brasil fue otorgado por la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), institución pública vinculada al Ministerio de Salud de Brasil, y la Agencia Brasileña de Cooperación (ABC) del Ministerio de Relaciones Exteriores de Brasil. A partir del 2019, Brasil transfirió el liderazgo del proyecto a la Secretaría General Iberoamericana (SEGIB) como parte de sus proyectos adscritos para su mejor articulación.

La importancia de este proyecto se debe a que, como se ha descrito a lo largo de este trabajo, la lactancia materna tiene múltiples beneficios tanto individuales, comunitarios y Estatales. Si bien la lactancia es un acto performativo, la leche humana es la sustancia que contiene la mayoría de esos beneficios, en específico los relacionados con la salud infantil. Es por esto que es necesario comprender que la leche humana, separada del acto de amamantar, es benéfica para las y los bebés recién nacidos prematuros, nacidos con bajo peso o que están en terapia intensiva por otros problemas de salud.

Estas y estos bebés, debido a su condición, tienen dos opciones de alimentación: parenteral y enteral. La primera, se refiere a la administración de vitaminas y minerales vía venérea; la segunda, es la alimentación de *algún concentrado* mediante un tubo directo al estómago o al intestino. La alimentación parenteral lleva a la intolerancia alimenticia grave, provoca deficiencias en las defensas de las y los bebés, propicia episodios alérgicos y el comienzo de infecciones (Secretaría General Iberoamericana, 2007).

Al contrario, la alimentación enteral puede llevarse a cabo utilizando

leche humana. Entre los beneficios más importantes de utilizar leche humana en lugar de otro tipo de concentrado, es que ayuda con el desarrollo del sistema inmunológico y contiene factores de crecimiento como la insulina, taurina, glutamina y nucleótidos que ayudan a la maduración intestinal y crecimiento de las y los bebés (Secretaría General Iberoamericana, 2007). Sin embargo, no todas las madres de estas y estos bebés pueden proveer de la leche que sus hijas e hijos necesitan y que, además, tienen una demanda elevada pues no soportan períodos de ayuno prolongado.

Ante esta situación, los BHL coadyuvan en la garantía del derecho a la salud y nutrición infantil. Empero, el acceso universal a la leche humana trae consigo dificultades técnicas como la inocuidad del producto mientras se mantiene su valor biológico, por lo que “es necesaria la adopción de un riguroso sistema de control, capaz de determinar los principios y mecanismos que serán instituidos para garantizar la calidad del producto” (Secretaría General Iberoamericana, 2007, p.5). Es por esto que la cooperación técnica de un país con experiencia como Brasil, en el que se han consolidado los BLH desde 1983, se hace importante.

México inició con la implementación de este proyecto en su territorio en el 2009, el documento que lo permitió fue el Acuerdo Básico de Cooperación Técnica entre México y Brasil firmado en 1974. En la Tabla 14 se retratan los resultados de la cooperación desde el año de su implementación hasta el 2016, último año en el que se registró actividad en los reportes anuales del proyecto.

Tabla 14

Resultados anuales de la CID sur-sur entre México y Brasil: Red de Bancos de Leche Humana

| Año | BLH en implantación | BLH implantados | BLH en funcionamiento | Personal técnico capacitado | Presupuesto |
|------|---------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------------|--|
| 2009 | 1 | 0 | 0 | 5 | no reportado |
| 2010 | 1 | 2 | 2 | 38 | 160,000 dólares (México) y 34,048 dólares (Brasil) |

| | | | | | |
|------|----|---|----|----|-------------------------|
| 2011 | 0 | 1 | 3 | 0 | 3,480 dólares (Brasil) |
| 2012 | 4 | 0 | 4 | 0 | 12,645 dólares (Brasil) |
| 2013 | 0 | 0 | 3 | 0 | no reportado |
| 2014 | 12 | 0 | 13 | 40 | no reportado |
| 2015 | 22 | 4 | 17 | 0 | no reportado |
| 2016 | 3 | 3 | 20 | 0 | no reportado |

Fuente: elaboración propia con datos de la Secretaría General Iberoamericana (2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016)

Como se aprecia, el número de BLH en México ha ido en incremento. Actualmente, hay 34 BLH distribuidos en 20 estados de la República Mexicana⁶⁹ de los cuáles sólo se puede suponer que 20 de ellos fueron puestos en funcionamiento gracias a la Cooperación técnica de Brasil. Además del número de BLH y de personal técnico capacitado, otro resultado del proyecto es la cantidad de niños y niñas que han sido beneficiadas por dichos Bancos. Entre 2012 y 2016, años en los que fueron contabilizados los beneficiarios, se reportaron 135,963 niños y niñas que recibieron leche humana a través de los BLH (Secretaría General Iberoamericana, 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016).

Durante el periodo de tiempo en el que el proyecto se aplicó en México, además de poner el marcha los BLH, Brasil dio asesorías en la materia y mantuvo relación con actores gubernamentales de México. Estos actores fueron los siguientes: Instituto Nacional de Perinatología (INPER), Hospital de la Mujer Zacatecana, Hospital de Fresnillo, Secretaría de Salud, Secretaría de Salud de Zacatecas, Secretaría de Relaciones Exteriores, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AMEXCID).

⁶⁹ El directorio de bancos de leche de la Secretaría de Salud, actualizado al 30 de marzo de 2022 se puede consultar en: <https://public.tableau.com/app/profile/centro.nacional.de.equidad.de.g.nero.y.salud.reproductiva/viz/DirectoriodebancosdelechedelaSSA/Unidadesdesaludconbancodeleche?publish=yes>



2.3. Guía para la Instalación y Funcionamiento de Salas de Lactancia.

La Guía para la instalación y funcionamiento de salas de lactancia es un proyecto de CID creado en 2018 por la Secretaría de Trabajo y Previsión Social (STPS), la Secretaría de Salud, el IMSS y UNICEF. Y bajo la consulta de otras instituciones mexicanas como el INMUJERES, Banco de México, Sindicato Nacional de Trabajadores del Sector Financiero, ACH Foods México, General Electric, Grupo Gentera, Laboratorios Liomont, Marsh Brockman, y Pfizer.

Tiene como objetivo conciliar las responsabilidades laborales y la vida familiar mediante el impulso de la creación de salas de lactancia en centros laborales de la República Mexicana. La Guía se elaboró bajo la premisa de reconocer que, de acuerdo con las leyes mexicanas, las mujeres deben regresar a sus trabajos antes de los tres meses de vida de sus hijas e hijos, lo que es una causa de que se suspenda la lactancia antes de los seis meses.

La guía menciona que las mujeres que deciden regresar a sus trabajos en los plazos establecidos por la ley y seguir alimentando a sus hijas e hijos con leche materna, “se ven obligadas a extraerla en ambientes del centro de trabajo que no reúnen las condiciones apropiadas para la extracción y conservación de la leche materna” (p.5). Por esto, una de las acciones que se consideran fundamentales desde el gobierno de México es el establecimiento de salas de lactancia en los centros de trabajo en donde puedan amamantar o extraerse leche, almacenarla y, posteriormente, llevarla a su casa.

Para cumplir con su cometido, en la Guía se sugieren lineamientos que pueden seguir todos los centros de trabajo y así coadyuvar con la conciliación de las actividades productivas con la lactancia materna. Los lineamientos son los siguientes:

- El centro de trabajo debe apoyar el fomento a la cultura de la lactancia
- Debe brindar las condiciones y apoyo que hagan posible la LME hasta los seis meses y la lactancia materna complementaria hasta los dos años
- Debe respetar los descansos señalados en la CPEUM

- Debe apoyar a las mujeres lactantes coordinando una red de voluntariado o establecimiento de salud
- Debe dar información sobre los beneficios físicos y emocionales para las madres y sus hijas e hijos
- Debe posibilitar el acceso a guarderías cerca o en el lugar de trabajo
- Debe permitir el trabajo de tiempo parcial o desde el domicilio
- La sala de lactancia debe ser utilizada únicamente para su fin y debe ser: higiénica, privada, confortable, tranquila y accesible
- La instalación debe contar con, entre otras: refrigerador con congelador, dispensador de agua, fregadero con tarja y tomacorriente
- Es opcional para los centros de trabajo el préstamo del material para transportar la leche extraída
- El material de extracción depende de la madre

Al ser un proyecto relativamente nuevo, todavía no se cuenta con información sobre la cantidad de centros laborales que han implementado los lineamientos, la cantidad de madres beneficiadas ni las áreas de oportunidad de la Guía. Lo que sí se puede deducir es que, al igual que las prestaciones laborales descritas en el capítulo anterior, la Guía sugiere la implementación y, por lo tanto, la conciliación buscada, en centros de trabajo formales.

3. México, país amigo de la lactancia materna

Para evaluar los esfuerzos que se toman para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna, tomando en cuenta las acciones de políticas nacionales y los proyectos de CID, se creó el Índice País Amigo de la Lactancia Materna. Este Índice fue desarrollado por la Universidad de Yale con el nombre *Becoming Breastfeeding Friendly (BBF)* y se basa en un marco de ocho categorías a las que se les asigna una calificación y el promedio arroja un puntaje global para el país. Dependiendo de dicho puntaje se puede interpretar

que el país mantiene un ambiente excepcionalmente amigable con la lactancia materna cuando el puntaje es de 3; un ambiente amigable con la lactancia materna, cuando es entre 2.1 y 2.9; un ambiente moderadamente amigable, cuando es de 1.1 a 2.0; o que el país mantiene un ambiente levemente amigable con la lactancia cuando el puntaje es entre 0 y 1.

En México este proceso de autoevaluación se ha realizado en los años 2016, 2018 y 2020. En los tres años se ha interpretado que México mantiene un ambiente moderadamente amigable con la lactancia materna, sin embargo, el puntaje global ha disminuido, como se puede observar a continuación.

Tabla 15

Puntajes Globales Históricos BBF México

| 2016 | 2018 | 2020 |
|--|--|--|
| 2 | 1.4 | 1.2 |
| Ambiente moderadamente amigable con la lactancia materna | Ambiente moderadamente amigable con la lactancia materna | Ambiente moderadamente amigable con la lactancia materna |

Fuente: elaboración propia con información recuperada del Índice País Amigo de la Lactancia Materna: México (Comité BBF México, 2020)

Este puntaje, como se explicó, es resultado de las calificaciones asignadas a cada una de las ocho categorías que se componen de diferentes indicadores y subindicadores⁷⁰. Las categorías son las siguientes:

1. Abogacía, se refiere a los esfuerzos para ampliar la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna.
2. Voluntad política, es el compromiso expresado por el gobierno para intensificar la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna.

⁷⁰ Para tener más información sobre el algoritmo utilizado para ponderar y calcular cada una de las categorías se sugiere revisar el documento Índice País Amigo de la Lactancia Materna: caso México 2016, que se puede consultar en http://eventos.unkilodeayuda.org.mx/BBFMexico/docs/Reporte_BBFMexico.pdf



3. Legislación y política, referente a la adopción, cobertura y calidad de la legislación y políticas de lactancia materna y maternidad.
4. Financiamiento y recursos, evalúa la disponibilidad y suficiencia de recursos que tiene el país para ampliar los programas e iniciativas relacionadas con la lactancia.
5. Capacitación y entrega de programas, es la calidad y la cobertura previa a brindar un servicio de salud y durante el servicio de salud.
6. Promoción, se refiere a las actividades promocionales para apoyar la ampliación de las iniciativas en favor de la lactancia y a la calidad de dichas actividades.
7. Investigación y evaluación, relativa a la disponibilidad, integración y seguimiento de las prácticas de lactancia, y a la disponibilidad de sistemas para el seguimiento de las actividades.
8. Coordinación, metas y monitoreo, evalúa la existencia de una entidad responsable de coordinar y supervisar el programa de lactancia materna a nivel nacional y estatal.

Como se explicó, el puntaje global de México ha disminuido; sin embargo, es pertinente identificar cuáles de las ocho categorías han impactado de mayor manera dicho puntaje. Por lo tanto, en la Tabla 16 se pueden observar las calificaciones para cada una en los tres años en los que se ha realizado la autoevaluación.

Tabla 16

Resultados por año y por categoría del Índice País Amigo de la Lactancia Materna: México

| Categoría | 2016 | 2018 | 2020 |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Abogacía | 1.25 | 2 | 1.8 |
| Voluntad política | 2 | 2.3 | 2.3 |
| Legislación y política | 2.1 | 2 | 1.6 |

| | | | |
|-------------------------------------|----------|------------|------------|
| Financiamiento y recursos | 0.5 | 0.5 | 0.5 |
| Capacitación y entrega de programas | 2.1 | 1.2 | 1 |
| Promoción | 1.6 | 1.3 | 0.7 |
| Investigación y evaluación | 1 | 0.7 | 1 |
| Coordinación, metas y monitoreo | 2 | 1.3 | 0.3 |
| Puntaje global | 2 | 1.4 | 1.2 |

Fuente: elaboración propia con información del Comité BBF México (2016, 2020)

Como se puede observar, del año 2018 al 2020 el aumento en la calificación únicamente se dio en la categoría de investigación y evaluación. Por el contrario, las categorías de promoción y coordinación, metas y monitoreo son las que más se han visto impactadas negativamente en ambos periodos de tiempo (2016-2018 y 2018-2020). Esto quiere decir que hay menos actividades promocionales que incentiven la creación de iniciativas en materia de lactancia materna y que es mínima la existencia de una entidad encargada de la coordinación y supervisión del programa nacional de lactancia materna.

