



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

PERÚ ENDES 2019-2021

**Línea de investigación:
Salud pública**

Tesis para optar el Grado Académico de Doctora en Salud Pública

Autora

Pantoja Sánchez, Lilian Rosana

Asesora

Cruz Gonzales, Gloria Esperanza

ORCID: 0000-0003-1937-5446

Jurado

Espinoza De Munarriz, Regina Medina

Hurtado Concha, Arístides

Yovera Ancajima, Cleofe del Pilar

Lima - Perú

2025



LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS PERÚ ENDES 2019-2021

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
2	www.scielo.org.co Fuente de Internet	1%
3	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.upagu.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	1library.co Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	<1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS PERÚ ENDES 2019-2021

Línea de investigación
Salud Pública

Tesis para optar el Grado Académico de
Doctora en Salud Pública

Autora
Pantoja Sánchez, Lilian Rosana

Asesora
Cruz Gonzales, Gloria Esperanza
ORCID: 0000-0003-1937-5446

Jurado
Espinoza De Munarriz, Regina Medina
Hurtado Concha, Arístides
Yovera Ancajima, Cleofe del Pilar

Lima – Perú

2025

DEDICATORIA

A mis amados padres Melanio y Florina que
desde donde estén son los ángeles en mi vida

A mi amado hijo Ángel, mi gran maestro en
esta vida y en el multiverso, siempre está en mi
corazón, esencia de mi ser

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la vida por todo, y a todos aquellos que han hecho posible de una u otra forma, que esta investigación pueda culminarla.

ÍNDICE

RESUMEN	viii
ABSTRACT.....	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2. Descripción del problema:	4
1.3 Formulación del problema	5
<i>1.3.1. Problema General:</i>	5
<i>1.3.2. Problemas específicos:</i>	6
1.4. Antecedentes de la investigación	6
<i>1.4.1. Nivel Internacional</i>	6
<i>1.4.2. Nivel Nacional</i>	13
1.5. Justificación de la Investigación:	18
1.6. Limitaciones del estudio	19
1.7 Objetivos de la investigación	20
<i>1.7.1. Objetivo General:</i>	20
<i>1.7.2. Objetivos específicos:</i>	20
1.8. Formulación de hipótesis	20
II. MARCO TEÓRICO.....	22
2.1. Marco conceptual.....	22
<i>2.1.1. Definición Lactancia materna:</i>	22
<i>2.1.2. Epidemiología:</i>	22
<i>2.1.3. Importancia de la LM:</i>	23
<i>2.1.4. Propiedades y composición de LM:</i>	25
<i>2.1.5. Tipos de leche materna:</i>	26
2.1.5.1. Calostro.....	26

2.1.5.2. Leche de transición.....	28
2.1.5.3. Leche madura.	28
2.1.5.4. Leche de comienzo y final.....	29
2.1.6. <i>Diez pasos para una lactancia exitosa</i>	29
2.2. Factores asociados a lactancia materna:.....	30
2.3. Sars Covid 19.....	31
2.4. ENDES.....	32
2.5. Definición de términos.....	34
III. MÉTODO.....	36
3.1. Tipo de investigación.....	36
3.2. Población y muestra.....	36
3.2.1. <i>Diseño muestral:</i>	36
3.2.1.1. Población.....	36
3.2.1.2. Muestra.....	36
3.3. Operacionalización de variables.....	37
3.4. Instrumentos.....	42
3.5. Procedimientos.....	42
3.6. Análisis de datos.....	43
3.7. Consideraciones éticas.....	44
IV. RESULTADOS.....	46
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	62
VI. CONCLUSIONES.....	70
VII. RECOMENDACIONES.....	72
VIII. REFERENCIAS.....	74
IX. ANEXOS.....	85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de niños hasta los 6 meses de vida y sus madres, ENDES 2019 – 2021.	46
Tabla 2. Área de residencia y procedencia de madres y sus niños hasta 6 meses, ENDES 2019 – 2021.	49
Tabla 3. LME en niños de 0 hasta 6 meses de edad, ENDES-Perú, 2019-2021,	51
Tabla 4 LME en niños de 6 meses de edad, ENDES-Perú, 2019-2021.....	52
Tabla 5 LME en niños desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida, según regiones del país, ENDES-Perú, 2019-2021.	54
Tabla 6. Factores asociados a LME, Perú, ENDES 2019 - 2021	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Prevalencia LME en niños desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, Perú 2019-2021.....	52
Figura 2	Comparación de prevalencia LME en niños desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida y LME en niños de 6 meses de edad, Perú 2019-2021	53
Figura 3	Prevalencia de LME en niños desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida según regiones, Perú 2019-2021	56
Figura 4	Prevalencia de LME en niños desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida según regiones, mapa Perú 2019-2021	61

RESUMEN

Objetivo: Determinar factores asociados a lactancia materna exclusiva y su prevalencia en niños hasta 6 meses de vida, hijos de madres de 15 - 49 años, Perú, 2019- 2021, un año previo y 2 post pandemia Covid19. **Metodología:** Estudio analítico utilizando bases de datos Encuesta Demográfica de Salud [ENDES] 2019-2021, analizando variables vinculados a la madre: edad, educación, procedencia, ocupación, estado civil, convivencia, edad/educación de la pareja, índice de riqueza; del lactante: tipo/lugar de parto, contacto piel-piel, con lactancia materna exclusiva (LME). La muestra fue 5322 niños, 1944 (2019), 1527 (2020) y 1851 (2021); se realizó análisis descriptivo y regresión logística calculando ORc/ORa. significancia ($p < 0.05$) usando SPSS v.26. **Resultados:** Se encontró asociación de lactancia materna exclusiva ($OR < 1$) con edad materna de 19 -35 años (2019: $p < 0,003$) y (2021: $p < 0,001$), tener SIS $p < 0,000$, índice de riqueza (pobre y más pobre: $p < 0,05$), madres sin educación o educación primaria $p < 0.000$, parto vaginal $p < 0.000$, educación de la pareja (primaria: $p < 0,05$); lactancia materna exclusiva ($ORa > 1$) con residencia en área urbana, Lima Metropolitana o la Costa $p < 0,000$. La prevalencia de LME, vario de 5,5% (2019), 13,6% (2020) y 7,3% el 2021. **Conclusiones:** Los factores protectores de LME son edad materna adulta, no tener educación o educación primaria, tener SIS, ser pobre y el parto vaginal; los factores de riesgo son vivir en área urbana, Lima Metropolitana, y Costa (Arequipa, Ica, Piura, Tumbes y callao). La Prevalencia LME en Perú es baja, pese a incrementarse el 2020.

Palabras claves: lactancia materna exclusiva, factores asociados, prevalencia, factor protector, factor de riesgo (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Objective: To determine factors associated with SCI and prevalence in children up to 6 m, children of mothers 15 - 49 years, Peru, 2019- 2021, year prior and 2-year post-pandemic to the Covid19. **Materials and Methods:** Analytical study of ENDES 2019-2021. Analyzing SCI (dependent variable) with independent: maternal age, education, origin, occupation, marital status, coexistence, age / education of couple, wealth index, type / place of delivery, skin-skin contact. Sample of MEF (15-49 a.) with at least one child up to 6 months of age, who answered module 2 and 9 of the survey; excluding those that did not respond fully, obtaining sample of 5322 children, 1944 (2019), 1527 (2020), 1851 (2021). Using SPSS v.26, descriptive analysis, bivariate (Chi square), logistic regression, obtaining ORc. and ORa. NC 95%, significance ($p < 0.05$). **Results:** The association of SCI ($OR < 1$) with maternal age (19 -35 years) was found. ($p < 0.003$ and 0.001) 2019 and 2021, have SIS ($p < 0.000$), wealth index (poor and poorer) ($p < 0.05$), mothers without education or primary ($p < 0.000$); vaginal delivery ($p < 0.000$), couple education (primary) ($p < 0.05$). Living in urban area, Metropolitan Lima, Costa, $ORa > 1$ ($p < 0.000$). SCI prevalence of children aged 6 months in 2020 (13.6%), 2019 (5.5%), 2021 (7.3%). **Conclusions:** Adult maternal age, no education/primary, having SIS, being poor/poorer, vaginal delivery are protective factors of SCI, and risk factors: living in urban areas, Metropolitan Lima, and Costa. The SCI prevalence is low; despite an increase in 2020, the first year of the pandemic.

Key words: exclusive breastfeeding, associated factors, prevalence (Source: DeCS BIREME).

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Se define lactancia materna exclusiva (LME), “a la práctica de alimentar al bebe con leche materna en los primeros 6 meses de vida, sin darle ningún otro alimento ni tampoco agua” (Organización Mundial de Salud [OMS], Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2017, p.1). Se conoce que “la leche humana no es solo un grupo de nutrientes adecuados al lactante, es un fluido vivo con más de 200 sustancias que interactúan, con más de una función individual; de nutrición, protección contra infecciones, y estímulo del desarrollo cognoscitivo” (Urquizo, 2014, p.171). Efecto protector contra la obesidad y diabetes en etapas posteriores de la vida (*Victora, 2016, pp.18-19*). Utilidad para la madre, obstétricos como el efecto post parto en contracción del útero y el restablecimiento del peso; menor riesgo de depresión post parto, ansiedad, diabetes tipo II, hipertensión, cáncer de mama, útero y ovario (*Victora, 2016, pp. 19-20*). Aunado al establecimiento y/o fortalecimiento del vínculo madre hijo, así como menor gasto en las familias (Asociación Española de Pediatría [AEP], 2012, pp. 2-3).

Esta práctica natural de nuestra especie fue intervenida por la industrialización de nuestra sociedad, a través de la producción de los sucedáneos de leche humana. Últimas décadas del siglo XX, diversas organizaciones retomaron la lactancia materna (LM) como la mejor práctica de la madre y su bebe, estableciéndose políticas de promoción, protección y apoyo a la LM a nivel internacional, reflejadas en normas, como el “Código internacional de Sucedáneos” (CIS); efectuándose posteriormente en nuestro país, con el Reglamento de alimentación infantil (RAI), así como otras normas (Ministerio de salud del Perú, [MINSAL], 2014). El presente siglo, las diversas investigaciones han validado esta práctica natural, y más aun con lo hallado respecto a la importancia del apego no cognitivo y la LM precoz en la primera hora de vida (AEP, 2012, p. 3). Stephen Buescher (como se citó en Urquizo, 2014)

manifiesta que “La leche humana es un sistema de soporte especializado, sofisticado y complejo que proporciona nutrición, protección e información al lactante humano”.

A pesar de todos los beneficios señalados, en el planeta, la OMS el 2013 (como se citó OMS, 2017, p.1) señala que el 38% de bebés < de 6 meses recibieron LME. La prevalencia de LME mundial es variable, 39% en países con pobre desarrollo según reporte del 2010 (Cai Xiaodong, 2012, p.2). En los países desarrollados esta cifra es aún menor, un estudio en Madrid- España reporta LME de 25,4% (Ramiro, 2017, p.36), otro estudio reporta en Australia LME al 6to mes solo 2% el 2010, y en Estados Unidos 16% el 2013 (AEP, 2016, p.3)

En Perú, se describe que la tasa de LME aumentó en los noventa, de menos del 20% en 1992 a más del 57% el 2000, debido al trabajo a nivel nacional con la iniciativa de “hospitales amigos del niño apoyados por OMS-UNICEF”, certificando establecimientos de salud que apoyaban la LM. Nuestro país aún mantiene cifras de lactancia materna por encima de otros países en el mundo, pero esto se ha detenido en la última década, especialmente en las ciudades observándose tendencia a la baja (OMS, 2013) más aún cuando se trata de LME.

La información sobre data de LME en nuestro país es escasa; incluso la Encuesta nacional demográfica y de salud familiar (ENDES-Perú) reporta lactancia materna y no LME. Existen diversas metodologías para la estimación de LME; la OMS señala que se puede sobre estimar hasta el 40%, esto relacionado al tipo de preguntas que se usan en las investigaciones (OMS, 2007). Sin embargo, la prevalencia de LME reportada es variable, así, según un análisis de ENDES 2018, fue baja (10,2%), (Salsavilca, 2018, p.41), aunque en Lima en una población pequeña se reporta 46,4% (Villareal, 2020) datos contradictorios que motivan conocer la prevalencia real de LME en nuestro país.

Los factores asociados a LME, podemos agruparlos en los correspondientes al lactante (características del recién nacido o neonato, tipo, atención del parto y post parto); la madre (edad, nivel educativo, atención durante la gestación, parto y post parto, experiencia previa en

lactancia, actividad laboral, horario, etc.), apoyo de la pareja; entorno familiar (apoyo, influencia), entorno social (apoyo en el trabajo, del jefe, compañeros de trabajo, legislación, influencia de la industria de sucedáneos, actividades de promoción y protección de la LME) (OMS, 2003; Piwos, 2015; Cerevera, 2020; Daga, 2017).

Edad materna mayor de 35 años, estado socio económico medio-alto, ser extranjera < 10 años de residencia, lugar de residencia, paridad, tiempo de licencia por maternidad, grado de estudios, condición laboral, horario de trabajo, hipogalactia, escasa ganancia de peso, sensación de no tener suficiente leche, experiencias adversas previas y educación prenatal sobre LME, bajo peso al nacer, macrosomia son variables asociadas a LME. Estos factores pueden darse tanto en su inicio como al mantenimiento de la LME (Ramiro, 2018; Oribe, 2015; Esteves, 2014). En nuestro país, Salsavilca (2020), describe como factores negativos a la adherencia a LME, edad mayor de la madre o de su pareja, tener un trabajo e índice de riqueza alta.