4. Relevancia de la multiplicidad de actores en los proyectos de Cooperación Internacional para el Desarrollo en materia de lactancia materna

Bajo el entendido que la lactancia es la mejor opción alimenticia para las y los niños recién nacidos hasta mínimo los dos años de edad, que la práctica de la lactancia materna recae en las mujeres, que sólo el 27.1% de las mujeres mantiene la práctica de LME (Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica, 2018), y que el puntaje de México como país amigo de la lactancia disminuyó casi a la mitad entre 2016 y 2020 (Comité BBF México, 2020), es pertinente preguntarse qué alternativas existen para incentivar la práctica sin que la carga de trabajo de cuidados provoque un aumento en la desigualdad, discriminación, ni se perpetúen estereotipos de género, entre otros.

Para encontrar estas alternativas puede recurrirse a la gobernanza como herramienta descriptiva que, como se mencionó en el primer capítulo, reconoce

nuevas formas de gobernar y se refiere a la articulación de múltiples actores que intervienen en el proceso de gestión de proyectos, en este caso de CID (Organización Latinoamericana y del Caribe de Entidades de Fiscalización Superiores, 2017a). Dentro de los actores que participan en los arreglos de gobernanza se encuentran actores globales (la OMS y UNICEF, por ejemplo), el Estado, actores gubernamentales regionales y locales, la sociedad civil y actores privados (empresas, academia, medios de comunicación, entre otros).

Cada uno de los actores tiene identidad, intenciones, creencias, deseos, prácticas e intereses propios que condicionan sus experiencias y la manera en la que participan en los arreglos de gobernanza. Esto trae consigo retos inherentes a la gobernanza, mencionados en el primer capítulo: la exclusión de actores que no comparten el mismo sentido común que los demás (Davies, 2011a), afectaciones entre los actores dentro del arreglo provocadas por las decisiones que se toman (Holahan y Lubell, 2017a), y el desconocimiento del arreglo *adecuado* para resolver el problema en un contexto específico (Ostrom, 2005, como se citó en Holahan y Lubell, 2017a).

Además, cada actor posee cierto poder económico y de influencia lo que otorga legitimidad para participar en los arreglos de gobernanza y, por lo tanto, representar sus intereses. El riesgo se presenta en los problemas en los que existen actores que no tienen poder económico o de influencia pero sus creencias, prácticas, intereses y experiencias son pieza clave para entender el problema y avanzar en la solución, como es el caso de la lactancia materna. Ante esta situación, la tercera ola de la gobernanza destaca que se deben identificar voces antes ignoradas y personalizar las experiencias para lograr el entendimiento compartido del problema, generar nuevo conocimiento y así producir nuevas soluciones (Rhodes, 2018a).

4.1. Actores Relacionados con la Lactancia Materna en México.

El universo de actores relacionados con la lactancia materna es extenso. Para identificarlos, se puede recurrir a los que han elaborado las recomendaciones y normas internacionales, a los mencionados en las disposiciones internacionales y nacionales, a los participantes en los programas y estrategias

del gobierno de México y a los involucrados en los proyectos de Cooperación. El primer grupo de actores se puede identificar en la primera sección sobre las recomendaciones y normas internacionales sobre la lactancia materna. Estos OI, como se mencionó en el segundo capítulo, son importantes para la gobernanza pues son quienes diseminan las normas y representan lugares comunes (Sahlin, 2017a). Los participantes en los hitos relacionados con la lactancia son los siguientes: OMS, UNICEF, OIT y el Global Breastfeeding Collective.

Los actores involucrados con la lactancia materna, de acuerdo con estos OI, se pueden apreciar en la Tabla 17. En esta Tabla, además, se destaca cuál es la calidad de su mención. Asimismo se compara con la mención en las disposiciones normativas nacionales. Como se observa, la participación diverge de acuerdo al ámbito de análisis, empero, las disposiciones internacionales mencionan al mayor número de actores, por lo que el análisis se realiza respecto a estos.

Al contrario de las disposiciones internacionales, las nacionales no mencionan a los OI, a las ONG ni a los medios de comunicación como actores con algún papel en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. En el caso de las madres, ambos ámbitos las consideran como beneficiarias de los proyectos; pero las disposiciones nacionales también las enuncian como merecedoras de derechos humanos y derechos específicos por su condición de madres, como los relativos al trabajo.

Tabla 17

Mención de los actores en las disposiciones internacionales y nacionales y su participación en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna

| Actor | Mención en las disposiciones internacionales | Mención en las disposiciones nacionales |
|---------------------------|---|--|
| Gobierno | Sí, hace leyes y proyectos | Sí, garantiza los derechos |
| Personal de salud | Sí, instrumentaliza los proyectos | Sí, instrumentaliza los proyectos |
| Comunidad/Sociedad | Sí, apoya al gobierno; puede ser un obstáculo | Sí, beneficiaria de los proyectos |

| Actor | Mención en las disposiciones internacionales | Mención en las disposiciones nacionales |
|--|---|--|
| Madres | Sí, beneficiarias de los proyectos | Sí, beneficiarias de los proyectos; gozan de derechos humanos y derechos específicos |
| Familias | Sí, apoyan la lactancia | Sí, apoyan la lactancia; beneficiarias de los proyectos |
| Centros de trabajo | Sí, pueden ser un obstáculo | Sí, apoyan al gobierno |
| Organismos internacionales | Sí, hacen planes de acción | No se mencionan |
| Organizaciones no gubernamentales | Sí, hacen planes de acción | No se mencionan |
| Centros educativos | Sí, promueven la lactancia | Sí, apoyan al gobierno |
| Medios de comunicación | Sí, promueven la lactancia | No se mencionan |

Fuente: Elaboración propia

Con base en esta clasificación, los actores participantes en la elaboración de la ENLM 2014-2018 y del Programa de Acción Específico sobre Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024 se muestran en la Tabla 18. Como se puede observar, todos los actores son gubernamentales, corresponden al nivel federal de gobierno, y la mayoría de ellos participaron en ambas acciones. Además, todos los actores pertenecen al sector salud; esto incluye al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), PEMEX, la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina que, aunque sus acciones no son exclusivas de dicho sector, son instituciones parte del Sistema Nacional de Salud.

Tabla 18

Actores involucrados en la ENLM 2014-2018 y en el Programa de Acción Específico sobre Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024

| | ENLM 2014-2018 | Programa de Acción Específico |
|-------------------------------|--|---|
| Gobierno | Secretaría de Salud; IMSS; ISSSTE; SNDIF; PEMEX; Secretaría de la Defensa Nacional; Secretaría de Marina | Secretaría de Salud; IMSS; ISSSTE; SNDIF; PEMEX; Secretaría de la Defensa Nacional; Secretaría de Marina; CNEGSR; Instituto Nacional de Salud para el Bienestar |
| Personal de salud | – | – |
| Comunidad/Sociedad | – | – |
| Madres | – | – |
| Familias | – | – |
| Centros de trabajo | – | – |
| OI | – | – |
| ONG | – | – |
| Centros educativos | – | – |
| Medios de comunicación | – | – |

Fuente: elaboración propia

En cuarto lugar, también se pueden distinguir como actores relacionados con la lactancia materna a aquellos que han participado en los proyectos de Cooperación mencionados en la sección anterior. Éstos, como se puede observar en la Tabla 19, se encuentran dispersos entre los sectores del gobierno, centros de trabajo, OI, ONG y sociedad. Cabe resaltar que los actores sociales relacionados hasta el momento son el Sindicato Nacional de Trabajadores del Sector Financiero, y el Proyecto de Apoyo a la Lactancia Materna (PALMA) lo que resalta en el análisis de los intereses de los actores que se realizará más adelante.

Tabla 19

Actores involucrados en los proyectos de CID en México en materia de lactancia materna activos entre 2000 y 2022

| | IHAN | BLH | Salas de Lactancia |
|-------------------------------|---|--|---|
| Gobierno | Gobierno de México; Secretaría de Salud federal; Secretarías de Salud locales; CENSIA | Gobierno de Brasil; Gobierno de México; FIOCRUZ; ABC; INPER; INSP; hospitales públicos locales | STPS; Secretaría de Salud; IMSS; INM; Banco de México |
| Personal de salud | – | – | – |
| Comunidad/ Sociedad | – | – | Sindicato Nacional de Trabajadores del Sector Financiero; PALMA |
| Madres | – | – | – |
| Familias | – | – | – |
| Centros de trabajo | – | – | ACH Foods México; General Electric; Grupo Gentera; Laboratorios Liomont; Marsh Brockman; Pfizer |
| OI | OMS; UNICEF | SEGIB | UNICEF |
| ONG | Liga de la Leche; IBFAN; ILCA; WABA | – | – |
| Centros educativos | – | – | – |
| Medios de comunicación | – | – | – |

Fuente: elaboración propia

Cada uno de los actores mencionados atiende de manera general a un tema específico: derechos, salud infantil, salud materna, promoción de la práctica de la lactancia, sucedáneos de la leche materna, el ámbito laboral y la academia. La reconfiguración de dichos actores de acuerdo a estos temas permite observar desde qué perspectiva actúan en la promoción, protección y apoyo de la lactancia en México.

Tabla 20

Clasificación de los actores involucrados con la lactancia materna en México de acuerdo a su área de acción

| | Internacionales | Gubernamentales | Privados | Sociales |
|---|--|---|---|---|
| Salud infantil | OMS; UNICEF; SEGIB | SNDIF; INSP; CENSIA; hospitales | - | - |
| Salud materna | OMS | INSP; INMUJERES; INPER, CNEGSR; hospitales | - | - |
| Derecho a la Salud | OMS | Secretaría de Salud; Instituto Nacional de Salud para el Bienestar; Gobierno de México; PEMEX; Secretaría de la Defensa Nacional; Secretaría de Marina; Secretaría de Salud locales | - | - |
| Práctica de la lactancia materna | Global Breastfeeding Collective; IBFAN; WABA | - | - | La liga de la Leche; ILCA |
| Sucedáneos de la leche, herramientas y otros alimentos | - | - | - | - |
| Ámbito laboral | OIT | ISSSTE; IMSS; STPS; Banco de México | General Electric; Grupo Gentera; Laboratorios Liomont; ACH Foods México; Marsh Brockman; Pfizer | Sindicato Nacional de Trabajadores del Sector Financiero; PALMA |
| Academia y educación | - | - | - | - |

Fuente: elaboración propia

De tal forma que, como se puede observar en la Tabla 20, la mayoría de los actores identificados en México se concentran en la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en su relación con el ámbito laboral; y en segundo lugar, se concentran en la práctica de la lactancia para favorecer la salud. Por el contrario, los rubros en los que no aparecen actores son en la academia y los relacionados con los sucedáneos de la leche, el uso de herramientas para la alimentación y otros alimentos.

Realizar este análisis es útil también para comprender que la cantidad de actores y su ámbito de acción no son los únicos aspectos a resaltar. Es decir, es importante reconocer los intereses que persiguen dentro de ese ámbito. Por ejemplo, en el aspecto laboral, con la mayor cantidad de actores, es posible reconocer que estos se distribuyen a lo largo de las categorías; es decir, hay actores internacionales, gubernamentales, privados y sociales. A pesar de esta distribución, todos los actores en el aspecto laboral comparten un interés: la reinserción laboral de las madres después del tiempo determinado como licencia de maternidad permitiendo la conciliación entre el trabajo productivo y la lactancia (es decir, trabajo de cuidados) de acuerdo con las recomendaciones internacionales.

Además de los actores que participan en las acciones gubernamentales o de los proyectos de Cooperación, en el universo de actores involucrados con la lactancia materna en México se pueden incluir aquellos que han demostrado interés, experiencia y conocimiento sobre el tema. Entre estos, sobresalen los que participaron en la pasada semana mundial de lactancia materna, llevada a cabo del 1 al 7 de agosto de 2022: la Asociación de Consultores Certificados en Lactancia Materna en México (ACCLAM), el Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM), el Pacto por la primera infancia, Save the Children, Un kilo de ayuda, y la Universidad Iberoamericana. Y, finalmente, se pueden incluir empresas relacionadas con la venta de sucedáneos de la leche, biberones, chupones, extractores, y otras formas de alimentación, como Evenflo, Nestlé, Farmacia San Pablo, entre otras.