El brote del Sars Coronavirus 19 iniciado en Wuhan- China, el 2019 y denominada “pandemia” por la OMS el 11 de marzo 2020, constituye un antes y después en la historia humana (MINSA, 2020) en su transcurso se observó múltiples mutaciones del virus y brotes en el planeta; en el que las respuestas, incluyeron el primer año, medidas de aislamiento, asumidas en diferentes formas y periodos en casi la totalidad de países del mundo; generando impacto económico, social, y en cada aspecto de la vida (OMS, 2023; Ruiz, 2020). Su afrontamiento recayó en las organizaciones de salud, encontrando a países autodenominados primer mundo mejor preparados, a diferencia de latinoamericana, en el que sus sistemas de salud débiles revelaron su real dimensión frente a la alta demanda de la población, llegando casi al colapso en la primera ola en el país, y al colapso en la segunda ola, reflejado en la alta mortalidad, al ser el país con la mayor tasa de mortalidad a nivel mundial (Figueras, 2020; MINSA, 2020). El sistema de salud del Perú, fragmentado, con inversión per cápita por debajo del promedio

latinoamericano, fue desbordado en la pandemia, dejando de atender programas de salud, entre ellos el de lactancia materna, afectado de diferentes formas, observándose cambios en la forma de cuidado a las madres y sus bebés en los diferentes centros hospitalarios, entre ellos separación de los bebés de sus madres, tanto en el contacto pie a pie, como en la no práctica de alojamiento conjunto, lo que implicó sustituir la lactancia materna (Mesa de la lucha contra la pobreza [MLCP], 2020; Salvador, 2020; Galindo, 2021). Nuestro país no fue ajeno a lo descrito, por lo que se requiere conocer qué pasó con la LME en este periodo y conocer los factores asociados en este contexto, lo que motiva la presente investigación que muestra la prevalencia de LME el 2019, año previo a la pandemia, según ENDES 2019 y del 2020- 2021 primer y segundo año de la pandemia, así como conocer los factores asociados a la LME en el país, y por ende en sus regiones, según datos Encuesta ENDES-Perú de los años descritos, los que son de utilidad para identificar donde enfocar las intervenciones en los próximos años.

1.2. Descripción del problema:

En Perú, la prevalencia de lactancia materna, según ENDES ha variado en la última década 68,4% (2014) incremento a 69,8% el (2016), y disminuyó el 2018 (66,4%), el 2019 fue (65,6%), incrementándose el 2020 a (68,4%), y manteniéndose el 2021, pero no alcanzó la cifra del 2016, la más alta en últimos años; en la zona rural la LM fue 79,6% el (2018), 79,7% el (2019), 81,0% el (2020); predominando en la Sierra (79,8%) y Selva (75,4%) el (2020), describiéndose predominio en los hijos de las madres con educación primaria o menos (81,0%) (ENDES, 2019; 2020; 2021).

Los estudios de prevalencia de LME en nuestro país son escasos, los pocos existentes son con diversas metodologías para su determinación, con diferencias en la definición operativa de LME, sobre todo respecto a las preguntas que se usan en las encuestas (OMS, 2007).

Se ha descrito que los factores asociados a LME son diversos, así tenemos los correspondientes al lactante (edad, sexo, características, tipo de parto); a la madre (edad, nivel

educativo, atención en gestación, parto y puerperio, paridad, experiencia en lactancia, actividad laboral, etc.); apoyo de la pareja; entorno familiar; social, entre otros (OMS, 2003; Oribe, 2015; Esteves, 2014).

En nuestro país, los factores asociados a LME descritos por Salsavilca (2020) son edad de la madre o de su pareja, tener un trabajo, índice de riqueza alta. DAGA (2017) señala a la paridad y lugar de residencia, no habiéndose estudiado otros factores, descritos en otros países.

Durante la pandemia Sars Covid 19 debido a incertidumbre, escasa información, temor, entre otros factores, la forma de atención de los recién nacidos cambio en las instituciones de salud, implementándose medidas para las madres, lavado de manos, uso de mascarillas, pero también lamentablemente separación de los bebés de sus madres, tanto en el contacto pie a pie, como en la no práctica de alojamiento conjunto, lo que implicó sustituir la lactancia materna (Salvador, 2020). Nuestro país no fue ajeno a lo descrito, y ahora que la humanidad está viviendo la denominada nueva normalidad, en el que la incertidumbre se presenta en muchos aspectos, pero prioritaria sanitaria, económica y social, requiere investigar lo sucedido con la LME en el país, y es en este contexto, que se ejecuta esta investigación para evidenciar la prevalencia de LME en nuestro país el 2019, año previo a la pandemia, y los dos años de pandemia 2020 y 2021, y conocer sus factores, usando Encuesta ENDES - Perú, 2019 – 2021, pues no existen investigaciones a nivel de la población nacional-regional del país, así evidenciar lo sucedido en este periodo; de este modo contribuir con evidencias que permitan se implementen estrategias para la LME en el país.

1.3 Formulación del problema

1.3.1. Problema general:

¿Cuáles son los factores asociados a LME y su prevalencia, en niños de hasta seis meses de vida, hijos de madres de 15 a 49 años, según ENDES 2019 año pre pandemia y 2020- 2021 dos primeros años de pandemia Sars Covid 19?

1.3.2. Problemas específicos:

- ¿Cómo son las características demográficas de los niños hasta 6 meses de vida y sus madres, según ENDES 2019- 2021?
- ¿Cuáles son los factores asociados a LME en niños hasta 6 meses de vida, hijos de mujeres de 15 a 49 años, según ENDES 2019 - 2021?
- ¿Cuál es la prevalencia de LME en niños hasta 6 meses de vida, en Perú según ENDES 2019 – 2021, un año pre pandemia y dos primeros años de pandemia Sars Covid 19?
- ¿Cuál es la prevalencia de LME en niños de 6 meses de vida, en Perú según ENDES 2019 – 2021, un año pre pandemia y dos primeros años de pandemia Sars Covid 19?
- ¿Cuál es la prevalencia de LME en niños hasta 6 meses en las diferentes regiones del Perú, según ENDES 2019 - 2021 un año pre pandemia y dos primeros años de pandemia Sars Covid 19?

1.4. Antecedentes de la investigación

1.4.1. Nivel internacional

López de Aberasturi et al. (2021), en Bilbao-España, con investigación longitudinal prospectiva, determinan los facilitadores, motivo de abandono y prevalencia de LM en el primer año de hijos de mujeres cuyo parto fue atendido en una clínica privada, con muestra aleatoria de 453 recién nacidos (RN) el 2016-2017, incluyéndose 366 mujeres todo el estudio. Hallaron prevalencia de LME (51,7 %) al inicio, 77,1 % al alta, 21,6 % al sexto mes; y LM 87,1 % al inicio, 48,4 % al sexto mes y 20,6 % al año. Se encontró “que 1 de cada 5 RN recibió LME hasta 6 meses y LM hasta el año”, y los factores estadísticamente significativos favorecedores en iniciar y mantener la LM fueron “no separación del bebe de la madre posterior al parto, no usar chupete los primeros 15 días y sacaleches los primeros 4 meses, practicar el colecho madre-hijo; agrado materno con la lactancia, inicio de alimentación complementaria desde el sexto mes y asistir a grupos de apoyo a la lactancia en el primer

año”. Los motivos de dejar la LME principalmente fueron regreso al trabajo de la madre y el escaso aumento de peso del bebe.

Chung et al. (2010) realizaron una revisión sistemática para ver “la evidencia de la efectividad de las intervenciones en atención primaria para promover y apoyar la LM”. Realizaron búsquedas en MEDLINE, Cochrane, de ensayos controlados y Revisiones Sistemáticas, de septiembre 2001 a enero 2007, usando los términos, "lactancia materna", "leche materna", "lactancia", "asesoramiento" y "educación para la salud". Encontraron 21 ECA (ensayos controlados aleatorizados), 2 ECA agrupados, 2 ECA cuasi aleatorios, 4 estudios controlados no aleatorizados, 2 estudios experimentales antes y después (Iniciativa Hospitalaria Amiga del Bebé [BFHI], 4 estudios observacionales prospectivos con control concurrente o histórico y una revisión sistemática Cochrane. 17 estudios fueron de validez interna acorde a los criterios del “Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF)”. Los datos se resumieron en formularios estandarizados, que incluyeron información sobre el contexto, diseño del estudio, características de la población, tipos de intervenciones, comparadores, métodos de análisis, pérdida durante seguimiento, resultados de la LM con respecto al inicio, duración y la exclusividad, así como los resultados de salud materna- infantil. Se halló “que la intervención de LM prenatal aumentó tasa de cualquier LM a corto plazo (RR agrupado: 1,39; IC del 95%: 1,16–1,67); la combinación de intervenciones de LM pre y posnatal aumentó la tasa de LM intermedia y a largo plazo (RR agrupado: 1,15; IC del 95%: 1,00–1,32; 1,38; IC del 95%: 1,33–1,43, respectivamente); las intervenciones de LM posnatal aumentaron la tasa de LME a corto plazo (RR agrupado: 1,21; IC 95%: 1,08–1,36); la educación estructurada sobre la LM con o sin otros componentes aumentó la tasa de inicio de la LM (RR agrupado: 1,15; IC 95%: 1,02–1,30); el apoyo profesional a nivel individual aumentó la tasa de cualquier LM intermedia (RR agrupado: 1,12; IC 95%: 1,02–1,30); el apoyo laico aumentó la tasa de LM a corto y largo plazo (RR agrupado: 1,26; IC 95%:

1,07–1,48; 1,38; IC 95%: 1,00–1,92, respectivamente) y la tasa de duración de LME a corto plazo (RR agrupado: 1,66; IC del 95%: 1,05–2,56); y BFHI aumentó las tasas de LME a 3 (43,3% vs. 6,4% ($p < 0,001$) y 6 (7,9% vs. 0,6% ($p = 0,01$)) meses. La investigación BFHI en Bielorrusia evidenció descenso significativo del riesgo de infecciones gastrointestinales (9,1% vs. 13,2%; OR ajustado 0,60; IC del 95%: 0,40–0,91) y dermatitis atópica (3,3% vs. 6,3%; OR ajustado 0,54; IC del 95%: 0,31–0,95)” en el grupo intervenido. La evidencia indica que las intervenciones con el componente de apoyo entre pares son “más efectivas que intervenciones de educación estructurada o apoyo profesional para incrementar la tasa de LM a corto y largo plazo. El mix de la acción prenatal y postnatal es más positiva respecto a la atención habitual para aumentar el tiempo de LM.

Mateus et al. (2019), en Colombia, mediante investigación longitudinal, analizaron los factores asociados a la duración de la LME. Se analizó cohorte (438) mujeres primíparas visitadas por 6 meses, mediante 8 entrevistas a domicilio. Analizaron factores individuales, de las familias, de la atención de salud, y análisis de supervivencia. Encontraron “que, a los 8 días, solo unas pocas madres tenían LME; al 6to mes disminuyó al 1,4%. Evidencio “que iniciar LM en primeras 4 horas post parto (HR = 4,07, IC del 95%: 0,96-16,67), seguridad auto percibida para la LM (HR = 1,28, IC del 95%: 1,04 -1,58), opinión favorable del papa acerca de LM (HR = 1,26, IC del 95%: 1,01-1,57) y peso del RN (HR = 1,23, IC del 95%: 1,00-1,53) están asociadas a LME”.

Lamounier (2020) realizó estudio trasversal de LM entre 1990 y 2013, estimó la asociación de la duración de LM y políticas- programas sociodemográficos, de salud a favor de LM en América Latina. Utilizo datos del “programa de Encuestas Demográficas y de Salud” de Bolivia, Brasil, Colombia, Perú y República Dominicana de 1990 al 2013. La mediana de duración de la LM fue estimada con análisis de supervivencia. La información sobre políticas y programas en favor de la LM la obtuvo de “la Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la LM”

(WBTi). La asociación entre tiempo de LM y puntaje de la herramienta WBTi se realizó mediante regresión de supervivencia multinivel. Incluyeron niños < 24 meses, un total de 17,318 niños en todos los países estudiados. Encontró que, la duración de la LM aumento significativamente en la totalidad de países, excepto en República Dominicana. “Las mamás de mayor nivel de educación (HR = 1,66; IC del 95 %: 1,35, 2,04), mayores ingresos (HR = 1,58; IC del 95 %: 1,40, 1,77) y sobrepeso (HR = 1,14; IC del 95 %: 1,05, 1,23) dieron de lactar un tiempo menor. La LM precoz (HR = 0,79; IC del 95 %: 0,74, 0,83) observo asociación con incremento de duración de LM. Perú presentó el puntaje menor WBTi, y República Dominicana el mayor. El puntaje WBTi tuvo relación inversa con duración de LM para este grupo de países (HR = 1,07; IC 95 %: 1,02, 1,12)”. Concluyo que las mamás de mejores condiciones socioeconómicas y con sobrepeso dieron de lactar un tiempo menor. La LM en primera hora se asoció con más duración de LM, y los países con puntuaciones más altas de la herramienta WBTi no tuvieron mayor duración de LM.

Turke et al. (2021) en un estudio transversal, evaluaron la prevalencia de LME en Brasil, e identificaron los factores que influyen su adherencia a LME y LM al 2 año de vida; estudiaron las características demográficas y socioeconómicas de madres y sus niños, usando regresión logística e identificar los factores asociados a LME. Incluyeron 385 madres, de las cuales 38.44% reporto LME y 22,6% LM a 2 años o más. “Los factores de no adherencia a LME fueron madre sola (OR=1.976; 95%CI 1.245–3.135; p=0.004), el usar chupete (OR=2.25; 95%CI 1.436–3.524; p<0.001), y bajo peso al nacer (OR=2.21; 95%CI 1.192–4.102; p=0.012). Los factores de no adherencia a LM durante 2 años o más, fueron usar chupete (OR=4.82; 95%CI 2.722–8.54; p<0.001), embarazo programado (OR=0.51; 95%CI 0.305–0.875; p=0.014), y LM en la primera hora de vida (OR=0.36; 95%CI 0.208–0.641; p<0.001)”. Concluyeron que la “prevalencia de LME y LM a 2 años o más fue insuficiente. Variados

factores se asociaron con menor tiempo de LME y LM total. Utilizar chupete y no tener LM precoz fueron factores prevenibles asociados a ambas”.

Oribe et al. (2015), en México, estudiaron prevalencia de LME y factores asociados a su abandono en la cohorte “INMA (www.proyectoinma.org) (Infancia y Medio Ambiente) de Guipúzcoa” en los 6 meses de vida. Incluyeron 638 mujeres gestantes desde primer trimestre hasta los 14 meses de edad de sus bebés. Usaron regresión logística en 2 periodos “(4 meses/fase temprana, y 6 meses/fase tardía)” para determinar factores asociados. Determinaron prevalencia de LME (84,8%) al alta hospitalaria, 53,7% al 4to mes y 15,4% en el 6to mes de vida. Las razones descritas para dejar la LME en el periodo temprano fueron “poco incremento de peso y pobre producción de leche”. Otros factores fueron “intención previa durante gestación de dar LME, paridad, lugar de residencia y la clase social; en la etapa tardía influye el tiempo de licencia por maternidad”.

Boccolini et al. (2015), en Brasil, realizaron una revisión sistemática de estudios epidemiológicos de factores asociados a LME, usando bases de datos de LILACS y Medline. Identificaron 67 artículos de 1998 al 2020 para analizar, seleccionando 20 investigaciones trasversales y 7 cohortes, que incluyeron a 77866 niños. Se usó para la búsqueda el término de LME y factores o determinantes, en idioma inglés y portugués, así como la definición de LME de la OMS, incluyendo niños hasta los 6 meses de vida, excluyendo 44 estudios que no presentaron las medidas de asociación de los factores. La investigación se realizó por fases, siendo la última la creación de un modelo teórico establecido por el autor Vitora, organizando los factores acordes a la proximidad al resultado LME en proximales y distales. Se encontró prevalencia de LME entre 3,9 a 8,6% al sudeste y noreste de Brasil respectivamente. Se identificó como factores asociados distales a lugar de residencia, edad y escolaridad materna, y factores asociados proximales al trabajo materno, edad del niño, uso de chupón y financiamiento de la atención de salud.

Ferreira et al. (2018) en su estudio correlacional transversal determinaron asociación entre variables maternas y LME en un ambulatorio especializado en Ceara- Brasil, donde se evalúa e incentiva la LM y monitorea el CRED del bebe hasta los 6 meses. La población fueron 4356 puérperas que acudieron para el seguimiento de sus bebes el 2012. La muestra fue 363 realizando muestreo sistemático, incluyendo a mamás de 18 años a más con bebes nacidos a término sin complicaciones, sin restricciones físicas o mentales que imposibilitaran la investigación, pues se usó la técnica de entrevista. Se analizó con SPSS v.21, usando regresión logística multivariante. Encontraron prevalencia de LME entre los 0 y 6 meses de vida (76,6%), observando LME mayor en los primeros meses de vida, descendiendo de 39,2% en lactantes del primer mes a 19,8% al segundo mes, 17,3% el tercer mes, 8,6% en el cuarto mes, 7,6% en el quinto mes, 6,5% en el sexto mes y 1,1% después del sexto mes de vida. El número de embarazos previos tuvo asociación significativa con la LME ($p = 0,001$, RP: 0,38), concluyendo que es un factor protector para LME.

Hossain et al. (2018) determinó la prevalencia y factores asociados a LME durante los primeros 6 meses de vida del lactante usando la encuesta Demográfica y de Salud de Bangladesh (BDHS-2014), tomando datos de 17.863 mujeres en edad reproductiva de todo el país, con muestreo por conglomerados estratificado en dos etapas. Incluyo madres que tenían al menos un hijo de al menos 6 meses de edad, excluyendo aquellas con información incompleta o faltante, obteniendo 3541 madres como muestra. Uso modelos de regresión logística binaria y prueba de Chi-cuadrado. Encontró prevalencia de LME de 35,90% y que las madres menos educadas tenían más probabilidades de dar LME respecto a las de mayor nivel educativo. “(AOR = 2,28, IC 95%: 1,05-4,93; $p < 0,05$), las amas de casa tenían más probabilidades de amamantar (AOR = 1,20, IC 95%: 1,02-1,42; $p < 0,05$). La tasa más alta de LME la tenían las madres de 35 – 40 años, que vivían en la región de Sylhet, tenían acceso a medios de comunicación, más de 4 hijos, su parto fue casa, recibían asesoramiento sobre LM

y atención prenatal/posnatal; concluyendo que buena parte de los predictores eran factores modificables.

Koffi et al. (2023) evaluó la exposición de los niños a LME y los factores asociados en su interrupción antes de los seis meses de vida, usando datos de la Quinta Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS5) de Côte d'Ivoire del 2016, en 980 niños menores de seis meses de edad, utilizando el método actuarial de estimación del riesgo de supervivencia combinado con la prueba de Wilcoxon (Gehan), modelos de regresión de riesgos proporcionales discretos en el tiempo y análisis de correspondencias múltiples (ACM). Encuentra que la sesión de asesoramiento a la madre, edad en el momento del parto se asociaron significativamente con la probabilidad de interrumpir la LME antes de los primeros seis meses de vida. La situación de salud y el sexo del niño se asoció significativamente ($p < 0,001$) con LME, aquellos niños enfermos las semanas previas a la encuesta tenían más probabilidades de continuar con LME (OR ajustado 1,80; IC del 95%: 1,452, 2,234). El sexo femenino tenía menos probabilidad de LME respecto al masculino (OR ajustado 1,48; IC del 95%: 1,22 a 1,798). El bajo nivel de vida se asoció con el destete precoz de LME (OR ajustado 2,15; CI 1.325, 3.499). La duración de la lactancia materna exclusiva fue significativamente mayor entre las madres con alta exposición al discurso médico (OR ajustado 0,74; IC 0,595 a 0,91), concluye que para mejorar la práctica de LME debe fortalecerse las capacidades de personal de salud en el asesoramiento a las madres en LME y su mantenimiento hasta los 6 meses independiente del estado de salud del lactante.

Gebeyehu et al. (2022) evaluaron estudiaron los conocimientos, actitudes, prácticas y determinantes de la LME en mujeres de Etiopía, mediante revisión sistemática y meta análisis, para lo cual realizaron búsquedas en PubMed, Google Scholar, Scopus, Science Direct y biblioteca en línea de la Universidad de Addis Abeba. La información fue procesada en Excel y analizada con STATA v. 14. “El sesgo de publicación se comprobó mediante la parcela

forestal, la prueba de rango de Begg y la prueba de regresión de Egger. Para buscar la heterogeneidad, y se realizó análisis global estimado. El análisis de subgrupos se realizó por región, contexto del estudio y publicación, y se determinó OR agrupado para los factores asociados. Se verificaron 995 estudios, 33 tenían los criterios de elegibilidad incluyéndose en el meta análisis. Participantes fueron 13,397. La prevalencia combinada de buenos conocimientos, actitudes positivas y malas prácticas de cuidado de la madre canguro fue del 74,2% (IC 95%: 62,9-85,4), 77,2% (IC95%: 68,3-86,0) y 58,3% (IC 95%: 49,9-66,6), respectivamente. El análisis de subgrupos evidencio mayor prevalencia de conocimiento en estudios institucionales (78,3%) y estudios no publicados (76,3%). La actitud positiva fue más alta en los estudios institucionales (81%). La prevalencia más alta de la práctica fue en Afar (68%) y la más baja en Addis Abeba (34,6%). Las mujeres con educación secundaria (ORA = 3,3; IC95%: 1,8-6,0), amas de casa (OR = 3,1; IC95%: 2,1-4,7), tuvieron parto vaginal (OR = 2,0; IC95%: 1,4-2,9), parto en establecimientos de salud (OR = 3,3; IC95%: 2,1-5,1) y asistían a la atención prenatal fueron predictoras de LME. Concluyendo que educación materna, ocupación, parto vaginal e institucional, así como el control prenatal fueron predictores de LME.

1.4.2. Nivel nacional

Salsavilca (2020) en Perú, con estudio analítico trasversal, determinó la prevalencia de LME y asociación de factores sociodemográficos con LME en mujeres en edad fértil (MEF) (15 - 49 años) con un hijo < 6 meses según ENDES 2018”. Utilizó los cuestionarios de LM y analizó con SPSS V25, “encontró prevalencia de LME de 10,2%, y significancia estadística con edad materna, residencia, educación, unión conyugal, labor, edad, educación de la pareja, e índice de riqueza”. El análisis multivariado halló que mujeres > 30 años no se adhieren a LME (RP= 1,6), tener un trabajo (RP= 2,2); edad de la pareja (RP= 2,06), > 30 años (RP=1,94) mamas con mayores recursos (RP=1,6) no adherencia a LME”. Se concluye

que “la prevalencia de LME es poca, y las variables negativas a adherencia a LME son mayor edad materna o de su pareja, tener un trabajo y un índice de riqueza alta”.

Solís et al. (2018) en Lima, con estudio analítico, retrospectivo, transversal, analizó factores asociados al inicio de LM precoz en el Hospital “San Bartolomé”, 2017. Realizó encuesta a 191 puérperas que iniciaron LM precoz y 191 controles. Usó Chi-cuadrado y Odds Ratio para análisis de asociación y halló “asociación de madre estudiante, saber que no se deforman las mamas y que los bebés no requieren tomar infusiones, con LM precoz”, variables definidas como factor sociocultural. Las señaladas como institucional con asociación fueron: “acoger información sobre LM en la atención prenatal, demorar en llevar al bebé (10 - 25 minutos), tener un ambiente favorable para LM, “.

Matías et al. (2012) en Lima, con estudio analítico investigaron los factores asociados a LME. La muestra fue 117 madres, los datos fueron obtenidos el día 0 y 3 y los meses 1,3 y 6. La LME se evaluó con el recuerdo de la dieta 24 horas previas. Encontraron LME de 74%, 72%, y 35% al 1, 3, y 6 meses respectivamente. Al 3er mes, la menor educación materna, la mayor frecuencia de LM, mayor dolor mamario y uso de acetato de medroxiprogesterona de depósito (3er mes), se asoció con lactancia materna exclusiva. Al 6 mes, hallaron que mayor peso al nacer del lactante y madre no empleada se asoció a LME. Concluyendo que las madres mejor educadas y trabajadoras, los bebés con menor peso al nacimiento deben ser el objetivo de intervenciones para mejorar la LME en el Perú urbano.

Hernández et al. (2019) realizaron estudio analítico, transversal, de fuente de datos secundaria (Encuesta Peruana de Demografía y Salud Familiar 2018), para conocer la prevalencia y los determinantes del inicio temprano de LM (EIBF). Muestra fue 19,595 niños nacidos 5 años anteriores a la encuesta. “Usaron regresión logística multivariada; la variable dependiente (EIBF), y las independientes: variables sociodemográficas y del embarazo. Encontraron prevalencia de EIBF de 49,7%; las cesáreas se asociaron con menor EIBF ([ORa],

0,06; [IC] 95%, 0,05 a 0,07). Los RN en establecimientos de salud públicos (ORa, 1,37; IC 95%, 1,15 a 1,65) presentaron tasa mayor de EIBF. Las mujeres de región selvática (ORa, 2,51; IC 95%, 2,17 a 2,89) tenían mayores probabilidades de proporcionar EIBF que las de la costa. Las madres con mayor educación (ORa, 0,65; IC del 95%, 0,55 a 0,76) tenían menor probabilidad de LM precoz que las madres sin educación”. Concluyeron que más del 50% de los RN no amamantan en la primera hora post parto. Los principales determinantes del EIBF fueron el modo de parto y la región de residencia materna.

Daga (2020) en su estudio transversal, analizo los factores asociados a LME, usando ENDES 2017. La población fueron las madres entrevistadas, incluyendo aquellas con infantes menores de 6 meses que completaron la encuesta del hogar y de la mujer, excluyendo aquellas madres de infantes que habían fallecido antes de aplicar la encuesta, muestra de 1828. Usó prueba de Chi cuadrado y estimó asociación con regresión de Poisson simple, y posteriormente regresión de Poisson múltiple, estimando RP, IC considerando significancia de ($p < 0.05$). Encontró “prevalencia de LME nacional de 63.82% en niños < 6 meses, 71,21% vivía en área urbana y 28,79% en zona rural. 25,55% de las madres era del quintil I, ingresos económicos bajos, y el CPP se dio en 49,56% de la población estudiada. El índice de riqueza y el sexo se asociaron significativamente a LME. Concluye que madres con pocos recursos tuvieron mayor LME y los RN femeninos tuvieron mayores probabilidades de LME”.

Villarreal (2020) realizó estudio transversal, para determinar la asociación de LME y sus factores en periodos como gestación, parto, puerperio, de madres en establecimientos de salud, DIRIS Lima Centro. Uso una encuesta, que incluía variables: número de controles prenatales (CPN), y LM en últimos 6 meses; encuestando a 140 madres. Encontró que el 77,85% de las madres tuvo 6 CPN, y asociación con LME ($p 0,012$), también con parto vaginal; y el uso de sucedáneos como factor de riesgo ($p < 0,001$).

Lihim (2014), mediante estudio analítico transversal investigo la tendencia de LME en Perú, y los factores asociados, los años 1996, 2000, 2006, 2011. Usó análisis secundario de ENDES del periodo mencionado. Encontrando para 1996, “LME asociación significativa con estado civil, educación materna, periodo intergenésico, edad del bebe y usar biberón. El 2000, fue: el vivir en la Sierra, el inicio precoz de LM, la educación paterna, edad del infante y usar biberón. Para el 2006 el vivir en la Sierra, usar biberón y la periodicidad de leer periódicos/revistas por la madre. El 2011 fueron: vivir en la Sierra, menor educación materna, inicio precoz de LM y menor edad del bebe. El usar biberón se asocia a baja prevalencia de LME. Concluyo que la LME está influenciada por numerosos factores con variaciones geográficas, contextuales, que actúan en diferente intensidad en el transcurso de los primeros meses de la conexión madre-hijo”.

Ortega (2020) efectuó estudio transversal para determinar factores asociados al abandono de LME. Se estudió a 177 mujeres en consultorio de crecimiento y desarrollo (CRED) en hospital de ESalud II en Huaraz, el 2018. Usó entrevista personal y analizo variables socioeconómicas, culturales y biológicas. Encontró que las variables biológicas se relacionaron significativamente al abandono de la LME. Recibieron LM precoz (55,45%); agalactia (38,64 %); reportaron adecuada experiencia con LM (52,27 %); consideraron conveniente brindar fórmula láctea (65,91 %); percibió motivo de deserción cuando el bebé tenía hambre (52,27%)”. La conclusión fue que las variables socioeconómicas y culturales no se asociaron al abandono de la LME.

Laggi (2013), con investigación transversal, analítica, evaluó factores asociados al abandono de la LME, mediante encuesta, a madres de bebes entre 6-24 meses en la periferia de Lima, definiendo LME como “abandono si esta fue previa a cumplir los 6 meses de edad”. Evaluó “variables sociodemográficas, en embarazo, parto y propios de la lactancia. Incluyó 109 encuestas; todos con ingreso económico familiar < 250 dólares y > 18 años (85,3%).

Calculó RP crudas y ajustadas con IC 95%, regresión de Poisson simple y múltiple. Halló que 70% abandonó LME, y estaba asociado con madre primípara (RP: 1,54; IC95%: 1,20-1,98), tener problemas con el pezón (RP: 1,58; IC95%: 1,07-2,33), percepción de insatisfacción de su hijo con LME (RP: 1,35; IC95%: 1,01-1,79)". Concluye que la renuncia a LME fue alta, y los factores asociados: "primiparidad, problemas del pezón y el sentir que él bebe está insatisfecho con la LME".