Si bien la consideración de estos actores expande la clasificación de actores según su ámbito de acción presentada en la Tabla 20, es conveniente resaltar que ninguno de ellos actúa siguiendo los intereses de la disminución

del trabajo de cuidados de las mujeres. Es por lo anterior que se sostiene que para que los proyectos de CID en materia de lactancia materna no perpetúen estereotipos de género, no hagan más profunda la división sexual del trabajo, y no aumenten indiscriminadamente la carga de trabajo de cuidados para las mujeres, se requiere la participación de actores con intereses y experiencia en los cuidados.

4.2. Actores Relacionados con los Cuidados: Implicaciones para los Proyectos en Materia de Lactancia Materna.

Las consecuencias de la falta de participación de actores con intereses vertidos en el trabajo de cuidados son que, explícitamente, los proyectos no reconocen, redistribuyen o reducen el trabajo de cuidados que realizan las mujeres al amamantar. Esto, de manera general, propicia que el trabajo de cuidados se traslade de una madre a otra persona, que no se asignen responsabilidades a otros actores del diamante del cuidado, que se reduzca el acceso de las mujeres a sus derechos, y que disminuyan los beneficios de la lactancia materna. Dichas implicaciones están presentes en diferente medida en los tres proyectos de CID en materia de lactancia materna analizados en este capítulo.

En primer lugar, en la última versión de la IHAN se menciona que fue revisada por más de 300 actores, entre los que destacan la Liga de la Leche, IBFAN, ILCA y WABA que, de acuerdo con la Tabla 20, centran sus acciones en promover la práctica de la lactancia materna.

A pesar de que con la información pública no se puede determinar qué otros actores con cuáles intereses participaron en dicha revisión, sí es posible identificar si la lactancia es reconocida como un trabajo de cuidados y si se sugieren medidas desde esa perspectiva. De tal forma, la IHAN se enfoca en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en los establecimientos de salud. En los Diez pasos se mencionan acciones que los centros médicos deben tomar para garantizar la lactancia materna en cualquier lugar del mundo que, por un lado, tienen que ver con las prácticas que las y los doctores deben realizar, y por otro lado se relacionan con los conocimientos y técnicas que las madres deben recibir.

Dentro del segundo grupo de pasos podrían encontrarse algunos que dieran pista sobre la consideración de la lactancia como un cuidado. Sin embargo, entre ellos, no se incluye alguno relacionado con el tiempo requerido para amamantar a libre demanda, aunque el paso ocho menciona que se debe ayudar a las madres a reconocer los signos tempranos de hambre para favorecer la lactancia a libre demanda. El paso nueve, por su parte, corresponde al asesoramiento a las madres sobre los riesgos del uso de biberones y chupones, pero no menciona que se debe dar información sobre el uso correcto de extractores o formas de almacenar la leche materna extraída.

El paso uno menciona que se debe aplicar plenamente el Código Internacional de Comercialización de la Leche Materna que, como se analizó en el capítulo anterior, limita el acceso de las madres a información en los casos en los que se decida no amamantar. Finalmente, la última actualización de la IHAN eliminó el paso correspondiente a las medidas para garantizar la salud física y psicológica de las madres, por razón de no ser actividades pertinentes para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna.

De esta forma, se puede argumentar que la IHAN es un proyecto de CID en el que se ofrece información a las madres sobre la lactancia materna de acuerdo con las recomendaciones internacionales pero que no distingue entre la posibilidad o voluntad de las madres para amamantar. En este sentido, reconociendo que la lactancia materna es un derecho humano que para las madres se vincula con su derecho a la información certera y necesaria para tomar decisiones (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2016a), involucrar actores que intercedan en favor del reconocimiento de la lactancia como un trabajo de cuidados podría matizar los Diez pasos hacia una feliz lactancia y motivar a los centros de salud a brindar información que promueva, proteja y apoye a la lactancia en los distintos contextos en los que se encuentren las madres. De una forma, la Iniciativa podría no sólo certificar a hospitales con prácticas amigables para la niñez, sino también para las madres que son quienes realizan la práctica.

En segundo lugar, la Red de BLH es un proyecto de CID creado para acercar la leche materna a niñas y niños que por cuestiones de salud no pueden ser alimentados directamente del pecho de sus madres. El acercamiento desde los cuidados a este proyecto podría ser el pensar en

aquellas madres que deciden no amamantar ni extraerse leche como técnica de alimentación para sus hijas e hijos. Lo anterior puede resultar en complicaciones respecto a la cantidad de leche que se debe recibir y desde una perspectiva feminista se debe considerar el riesgo de ver a las madres como seres de producción masiva de leche humana y a la leche como un producto dentro del mercado.

Sin embargo, aún estableciendo que utilizar los BLH para disminuir el trabajo de cuidados de las mujeres no es la mejor alternativa, la participación de actores con interés en los cuidados en las actividades de este proyecto podría ser un punto de inflexión en la generación de conocimiento sobre la pertinencia de hacer la leche materna accesible para aquellas madres que por algún motivo no lactan pero deciden utilizarla como alimento para sus hijas e hijos pues conserva beneficios en favor de su salud y nutrición. Esta sería una forma de redistribuir el trabajo de cuidados en materia de lactancia materna que no significa que los otros actores del diamante del cuidado lacten, sino que generen condiciones que disminuyan la carga de trabajos que implica para las madres mantener la práctica óptima de la lactancia materna.

En este sentido, el tercer proyecto de CID, la Guía para la instalación y funcionamiento de salas de lactancia, promueve la LME hasta los seis meses entendiendo que ésta es exclusiva y a libre demanda, por lo que una persona debe estar con la o el bebé todo el tiempo y ofrecerle la leche extraída por su madre en su oficina, lo que genera cadenas de cuidados; el proyecto también menciona que los centros de trabajo deben posibilitar el acceso a guarderías cerca o dentro del lugar de trabajo, sin embargo mantiene que los descansos para amamantar son dos de 30 minutos cada uno, por lo que no se puede lograr la lactancia a libre demanda sin una persona cuidadora para los momentos en los que las madres no están con sus hijas e hijos.

Finalmente, la falta de intereses volcados en los cuidados también impacta en los beneficios de la lactancia materna descritos en el capítulo introductorio. Las medidas propuestas por la Guía se basan en compatibilizar el tiempo que las madres trabajan con el tiempo que requieren para extraerse leche, lo cual requiere material, conocimiento y acceso a agua limpia, energía eléctrica, entre otros recursos. De esta forma, la lactancia deja de ser una práctica alimenticia gratuita sin repercusiones medioambientales.

Conclusiones

La situación de la lactancia materna en México sólo se puede entender si, además de las leyes y las disposiciones normativas, se analizan las políticas, programas y proyectos relacionados con la materia. De esta forma, en este capítulo se analizaron las acciones que se han llevado a cabo en México entre el año 2000, con la puesta en marcha de los ODM, hasta el año 2022. Estas acciones se dividen en dos: las nacionales, analizadas mediante los PND de los gobiernos en turno en esos 22 años; y las de CID, distinguiendo las que han estado activas durante el mismo periodo.

En cuanto a los PND, el análisis comparado permite apreciar las diferentes formas de acercarse al problema de la lactancia materna: la salud y nutrición infantil, la salud materna, los derechos sexuales y reproductivos, y los cuidados. Durante los primeros dos sexenios analizados se puede observar cierta importancia a temas relacionados con la lactancia materna y los cuidados pero no destacó ninguna acción específica. En cambio, a partir del sexenio del presidente Enrique Peña Nieto se empezaron a realizar acciones específicas en favor de la lactancia que, si bien no continuaron en el siguiente gobierno, sí sentaron las bases para reconocer la importancia y complejidad del tema.

En el PND 2001-2006 del presidente Vicente Fox Quezada, se reconoce que las mujeres han asumido un costo por ayudar al desarrollo de sus familias, lo que afecta su propio desarrollo y el desarrollo social. Ante esto, se hace hincapié en tomar medidas para la distribución equitativa de los asuntos relacionados con la maternidad, acercándose al tema de los cuidados. Por su parte, el PND del presidente Felipe Calderón Hinojosa contiene cinco ejes de política pública dentro de los cuáles uno corresponde a la igualdad de oportunidades. Las acciones mencionadas se relacionan con la salud reproductiva, la salud materna y la salud infantil. En este último rubro se menciona como objetivo el promover el desarrollo sano de la niñez mediante el incremento de los programas de mejoramiento nutricional.

En el siguiente PND (2013-2018), correspondiente al gobierno del presidente Enrique Peña Nieto, se mencionan estrategias para enfrentar la violencia contra las infancias, para mejorar la alimentación y nutrición de la población, y para disminuir las tasas de mortalidad infantil y materna. Si bien el

Plan no menciona explícitamente la lactancia materna, el tema cobró relevancia debido a la puesta en marcha de la Agenda 2030. Así, se creó la ENLM con el objetivo de incrementar el número de niñas y niños alimentados con leche materna hasta los dos años de edad.

Finalmente, el PND del actual gobierno (2019-2024) no menciona la lactancia materna ni el seguimiento a la ENLM. Sin embargo, se creó el Programa de Acción Específico sobre Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024 en el que se hace referencia a algunas de las recomendaciones internacionales en materia de lactancia materna y se establece que la lactancia materna es voluntaria. Además, se manifiesta en materia de cuidados asignando corresponsabilidad a la pareja en situaciones de embarazo y a la comunidad para mejorar la salud materna. Esto último representa un acercamiento a lo que se argumenta en este trabajo de investigación a pesar de no vincular específicamente la lactancia con el trabajo de cuidados y de no mencionar la responsabilidad del Estado y del mercado con los mismos.

En un segundo momento, en este capítulo se exploran los tres proyectos de CID relacionados con la lactancia materna que han existido durante el periodo de tiempo analizado (2000-2022): la IHAN, la Red de BLH y la Guía para la instalación y funcionamiento de salas de lactancia. En este análisis se destacan las diferentes aproximaciones al problema de la lactancia, desde la IHAN se aborda la promoción, protección y apoyo desde los centros de salud; desde la Red de BLH se destaca la importancia de la leche humana para niñas y niños con problemas de salud que no pueden tomar leche directamente de sus madres; y con la Guía se busca generar un espacio para que las madres amamanten o se extraigan leche una vez reincorporadas a sus actividades laborales.

Cada uno de estos proyectos muestra diferentes retos y resultados empero, a pesar de sus diferencias, se reconoce que una similitud: los actores involucrados y los actores ignorados. De esta forma, la segunda parte de este capítulo plantea la importancia de la multiplicidad de actores con distintos intereses para los proyectos de cooperación en la materia. Y se plantea que los actores que en la gobernanza son señalados como *ignorados*, son aquellos que se relacionan con los cuidados.

Esto supone dos cuestiones: ¿cuáles son los actores relacionados con los cuidados que han sido ignorados? Y, ¿han sido ignorados de manera premeditada?

Como respuesta a la primera pregunta, se puede concluir que en el *universo* de actores vinculados con los cuidados en México, no existe uno o un grupo en específico que trabaje en el vínculo lactancia-cuidados y que de manera orgánica pueda participar en la planeación, desarrollo y/o evaluación de estos proyectos. Sin embargo, como se planteó en el capítulo anterior, el tema de los cuidados va tomando relevancia en el contexto mexicano por lo que este trabajo se presenta como una oportunidad para que, si desde la trinchera de la lactancia no se han trazado esas redes, se haga desde la trinchera de los cuidados.

Con respecto al segundo cuestionamiento, esta investigación no permite declarar que los cuidados han sido ignorados premeditadamente desde el estudio, la normativa y las acciones en materia de lactancia materna. Como se estableció en el primer capítulo, la lactancia materna es un problema políticamente turbulento que es más retorcido por los actores y sus intereses que por la complejidad del problema. De esta forma, las madres son un actor con intereses que retuercen el problema.

Los trabajos de cuidados son un problema en sí mismo que, hasta la actualidad, afecta en mayor medida a las mujeres. Si bien desde las teorías feministas, el estudio del género y el análisis de los cuidados se ha establecido que son un imperativo social esencial para la vida, la realidad es que se necesita voluntad para que el Estado, el mercado y la sociedad se reconozcan como actores responsables y capaces de cargar con las labores de cuidados. Por lo tanto, al no estar en un modelo como el del *cuidador universal* que propone Nancy Fraser (2015a) en el que la norma sea el patrón de vida de las mujeres, no se puede suponer que ignorar el tema de los cuidados cuando se estudia la lactancia materna sea un acto premeditado.