Álvarez y Sánchez (2020) en su estudio analítico correlacional. Determinó factores asociados a LME en Perú, del 2013-2018, analizando ENDES 2018, considerando 7487 casos madre-hijo. Halló prevalencia de LME durante los primeros 6 meses de vida de 74%, y el análisis de regresión logística encontró que los factores asociados favorables para LME fueron lugar de residencia: madres que viven la sierra y la selva ($p < 0,000$) nivel socioeconómico: medio ($p < 0,019$ y bajo ($p < 0,000$), madre no trabaja ($p < 0,000$), no violencia física a la madre ($p < 0,000$), paridad: múltipara ($p < 0,000$), tipo de parto: vaginal ($p < 0,000$), y capacitación en lactancia materna durante la gestación ($p < 0,000$), así como ser recién nacido a término ($p < 0,000$) e inicio de la LM durante la primera hora de vida ($p < 0,000$).

Román (2016) en su investigación descriptiva, retrospectiva, transversal, en la que determino los factores asociados en la interrupción temprana a la LM en Perú, 2012-2014. Incluyo mujeres de 15-49 años con hijos < 24 meses, usando ENDES del periodo señalado. Encontró que la mujer con familia monoparental (36,7%), el 46,7% del quintil superior, el 2,8% de mujeres pobres, 2,8% sin educación y 2,7% vive en zona rural interrumpen la LME.

Aucca (2022) analizó los factores asociados a LME el 2020, con un estudio analítico transversal, usando los registros de mujeres con nacimientos en los últimos 5 años según ENDES 2020. Encontró que 70,43% de mujeres dio LME en su último embarazo de los últimos 5 años; y los factores que se asocian a LME aumentando o disminuyéndolo son lugar de residencia, región natural, lengua materna, nivel educativo, índice de riqueza, atención prenatal, lugar de

parto y complicaciones del parto y post parto, la capacitación en LM, el bajo peso y macrosomía. Las regiones con mayor prevalencia de LME fueron Ayacucho (87,77%), Huancavelica (86,81%).

Álvarez (2022) analizó los factores asociados a LME en Perú, con ENDES 2019, estudio trasversal con muestra de 4212 mujeres de 15 a 49 años con un hijo menor de 6 meses. Utilizo regresión de Poisson determinando RP cruda y ajustada. Reporta 67,3 de prevalencia de LME, y variables asociadas en el análisis bivariado a residencia rural (RPc: 1,22; IC 95%: 1,17-1,27, p:0,000), multiparidad (RPc: 1,10; IC 95%: 1,05-1,16, p:0,000), parto vaginal (RPc: 1,1; IC 95%: 1,03-1,16, p:0,003), instrucción de preparación pezones LM (RPc: 1,12; IC 95%: 1,05-1,19, p:0,000), enseñanza para dar pecho al bebe (RPc: 1,12; IC 95%: 1,05- 1,19, p:0,000) y capacitación sobre LM (RPc: 1,11; IC 95%: 1,05-1,17, p:0,000). El análisis multivariado evidencio asociación con lugar de residencia rural (RPa: 1,21; IC 95%: 1,15-1,27, p: 0,000) y múltiparidad (RPa: 1,12; IC 95%: 1,05-1,19, p: 0,000. Concluye que la asociación con LME es el lugar de residencia rural y la multiparidad.

Tenorio (2021), en su estudio analítico, retrospectivo, trasversal usando ENDES 2019 para determinar asociación entre factores prenatales y natales con LME en mujeres peruanas de 15 a 49 años con al menos un hijo de 6 meses a más. Reporta prevalencia de LME (67.2%), variables asociadas a educación en técnica de amamantamiento (RPc:1.11 IC 95%: 1.04-1.18), capacitación sobre LM (RPc: 1.12 IC 95%: 1.06-1.18), parto vaginal (RPc: 1.08 IC 95%:1.02-1.05) y control posnatal (CPN) (RPc:0.76 IC95%: 0.70-0.83) en análisis bivariado; sin embargo, el análisis multivariado encuentra asociación solo con capacitación en LM y CPN.

1.5. Justificación de la investigación:

La LM y su valor en la salud materna y del infante es ampliamente conocida, y más aun de la LME, evidenciada por los múltiples estudios que muestran lo fundamental que es en el CRED del bebe e infante, y en la salud de sus madres. En nuestro país, el Perú los datos

de lactancia se obtienen anualmente con la Encuesta ENDES, pero la data de LME a nivel de todo el país es inexistente, pues no la informa ENDES; se conoce solo el reporte de algunas investigaciones en poblaciones reducidas, específicas publicadas en años previos a la pandemia Covid 19, por lo que el presente estudio da a conocer la prevalencia de LME a nivel de país y por regiones, así mismo analiza la tendencia de la LME el año previo a la pandemia Covid 19 y dos años de pandemia 2020 y 2021, para ver los efectos de la misma en la LME.

El conocer los factores asociados a LME los años de pandemia en nuestro país; el 2020 en el que vivimos el confinamiento y muchos aspectos de nuestras vidas fueron afectadas, en el que la oferta de nuestro frágil sistema sanitario fue sobrepasada por la demanda, dando lugar al debilitamiento de la promoción y protección de la LM. Conocer estos factores es útil para que las entidades involucradas, desde la mirada de salud pública, puedan plantear e implementar políticas y estrategias que permitan al Perú alcanzar a futuro las metas planteadas para el desarrollo sostenible (ODS) respecto a la LM y sobre todo a la LME.

Los resultados del presente estudio son útiles como base para futuras investigaciones, con variables adicionales, que permitan tener mayor información sobre el tema.

1.6. Limitaciones del estudio

La limitación principal es que, al usar data de fuente secundaria, solo se puede analizar las variables registradas en las bases de ENDES publicada en la web del INEI, dado que son las únicas variables consideradas en la encuesta que se realiza en el país anualmente; no se puede estudiar otra variable de interés de la investigadora.

Otra limitación posible es el sesgo del recuerdo de las madres en la encuesta ENDES, por el tipo de preguntas realizadas, razón por la cual, para el análisis solo considero a las madres con hijos hasta 6 meses de vida, y no hasta los 2 años como está considerada en algunas preguntas consideradas en la ENDES.

1.7 Objetivos de la investigación

1.7.1. *Objetivo General:*

Determinar los factores asociados a LME y su prevalencia en niños de hasta 6 meses de vida, hijos de madres de 15- 49 años, en población del Perú, según ENDES 2019- 2021 un año pre pandemia y dos primeros años de la pandemia Sars Covid19.

1.7.2. *Objetivos específicos:*

- ✓ Describir las características sociodemográficas de niños hasta 6 meses de vida, hijos de madres de 15 - 49 años en población de Perú, según ENDES, 2019 - 2021
- ✓ Establecer la prevalencia de LME en niños hasta 6 meses de vida, en Perú, según ENDES 2019- 2021, un año pre pandemia y dos primeros años de la pandemia Sars Covid 19.
- ✓ Establecer la prevalencia de LME en niños de 6 meses de vida, en Perú, según ENDES 2019- 2021, un año pre pandemia y dos primeros años de la pandemia Sars Covid 19.
- ✓ Determinar los principales factores asociados a LME en Perú según ENDES 2019 - 2021. un año pre pandemia y dos primeros años de pandemia Sars Covid 19.
- ✓ Determinar prevalencia de LME en las diferentes regiones en el Perú, según ENDES 2019 – 2021, un año pre pandemia y dos primeros años de la pandemia Sars Covid 19.

1.8. Formulación de hipótesis

Ho: No hay asociación entre variables sociodemográficas (edad materna, procedencia, educación, ocupación, estado civil, convivencia, quintil de riqueza), variables institucionales (tipo parto, lugar del parto, contacto piel a piel, seguro de salud), variables de la pareja (edad, educación) con LME en niños hasta 6 meses de vida, hijos de mujeres, de 15 a 49 años, Perú, ENDES 2019-2021.

H1: Hay asociación entre variables sociodemográficas (edad materna, procedencia, educación, ocupación, estado civil, convivencia, quintil de riqueza), variables institucionales

(tipo parto, lugar del parto, contacto piel a piel, seguro de salud), variables de la pareja (edad, educación) con LME en niños hasta 6 meses de vida, hijos de mujeres, de 15 a 49 años, Perú, ENDES 2019-2021.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco conceptual

2.1.1. *Definición Lactancia materna:*

Según la OMS (2009) “La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano del lactante; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusión importante en la salud de la madre”. Es ampliamente conocido que la lactancia materna exclusiva (LME), definida como lactancia sin nada adicional hasta 6 meses, y continuarla hasta 2 años de vida o más, acompañada de alimentos complementarios, es lo ideal para el lactante e infante, para asegurar su crecimiento y desarrollo óptimo (OMS, 2009).

Según la OMS-UNICEF (2017) la LM: “debería mantenerse como mínimo hasta los dos primeros años o hasta cuando el niño o la madre lo decidan, sin margen de tiempo”. Se desconoce la permanencia del tiempo ideal de la LM en nuestra especie, pues “está determinada por el escenario socio cultural en el que habitan las madres, sus familias y comunidad” (OMS, 2017). Se entiende así, pues el tiempo de lactancia puede extenderse tanto como las diferentes culturas existen en el planeta.

2.1.2. *Epidemiología:*

A nivel mundial desde 1995 hasta 2015 las tasas de LME pasaron de 24,9 % al 43 %. Esta tendencia se observó en España, según la Encuesta Nacional de Salud (ENSE), la del 2017 mostro que la tasa de LME fue de 39,0%, a diferencia del año 1995 que fue 15,1 %. (AEP, 2016; Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social España, 2017)

En Latinoamérica, también se observó incremento con variaciones, así Chile en los últimos 30 años la prevalencia de LM se incrementó en más de 40%, reportando 57% el 2018, hay que tener en cuenta que son datos de LM, y no de LME. En Colombia, se reportó LME de solo 10% (Mateus, 2019).

A pesar del incremento en LM, pocos países tienen tasas adecuadas de LME; los países de altos ingresos algunos años muestran aumento al iniciar la LME, aunque luego hay decremento en el tiempo, encontrándose datos muy bajos de LME al 6to mes, tal como lo refleja (ENSE) en España, en el que la prevalencia de LME es del 28,5% a los 6 meses (ENSE, 2017).

2.1.3. Importancia de la LM:

La LME en los 6 primeros meses de vida es considerada una finalidad de la salud pública en el mundo, pues tiene relación con disminución de la “morbilidad y mortalidad infantil”. El inicio temprano de LM es una de las estrategias más rentables en reducir la mortalidad neonatal contribuyendo a la salud materna. La OMS (2017) señala: “La LME ha probado ser altamente beneficiosa para la salud infantil”, tanto por el aporte nutricional, de cantidades adecuadas de proteínas, carbohidratos y grasas que requiere el neonato y el lactante para su CRED; como de oligoelementos, enzimas digestivas, vitaminas, hormonas, factores de crecimiento y elementos del sistema de defensa, tales como inmunoglobulinas, anticuerpos, linfocitos, y células madres; todo esto en perfecto equilibrio, y constante cambio en forma dinámica según las necesidades del lactante (OMS, 2017).

Este aporte no solo es nutrientes físicos, sino el aspecto emocional afectivo en mi humilde entender es lo más importante como especie humana, pues somos seres emocionales, la LME asegura establecer el adecuado “vínculo madre-hijo” y viceversa. La OMS (2017) señala que: “un adecuado vínculo de apego seguro del bebé con su mamá, es esencial en su desarrollo como persona autónoma y segura”. Lo descrito, hace que la LM se considere, según la OMS (2017) el método: “de referencia para la alimentación y crianza del lactante y el niño pequeño”. La LM es pues, superlativamente mejor a cualquier otro alimento sucedáneo, ya sea leche de vaca, o fórmula artificial, que más bien ocasionan varias morbilidades en niños alimentados con ello, tal como lo describe la UNICEF (2012): “incremento del “riesgo de

muerte súbita del lactante y muerte durante el primer año de vida; mayor riesgo de infecciones gastrointestinales, respiratorias, urinarias, que estas sean más graves y ocasionen hospitalizaciones”. “A largo plazo mayor frecuencia de dermatitis atópica, alergia, asma, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, obesidad, Diabetes Mellitus, esclerosis múltiple y cáncer”. En el caso de las niñas “incremento del riesgo de cáncer de mama en la adultez”. Respecto a la inteligencia, bebés no alimentados con leche materna tienen bajos puntajes en test de inteligencia y “mayor riesgo de tener hiperactividad, ansiedad, depresión, y de maltrato infantil”. Hay que tener en cuenta también que la LM siempre tiene temperatura adecuada cuando él bebe lo requiere, y está en perfectas condiciones higiénicas (UNICEF, 2012).

Las madres que no practican la lactancia, aumentan riesgo de hemorragia postparto, por la casi inexistencia de oxitocina; y a largo plazo incrementan “riesgo de fractura de cadera, columna, pasada la menopausia, así como cáncer de ovario y uterino, artritis reumatoide, morbilidad cardiovascular, hipertensión, ansiedad y depresión”; en contraste las mamas que amamantan disminuyen la probabilidad de cáncer de mama, aumentan el tiempo de infertilidad, recuperan el peso previo a la gestación con más facilidad. Un aspecto crucial en el amamantamiento es que la madre comparta con su bebé momentos inolvidables de bienestar y placer, fortaleciendo vínculo de madre a hijo y viceversa, que es para toda la vida, previniendo de este modo la depresión posparto, por el efecto de la oxitocina y las endorfinas con efecto tranquilizador y de bienestar (Aguilar, 2007).

Para nuestra sociedad y el planeta, la LM, al ser natural, no requiere gasto de las familias, ni consumo de energía, como si lo requirieran el uso de sucedáneos, los que además del uso de energía e insumos críticos en el planeta, como el agua, generan diversos contaminantes, en toda la cadena de producción, fabricación, distribución hasta el uso final por los consumidores, contribuyendo con altas emisiones de carbono al cambio climático que

estamos ya viviendo, el cual pone en riesgo la vida de variadas especies, incluso la nuestra. Todos estos aspectos hay que tener en cuenta en el momento de brindar consejería a las madres para que amamenten a sus bebés (AEP, 2012).