Aún con estas consideraciones, en el último subapartado de este capítulo se identifica si los proyectos de CID en materia de lactancia materna toman en cuenta la carga de trabajo de cuidados que implica para las mujeres el alimentar con leche materna a sus hijas e hijos siguiendo las recomendaciones internacionales que se promueven, y se indaga en las

implicaciones que tendría para los proyectos el involucrar actores con intereses en los cuidados. Este análisis lleva a dos conclusiones: la primera, es que considerar el trabajo de cuidados no significa crear espacios que permitan que las mujeres lacten mientras cumplen con sus otras responsabilidades, en cambio, se refiere a que los otros actores asuman responsabilidades y tomen acción para que la carga de trabajos no recaiga únicamente en las madres. Esto significa dar más información, permitir la toma de decisiones en condiciones de libertad sin discriminación, contextualizar la situación de cada madre, propiciar el acceso a alternativas, asumir costos económicos y de tiempo, entre muchas otras.

La segunda, es que considerar a los cuidados dentro de los proyectos de CID en materia de lactancia materna implica poner al centro a las mujeres. La lactancia es un factor de desarrollo indiscutible por lo que se debe seguir promoviendo, protegiendo y apoyando; sin embargo, esto no debe hacerse sin tomar como aspecto central a la persona que la realiza. Esto significa no sólo incentivar la práctica por sus múltiples beneficios, sino considerar, ponderar y actuar en consecuencia de las implicaciones que tiene para las madres en cuanto a su tiempo, su estado físico, emocional, entre otras.

Instituto
Mora

CONCLUSIONES

A lo largo de esta tesis se ha dejado ver que existen diferentes maneras desde las que se puede apoyar, promover y proteger la lactancia materna, aumentar la tasa de LME y beneficiar el desarrollo. Tanto en el ámbito internacional como en el ámbito nacional, la perspectiva que predomina para lograrlo es desde los servicios de atención médica con dos objetivos: la salud infantil y la reincorporación laboral de las mujeres.

El primero, la salud infantil, tiene razón de ser en que los principales y más evidentes beneficios de la lactancia materna son para las y los niños. Sin embargo, hay muchos otros beneficios que, si fueran de conocimiento de la población, podrían fomentar un ambiente más propicio para la lactancia materna. Lo anterior es importante porque si bien algunas de las barreras de la lactancia recaen en la salud y decisiones de las madres, el resto tiene que ver con la comunidad: con las presiones hacia las madres y el impacto psicológico que esto causa en ellas.

El segundo objetivo, la reincorporación de las madres al trabajo, si bien debe fomentarse también presenta el riesgo de ser una presión para las madres que las puede orillar a tomar decisiones en cuanto a la manera de alimentar a sus hijas e hijos. Esto implicaría que su decisión no dependa únicamente de su criterio, su preferencia y la información que tengan, sino de lo que el Estado, las leyes y las empresas las empujan a hacer.

Aún desde estas perspectivas, en México se han desarrollado distintos proyectos de CID y hasta una Estrategia Nacional con el objetivo de apoyar, proteger y promover la lactancia materna que, como consecuencia, aumentan la tasa de lactancia materna en México. Sin embargo, la tasa de LME en México no supera el promedio mundial y se encuentra a poco más de 14 puntos porcentuales del objetivo propuesto por la OMS y UNICEF, a 3 años del año establecido como límite por el Global Breastfeeding Collective. Por lo anterior, es debido buscar nuevas aproximaciones al problema, una de ellas es cambiando el entendimiento de la lactancia materna como un tema de salud a un tema de cuidados.

Importancia de los cuidados para los proyectos de CID en materia de lactancia materna

En respuesta a la primera pregunta específica de investigación (¿qué importancia representa para los proyectos de CID entender la lactancia materna como un trabajo de cuidados?), en principio es debido recordar, como se explicó en el primer capítulo, que los proyectos de CID son acciones llevadas a cabo por varios actores que tienen el objetivo de resolver problemas de desarrollo y fomentar el bienestar (Ayala, 2012a). Como se ha explicado, la lactancia materna es uno de esos problemas de desarrollo pues se vincula con las capacidades centrales humanas propuestas por Martha C. Nussbaum y también con los 17 ODS establecidos en la Agenda 2030.

Los proyectos de CID en materia de lactancia materna en México han seguido con la tendencia internacional del análisis y estudio de la lactancia desde la perspectiva científica y médica. Además, en los casos en los que el análisis se ha centrado en un actor no Estatal, este ha sido mayormente la infancia; y por otro lado, las medidas de apoyo a las mujeres han sido principalmente permisos laborales para centros de trabajo formal. Al ser así, no se le ha da el peso suficiente a la lactancia como un acto performativo para el que es necesaria la participación de las mujeres, quienes llevan a cabo la acción de amamantar, tienen el conocimiento generado por la experiencia de hacerlo, y son en quienes recaen las consecuencias de dicha acción.

Sin embargo, para que estos proyectos sean eficaces, se establecieron principios que en cierto grado aseguran dicha eficacia. Los cinco principios que son la base para la CID son: apropiación, alineación, armonización, responsabilidad mutua y gestión basada en resultados (Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo, 2005). Sin embargo, la práctica de la CID siguiendo estos principios visibilizó tres desafíos: 1) los Estados deben identificar sus propios problemas de desarrollo y formar sus propios proyectos tomando el papel de los *donantes* como de respaldo; 2) todos los actores involucrados deben participar en asociaciones inclusivas; y 3) es necesaria la rendición de cuentas (Programa de Acción de Accra, 2008).

Tomando en cuenta el primer desafío, se debe entender que la lactancia tiene beneficios que se manifiestan de la misma forma a nivel mundial y que es

una práctica con obstáculos comunes identificados. Sin embargo, dentro de esos obstáculos no se encuentra el trabajo de cuidados que representa la lactancia materna para las mujeres, como se analizó en el preámbulo de la presente tesis.

En este sentido, si se entienden los cuidados como las actividades que brindan bienestar físico, emocional y psicológico a otras personas de manera remunerada o no remunerada, formal o informal, por obligatoriedad o responsabilidad, y con costos económicos y/o emocionales (Esteban, 2017a; Daly y Lewis, 2000a), resulta sencillo reconocer la lactancia como un cuidado. Además, la carga de trabajo que representa es variable para cada bebé, entonces, una madre puede invertir entre 48 minutos hasta trece horas diarias alimentando a sus hijas e hijos (Kent, et al. 2006a). Lo que posiciona a la lactancia materna como un trabajo de tiempo completo. De acuerdo con la ENUT (2019), en México:

- Las mujeres trabajan 6.9 horas más que los hombres
- Aquellas que tienen un trabajo remunerado invierten más del doble de tiempo en el trabajo de cuidados que los hombres
- Aquellas que no tienen un trabajo remunerado invierten cerca del triple de tiempo en trabajo de cuidados que los hombres
- Invierten más del doble de tiempo que los hombres cuidando a las y los bebés de su familia de hasta cinco años
- Sin importar si tienen trabajo remunerado o no, cuidan el mismo tiempo a las y los bebés de su familia de hasta cinco años

Por lo tanto, considerar la lactancia materna como un trabajo de cuidados en la formulación de proyectos de CID es una forma de identificar el problema y contextualizarlo al Estado mexicano. Lo que, como consecuencia, coadyuvaría con la eficacia de los proyectos de CID en materia de lactancia materna en México.

Proyectos de CID en México en materia de lactancia materna

Los proyectos de CID en materia de lactancia materna analizados a lo largo de esta tesis son tres: la IHAN, con la que se busca la implementación de las recomendaciones internacionales descritas en el segundo capítulo, sobre todo los Diez pasos hacia una feliz lactancia; la Red Iberoamericana de BLH, gracias a la cual se incrementó la cantidad de bancos de leche humana en México; y la Guía para la Instalación y Funcionamiento de Salas de Lactancia, que pretende conciliar las responsabilidades laborales y la vida familiar impulsando la creación de salas de lactancia en los centros laborales en toda la República Mexicana.

Para responder la segunda pregunta específica de investigación (¿los proyectos de CID en materia de lactancia materna en México incluyen medidas relacionadas con los cuidados?), en el tercer capítulo se compiló la información pública sobre cada uno de estos proyectos⁷¹. En primer lugar, los diez pasos mencionados en la última revisión de la IHAN, llevada a cabo en 2016, se enfocan en actividades específicas y pertinentes para la protección, promoción y apoyo de la lactancia en los establecimientos de salud. Las medidas favorables a las madres, que no incluían cuestiones de tiempo pero sí de su salud física y psicológica, fueron eliminadas.

En segundo lugar, la Red de BLH no involucró directamente medidas relativas a los cuidados pues fue un proyecto de cooperación técnica enfocado en hacer accesible la leche humana para las y los bebés recién nacidos prematuros, nacidos con bajo peso o que están en terapia intensiva por otros problemas de salud. Finalmente, la Guía para la instalación y funcionamiento

⁷¹ Es preciso recordar las limitantes mencionadas en el capítulo introductorio pues, al no existir una institución u organismo que monitoree y evalúe los proyectos en materia de lactancia, la cantidad y veracidad de la información dependen de la voluntad política. Sin bien esta situación se ha generalizado para evitar conflictos, se cree necesario puntualizar que la práctica profesional realizada en la OPS/OMS dejó ver que, para la IHAN, el monitoreo y evaluación se intentó realizar mediante llamadas telefónicas hacia las y los funcionarios públicos encargados de los proyectos de lactancia materna en cada uno de los estados de la República Mexicana. El contacto con las personas con las que la OPS/OMS tiene buena relación, fue sencillo y brindaron la información necesaria sin objeción; sin embargo, el contacto con las personas que por motivos políticos no tienen buena relación con el OI, fue complejo o imposible. Durante estos intentos por recabar la información, la encargada del área recibió la instrucción de que la información no podía ser recabada por la OPS/OMS directamente, a pesar de ser un proyecto de CID creado por este OI y UNICEF, por lo que el cuestionario que se había desarrollado y los indicadores requeridos fueron enviados a la Secretaría de Salud. Durante el tiempo que se realizaron las prácticas profesionales no hubo respuesta y el informe que se pretendía realizar sobre el estado de la IHAN en 2021, no fue publicado.

de salas de lactancia se acerca a la consideración de la lactancia como un trabajo de cuidados pero no involucra este factor en su diseño.

Lo anterior se evidencia pues es una medida de conciliación de actividades productivas y de cuidados, lo que promueve estadísticas como que, sin importar si tienen trabajo remunerado o no, cuidan el mismo tiempo a las y los bebés de su familia de hasta cinco años (Encuesta Nacional de Uso de Tiempo, 2019). Además, este proyecto de CID no permite dar leche materna de acuerdo a las recomendaciones internacionales, genera gastos económicos, disminuye los beneficios de la lactancia materna y promueve que el trabajo de cuidados se traslade a otra persona ya que la madre está en su oficina.

En este sentido, se puede responder que no, los proyectos de CID en materia de lactancia materna en México no involucran medidas relacionadas a los cuidados. Esto, además, se manifiesta en los actores que se han involucrado en la formulación de los proyectos en México. Como se puede observar en la Tabla 20, los actores en México concentran sus intereses principalmente en el ámbito laboral y en la salud. Al contrario, no hay actores involucrados con intereses volcados hacia el uso de tiempo de las mujeres o las implicaciones que la lactancia tiene para ellas.

Lo anterior permite dar respuesta a la pregunta general de investigación planteada para el desarrollo de la presente tesis: ¿De qué manera puede contribuir la gobernanza como herramienta a la consideración de los cuidados en los proyectos de CID en materia de lactancia materna en México?

Aportes de la gobernanza para la consideración de los cuidados en los proyectos de CID en México en materia de lactancia materna

A lo largo de esta tesis se ha argumentado que la lactancia materna es un trabajo de cuidados y una práctica que impacta positivamente al desarrollo. El generar proyectos que aumenten la tasa de lactancia materna considerando su caracterización como trabajo de cuidados genera un problema complejo que, de acuerdo con la clasificación propuesta por Alford y Head (2017a), puede ser entendido como un problema políticamente turbulento, es decir, el problema es claro pero no lo es su solución y existen múltiples partes involucradas entre las que se generan conflictos en términos de valores e intereses.

Esta caracterización permite argumentar que el problema que representa la lactancia materna puede ser resuelto utilizando la gobernanza como una herramienta descriptiva que es referente a la articulación de múltiples actores que intervienen en la formulación de proyectos, en este caso de CID. Resulta preciso mencionar que la calificación de México como país amigo de la lactancia materna ha disminuido, como se explica a profundidad en el tercer capítulo. Esto es una señal de que, a pesar de los esfuerzos que se realizan, son necesarias otro tipo de soluciones.