Revisaremos detalladamente algunas ventajas para el lactante, según la Dirección General de Salud pública y de participación (DGSPP, 2009) como:

- “Facilita la liberación de la hormona de crecimiento, así como el óptimo desarrollo cerebral, fisiológico e inmunológico.
- Brinda protección al bebé respecto a enfermedades como la diarrea, infecciones respiratorias, tales como resfríos, bronquiolitis, bronquitis, neumonía, otitis y otros. La LM protege las vísceras y la mucosa respiratoria del infante frente a los patógenos.
- Decrementa el riesgo de enfermedades inmunológicas, como alergias, tipo dermatitis atópica y asma, también de la leucemia y enfermedades crónicas intestinales, enfermedad celíaca.
- Disminuye el riesgo en la adultez de morbilidad no transmisible: obesidad, diabetes, hipercolesterolemia coronariopatías y cáncer.
- Está íntimamente relacionada con el intelecto cognitivo y emocional. La lactancia materna transfiere al bebé estabilidad afectiva, lo que incide en su autoestima y empatía”.
- Esta utilidad es aún de más valor en los RN pretérminos o con morbilidades (Síndrome Down, fenilcetonuria, malformaciones y otros). (CLM -AEP, 2008)

2.1.4. Propiedades y composición de LM:

La leche materna tiene propiedades únicas y está totalmente adaptado a las necesidades del lactante. Es más fácil de digerir, su digestión se da aproximadamente en hora y media, a diferencia de otras leches, por ejemplo, la leche de vaca demora aproximadamente tres horas, por eso las leches maternizadas tardan más la digestión; a diferencia del bebé que

lacta exclusivamente la leche de su madre, lacta más frecuente que uno que toma otro tipo. Por lo que la indicación que se brinda a las mamás es amamantar a libre demanda, acorde a los requerimientos particulares de cada bebé, el cual mamá frecuentemente, estimulando la producción de leche, estableciendo el círculo virtuoso para una lactancia materna exitosa (MINSA-Perú, 2014).

La leche humana al ser una sustancia viva, varía su composición bioquímica previa al parto, luego a “calostro, leche de transición y leche madura”. Así mismo se diferencia en leche de madre de un neonato a término al de un prematuro. Incluso en una mamada, se encuentra la leche de inicio que es distinta de la final; durante las 24 horas del día, varía su composición.

Aguilar (2011) señala: “Identificación de > de 200 elementos en la leche humana, tiene células vivas (Macrófagos, neutrófilos, linfocitos, células epiteliales), membranas y glóbulos de grasa, rodeados de membranas”. Se describe que varía su sabor, de acuerdo a los alimentos que coma la madre.

2.1.5. Tipos de leche materna:

2.1.5.1. Calostro. El calostro es espeso y amarillento, se produce al final de la gestación, y en los primeros días post parto (4 a 7 días). La UNICEF (2017) lo describe como: “el mejor alimento para el recién nacido en post parto inmediato”, por lo que debe iniciarse la LM con el calostro en la primera hora post parto, pues se constituye esencial para la salud del RN, para lo cual es crucial el contacto piel a piel (CPP) del bebé con su mamá, fomentando lo denominado apego precoz (UNICEF, 2017).

Su coloración es por la alta cantidad de carotenos en los primeros días post parto; tiene alta densidad, poco volumen (2 a 20 ml por lactada), que satisface las necesidades del bebé. Su composición es diferente a la de la leche madura, en los 3 primeros días, la cantidad varía acorde a la periodicidad de tomas y podría alcanzar en el primer día aproximadamente 100

ml, dependiendo de características del bebe y la madre, así las madres que previamente amamantaron, tienen más calostro; sin embargo el volumen que produce la madre es de acuerdo a las necesidades de su bebe; hay que tener en cuenta la fisiología del recién nacido, que no le permite manejar grandes volúmenes de líquido por la inmadurez renal, así como le permite organizar progresivamente la coordinación de succión-deglución-respiración (CLM-AEP, 2008).

Churchil (2012) describe su composición:

“2 g/100 ml de grasa, 4 g/100 ml de lactosa y 2 g/100 ml de proteína; tiene poca cantidad de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, sin embargo, el sodio, potasio, cloro, las proteínas, vitaminas A, E, K, ácido sálico, colesterol y algunos minerales (sodio, hierro, zinc, azufre, potasio, manganeso, selenio) son mayores que la leche madura. La cantidad de carotenoides puede ser 10 veces más alto, la vitamina A esta en niveles muy elevados. Contiene vitaminas B12 y B9 combinadas con una proteína que evitan que las bacterias proliferen, pues requieren ambas vitaminas para su desarrollo; las inmunoglobulinas previenen la adherencia de bacterias, virus y otros patógenos al cubrir el tracto digestivo inmaduro, del bebe. Contiene factores de crecimiento que estimulan la maduración de diferentes sistemas del recién nacido. El calostro es esencial para los primeros días del bebe, debido a la gran cantidad de factores de defensa (inmunoglobulinas, Ig A secretoria especialmente, Lactoferrina, linfocitos, macrófagos, etc.) que funcionan como sistema inmune del bebe contra los patógenos; facilita la colonización del lactobacilo Bífido, pues tiene un factor de crecimiento esencial para este, además es el primer probiótico en el intestino estéril del RN. Tiene muchas enzimas que apoyan al sistema digestivo, en la eliminación del meconio”.

Es alto en anticuerpos, que protegen ante bacterias y virus que están en el canal del parto, o también en el contacto con otras personas. Suprime la producción de IgE, implicada en la respuesta alérgica (CLM-AEP, 2008).

2.1.5.2. Leche de transición. Se secreta del 7 y 14 día post parto. Al término de la primera semana post parto se da el aumento brusco de la producción de leche, llegando hasta el volumen aproximado de 600-800 ml/día entre 8 a 15 día post parto. Su color y aspecto, día a día cambia haciendo que las inmunoglobulinas y proteínas totales disminuyan, aumenten la lactosa, grasa y calorías; y vitaminas hidrosolubles como las liposolubles disminuyan. La cantidad de producción de leche que producen las madres varía individualmente en el tiempo, como también cambia la composición y pueden ser significativa entre mujeres, incluso en una misma madre, durante los primeros 8 días, para luego estabilizarse” (CLM-AEP, 2004).

2.1.5.3. Leche madura. Se produce alrededor de 700-900 ml/día promedio, en los 6 meses post. parto, y desciende a 500 ml/día los 6 meses siguientes. Su composición principal son proteínas, agua (88%), lactosa, grasa, minerales y vitaminas. El pH de 7 (neutro) y el aporte energético de 70 a 76 Kcal. /dl (100ml o 3.5 onzas). Si la madre alimenta a varios bebés, producirá una cantidad mayor, aproximadamente de 700 a 900 ml para cada uno. Sus componentes varían no sólo entre distintas madres, sino en la misma madre, entre ambos senos, entre mamadas, durante una misma lactada y en distintas etapas de la lactancia. Se conoce que la leche varía en relación con la hora del día, duración de la comida, las necesidades del infante y las morbilidades con las que ha estado en contacto la madre (Salud mujer, 2014). El principal carbohidrato es la lactosa (7.3g%) lo que determina las deposiciones blandas del bebé que lacta. Las proteínas que contiene son perfectas para él bebé, se digiere y absorbe fácilmente. Contiene ácidos grasos de cadena larga y los ácidos grasos poliinsaturados son más que los saturados. La cantidad de grasa es baja iniciando la lactada (leche de inicio). La cantidad de hierro es poca, pero debido a su biodisponibilidad la

absorción es mucho mayor respecto a otras leches”. La LM es una sustancia viva de mucha complejidad biológica, es inmunomodulador, transfiere custodia contra infecciones y alergias, e incentiva el desarrollo del sistema inmune del bebe. Tiene además elementos antiinflamatorios cuyo mecanismo de acción aún están en investigación” (CLM-AEP, 2004).

2.1.5.4. Leche de comienzo y final. Leche de inicio tiene aspecto acuoso y color azulado, pues contiene más agua respecto a solutos, por eso satisface la sed del bebe, también es abundante en proteínas, vitaminas, minerales y lactosa. La leche al final de la mamada es más blanca que la del inicio, porque es mayor en grasa, saciando al bebe y le permite aumentar de peso, además es abundante en vitaminas liposolubles A, D, E, K2 (CLM-AEP, 2004).

2.1.6. Diez pasos para una lactancia exitosa

Según la OMS (2009) la OMS y UNICEF en 1989 señalaron una “declaración conjunta sobre la protección, promoción y apoyo de la lactancia”, considerada el origen de lo que fue posteriormente la denominada iniciativa “Hospital Amigo de los Niños” ejecutada en 1991, basada en la estrategia de los “diez pasos para una feliz lactancia” (OMS, 2009; Baca, 2021).

La OMS (2017) señala los 10 pasos:

“Todo servicio de salud que provea servicios de maternidad y cuidado del recién nacido debiera:

- ✓ Tener una política de lactancia materna por escrito que pone en conocimiento de todo el personal de rutina.
- ✓ Capacitar al personal de maternidad en las habilidades para implementar esta política.
- ✓ Informar a todas las madres gestantes acerca de los beneficios y manejo de la lactancia.
- ✓ Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora, inmediatamente después del parto.

- ✓ Enseñar a las madres la forma correcta de amamantamiento y como mantener la lactancia aun en caso de separarse de sus bebés.
- ✓ No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna a no ser que este medicamento indicado.
- ✓ Practicar el alojamiento conjunto -permite que la madre y él bebe estén juntos las 24 horas del día.
- ✓ Alentar la lactancia a demanda
- ✓ No dar biberones, ni chupones a los bebés que están amantando
- ✓ Auspiciar la formación de grupos de apoyo a la lactancia en la comunidad y referir a las madres a estos grupos a su alta del hospital”

2.2. Factores asociados a lactancia materna:

Los estudios mundiales son disimiles respecto a factores asociados a la LM, así algunos identifican factores de riesgo de abandono de LM, como ser “madres adolescentes, familias monoparentales, nacimiento por cesárea” (Comité LM España, 2012; Renfrew 2012).

Ramiro (2018) describe variables asociadas al inicio o mantenimiento de LME, a edad mayor de 35 años, estado económico medio-alto, ser extranjera con < de 10 años de residencia en el país, participación en taller de lactancia posterior al parto. Oribe, (2015) describe variables asociadas al abandono de LME a la poca ganancia ponderal, hipogalactia, intención previa en la gestación de dar LME, paridad, clase social y tiempo de baja por maternidad.

En nuestro país, Ortega et al. (2020) identifica factores biológicos asociados a LME, como “sexo del bebe, LM precoz, grietas en pezones, experiencias previas con la LM”. Villarreal (2020) describe factores como “6 controles prenatales (CPN), parto vaginal, y como factor de riesgo el uso de fórmulas”. Laggi et al. (2015) encuentra que “La primiparidad, problemas con el pezón y percibir que él bebe está insatisfecho con la LME” son factores asociados a LME. Salsavilca (2020) describe factores negativos a adherencia a LME “la

mayor edad materna o de su pareja, tener un trabajo y un índice de riqueza alta”.

Respecto a la lactancia materna precoz, se describe factores socioculturales, como “madre estudiante, saber que no se deforman las mamas y que los bebés no requieren tomar infusiones”; factores Institucionales “como recibir información sobre la LM en atención prenatal, demorar en traer al bebé (10 - 25 minutos) y tener un ambiente favorable para LM” (Solis, 2018).

2.3. Sars Covid 19

Enfermedad se cree originada en Hubei, Wuhan-China, reportada el 2019, como “neumonía de causa desconocida”, es causada por el coronavirus SARS-Cov2, propagada a nivel mundial, causando la pandemia que vivimos desde el 2020. “Está constituido por una sola cadena de ácido ribonucleico y una envoltura de glucoproteína, tiene el 79% de nucleótidos idénticos al SARS-Cov y 50% al coronavirus causante del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV)” (Ramiro, 2020)

Esta enfermedad inicialmente mostro predilección por los pulmones, sin embargo, afecta en forma sistémica a todo el cuerpo. Su clínica es diversa, puedes presentarse con un poco de malestar general y diarrea por unos días, o presentar afección crítica de órganos y sistemas hasta llegar al fallecimiento. Su transmisión es aérea mediante gotitas respiratorias, por fómites y por aerosoles, hasta dos metros de distancia, o de humano a otro, “al toser, estornudar, o simplemente hablar”, sobre todo en lugares cerrados, sin ventilación. Es factible infectarse por contacto directo de secreciones que contienen el virus con las “mucosas de boca, nariz y ojos”, de ahí la importancia de los cuidados preventivos, basados en el alejamiento mínimo de 2 metros, uso de mascarillas y lavado de manos (Ruiz, 2020).

La OMS definió “pandemia por Sars Covid 19”, el 11 de marzo del 2020, esta se propagó a países como Tailandia, Corea y Japón, y se diseminó por toda Europa, principalmente Italia y España, luego llegó a los otros continentes como América, en el que se

encuentra nuestro país. Desde inició la pandemia los infectados son más de 200 millones (Kenneth, 2021) y las muertes ascienden a más de 4 millones a setiembre del 2021 en todo el planeta (BBC News Mundo, 2021) pero hay que tener en cuenta que las cifras están subestimadas, pues son los casos notificados. Según encuestas de seroprevalencia realizadas en Europa, la cifra real de infectados sería 10 veces a más. (Ruiz, 2020). “En Perú, el 15 de marzo de 2020 se señala el estado de emergencia nacional, luego del diagnóstico del primer caso en territorio nacional el 6 de marzo”. Nuestro país, es el que más muertes reportadas tiene por cada 100 000 habitantes a nivel mundial a setiembre 2021 (El País, 2021).

2.4. ENDES

La Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDES), es una encuesta que realiza en forma anual el Instituto Nacional de Estadística (INEI) del Perú, para brindar indicadores nacionales, regionales, sobre demografía, salud de la población del país, data útil para las políticas sectoriales y mejorar las estrategias en los diferentes niveles del estado.