A diferencia del entendimiento normativo de la gobernanza que puede asociarse con un *deber ser*, su acepción descriptiva deja ver elementos cuya presencia pueden calificar un esfuerzo que busca la resolución de algún problema social como uno que utiliza la gobernanza como herramienta para resolver dicho problema social. Dichos elementos son:

- La estructura en red multi-actor, multi-nivel y multi-sector;
- La diversidad de actores entre los que se encuentra el Estado, la sociedad civil, los actores privados
- El reconocimiento de actores antes ignorados
- La participación de los actores quienes son reconocidos con la capacidad de colaborar en la formulación de proyectos en lugar de ser vistos únicamente como usuarios o beneficiarios
- La importancia que se le da a las interpretaciones, identidades, intenciones, intereses, creencias y experiencias que cada uno de los actores tiene sobre el mismo problema
- El proceso vivo de búsqueda de soluciones ante los cambios constantes en las creencias, deseos y experiencias de los actores
- La necesidad de llegar a acuerdos compartidos sobre el problema y la generación de nuevo conocimiento para producir nuevas soluciones

Tomando en cuenta estos elementos, se puede afirmar que la CID en México en materia de lactancia materna ha utilizado la gobernanza para la formulación

de proyectos. Se reconoce la estructura en red y la diversidad de actores (ver Tabla 19), los acuerdos compartidos y la participación de actores antes considerados como beneficiarios, como se describe en el segundo capítulo. Sin embargo, la investigación realizada permite ver que otros elementos como el reconocimiento de actores antes ignorados, la importancia de los intereses y experiencias, y el considerar la búsqueda de soluciones como un proceso vivo, podrían contribuir con los proyectos de CID permitiendo y promoviendo que los cuidados sean tomados en cuenta como una variable que condiciona la eficacia de dichos proyectos.

De esta forma, en primer lugar, esta tesis distingue que el reconocimiento de actores antes ignorados puede darse en dos formas: la integración de actores que vinculen los cuidados y la lactancia, como ONUMJERES que si bien promueve ambos temas, no se ha relacionado con ninguno de los proyectos en la materia en México; y la segunda, el involucramiento de las mujeres como actores con capacidad de colaborar en los procesos de diseño, implementación y evaluación de proyectos.

Ante esta segunda forma, se debe reconocer la dificultad de integrar a *las mujeres* o a *las madres* pues no son un grupo homogéneo. Cada mujer y cada binomio mamá-bebé son realidades únicas por lo que una alternativa es poner al centro de la formulación de proyectos una *idea* de madre en un sentido amplio que no discrimine por edad, género, capacidades motrices, enfermedades, situación económica, número de hijos e hijas, situación laboral, estado civil, etc. Y la otra alternativa es considerar a las madres en grupos organizados o colectivos con intereses en común que podrían ser los principales actores en los arreglos de gobernanza. La importancia de esto radica en que, ya sea utilizando los servicios de los hospitales amigos del niño y de la niña, donando leche a los bancos de leche humana o haciendo uso de las salas de lactancia, el actuar, la experiencia, el conocimiento y los intereses de las madres son imprescindibles para el entendimiento del problema, la producción de soluciones y la generación de nuevo conocimiento.

En segundo lugar, darle lugar a los intereses y a las experiencias de los actores, y reconocer la necesidad de generar nuevo conocimiento podría dar paso a cuestionarse otros usos, no sólo médicos, para los bancos de leche humana. Si bien en el segundo capítulo se plantea la complejidad de esta

situación, no se puede dejar de lado que el respeto a los derechos humanos de las mujeres requiere respetar su voluntad de amamantar o no hacerlo; y al mismo tiempo, respetar los derechos humanos de las y los niños requiere hacer accesible la mejor forma de alimentación posible.

En tercer lugar, considerar los ejercicios de solución de problemas de desarrollo como proyectos vivos, que pueden cambiar, permitiría, por ejemplo, involucrar actores que intercedan en favor del reconocimiento de la lactancia como un trabajo de cuidados podría matizar los Diez pasos hacia una feliz lactancia y, por lo tanto, la IHAN, para lograr que los centros de salud brinden información que promueva, proteja y apoye a la lactancia de acuerdo a los distintos contextos en los que se encuentren las madres.

De acuerdo Hoppe (2002) existe una exigencia a los gobiernos de brindar soluciones a los problemas de manera inmediata. Sin embargo una de las condiciones para encontrar dichas soluciones desde la perspectiva de la gobernanza es la resiliencia o la *prueba y error inteligente*. Asumir esta condición significa pensar que los proyectos de CID actuales no deben sustituir, sino que es posible ajustarlos y darle más peso a la perspectiva individual y contextual de las mujeres y sus experiencias con relación a los cuidados.

Otras conclusiones

- En México parece existir cierta resistencia por parte del Estado para legislar en lo relativo a los cuidados. La investigación realizada deja ver que esto se da por una cuestión de prioridades gubernamentales pero también es preciso plantear que, sin dicha legislación, la corresponsabilidad que tiene el mismo Estado y el mercado, explicada gracias al diamante del cuidado, no se manifiesta en las leyes, las normas, ni en las acciones del gobierno. Sin legislación, llegar al modelo de cuidados más cercano a la igualdad de género, el del cuidado universal, resulta más complejo.
- Las acciones para promover la conciliación del empleo, la vida familiar y la personal de las madres mediante normas laborales y protección social, no parecen suficientes en términos de derechos humanos. Las mujeres deben poder decidir sobre el uso de su tiempo en libertad. Esto implicaría que, para garantizar el derecho a los cuidados, y a los demás

derechos ancla de la lactancia materna, el Estado desarrolle infraestructura pública, no únicamente servicios de salud y protección social para las mujeres con empleos formales.

- Uno de los principales riesgos de utilizar otros elementos de la gobernanza en la formulación de proyectos de CID es la complejidad que se genera para llegar a acuerdos compartidos. La diversidad de actores es basta y los intereses de los actores es igual de variada. Si a estos arreglos se les insertan variantes que tienen que ver con los cuidados, los intereses pueden llegar a ser opuestos.
- A lo largo de esta tesis se encontraron dos ejemplos de gobernanza que, de existir, podrían favorecer a los proyectos de CID en materia de lactancia materna en México. El primer ejemplo está compuesto por las *redes de apoyo de la lactancia* que son mencionadas en distintas ocasiones tanto en las disposiciones normativas internacionales como nacionales. Estas redes de apoyo podrían trasladarse a ser redes de gobernanza que desde su contexto local actúen en favor de la lactancia tomando en cuenta su experiencia. El segundo ejemplo es el Sistema Nacional de Cuidados que, al ser ideado como un órgano articulado por diversos actores gubernamentales, todos involucrados con los cuidados desde distintos sectores, podrían involucrarse en todos los proyectos de CID en la materia, ayudar con el monitoreo y evaluación de los proyectos, entre otras actividades necesarias.
- Algunas propuestas para modificar el proyecto de la Red Iberoamericana de BLH y el proyecto de Salas de lactancia y considerar en ellos los cuidados, podrían ser la cooperación técnica para desarrollar equipo de extracción y almacenaje de leche humana en casa para hacerla más accesible para todas las madres que lo requieran; también puede existir capacitación para implementar en guarderías públicas y privadas la alimentación a libre demanda con leche humana.
- Finalmente, continuar con los proyectos en favor de la lactancia materna sin considerar el trabajo de cuidados no sólo evita que se avance en los objetivos sobre la tasa de LME y de lactancia materna en México, sino que se afecta el desarrollo humano y sostenible, no se garantizan los derechos humanos de las mujeres, de las niñas y de los niños, se

fomenta la división sexual del trabajo, y se perpetúa la desigualdad de género.



REFERENCIAS

Artículos

- Alford, J. y Head, B. W. (2017a). Wicked and less wicked problems: a typology and a contingency framework. En *Policy and Society*, pp. 1-17.
- Arellano, D., Sánchez, J. y Retana, B. (2014a). ¿Uno o varios tipos de gobernanza? En *Cuadernos de Gobierno y Administración Pública*, 1(2), pp.117-137.
- Baeza, S. (2005). Familia y género: las transformaciones en la familia y la trama invisible del género. En *Praxis Educativa (Arg)*, 9, pp. 34-42.
- Berg, B. J. (1978a). The Remembered Gate: Origins of American Feminism. The Woman and the City, 1800-1860. En *Urban Life in America Series*, 83(5), p. 334.
- Carby, H. (1982). White woman listen! Black feminism and the boundaries of sisterhood. En *The Empire Strikes Back: Race and Racism in 70s Britain*, pp. 212-235.
- Casares, E. (2008). La función de la mujer en la familia. Principales enfoques teóricos. En *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, 36, pp. 1-21.
- Colmena, R. (2013a). Enfoque de capacidades y sostenibilidad. Aportaciones de Amartya Sen y Martha Nussbaum. En *Ideas y valores*, 65(160), pp.121-149.
- Daly, M. y Lewis, J. (2000a). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. En *The British Journal of Sociology*, 51(12), pp. 281-298.
- Davies, J. (2011a). *Challenging governance theory*. Bristol: The Policy Press.
- D'Argemir, D. C. (2016a). Hombres cuidadores: Barreras de género y modelos emergentes. En *Psicoperspectivas. Individuo y sociedad*, 15(3), pp. 10-22.
- Espinosa-Miñoso, Y. (2014a). Una crítica descolonial a la epistemología feminista crítica. En *El Cotidiano*, (184), pp. 7-12.
- Esteban, M. (2017a). Los cuidados, un concepto central en la teoría feminista: aportaciones, riesgos y diálogos con la antropología. En *QuAderns-e*, 22(2), pp.33-48.

- Evers, A., Lewis, J. y Riedel, B. (2005a). Developing child-care provision in England and Germany: problems of governance. En *Journal of European Social Policy*, 15(3), pp. 195-209.
- Facio, A. y Fries, L. (2005a). Feminismo, género y patriarcado. En *Academia. Revista sobre enseñanza del Derecho de Buenos Aires*, 3(6), pp. 259-294.
- González-Castell, L., Unar-Munguía, M., Quezada-Sánchez, A., et al. (2020a). Situación de las prácticas de la lactancia materna y alimentación complementaria en México: resultados de la Ensanut 2018-19. En *Salud Pública de México*, 62(6), pp. 704-713.
- González de Cosío, T., Ferré, I., Mazariegos, M., et al. (2018a). Scaling Up Breastfeeding Programs in Mexico: Lessons Learned from the Becoming Breastfeeding Friendly Initiative. En *Current Developments in Nutrition*, 2(6).
- Head, B. W. y Alford, J. (2015a). Wicked Problems: Implications for Public Policy and Management. En *Administration and Society*, 47(6), pp. 712-739.
- Hansen, K. (2016). Breastfeeding: a smart investment in people and in economies. En *Breastfeeding series: The Lancet*, 387(10017), pp. 416.
- Instituto Nacional de las Mujeres (2022). Las mujeres y los cuidados. En *Desigualdad en Cifras*, 8(3), pp. 1-2.
- Joffe, N., Webster, F. y Shenker, N. (2019a). Support for breastfeeding is an environmental imperative. En *BMJ* 367(l5646).
- Juárez, B. (2022). La ruta para intentar descongelar la reforma que crea el sistema nacional de cuidados. En *El Economista*. <https://www.eleconomista.com.mx/capitalhumano/La-ruta-para-intentar-d-escongelar-la-reforma-que-crea-el-sistema-nacional-de-cuidados-20221-017-0083.html>
- Kent, J., Mitoulas, L., Cregan, M., et al. (2006). Volume and frequency of breastfeedings and fat content of breast milk throughout the day. En *Pediatrics*, 117(3), pp. 387-395.
- Kramer, M.S., Chalmers, B., Hodnett, E.D. et al. (2001a). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A Randomized Trial in the Republic of Belarus. En *JAMA*, 285(4), pp. 413-420.

- Kotni, E. M. y Singer, E. O. (2019a). Human Rights and Reproductive Governance in Transnational Perspective. En *Medical Anthropology*, 38(2), pp. 118-122.
- Lamas, M. (2000a). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. En *Cuicuilco* 7(18), pp. 1-25.
- McFadden, A., Mason, F., Baker, J., Begin, F., Dykes, F., Grummer-Strawn, L., Kenney-Muir, N., Whitford, H., Zehner, E. y Renfrew, M. J. (2016a). Spotlight on infant formula: coordinated global action needed. En *The Lancet. Breastfeeding series*, 387(10017), pp. 413-415.
- Minkman, M. (2017a). Longing for Integrated Care: The Importance of Effective Governance. En *International Journal of Integrated Care*, 17(4), pp. 1-2.
- Morgan, L. M. y Roberts, E. F. S. (2012a). Reproductive Governance in Latin America. En *Anthropology & Medicine*, 19(2), pp. 241-254.
- Mostafa, E., Nannen, C., Jessica, H., Diekmann, B., Gates, R., y Buescher, W. (2016a). Physical properties of particulate matter from animal houses-empirical studies to improve emission modelling. En *Environmental Science and Pollution Research*, (23), pp. 12253-12263.
- Pérez, J. M., Iribar, M. C., Peinado, J. M., Miranda, M. T. y Campoy, C. (2014a). Lactancia materna y desarrollo cognitivo; valoración de la respuesta a la interferencia mediante el "test de los 5 dígitos". En *Nutrición Hospitalaria*, 29(4), pp. 852-857.
- Pick, S., Givaudan, M. y Brown, J. (2000a). Quietly Working for School-Based Sexuality Education in Mexico: Strategies for Advocacy. En *Reproductive Health Matters*, 8(16), pp. 92-102.
- Poore, J. y Nemecek, T. (2018a). Reducing food's environmental impacts through producers and consumers. En *Science*, 360(6392), pp. 987-992.
- Quispe, M., Oyola, A., Navarro, M., y Silva, J. (2015a). Características y creencias maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva. En *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4), pp. 582-592.
- Rai, S. (2004a). Gendering Global Governance. En *International Feminist Journal of Politics*, 6(4), pp. 579-601.
- Rhenals, R. y Martínez, L. E. (2009a). La ayuda internacional al desarrollo: retórica y realidad. En *Perfil de Coyuntura Económica*, (14), pp. 9-50.

- Rivera, M. P. y Cruz, M. Z. (2021a). Seeing through Alterity/Otherness. A Conceptual Approximation from Postcolonial to a Decolonial Feminist Foreign Policy. En *Revista Mexicana de Política Exterior. Feminism(s) and Foreign Policy*, (120), pp. 7-24.
- Roldán, N. (2019a). Menos niños atendidos, madres sin apoyos: el impacto de quitar recursos a estancias infantiles. En *Animal Político*. <https://www.animalpolitico.com/2019/12/estancias-infantiles-no-llega-apoyo-madres/>
- Rollins, N. G., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., Piwoz, E. G., Richter, L. M., Victoria, C. G. (2016a). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? En *Breastfeeding series: The Lancet*, 387(10017), pp. 491-504.
- Sánchez, G. (2015a). La agenda de desarrollo para después de 2015 y los países de renta media. En *Revista de Política Exterior*, (103), pp. 89-109.
- Tah, E. (2018a). Las Relaciones Internacionales desde la perspectiva social. La visión del constructivismo para explicar la identidad nacional. En *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, (233), pp. 389-404.
- Torres, N. (2020a). Sin estancias y sin dinero: el abandono a las madres trabajadoras. En *Nexos: Pacto Federal y Políticas Públicas*. <https://federalismo.nexos.com.mx/2020/03/sin-estancias-y-sin-dinero-el-abandono-a-las-madres-trabajadoras/>
- Valdivia, C. (2008). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. En *La Revue du REDIF*, 1, pp. 15-22.
- Victoria, C. G., Bahl, R., Barros, A., et al. (2016a). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms and lifelong effect. En *Breastfeeding series: The Lancet*, 387(10017), pp. 475-490.
- Victoria, C. G., Lessa, B., Loret de Mola, C., Quevedo, L., Tavares, R., Gigante, D. P., Gonçalves, H. y Barros, F. C. (2015a). Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. En *The Lancet. Global Health*, 3(4), pp. 199-205.
- Vila-Candel, R., Soriano-Vidal, F., Murillo-Llorente, M., et al. (2017a). Mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a los 3 meses

- posparto: experiencia en un departamento de salud de la Comunidad Valenciana. En *Atención Primaria*, 51(2), pp. 91-98.
- Villarreal, Y. (2007a). Los aportes de las teorías feministas a la comprensión de las relaciones internacionales. En *Revistas de Ciencias Políticas Politeia*, 31(30), pp. 65-86.
- Zurbriggen, C. (2011a). Gobernanza: una mirada desde América Latina. En *Perfiles Latinoamericanos*, (38), pp. 39-64.
- Zurbriggen, C., González, M., Mancilla, M. y Gatica, S. (2020a). Laboratorios de Transformación para un Futuro Sostenible. En *Centro de Estudios en Diseño y Comunicación*.

Conferencias, congresos, seminarios y simposios

- Dehesa, M. (6 de noviembre de 2019a). ¿Qué significa el feminismo? Ciclo de actividades “Somos diversidad, retratos de género”. Dirección General de Divulgación de la Ciencia de la Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

Documentos, publicaciones y comunicados oficiales

- Cámara de Diputados (2020). Gaceta Parlamentaria, año XXIV, número 5654-V. Miércoles 18 de noviembre de 2020.
- Cámara de Diputados (2022). Gaceta Parlamentaria, año XXV, número 5984-VI. Jueves 17 de marzo de 2022.
- Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de 1981. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (2020a). *Lactancia Materna: un derecho humano*. Ciudad de México: CNDH.
- Comisión Económica para América Latina (2022). *Hacia la construcción de sistemas integrales de cuidados en América Latina y el Caribe: elementos para su implementación*. Santiago: ONU Mujeres y Comisión Económica para América Latina.

Compromiso de Santiago de la Decimocuarta Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. 27 al 31 de enero de 2020. Santiago: Comisión Económica para América Latina.

Conferencia Internacional sobre Nutrición de 1992. *Declaración Mundial y Plan de Acción sobre Nutrición*. Roma: Organización Mundial de la Salud.

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994. *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo: Naciones Unidas.

Consenso de Brasilia de la Undécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. 13 al 16 de julio de 2010. Brasilia: Comisión Económica para América Latina.

Consenso de Lima de la Octava Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. 8 al 10 de febrero de 2000. Lima: Comisión Económica para América Latina.

Consenso de Quito de la Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. 6 al 9 de agosto de 2007. Quito: Comisión Económica para América Latina.

Consenso de Santo Domingo de la Duodécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. 15 al 18 de octubre de 2013. Santo Domingo: Comisión Económica para América Latina.

Constitución Política de la Ciudad de México. Publicada en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 5 de febrero de 2017. Texto vigente: última reforma realizada el 2 de junio de 2022.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Texto vigente: última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 28 de mayo de 2021.

Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer. 18 de diciembre de 1979. Naciones Unidas.

Convención sobre los Derechos del Niño de 1989. 20 de noviembre de 1989.

Convenio sobre la igualdad de oportunidades y de trato entre trabajadores y trabajadoras: trabajadores con responsabilidades familiares. 3 de junio de 1981. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.

Convenio sobre la protección de la maternidad del año 2000. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.

Cuarto Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda (2011). *Busan Partnership for Effective Development Co-operation*. Busan: Naciones Unidas.

Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. *Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y Plan de Acción para la Aplicación de la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño en el decenio de 1990*. Nueva York: Naciones Unidas.

Declaración Conjunta OMS/UNICEF de 1989. *Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Declaración de Innocenti de 1990. *Sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna*. Florencia: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Declaración de Innocenti del 2005. *La Alimentación de Lactantes y Niños Pequeños*. Florencia: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo de 2005 [Foro de Alto Nivel]. 28 de febrero de 2005 a 2 de marzo de 2005.

Declaración de Roma sobre la Armonización de 2003 [Foro de Alto Nivel]. 23 de febrero de 2003.

Declaración Universal de Derechos Humanos [Asamblea General resolución 217 A (III)]. 10 de diciembre de 1948.

Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (2018). Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México.

Encuesta Nacional de Salud Pública (2019). Centro de Investigación de Evaluación y Encuestas del Instituto Nacional de Salud Pública. México.

Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (2003). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud del Gobierno de la República Mexicana.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (2020). *El derecho al cuidado: conciliación familiar y laboral en las empresas*. Buenos Aires: UNICEF.

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021a). *Global UNICEF Global Databases: Infant and Young Child Feeding: Exclusive breastfeeding*. Nueva York: UNICEF.
- Global Breastfeeding Collective (2018a). *Global Breastfeeding Scorecard 2021*. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Global Breastfeeding Collective (2019a). *Global Breastfeeding Scorecard 2021*. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Global Breastfeeding Collective (2021a). *Global Breastfeeding Scorecard 2021*. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Informe de la Novena Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. 28 de junio de 2004. Distrito Federal: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la iniciativa. (2018). Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Ley de Asistencia Social (2004). Texto vigente: última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de mayo de 2022.
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2007). Texto vigente: última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 22 de noviembre de 2021.
- Ley del Seguro Social (1995). Texto vigente: última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de mayo de 2022.
- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, reglamentaria del apartado B) del artículo 123 Constitucional (1963). Texto vigente: última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 22 de noviembre de 2021.
- Ley Federal del Trabajo (1970). Texto vigente: última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de mayo de 2022.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007).
Texto vigente: última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de abril de 2022.

Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2014). Texto vigente: última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 28 de abril de 2022.

Ley General de Salud (1984). Texto vigente: última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de mayo de 2022.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2006.
México: Gobierno de la República.

Naciones Unidas (2015a). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015*. Nueva York: Naciones Unidas.

Naciones Unidas (2015b). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Nueva York: Naciones Unidas.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de julio de 1994.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de junio de 2000.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de octubre de 2001.

Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de noviembre de 2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 13 de febrero de 2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 28 de mayo de 2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de febrero de 2016.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2015). *Informe sobre "Protección de la familia: contribución de la familia a la realización del derecho a un nivel de vida adecuado para sus miembros, en particular a través del papel que desempeña en la erradicación de la pobreza y en el logro del desarrollo sostenible"*. Ginebra: Naciones Unidas.

- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2016a). *Join statement by the UN Special Rapporteurs on the Right to Food, Right to Health, the Working Group on Discrimination against Women in law and in practice, and the Committee in the Rights of the Child in support of increased efforts to promote, support and protect breastfeeding*. Ginebra: Naciones Unidas.
- Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (2016a). *Expertos de las Naciones Unidas en derechos humanos instan a los países a aumentar los esfuerzos para apoyar y proteger la lactancia materna y poner fin a la publicidad inadecuada de sustitutos*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12768:un-human-rigths-support-breastfeeding&Itemid=4327&lang=es
- ONU Mujeres (2018). *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas*. Ciudad de México: ONU Mujeres.
- Organización Latinoamericana y del Caribe de Entidades Fiscalizadoras Superiores (2017a). *Fundamentos Conceptuales sobre la Gobernanza*.
- Organización Mundial de la Salud (2012a). *65ª Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y Decisiones. Anexos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2017a). *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Preguntas Frecuentes*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OXFAM México (2021). *Diccionario de los cuidados: un enfoque universal e incluyente*. Ciudad de México: OXFAM.
- Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. (2001). Secretaría de Gobernación. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 2001.
- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012: Escenarios, Programas e Indicadores. (2007). México: Cámara de Diputados.
- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. (2013). México: Gobierno de la República.
- Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. (2019). México: Presidencia de la República.
- Primer Informe de Gobierno. 1 de septiembre de 2007. Ciudad de México: Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos.

Programa de Acción de Accra de 2008 [Foro de Alto Nivel]. 2 de septiembre de 2008 a 4 de septiembre de 2008.

Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024. Secretaría de Salud.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (1990a). *Human Development Report 1990*. Oxford: PNUD.

Recomendación sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 191). Organización Internacional del Trabajo.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad (2000). Texto vigente: última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de febrero de 2014.

Resolución 55/2 de 2000 [Naciones Unidas]. Declaración del Milenio. 13 de septiembre de 2000.

Secretaría General Iberoamericana (2007a). Iniciativa Iberoamericana: Soporte técnico para la implantación de la Red Iberoamericana de Bancos de Leche Humana. Santiago: XVII Cumbre Iberoamericana de jefes de Estado y de Gobierno.

Senado de la República (2019). Gaceta del Senado, miércoles 20 de noviembre de 2019. Gaceta: LXIV/2PPO-56/102124.

Senado de la República (2020a). Gaceta del Senado, jueves 19 de marzo de 2020. Gaceta: LXIV/2SPO-31/105537.

Senado de la República (2020b). Gaceta del Senado, jueves 26 de noviembre de 2020. Gaceta: LXIV/3PPO-61/114158.

Senado de la República (2021a). Gaceta del Senado, martes 30 de noviembre de 2021. Gaceta: LXIV/1PPO-62/121550.

Senado de la República (2021b). Gaceta del Senado, viernes 16 de abril de 2021. Gaceta: LXIV/3SPO-132/116895.

Senado de la República (2022). Gaceta del Senado, martes 25 de enero de 2022. Gaceta: LXIV/1PPR-4/123360.

Libros

Aguilar, L. A. (1999a). *El derecho al desarrollo: su exigencia dentro de la visión de un nuevo orden mundial*. Jalisco: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.