El informe de ENDES es publicado en forma anual informando datos sobre salud materna, infantil, así como la situación de “enfermedades transmisibles y no transmisibles, y también información sobre indicadores de los Programas Presupuestales. Presenta resultados acerca de la nutrición materno-infantil, mostrando resultados de lactancia materna en la primera hora de vida, así como LM en los seis meses de vida y lactancia continuada posterior a esa edad. No presenta en ninguno de los informes publicados hasta la fecha datos acerca de LME, describiendo en la Ficha técnica de la encuesta solo “el porcentaje de menores de seis meses con lactancia materna, aquellos niños/niñas < de 6 meses que se alimentaron con LM el día anterior a, día de la entrevista”. Las bases de datos de la encuesta en mención se encuentran publicados y son de acceso libre en la página web del INEI de acuerdo al año realizado. (ENDES 2019, ENDES 2020, ENDES 2021)

La presente investigación se realizó usando la base datos de ENDES 2019, 2020 y 2021, encuesta realizada anualmente por el Instituto Nacional de Estadística (INEI) que estudia a la población del Perú, país ubicado en Sur América, que “limita al norte con Ecuador y Colombia, este con Brasil, sureste con Bolivia, sur con Chile, y oeste con el océano pacífico”. Comprende 3 grandes regiones geográficas: costa, sierra y selva. La costa tiene la mayoría de la población. Según el INEI, su población fue 32 millones 625 mil 948 personas el año 2020 y 33 millones 35 mil 304 habitantes el 2021(INEI, 2020; 2021)

La ENDES (2019) utilizó el mismo diseño muestral del año 2018, el cual fue reelaborado en el periodo 2015-2017, para superar las debilidades encontradas en el periodo del 2012-2014, en la estimación de los indicadores básicos a nivel regional y departamental por la baja cobertura de la población objetivo de la encuesta, especialmente niños menores de cinco años. Para lo cual se aplicó el muestreo equilibrado, denominado “método del cubo” el que permite conseguir muestras estimadas similares a las características de la población objetivo, así como su estructura poblacional, de acuerdo a grupos de edad, sexo y otras variables. La unidad de muestreo en el área urbana fue el conglomerado y la vivienda particular y en el rural el área de empadronamiento rural y también la vivienda particular. El tamaño de muestra fue de 36 760 viviendas, totalizando las sub muestras semestrales tomadas dicho año (INEI- ENDES 2019).

La ENDES 2020, específicamente brinda información sobre el 2020, primer año de “pandemia Covid 19”, por el cual la técnica de la entrevista usada al igual que en todas las anteriores ENDES del país, se realizó en parte mediante entrevista directa, antes de la declaratoria de estado de emergencia, y posteriormente en forma telefónica. Esta ENDES en el capítulo 9: “Lactancia, nutrición y desarrollo infantil temprano (DIT) de niños/niñas y nutrición de mujeres”, nos muestra información sobre la LM en niños < 6 meses, inicio de la lactancia, alimentación complementaria, a nivel nacional, por departamentos y zona urbana/rural,

nutrición de niños/niñas, ingesta de micronutrientes, anemia, nutrición infantil y en MEF. (INEI - ENDES 2020)

ENDES 2021, utiliza al igual que años previos el mismo diseño muestral, marco muestral, unidad de muestreo y tamaño muestral, variando solo en la distribución de la muestra que se realizó previa evaluación de las encuestas ENDES periodos previos retrocediendo hasta 2012, realizando el método de muestras paneles con rotación, seleccionando una muestra maestra con 6 sub muestras, la rotación se realiza de la tercera parte (33,3%) por año, manteniendo el 66,7% de muestra de conglomerados cada año. Aplica tres cuestionarios al igual que años previos, usando entrevista directa presencial y telefónica efectuada por personal capacitado que usa una tablet para el llenado del instrumento (INEI - ENDES 2021).

2.5. Definición de términos

- LME: La OMS (como se citó por la Asociación Española Pediátrica (2012), define LME cuando “él bebe recibe exclusivamente leche del pecho de su mamá o recibe LM extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos” (AEP, 2012).
- Quintil de Riqueza: “distribución de los Hogares en cinco partes iguales según el valor del Índice de Riqueza” (Guía Técnica ENDES, 2020).
- Pandemia: “pandemos”, significa todos. “Demos” significa población”. (17). Pandemia cumple 2 criterios: “que el brote epidémico afecte a más de un continente y que los casos de cada país ya no sean importados sino provocados por transmisión comunitaria” (CNN, 2020; OPS, 2021).
- Factores asociados: Son las características que están relacionadas ya sea de forma favorable o no a la lactancia materna (Oribe, 2015).

- Prevalencia: Medida usada en salud pública, respecto a la presencia de algo en específico, en este caso de LME en las madres y sus bebés en un periodo determinado (OPS, 2017).

III. METODO

3.1. Tipo de investigación

El estudio realizado fue cuantitativo, ya que las variables fueron estudiadas con ayuda de la estadística y cuyos resultados fueron cuantitativos. Se determinó la prevalencia de LME en todo el país, por región natural y por regiones, ex departamentos en Perú.

Estudio observacional, no experimental, descriptivo, pues se utilizó base de datos, y la investigadora solo observo y describió las variables.

Retrospectivo, pues se tomó datos de la encuesta ENDES del 2019 al 2021, registrados previamente, data de acceso libre en la web.

Transversal, ya que se tomó las variables de estudio una sola vez, en un determinado momento.

Analítico, pues se analizó la asociación de las variables independientes con la variable dependiente LME en cada año de estudio en el periodo del 2019 al 2021.

3.2. Población y muestra

3.2.1. *Diseño muestral:*

Se usó base de datos de las encuestas ENDES 2019 – 2021, que tenían un diseño muestral trasversal, bietápica, probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente por departamentos; por área urbana/ rural, muestra definida como compleja.

3.2.1.1. Población. La conformaron 52308 niños nacidos vivos “que viven con su madre en los últimos 5 años anteriores a la encuesta”, estos se distribuyeron de la siguiente manera; 18258 el año 2019, 14992 para el año 2020 y 19058 para el año 2021.

3.2.1.2. Muestra. Para construir la muestra analizada, se tomó de la población descrita, a las madres (MEF con edades de 15- 49 años), con al menos un hijo de hasta seis meses de edad al momento de la encuesta ENDES, que respondieron las variables del módulo 2 y el módulo 9 de LM de la encuesta ENDES 2019, 2020 y 2021, los que fueron 16314 niños

el año 2019, 13 465 niños para el año 2020 y 17,207 el año 2021, los cuales sumaron 46,986 que representan el 89,8 por ciento del total de niños de la población.

Luego se aplicó el criterio de exclusión de madres (MEF con edades de 15 - 49 años), con al menos un hijo de hasta seis meses de edad al momento de la encuesta ENDES, que no hayan respondido en forma completa el módulo 2, de características generales de las mujeres, y del módulo 9, de Lactancia Materna de la encuesta ENDES 2019, 2020 y 2021; obteniendo la muestra final para el análisis de 5322 niños, distribuido en 1944 para el 2019, 1527 el 2020 y 1851 el 2021.

3.3. Operacionalización de variables.

Se identificaron las siguientes variables:

V. dependiente: LME

V. independientes:

Variables sociodemográficas: edad materna, procedencia, educación, ocupación, estado civil, convivencia, quintil de riqueza.

Variables institucionales: tipo parto, lugar del parto, contacto piel a piel, seguro de salud.

Variables de la pareja: edad, educación

3.3. Tabla de operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Tipo por su naturaleza	Tipo por su relación	Indicador	Escala de medición	Categorías	Valores de las categorías	Medio de verificación
LME	“Alimentación con LME al menor de 6 meses, sin ningún otro alimento Sintaxis de LME”, ENDES	Cualitativa	Dependiente		Nominal	Si/ No	Si 0 No: 1	base de datos
Variables de la madre								
Edad	“tiempo de vida expresado al momento de la encuesta, en años”	Cuantitativa	Independiente	Años Cumplidos	Razón	Adolescente Adulta Adulta añosa	“<= 18 años 0 >18 - 35 años: 1 >= 35 años: 2”	base de datos
Estado civil	“Condición según registro civil en función de su situación legal”	Cualitativa	Independiente	Estado civil actual	Nominal	Soltera, casada, viuda, divorciada	“Soltero: 0 Casado: 1 Viudo: 2 Divorciado: 3”	base de datos
Educación	Nivel educativo aprobado	Cualitativa	Independiente		Nominal	Niveles educativos	“Inicial- Preescolar: 0 Primario: 1 Secundario:2 Superior no universitario: 3 Superior universitario:4 Post grado: 5”	base de datos
Idioma	“Idioma o lengua que aprendió a hablar en la niñez”	Cualitativa	Independiente	Idioma materno	Nominal	idiomas	“Quechua: 1 Aymara:2 Asháninca: 3 Awajun- Aguaruna: 4 Shipibo-koniba: 5 Shawi - Chayahuita :6	base de datos

							Mashiguenga : 7 Ashuar: 8 Otra lengua nativa originaria: 9 Castellano: 10 Portugués: 11 Otra lengua extranjera: 12”	
Seguro de salud	“Afiliada al Seguro integral de Salud”	Cualitativa	Independiente	Documento SIS	Nominal		Si: 1 No: 2	base de datos
Ocupación	Actividad económica remunerada que realiza al momento de la encuesta	Cualitativa	Independiente		Nominal	Trabajo remunerado	Si: 1 No: 2	base de datos
Tipo de lugar de residencia	“Ubicación Geográfica del lugar de residencia”	Cualitativa	Independiente		Nominal	Área rural/urbana	Rural: 0 Urbano: 1	base de datos
Región donde reside	Región natural del país en la que reside	Cualitativa	Independiente		Nominal		“Lima Metropolitana: 1 Resto Costa: 2 Sierra: 3 Selva: 4”	base de datos
Región/ Departamento en el que reside	Subdivisión política administrativa del país en regiones según lo definido en la encuesta	Cualitativa	Independiente	Región	Nominal	Regiones del país	“Amazonas: 1 Ancash: 2 Apurímac: 3 Arequipa: 4 Ayacucho: 5 Cajamarca: 6 Callao: 7 Cusco: 8 Huancavelica: 9 Huánuco: 10 Ica: 11 Junín: 12 La Libertad: 13	base de datos

							Lambayeque: 14 Lima: 15 Loreto:16 Madre de dios: 17 Moquegua: 18 Pasco: 19 Piura: 20 Puno: 21 San Martin: 22 Tacna: 23 Tumbes: 24 Ucayali: 25”	
Lugar del parto	Lugar donde nació el hijo lactante	Cualitativa	Independiente	Registro del nacimiento	Nominal		“Domicilio: 11 Casa de partera: 12 MINSA:21 ESSALUD 22 FA/PNP: 23 Centro de salud MINSA:24 Puesto salud MINSA: 25 Centro/Posta ESALUD: 26 Hospital Municipal; 27 Clínica Privada: 31 Consultório Médico: 32 Clínica ONG: 41 Hospital Iglesia; 42 Otros: 96 “	

Tipo de parto	Parto por cesárea, registrado en la base de datos	Cualitativa	Independiente	Registro del nacimiento	Nominal	Cesárea	No: 0 Si: 1	
Contacto piel a piel	“Pusieron al bebe en contacto piel a piel con Ud. Inmediatamente después del nacimiento”	Cualitativa	Independiente		Nominal		No: 0 Si: 1	
Convivencia con la pareja	“El esposo o compañero de la madre, vive con ella, al momento de la encuesta”	Cualitativa	Independiente		Nominal		No: 0 Si; 1	base de datos
Edad de la pareja	“Años de vida de la pareja de la madre, al momento de la encuesta”	Cuantitativa	Independiente	Años cumplidos	razón		Edad en años	base de datos
Educación de la pareja	Nivel educativo del esposo/ compañero	Cualitativa	Independiente		Nominal	Niveles educativos	“Inicial- Preescolar: 0 Primario: 1 Secundario:2 Superior no universitario: 3 Superior universitario:4 Post grado: 5 No sabe: 6”	base de datos
Índice de riqueza	Índice que muestra la riqueza de la madre, mostrada en la encuesta	cualitativa	Independiente	Índice (elaborado ENDES 2020)	Nominal		“El más pobre: 1 Pobre: 2 Medio: 3 Rico: 4 Mas rico: 5”	base de datos

3.4. Instrumentos

El presente estudio al ser una investigación de fuente secundaria de acceso libre no se requirió elaborar instrumento de recolección de datos, y más bien se usó los datos del cuestionario individual realizado a la mujer, específicamente “la sección de Embarazo, parto, puerperio y lactancia del “Cuestionario individual de ENDES correspondiente al periodo estudiado de los años 2019, 2020 y 2021” de la encuesta en mención.

Es necesario señalar que la técnica usada por el personal capacitado que realiza el ENDES en forma anual fue la encuesta directa presencial hasta parte del año 2020, pues debido a la pandemia Covid 19 ENDES se utilizó otras metodologías alternativas al acceso directo con las personas realizada hasta antes del “Estado de Emergencia Nacional, declarado por Decreto Supremo N° 044-2020-PCM, que señalo el aislamiento social obligatorio”, usando la encuesta telefónica, desde marzo hasta el reinicio de actividades presenciales, desde el cual inicialmente se combinó ambas formas, para posteriormente realizarla directamente.

El instrumento usado se presenta en el ítem anexos del presente informe (Guía Técnica ENDES, 2020).

3.5. Procedimientos

Se descargó las bases de datos del periodo estudiado de la web del INEI, de acceso libre utilizando los módulos que corresponden a las variables antes descritas, construyendo la base de datos a analizar en el software SPSS, v.26. Los datos de las variables seleccionadas se encontraban registradas en los módulos de ENDES, en el software SPSS para los años 2019, 2020 y 2021. Se han utilizado los módulos de la sección de Microdatos de la Web del INEI (PERÚ Instituto Nacional de Estadística e Informática (inei.gob.pe), que tienen los códigos 64 (características del hogar), 65 (características de la vivienda), 67 (historia de nacimiento), 69 (embarazo, parto, puerperio y lactancia) y 70 (inmunización y salud) el año 2019; los módulos con códigos 1629, 1630, 1632, 1633 y 1634, el año 2020 y 2021, para la

elaboración de la base de datos de este estudio, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión antes descritos en el ítem de la muestra. Esta base de datos se revisó y se realizó la limpieza respectiva previa al análisis. Las variables fueron mayormente dicotómicas y algunas politómicas. Se utilizó factor de ponderación que devolvió a las unidades de muestreo seleccionados las probabilidades desiguales de selección permitiendo recomponer la estructura de la población de referencia, al cual también se incorporó el ajuste por falta de respuesta por departamento, área de residencia y estrato socioeconómico; garantizando así la adecuada estimación del indicador. La variable utilizada para la ponderación es la V005, la cual es dividida por 1000000, para tener el real del ponderador.

3.6. Análisis de datos

El análisis estadístico fue descriptivo inicialmente y analítico bivariado inferencial, usando el software de SPSS v.26. Se trabajó con un nivel de confianza del 95% ($\alpha=0.05$). La variable LME se determinó en base a la sintaxis usada en la ENDES línea de base 2008, ajustada a ENDES 2020. (INEI, ENDES línea de base, 2008). La estadística descriptiva, se realizó según la característica de la variable, se calculó proporciones para variables categóricas, y promedios para variables cuantitativas, poblacionales (puntuales y por intervalos) para cada variable. Los datos para este análisis se manejaron para un diseño que consideró conglomerados, estratos y" factores de ponderación. Estos se realizaron en el módulo de muestras complejas, de SPSS dado que la ENDES tiene ese diseño.

A partir de la data de dichos módulos se juntaron las variables que permitieron los cálculos de los indicadores o variables del modelo. Las asociaciones significativas ($p < 0.05$) de la variable dependiente fueron exploradas de manera independiente con las variables explicativas entre sí a través de estadísticos apropiados, como el Chi-cuadrado y el Odds ratio, que permitieron evaluar la significancia de las pruebas. Este análisis bivariado se ejecutó con tablas de contingencia, usando Chi cuadrado corregida a muestras complejas.

La estimación de factores asociados a LME se ejecutó con modelo de regresión logística binaria, que es una técnica estadística que tiene como finalidad comprobar relaciones cuando la variable es binaria (dicotómica), es decir, que tiene solo dos categorías como la variable dependiente, Lactancia Materna Exclusiva con 2 categorías, 1 no lacta exclusivamente y 0 lacta exclusivamente. A esta variable se relacionó las variables independientes: edad de la madre, educación materna, estado civil, índice de riqueza, seguro de salud, ocupación de la mama, lengua materna, lugar de residencia, tipo de parto, obteniendo primero los OD crudo y luego los OD ajustados. El uso de Odds ratio calculado a través del modelo de regresión logística nos permitió observar el comportamiento de cada una de las categorías de las variables independientes en relación con la variable dependiente LME. También nos permitió observar la asociación de las variables explicativas dentro del modelo multivariado. Hay que indicar que el modelo fue ejecutado dentro del módulo de muestras complejas de SPSS, en el que se ajustaron los datos según el diseño probabilístico de la encuesta, obteniéndose resultados confiables. Se realizó este análisis en niños de hasta 6 meses, dado que era una población en el estudio con suficiente número de casos para evaluar la asociación de variables con la LME. En cambio, evaluar a niños con 6 meses de edad solo nos permitió evaluar su prevalencia a nivel nacional, dado el reducido número de casos que tiene la base de datos en los años analizados, sin embargo, se determinó la prevalencia de LME en todo el país, por región natural y por regiones, ex departamentos en Perú.

3.7. Consideraciones éticas

El estudio cuenta con aprobación de la Unidad de Post Grado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Federico Villarreal.

La información obtenida se encuentra en bases de datos del INEI en el software SPSS, que son bases de acceso libre, por lo que no requirió de consentimiento informado pues se usó fuente secundaria de información, es decir ya obtenida previamente. Sin embargo, es necesario

señalar que, en la ejecución de ENDES, los encuestadores realizaron el consentimiento informado antes de la recolección de datos, además no se tomaron datos personales o están debidamente codificados, garantizando la privacidad de todos los participantes (ENDES, 2020).

IV. RESULTADOS

La muestra en el periodo analizado fue de niños nacidos vivos hasta los seis meses de edad, siendo el año 2019 (1944), el 2020 (1527) y 1851 para el año 2021, haciendo un total de 5322, según las bases de datos de ENDES-Perú, de cada año señalado.

Tabla 1

Características de niños hasta los 6 meses de vida y sus madres, ENDES 2019 – 2021.

Características	Año 2019 n=1944		N	Año 2020 n=1527		Año 2021 n=1851	
	n	%		n	%	n	%
Media edad madre	27,98			28,08		28,66	
Edad Materna							
Adolescente	152	7,82	123	8,06	128	6,92	
Adulta	1474	75,82	1150	75,31	1391	75,15	
Adulta añosa	318	16,36	254	16,63	332	17,94	
Estado Civil							
Soltera	137	7,05	115	7,53	115	6,21	
Casada	370	19,03	284	18,60	317	17,13	
Conviviente	1295	66,62	1015	66,47	1248	67,42	
Viuda/divorc./sep.	142	7,30	113	7,40	171	9,24	
Grado de Instrucción							
Sin educa/Primaria	361	18,57	294	19,25	365	19,72	
Secundaria	946	48,66	771	50,49	917	49,54	
Superior	637	32,77	462	30,26	569	30,74	
Lengua Materna							
Quechua	310	15,95	264	17,29	302	16,32	
Aimara	33	1,70	28	1,83	33	1,78	
Otra lengua nativa/originaria	51	2,62	34	2,23	55	2,97	
Castellano	1550	79,73	1201	78,65	1460	78,92	
Seguro de Salud							
No tiene	293	15,07	166	10,87	163	8,81	
SIS	1288	66,26	1139	74,59	1397	75,47	
Otro seguro	363	18,67	222	14,54	291	15,72	
Ocupación							
No trabaja	921	47,38	1008	66,01	1012	54,67	
Profesional	191	9,83	78	5,11	149	8,05	
Eclesiástico	69	3,55	25	1,64	46	2,49	
Ventas	331	17,03	193	12,64	279	15,07	
Agricultor/trab. ind.	195	10,03	86	5,63	210	11,35	
Empleada domestica	71	3,65	60	3,93	68	3,67	
Servicios	166	8,54	77	5,04	87	4,70	

Lugar de Parto						
Domicilio	115	5,92	99	6,48	141	7,62
MINSA	1367	70,32	1106	72,43	1295	69,96
ESSALUD	305	15,69	189	12,38	238	12,86
Clínica/consultorio	157	8,08	133	8,71	177	9,56
Privado						
Parto por Cesárea						
No	1276	65,64	1025	67,13	1235	66,72
Sí	668	34,36	502	32,87	616	33,28
Contacto piel a piel						
No	759	39,10	667	43,88	862	46,67
Si	1182	60,90	853	56,12	985	53,33
Esposo/compañero vive con ella						
Si	1522	91,41	1205	92,76	1466	93,67
Vive en otro sitio	143	8,59	94	7,24	99	6,33
Edad de la pareja						
Adolescente	17	1,02	10	1,13	18	1,22
Adulto	1116	67,03	602	67,95	975	66,28
Adulto añoso	532	31,95	274	30,93	478	32,49
Educación de la Pareja						
Primaria	271	15,00	127	13,13	232	14,20
Secundaria	908	50,25	535	55,33	897	54,90
Superior	628	34,75	305	31,54	505	30,91
Índice de Riqueza						
El más pobre	588	30,25	489	32,02	603	32,58
Pobre	525	27,01	401	26,26	488	26,36
Medio	368	18,93	336	22,00	346	18,69
Rico	279	14,35	184	12,05	255	13,78
Más rico	184	9,47	117	7,66	159	8,59

Nota. Elaboración propia en base a análisis ENDES 2019-2021

La mayoría de la muestra estudiada fueron niños cuyas madres fueron adultas alrededor del 75% en todo el periodo estudiado, el 2019 (75,82%), el 2020 (75,31%) el 2021 (75,15%), seguida de adulta añosa los tres años; convivientes de 66,62% el 2019, 66,47% el 2020 y 67,42% el 2021; con educación secundaria 48,66% el 2019, ligero acenso a 50,49% el 2020, disminuyendo a 49,54 % el 2021, seguida de educación superior los tres años; hablan el idioma materno castellano de 78,65% (2019) a 79,73% (2021), siendo el segundo idioma materno los 3 años el Quechua con 15,95% el 2019, 17,29% el 2020 y 16,32% el 2021; no trabajan fuera de casa el 47,38 el 2019, incrementando a 66% el 2020 y descendiendo a 54,67% el 2021,

siendo la segunda ocupación las ventas los tres años analizados.

El aseguramiento al SIS en la muestra analizada se incrementó de 66,26% el 2019 a 74,59% el 2020 primer año de la pandemia Covid 19 para descender ligeramente a 75,47% el 2021 segundo año de dicha pandemia, cabe señalar que se encontró un grupo importante que no tenía seguro de salud, 15,07% el 2019 y disminuyó a 10,87% el 2020, llegando a 8,81% el 2021, cifra menor en todo el periodo analizado.

Respecto al índice de riqueza, la muestra mayoritaria “más pobre” con 30,25% el 2019 año pre pandemia Covid 19, incrementándose a 32,02% el 2020 primer año de pandemia, con ligero ascenso de 0,56 puntos porcentuales al 2021 llegando a 32,58%; la categoría pobre fue la siguiente más frecuente en el 2019 con 27,01%, el 2020 con 26,26% y el 2021 con 26,36%, sumando entre ambas categorías “más pobre y pobre” poco más del 50%, entre 57-58% en los tres años estudiados.

Respecto a las características de la pareja de las madres de los niños, la mayoría fue de edad adulta, que iba del 66,28 (2021), 67,03% (2019) y 67,95% el 2020, seguido por la edad adulto añoso que era de 30,93% el 2020, 31,95% el 2019 hasta 32,49% el 2021; la mayoría tenía educación secundaria 50,25% el 2019, incrementándose a 55,33% el 2020 con leve descenso a 54,90% el 2021; la educación superior fue la segunda en frecuencia, porcentualmente mayor en los tres años respecto a la educación superior en las madres de los niños. Estas parejas vivían con las madres en forma mayoritaria en todo el periodo estudiado, pero hubo un grupo que era de 8,59% el 2019, descendiendo a 7,24% el 2020, llegando a 6,33% el 2021, mostrando una tendencia descendente los tres años.

La atención del parto fue mayoritaria en el MINSA los 3 años, sin embargo, este se incrementó en casi 2% el 2020 primer año de la pandemia, para luego disminuir el 2021, incluso menos que el 2019; el segundo lugar donde se atendió el parto fue en ESALUD los 3 años analizados que va de 12,38% a 15,69%, pero hay un grupo importante de niños que nacieron

en su domicilio que era de 5,92% el 2019 incrementando a 6,48% el 2020 llegando a 7,62% el 2021, observando una tendencia en ascenso en el periodo analizado.

Respecto al tipo de parto, el parto por cesárea disminuyó en 1,49 puntos porcentuales el 2020 (32,87%) respecto al 2019 (34,36%), pero luego se incrementó el 2021 (33,28%) aunque no a niveles del 2019; comportamiento similar se observa con el contacto piel a piel que desciende en 4,78 puntos porcentuales del 2019 (60,90%) al 2020 (56,12%), pero continua en descenso en 2,79 puntos porcentuales al 2021(53,73%), mostrando una línea descendente en el periodo estudiado del 2019 al 2021. (ver tabla 1)

Tabla 2

Área de residencia y procedencia de madres y sus niños hasta 6 meses, ENDES 2019 – 2021.

	Año 2019 n=1944		Año 2020 n=1527		Año 2021 n=1851	
	n	%	N	%	n	%
Área de Residencia						
Urbano	1336	68,72	1007	65,95	1238	66,88
Rural	608	31,28	520	34,05	613	33,12
Región Natural						
Lima metropolitana	224	11,52	192	12,57	226	12,21
Resto Costa	574	29,53	419	27,44	546	29,50
Sierra	625	32,15	535	35,04	594	32,09
Selva	521	26,80	381	24,95	485	26,20
Regiones del país						
Amazonas	88	4,53	65	4,26	86	4,65
Ancash	71	3,65	59	3,86	66	3,57
Apurímac	64	3,29	53	3,47	38	2,05
Arequipa	71	3,65	50	3,27	58	3,13
Ayacucho	72	3,70	70	4,58	77	4,16
Cajamarca	59	3,03	47	3,08	72	3,89
Callao	70	3,60	65	4,26	62	3,35
Cusco	59	3,03	37	2,42	57	3,08
Huancavelica	61	3,14	57	3,73	70	3,78
Huánuco	84	4,32	71	4,65	78	4,21
Ica	65	3,34	62	4,06	61	3,30
Junín	76	3,91	42	2,75	65	3,51
La Libertad	65	3,34	62	4,06	78	4,21
Lambayeque	88	4,53	51	3,34	70	3,78

Lima	230	11,83	179	11,72	255	13,78
Loreto	79	4,06	79	5,17	81	4,38
Madre de Dios	87	4,48	49	3,21	60	3,24
Moquegua	54	2,78	28	1,83	55	2,97
Pasco	49	2,52	63	4,13	62	3,35
Piura	88	4,53	57	3,73	74	4,00
Puno	49	2,52	42	2,75	54	2,92
San Martín	83	4,27	56	3,67	65	3,51
Tacna	57	2,93	34	2,23	62	3,35
Tumbes	85	4,37	72	4,72	68	3,67
Ucayali	90	4,63	77	5,04	77	4,16

Nota. Elaboración propia en base a análisis ENDES 2019-2021

El mayor porcentaje de la muestra de niños analizada, residía en zonas urbanas, de 68,72% el 2019 desciende a 65,95% el 2020 primer año de pandemia Covid 19 para incrementarse a 66,88% el 2021, correspondientemente el residir en la zona rural asciende de 31,28% el 2019 a 34,05% el 2020 primer año de pandemia, para disminuir a 33,12 % el 2021. Así mismo, la región de la sierra era donde residía la mayoría; siendo Lima Metropolitana el grupo con menor porcentaje en los tres años analizados; sin embargo, la proporción el 2020 (12,57%) incrementa en 1,05 % respecto al 2019 (11,52%), con leve descenso en 0,36% el 2021 (12,21%), no alcanzando aun la cifra del 2019 año previo a la pandemia. Se observó un comportamiento similar en la proporción registrada en la región de la sierra que se incrementó en 2,89% el 2020 (35,04%) respecto al 2019 (32,15%), y disminuyó en 2,95% el 2021 (32,09%). La región del resto de la Costa y la Selva son las regiones en las que residen un grupo menor de la muestra estudiada, observando una disminución el 2020 respecto al 2019, con leve ascenso el 2021.