- Ansell, C. y Torfing, J. (2016a). Introduction: theories of governance. En C. Ansell y J. Torfing (eds.), *Handbook on Theories of Governance* (pp. 1-17). Massachusetts: Edward Elgar Publishing.
- Ayala, C. (2012a). Aspectos teórico-conceptuales. En C. Ayala Martínez y J. A. Pérez Pineda (coords.), *Manual de Cooperación Internacional para el Desarrollo: sus sujetos e instrumentos* (pp. 11 - 38). Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.
- Bartlett, A. (2005a). *Breastwork: rethink breastfeeding*. Sydney: University of New South Wales Press Ltd.
- Batthyány, K. (2021a). *Miradas latinoamericanas al cuidado*. Buenos Aires y Ciudad de México: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Brass, J. N. (2017a). Development theory. En C. Ansell y J. Torfing (eds.), *Handbook on Theories of Governance* (pp. 115-125). Massachusetts: Edward Elgar Publishing.
- Bonvecchio, A. et al. (2016a). Papel de los proveedores de salud en la promoción de la lactancia materna. En T. González de Cosío y S. Hernández (eds.), *La Lactancia Materna en México. Determinantes culturales, económicos y sociales de la lactancia materna*. (pp. 89-92). Ciudad de México: Academia Nacional de Medicina de México.
- Bourdieu, P. (2000a). *La Dominación Masculina*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Casar, M. A. y Figueroa Fischer, B. (2017a). *El principio de la Cooperación Internacional para el Desarrollo*. Ciudad de México: Secretaría de Relaciones Exteriores.
- Comisión Interamericana de Mujeres (2022). *Ley Modelo Interamericana de Cuidados*. Organización de los Estados Americanos.
- Dadhich, J. P., Smith, J., Iellamo, A., y Suleiman, A. (2015a). *Report on Carbon Footprints Due to Milk Formula: A study from selected countries of the Asia-Pacific region*. BPN/IBFAN Asia.
- Díaz, L. T. (2004a). *El derecho al desarrollo y el nuevo orden mundial*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Esteva, G. (2010). Development. En W. Sachs (ed.), *The Development Dictionary: a guide to knowledge as power* (pp. 1-23). Londres y Nueva York: Zed Books.

- Fraser, N. (2015a). *Fortunas del feminismo. Del capitalismo gestionado por el estado a la crisis neoliberal*. Madrid y Quito: Traficantes de sueños.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2018a). *Breastfeeding. A mother's gift for every child*. Nueva York: UNICEF
- Gayet, C. I. y Dávila, C. A. (2019). *Salud reproductiva: una perspectiva sociodemográfica en Haití*. Ciudad de México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México.
- González de Cosío, T. y Hernández, S. (2016a). *La Lactancia Materna en México*. Ciudad de México: Academia Nacional de Medicina de México.
- Gudynas, E. (2012a). Desarrollo, extractivismo y buen vivir. Debates sobre el desarrollo y sus alternativas en América Latina: Una breve guía heterodoxa. En M. Lang y D. Mokrani (comps.), *Más allá del desarrollo: Grupo Permanente de Trabajo sobre Alternativas al Desarrollo* (pp. 21-53). Quito: Fundación Rosa Luxemburg/Abya Yala.
- Hale, T. W. y Hartman, P. E. (2007a). *Textbook of human lactation*. Texas: Hale Publishing.
- Holahan, R. y Lubell, M. (2017a). Collective action theory. En C. Ansell y J. Torfing (eds.), *Handbook on Theories of Governance* (pp. 21-31). Massachusetts: Edward Elgar Publishing.
- Hooks, B. (1984a). *Feminist Theory from margin to center*. Boston: South End Press.
- Klijn, E. y Koppenjan, J. (2016a). *Governance Networks in the public sector*. Nueva York: Routledge.
- Lévi-Strauss, C. (1949). *Les structures élémentaires de la parenté*. La Haya: Mouton & Co. París.
- Lo Brutto, G. (2017a). A propósito de la Cooperación Internacional para el Desarrollo: una visión más realista. En R. Domínguez y G. Rodríguez Albor (eds.), *Historia de la Cooperación Internacional desde una perspectiva crítica* (pp. 55 - 73). Colombia: Editorial Uniautónoma.
- Lutter, C. (2016a). Monitoreo del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna - caso de México. En T. González de Cosío y S. Hernández (eds.), *La Lactancia Materna en México. Determinantes culturales, económicos y sociales de la lactancia*

- materna*. (pp. 97-102). Ciudad de México: Academia Nacional de Medicina de México.
- Market Research Report (2019a). *Infant Formula Market Size, Share & COVID-19 Impact Analysis, By Type, Distribution Channel and Regional Forecast, 2020-2027*. Fortune Business Insights.
- Mingst, K. (2009a). *Fundamentos de las Relaciones Internacionales*. Ciudad de México: Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C.
- Nussbaum, M. C. (2012a). *Women and Human Development: The Capabilities Approach*. Barcelona: Herder Editorial.
- Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. (2016). *La Iniciativa hospital amigo del niño en América Latina y el Caribe: Estado actual, retos y oportunidades*. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- Pérez, L. (2020). *Un diagnóstico de los servicios públicos de cuidado en México. Análisis demográfico, presupuestal y legislativo*. Ciudad de México: Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República.
- Pérez, R. (2016a). Síndrome de Leche Insuficiente. En T. González de Cosío y S. Hernández (eds.), *La Lactancia Materna en México. Determinantes culturales, económicos y sociales de la lactancia materna*. (pp. 83-86). Ciudad de México: Academia Nacional de Medicina de México.
- Porras, F. (2012a). Introducción. Gobernanza y redes de política pública en México. En F. Porras (ed.), *Gobernanza y redes de política pública en espacios locales de México* (pp. 7-9). Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.
- Porras, F. (2019a). *Gobernanza. Propuestas, límites y perspectivas*. Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.
- Rhodes, R. A. W. (2012a). Waves of Governance. En D. Levi-Faur (ed.), *The Oxford Handbook of Governance* (pp. 33-49). Oxford: Oxford University Press.
- Rhodes, R. A. W. (2018a). What Is Decentred Analysis? En R. A. W. Rhodes (ed.), *Narrative Policy Analysis. Cases un Decentred Policy* (1-22). Southampton: Palgrave Macmillan

- Sahlin, K. (2017a). International relations theory. En C. Ansell y J. Torfing (eds.), *Handbook on Theories of Governance* (pp. 126-135). Massachusetts: Edward Elgar Publishing.
- Sau, V. (2000a). *Diccionario ideológico feminista: volumen I*. Barcelona: Icaria Editorial.
- Théodor, F. y Bonvecchio, A. (2016a). Papel de la familia y apoyo social durante la lactancia. En T. González de Cosío y S. Hernández (eds.), *La Lactancia Materna en México. Determinantes culturales, económicos y sociales de la lactancia materna* (pp. 86-89). Ciudad de México: Academia Nacional de Medicina de México.
- Thorne, B. (1982). Feminist rethink of the family: an overview. En B. Thorne y M. Yalon (eds.), *Rethink the family* (pp. 1-22). Nueva York: Longman.
- Valdés, C. (2017a). Los Objetivos de Desarrollo Sostenible: los antecedentes, el enfoque y el reto de las disparidades regionales. En R. Castellanos Cerceda (coord.), *Los Objetivos de Desarrollo Sostenible en México y América Latina: retos comunes para una agenda compartida, aprendiendo del pasado, preparándonos para el futuro* (pp. 28-39). Ciudad de México: Instituto Belisario Domínguez.
- Vergès, F. (2019a). *Une féminisme décolonial*. La Fabrique Éditions.
- Villanueva, R. (2017). *Mexico and the Post-2015 Development Agenda*. México: Instituto Mora.
- Wallby, S. (1990). *Theorizing patriarchy*, Oxford: Blackwell.
- Ware, C. (1970a). *Woman Power: The Movement for Women's Liberation*. Nueva York: Tower Publications.
- World Breastfeeding Trends Initiative (2015). *Herramienta de México 2015*. San José: WBTi.
- Zurbriggen, C. (2015a). *Hacia una nueva gobernanza. Co-creación de iniciativas innovadoras para un desarrollo agrícola sostenible*. Montevideo: Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura.

Páginas de internet

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2019a). *Malnutrición infantil en el mundo: causas y soluciones*.

https://eacnur.org/blog/malnutricion-infantil-causas-soluciones-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst/

Banco Mundial (2019a). *Nueva clasificación de los países según el nivel de ingresos para 2019 y 2020.*

<https://blogs.worldbank.org/es/opendata/nueva-clasificacion-de-los-paises-segun-el-nivel-de-ingresos-para-2019-y-2020>

El Colegio de la Frontera Norte (2013a). *Los objetivos de desarrollo del milenio: balance de resultados y perspectivas para el futuro.*

<https://www.colef.mx/estemes/los-objetivos-de-desarrollo-del-milenio-balance-de-resultados-y-perspectivas-para-el-futuro/>

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (2006). *Políticas públicas y gestión gubernamental de la administración vigente.*

[http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/3_salud.htm#\[Citar%20como\]](http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/3_salud.htm#[Citar%20como])

Cochran, W. J. (2020a). *Enterocolitis necrosante.*

<https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-gastrointestinales-en-reci%C3%A9n-nacidos-y-lactantes/enterocolitis-necrosante>

Comité BBF México (2016). *Índice País Amigo de la Lactancia Materna.*

http://eventos.unkilodeayuda.org.mx/BBFMexico/docs/Reporte_BBFMexico.pdf

Comité BBF México (2020). *Índice País Amigo de la Lactancia Materna.*

https://equide.org/proyecto_bbf_2020_pb.pdf

Comisión Económica para América Latina (s.f.a). *Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe.*

<https://www.cepal.org/es/organos-subsidiarios/conferencia-regional-la-mujer-america-latina-caribe>

Comisión Económica para América Latina (s.f.b). *Sobre el cuidado y las políticas de cuidado.*

<https://www.cepal.org/es/sobre-el-cuidado-y-las-politicas-de-cuidado#>

Comisión Económica para América Latina (2015a). *Los ODM.*

<https://www.cepal.org/es/temas/objetivos-de-desarrollo-del-milenio-odm/objetivos-desarrollo-milenio#ODM%201>

- Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (2019a). *World Population Prospects: The 2019 Revision*. <https://hdr.undp.org/en/indicators/69206>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2018b). *¿Por qué en los países ricos las madres no dan de mamar?* <https://news.un.org/es/story/2018/05/1433262>
- Fondo para los Objetivos de Desarrollo Sostenible (s.f.). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. <https://www.sdgfund.org/es/de-los-odm-los-ods>
- Gobierno del estado de Quintana Roo (2017). *El gobierno del Cambio impulsa un mayor acercamiento y cooperación bilateral con Belice para beneficio mutuo de los habitantes*. <http://cgc.qroo.gob.mx/el-gobierno-del-cambio-impulsa-un-mayor-acercamiento-y-cooperacion-bilateral-con-belice-para-beneficio-mutuo-de-los-habitantes/>
- Instituto Nacional de las Mujeres (2006). *INMUJERES 2001-2006*. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100803.pdf
- Naciones Unidas (s.f.a). *Alianzas: por qué son importantes*. https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/wp-content/uploads/sites/3/2016/10/17_Spanish_Why_it_Matters.pdf
- Naciones Unidas (s.f.b). *Goal 17: Revitalize the global partnership for sustainable development*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/globalpartnerships/>
- Naciones Unidas (s.f.c). Cumbre Mundial en favor de la Infancia, 29 a 30 de septiembre de 1990, Nueva York, Estados Unidos. <https://www.un.org/es/conferences/children/newyork1990>
- Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (s.f.). *Lactancia Materna y Alimentación Complementaria*. <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo (s.f.). *Development Assistance Committee (DAC)*. <https://www.oecd.org/dac/development-assistance-committee/>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo (2016a). *Relaciones Globales del CAD. Adhesión al Comité de Ayuda al Desarrollo*.

https://www.oecd.org/dac/dac-global-relations/2016_Adhesi%C3%B3n_a_l_comit%C3%A9_de_ayuda_al_desarrollo.pdf

Organización Mundial de la Salud (2018a). *Alimentación del lactante y del niño pequeño.*

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

Ramos, C. y Sarabia, D. (2022). La utopía del Sistema Nacional de Cuidados; congelado y sin dinero. En *Animal Político.*

<https://www.animalpolitico.com/2022/03/sistema-nacional-de-cuidados-congelado-sin-dinero/>

Save the Children (2019a). *Desnutrición Infantil.*

<https://www.savethechildren.es/trabajo-ong/mortalidad-infantil/nutricion/desnutricion-infantil>

Secretaría de Desarrollo Social (2014). *Decreto por el que se crea la Coordinación Nacional de PROSPERA Programa de Inclusión Social.*

<https://www.gob.mx/bienestar/documentos/decreto-por-el-cual-se-crea-prospera-11685>

Secretaría de Salud (2007). *Programa Sectorial de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud.*

https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Mexico-Programa_Sectorial_de_Salud_2007-2012.pdf

Secretaría de Salud (2015a). *Normas Oficiales Mexicanas.*

<https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705>

Secretaría de Salud (2012). *Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones a la Ley General de Salud.*

http://www.dof.gob.mx/avisos/2170/SALUD_070612/SALUD_070612.htm

Secretaría General Iberoamericana (2009). *Bancos de Leche Humana Informe 2009.*

<https://www.segib.org/wp-content/uploads/InformeSEGIB2010-BANCOS-DE-LECHE.pdf>

Secretaría General Iberoamericana (2010). *Bancos de Leche Humana Informe 2010.*

<https://www.segib.org/wp-content/uploads/BLH-INFORME-2010.pdf>

- Secretaría General Iberoamericana (2011). *Bancos de Leche Humana Informe 2011*.
<https://www.segib.org/wp-content/uploads/BLH-Informe-anual-2011-SEGI B.pdf>
- Secretaría General Iberoamericana (2012). *Bancos de Leche Humana Informe 2012*. https://www.segib.org/wp-content/uploads/IBERBLH_2012.pdf
- Secretaría General Iberoamericana (2013). *Bancos de Leche Humana Informe 2013*.
[https://www.segib.org/wp-content/uploads/INFORME_BANCOS_DE LE CHE_2013.pdf](https://www.segib.org/wp-content/uploads/INFORME_BANCOS_DE_LE CHE_2013.pdf)
- Secretaría General Iberoamericana (2014). *Bancos de Leche Humana Informe 2014*.
https://www.segib.org/wp-content/uploads/Informe_SEGIB_2014_Bancos Lch.pdf
- Secretaría General Iberoamericana (2015). *Bancos de Leche Humana Informe 2015*.
https://www.segib.org/wp-content/uploads/Informe_2015_IberBLH.pdf
- Secretaría General Iberoamericana (2016). *Bancos de Leche Humana Informe 2016*.
https://www.segib.org/wp-content/uploads/Informe-2016_Iberleche.pdf
- Sentient Media (2019a). *The Devastating Impact of the Dairy Industry on the Environment*. <https://sentientmedia.org/the-dairy-industry-environment/>
- Stanford Children 's Health (s.f.a). *Nutrición materna y lactancia*.
<https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=maternalnutritionandbreastfeeding-90-P05789>
- World Alliance for Breastfeeding Action (2016a). *Semana Mundial de la Lactancia Materna. Clave para el Desarrollo Sostenible*.
<https://worldbreastfeedingweek.org/2016/images/wbw2016-af-spa.jpg>
- World Alliance for Breastfeeding Action (2017a). *World Breastfeeding Week 2017*. <http://worldbreastfeedingweek.org/2017/pdf/wbw2017-af-i-spa.pdf>
- World Alliance for Breastfeeding Action (2020a). *Apoye la lactancia materna por un planeta saludable*.
http://www.ibfan-alc.org/SMLM/SMLM2020/SMLM2020_Folder-accion.pdf

Tesis

- Domínguez, E. (2014a). *Los principios de eficacia de la Declaración de París en el Programa de competitividad e Innovación México - Unión Europea* (Tesis inédita de maestría). Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, México.
- López, A. E. (2015a). *Vinculando espacios diferenciados: redes de gobernanza y políticas contra la muerte materna en la costa chica de Guerrero* (Tesis inédita de maestría). Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, México.
- Martínez, C. E. (2012a). *El fracaso de la aplicación de los principios de la eficacia de la ayuda al desarrollo en la intervención en Haití (2010 - 2012)* (Tesis inédita de maestría). Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, México.
- Zavaleta, S. K. (2012a). *Más allá de la visión tradicional de la seguridad y el desarrollo. Hacia la consecución de la seguridad humana y el desarrollo humano en las relaciones internacionales contemporáneas* (Tesis inédita de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Instituto
Mora



APÉNDICES

Apéndice 1

Objetivos de Desarrollo del Milenio con metas

| ODM | Contenido | Metas |
|------------|---|--|
| Objetivo 1 | Erradicar la pobreza extrema y el hambre | Reducir a la mitad el porcentaje de personas con ingresos inferiores a 1 dólar por día |
| | | Lograr empleo pleno y productivo, y trabajo decente para todas las personas |
| | | Reducir a la mitad el porcentaje de personas que padece hambre |
| Objetivo 2 | Lograr la enseñanza primaria universal | Asegurar que las niñas y los niños de todo el mundo puedan terminar el ciclo de educación primaria |
| Objetivo 3 | Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de las mujeres | Eliminar las desigualdad sexual en la educación primaria y secundaria para 2005, y en todos los niveles educativos para 2015 |
| Objetivo 4 | Reducir la mortalidad de los niños y las niñas menores de cinco años | Reducir en dos terceras partes la mortalidad de todas las personas menores a 5 años |
| Objetivo 5 | Mejorar la salud materna | Reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna |
| | | Lograr el acceso universal a la salud reproductiva |
| Objetivo 6 | Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades | Detener o comenzar a reducir la propagación del VIH |
| | | Lograr el acceso universal al tratamiento en contra del VIH |
| | | Detener o comenzar a reducir la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves |
| Objetivo 7 | Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente | Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos medioambientales |
| | | Reducir la pérdida de biodiversidad |
| | | Reducir a la mitad el porcentaje de personas sin acceso a agua potable y servicios básicos de saneamiento |
| | | Mejorar la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios |

| ODM | Contenido | Metas |
|------------|---|--|
| Objetivo 8 | Fomentar una alianza mundial para el desarrollo | Desarrollar un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio |
| | | Atender las necesidades de los países menos adelantados: acceso libre de aranceles, alivio de la deuda, asistencia oficial para el desarrollo, entre otras |
| | | Atender las necesidades de los países sin litoral y los insulares |
| | | Abordar los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales para hacerla sostenible a largo plazo |
| | | Cooperar con las farmacéuticas para proporcionar acceso a los medicamentos esenciales a precios asequibles |

Fuente: Comisión Económica para América Latina (2015a) y Fondo para los Objetivos de Desarrollo Sostenible [SDGF] (s.f.)

Apéndice 2

Artículos relativos a la lactancia materna en el Convenio sobre la protección de la maternidad de 2000 de la OIT

| Artículo | Contenido |
|----------|---|
| 3 | Todo Miembro, previa consulta con las organizaciones representativas de empleadores y de trabajadores, deberá adoptar las medidas necesarias para garantizar que no se obligue a las mujeres embarazadas o lactantes a desempeñar un trabajo que haya sido determinado por la autoridad competente como perjudicial para su salud o la de su hijo , o respecto del cual se haya establecido mediante evaluación que conlleva un riesgo significativo para la salud de la madre o del hijo. |
| 4 | 1. Toda mujer a la que se aplique el presente Convenio tendrá derecho, mediante presentación de un certificado médico o de cualquier otro certificado apropiado, según lo determinen la legislación y la práctica nacionales, en el que se indique la fecha presunta del parto, a una licencia de maternidad de una duración de al menos catorce semanas . |

| Artículo | Contenido |
|----------|--|
| | 4. Teniendo debidamente en cuenta la necesidad de proteger la salud de la madre y del hijo, la licencia de maternidad incluirá un período de seis semanas de licencia obligatoria posterior al parto, a menos que se acuerde de otra forma a nivel nacional por los gobiernos y las organizaciones representativas de empleadores y de trabajadores. |
| 6 | <p>1. Se deberán proporcionar prestaciones pecuniarias, de conformidad con la legislación nacional o en cualquier otra forma que pueda ser conforme con la práctica nacional, a toda mujer que esté ausente del trabajo en virtud de la licencia a que se hace referencia en los artículos 4 o 5.</p> <p>2. Las prestaciones pecuniarias deberán establecerse en una cuantía que garantice a la mujer y a su hijo condiciones de salud apropiadas y un nivel de vida adecuado.</p> |
| 8 | <p>1. Se prohíbe al empleador que despida a una mujer que esté embarazada, o durante la licencia mencionada en los artículos 4 o 5, o después de haberse reintegrado al trabajo durante un período que ha de determinarse en la legislación nacional, excepto por motivos que no estén relacionados con el embarazo, el nacimiento del hijo y sus consecuencias o la lactancia. La carga de la prueba de que los motivos del despido no están relacionados con el embarazo o el nacimiento del hijo y sus consecuencias o la lactancia incumbirá al empleador.</p> <p>2. Se garantiza a la mujer el derecho a retornar al mismo puesto de trabajo o a un puesto equivalente con la misma remuneración, al término de la licencia de maternidad.</p> |
| 10 | <p>1. La mujer tiene derecho a una o varias interrupciones por día o a una reducción diaria del tiempo de trabajo para la lactancia de su hijo.</p> <p>2. El período en que se autorizan las interrupciones para la lactancia o la reducción diaria del tiempo de trabajo, el número y la duración de esas interrupciones y las modalidades relativas a la reducción diaria del tiempo de trabajo serán fijados por la legislación y la práctica nacionales. Estas interrupciones o la reducción diaria del tiempo de trabajo deben contabilizarse como tiempo de trabajo y remunerarse en consecuencia.</p> |
| 11 | Todo Miembro debe examinar periódicamente, en consulta con las organizaciones representativas de empleadores y de trabajadores, la pertinencia de extender la duración de la licencia de maternidad prevista en el artículo 4 o de aumentar el monto o la tasa de las prestaciones pecuniarias que se mencionan en el artículo 6. |

Fuente: Convenio sobre la protección de la maternidad de la OIT (2000)

Apéndice 3

Tasa de duración de la lactancia materna por entidad federativa

| Entidad | 1 a 6 meses | 7 a 12 meses | 13 a 18 meses | 19 a 24 meses | 25 a 30 meses | 31 a 36 meses | No sabe |
|---------------------|-------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------|
| Aguascalientes | 70.77 | 23.71 | 4.16 | 1.15 | 0 | 0 | 0.2 |
| Baja California | 75.73 | 19.63 | 4.22 | 0.23 | 0 | 0 | 0.19 |
| Baja California Sur | 66.28 | 27.6 | 4.84 | 0.88 | 0 | 0 | 0.39 |
| Campeche | 71.49 | 23.18 | 3.84 | 0.72 | 0.4 | 0.37 | 0 |
| Coahuila | 79.93 | 17.19 | 2.59 | 0.29 | 0 | 0 | 0 |
| Colima | 72.32 | 23.46 | 3.19 | 0.73 | 0 | 0 | 0.3 |
| Chiapas | 47.9 | 34.4 | 15.84 | 1.17 | 0.69 | 0 | 0 |
| Chihuahua | 74.05 | 22.11 | 3.85 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ciudad de México | 64.86 | 29.24 | 5.51 | 0.38 | 0 | 0 | 0 |
| Durango | 67.17 | 25.07 | 7.12 | 0.44 | 0.2 | 0 | 0 |
| Guanajuato | 72.11 | 25.28 | 2.27 | 0 | 0.34 | 0 | 0 |
| Guerrero | 40.35 | 31.46 | 23.28 | 3.09 | 1.83 | 0 | 0 |
| Hidalgo | 50.16 | 37.27 | 10.28 | 2.29 | 0 | 0 | 0 |
| Jalisco | 70.07 | 24.55 | 3.27 | 1.62 | 0 | 0.21 | 0.27 |
| Estado de México | 51.65 | 36.16 | 8.68 | 2.69 | 0.52 | 0 | 0.31 |
| Michoacán | 54.56 | 30.57 | 11.63 | 2.57 | 0.44 | 0.23 | 0 |
| Morelos | 45.81 | 37.87 | 14.79 | 1.28 | 0.26 | 0 | 0 |
| Nayarit | 69.54 | 24.34 | 3.69 | 1.73 | 0.33 | 0 | 0.35 |
| Nuevo León | 77.68 | 19.86 | 2.47 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Oaxaca | 34.19 | 28.95 | 25.79 | 6.17 | 2.99 | 01.09 | 0.83 |
| Puebla | 48.65 | 38.93 | 10.68 | 1.43 | 0.31 | 0 | 0 |
| Querétaro | 60.51 | 29.69 | 6.21 | 2.13 | 1.25 | 0 | 0.22 |
| Quintana Roo | 60.58 | 31.13 | 6.53 | 1.46 | 0 | 0 | 0.31 |
| San Luis Potosí | 63.64 | 27.62 | 8.09 | 0.43 | 0.22 | 0 | 0 |
| Sinaloa | 75.4 | 21.22 | 2.45 | 0.42 | 0.27 | 0 | 0.24 |

| Entidad | 1 a 6 meses | 7 a 12 meses | 13 a 18 meses | 19 a 24 meses | 25 a 30 meses | 31 a 36 meses | No sabe |
|-------------------|-------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------|
| Sonora | 75.89 | 22.59 | 1.23 | 0 | 0 | 0 | 0.29 |
| Tabasco | 67.84 | 26.37 | 4.77 | 0.73 | 0.29 | 0 | 0 |
| Tamaulipas | 76.35 | 22.32 | 1.05 | 0.28 | 0 | 0 | 0 |
| Tlaxcala | 45.27 | 31.16 | 17.7 | 3.43 | 2.23 | 0.2 | 0 |
| Veracruz | 57.39 | 29.27 | 11.13 | 1.19 | 0.68 | 0 | 0.32 |
| Yucatán | 68.5 | 27.04 | 4.16 | 0.29 | 0 | 0 | 0 |
| Zacatecas | 60.9 | 26.94 | 10.32 | 1.03 | 0.6 | 0 | 0.21 |

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (2018)