Respecto a las regiones, ex departamentos del país, Ucayali, Huánuco, Loreto, Ayacucho, Ancash, Huancavelica, Puno y Pasco son las que tienen mayor porcentaje de muestra los tres años, observando incremento porcentual el 2020 primer año de la pandemia respecto al 2019 y descenso ligero el 2021, exceptuando Puno y Huancavelica en la que se observa incremento leve. (Ver tabla 2)

Tabla 3*LME en niños de 0 hasta 6 meses de edad, ENDES-Perú, 2019-2021,*

Edad meses	Lactancia Materna Exclusiva (LME)											
	2019				2020				2021			
	N=858 (P)*		N=1944 (SP)**		N=794 (P)*		N=1527 (SP)**		N=810 (P)*		N=1851 (SP)**	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
0	55(82,1)		132(82,0)	29(18,0)	67(78,8)		139(81,8)	31(18,2)	49(83,1)		122(85,3)	21(11,7)
	12(17,9)				18(21,2)				10(16,9)			
1	60(75,0)		132(71,7)	52(28,3)	72(76,6)	22(23,4)	151(77,0)	45(23,0)	47(71,2)	19(28,8)	118(72,8)	44(25,2)
	20(25,0)											
2	77(72,0)		185(73,7)	66(26,3)	81(68,1)	38(31,9)	167(72,3)	64(27,7)	53(81,5)	12(18,5)	126(80,8)	30(19,2)
	30(28,0)											
3	98(70,0)		228(72,8)	85(27,2)	101(70,6)		182(73,1)	67(26,9)	80(67,2)	39(32,8)	181(71,0)	74(29,0)
	42(30,0)				42(29,4)							
4	96(64,4)		202(60,7)		75(64,7)	41(35,3)	146(65,5)	77(34,5)	91(63,2)	53(36,8)	211(63,7)	
	53(35,6)		131(39,3)								120(36,3)	
5	75(46,9)		169(48,8)		72(56,7)	55(43,3)	141(57,1)		84(47,2)	94(52,8)	189(49,0)	
	85(53,1)		177(51,2)				106(42,9)				197(51,0)	
6	9(5,5)	156(94,5)	26(7,3)	330(92,7)	15(13,6)	95(86,4)	34(16,1)	177(83,9)	13(7,3)	166(92,7)	30(7,2)	388(92,8)

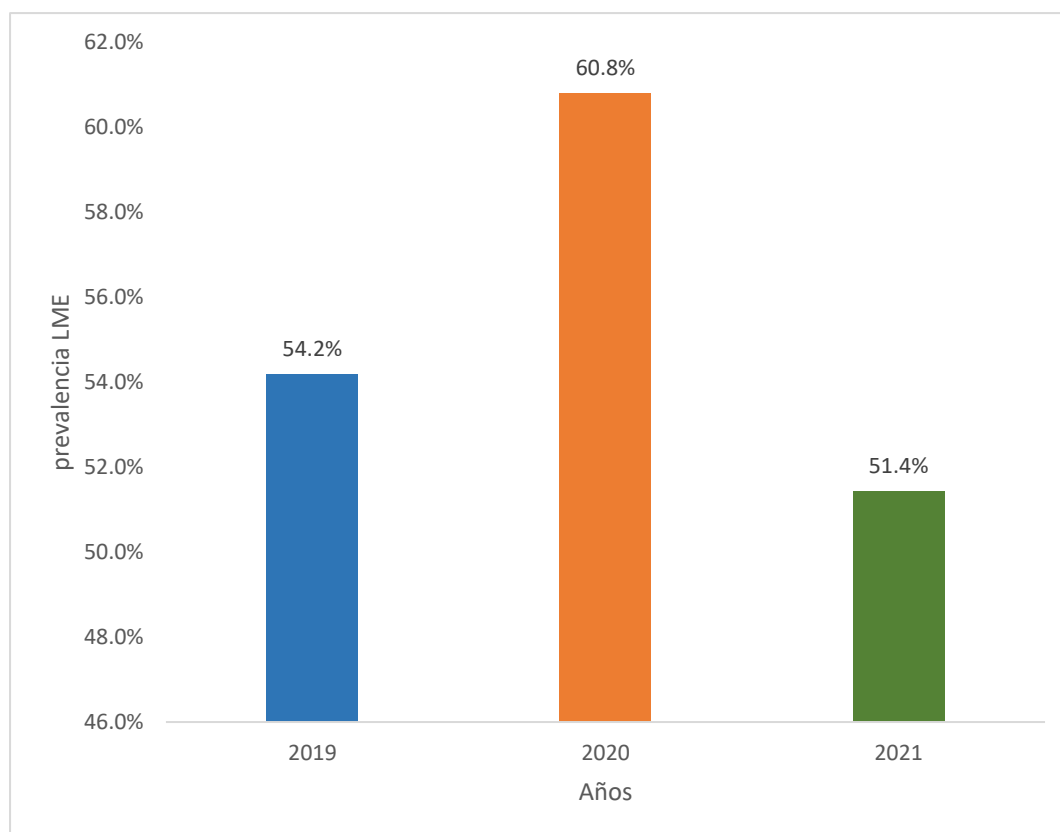
(P)* Datos ponderados

(SP)** Datos sin ponderar

La prevalencia de LME varía según el tiempo de vida de los niños, así los menores de un mes presentaron mayor prevalencia en todo el periodo estudiado, el 2019 (82,1%) año pre pandemia fue mayor respecto al 2020 (78,8%) primer año de pandemia, recuperándose el 2021 (83,1%). El primer mes de vida, es el que sigue en prevalencia el 2019 (75%) y 2020 (77%), sin embargo, el 2021 es en el segundo mes de vida. La prevalencia de LME va disminuyendo conforme el niño tiene mayor tiempo de vida, llegando hasta los 6 meses de edad con mínima prevalencia, así el 2019 (5,5%) aumenta el 2020 (13,6%), para disminuir el 2021 (7,3%) (Tabla 3)

Figura 1

Prevalencia LME en niños desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, Perú 2019-2021



Nota. Elaboración propia en base a análisis ENDES-Perú, 2019-2021

La prevalencia de LME en niños de diferentes edades, que incluyen desde el nacimiento, un mes, dos meses, tres, cuatro cinco hasta los 6 meses de edad, se incrementa en más de 6,5 puntos porcentuales el año 2020, alcanzando 60,8 por ciento, respecto del año pre pandemia 2019 (54,2%), y el año 2021 baja hasta el 51,4 %. (Ver Gráfico 1).

Tabla 4

LME en niños de 6 meses de edad, ENDES-Perú, 2019-2021.

Año	LME	Error estándar	95% IC		Coeficiente de variación	Recuento no ponderado
			Inferior	Superior		
2019	5,4900	0,01180	0,0317	0,0781	0,215	356
2020	13,6700	0,02683	0,0840	0,1894	0,196	211
2021	7,3800	0,01439	0,0456	0,1021	0,195	418

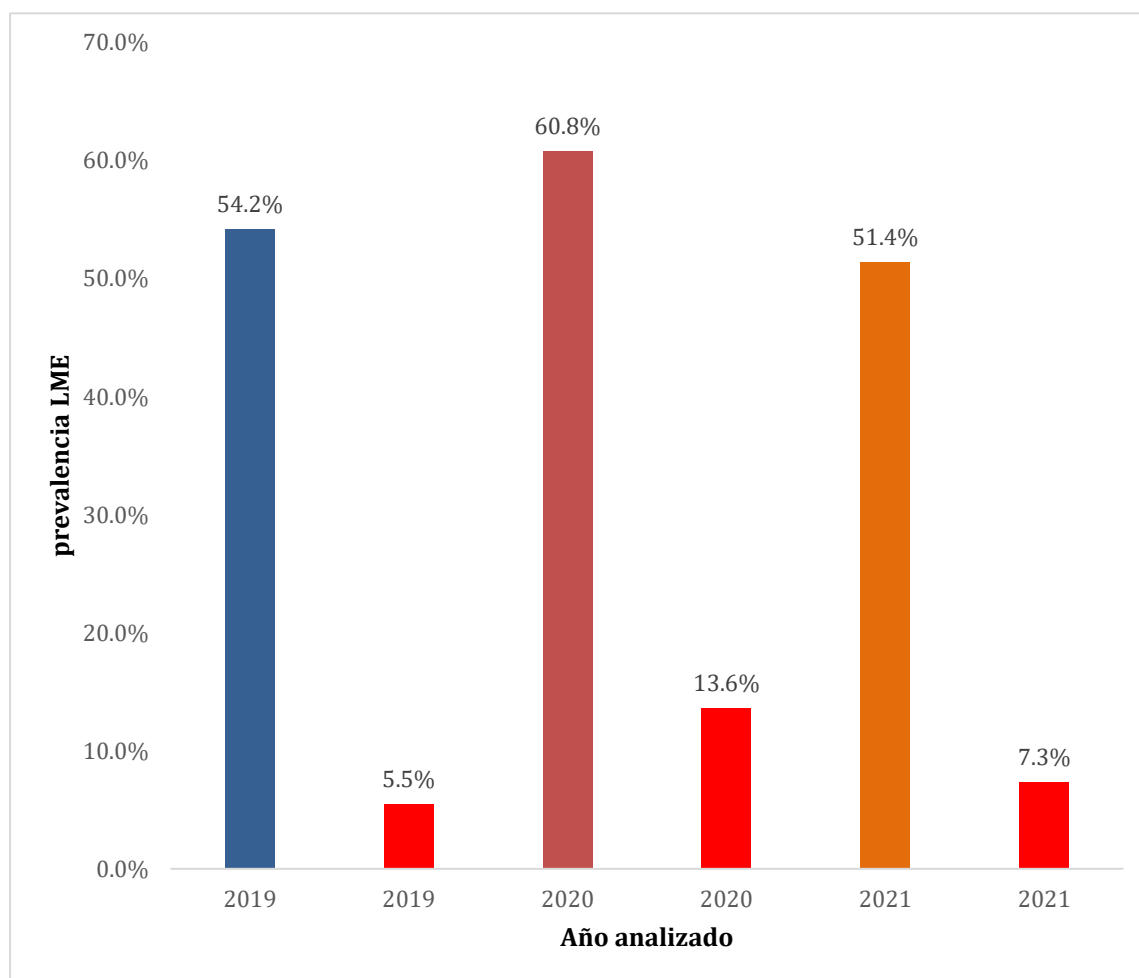
Nota. Elaboración propia en base a análisis ENDES 2019-2021

La prevalencia de LME en niños de 6 meses de vida en el periodo estudiado de tres

años se incrementa el año 2020 (13,6%) primer año de la pandemia, en 8,1 puntos porcentuales respecto al 2019 (5,5%) año pre pandemia, y disminuye el 2021 (7,3%) segundo año de la pandemia Sars Covid 19. (Tabla 4).

Figura 2

Comparación de prevalencia LME en niños desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida y LME en niños de 6 meses de edad, Perú 2019-2021



Nota. Elaboración propia en base a ENDES-Perú, 2019-2021.

Comparando la prevalencia de LME en niños de diferente edad con los niños de solo 6 meses de vida, se observa que la prevalencia de LME en niños que incluyen desde el nacimiento, primer, segundo, tercer, cuarto, quinto, hasta 6 meses de edad, es mayor el 2020 (60,8%) respecto al 2019 (54,2%), y baja el 2021 (51,4 %). Sin embargo, la prevalencia de LME en niños de 6 meses de vida, es decir que recibieron LME desde su nacimiento hasta

cumplir 6 meses de edad, es baja en todo el periodo analizado; aunque el 2019 (5,5%) año pre pandemia fue menor respecto al 2020 (13,6%) primer año de pandemia, para descender el 2021 segundo año de pandemia, pero sin llegar al nivel del 2019. **(Gráfico 2).**

Tabla 5

LME en niños desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida, según regiones del país, ENDES-Perú, 2019-2021.

Regiones del Perú	LME		
	2019	Años 2020	2021
Amazonas	64.0%	65.1%	59.8%
Ancash	73.6%	83.6%	58.8%
Apurímac	66.8%	76.0%	59.3%
Arequipa	46.2%	55.6%	57.1%
Ayacucho	56.9%	69.6%	60.2%
Cajamarca	65.4%	77.7%	54.5%
Callao	49.4%	44.4%	33.6%
Cusco	52.2%	65.3%	58.9%
Huancavelica	66.9%	69.5%	65.6%
Huánuco	66.4%	69.0%	66.2%
Ica	39.1%	41.7%	37.2%
Junín	75.4%	77.8%	55.3%
La Libertad	67.9%	66.9%	50.9%
Lambayeque	56.9%	59.8%	57.2%
Lima	43.9%	53.2%	45.0%
Loreto	70.2%	73.2%	71.3%
Madre de Dios	46.8%	65.3%	50.7%
Moquegua	45.9%	61.0%	41.5%
Pasco	61.1%	70.7%	58.6%
Piura	38.7%	49.3%	45.3%
Puno	54.6%	75.8%	63.4%
San Martín	54.6%	59.9%	43.6%
Tacna	54.0%	51.6%	39.8%
Tumbes	33.8%	37.1%	32.5%
Ucayali	64.2%	64.6%	53.0%

Nota. Elaboración propia en base a análisis ENDES 2019-2021

Las regiones del país con más alta prevalencia de LME en niños de diferente tiempo de vida, que incluyen desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad son Huancavelica, Huánuco, Loreto, Pasco, Puno, Amazonas, Ancash, Apurímac, Cajamarca, Junín y Ayacucho durante los

tres años analizados del 2019 año pre pandemia al 2021 segundo año de la pandemia, manteniendo prevalencias mayores al 60% llegando hasta prevalencia de 73,2% en Loreto el 2020, exceptuando las regiones de Amazonas, Ancash, Apurímac, Cajamarca, Junín, Ucayali y Pasco que el año 2021 descienden a prevalencias menor al 60%. (Tabla 5)

EL año 2019 las regiones con más alta prevalencia de LME en el grupo de niños en mención son Ancash (73,6%), Junín (75,4%) y Loreto (70,2%), todos con prevalencia mayor al 70%. El año 2020 las regiones son Ancash (83,6), Apurímac (76%), Cajamarca (77,7%), Junín (77,8%), Loreto (73,2%), Pasco (70,7%) y Puno (75,8), todas con prevalencias mayores al 70%. El año 2021 solo la región de Loreto (71,3%) mantiene prevalencia mayor al 70%, las regiones de Huancavelica (65,6%) y Huánuco (66,2%) tienen prevalencia mayor al 65%, siendo estas regiones las de más alta prevalencia en dicho año. (Tabla 5)

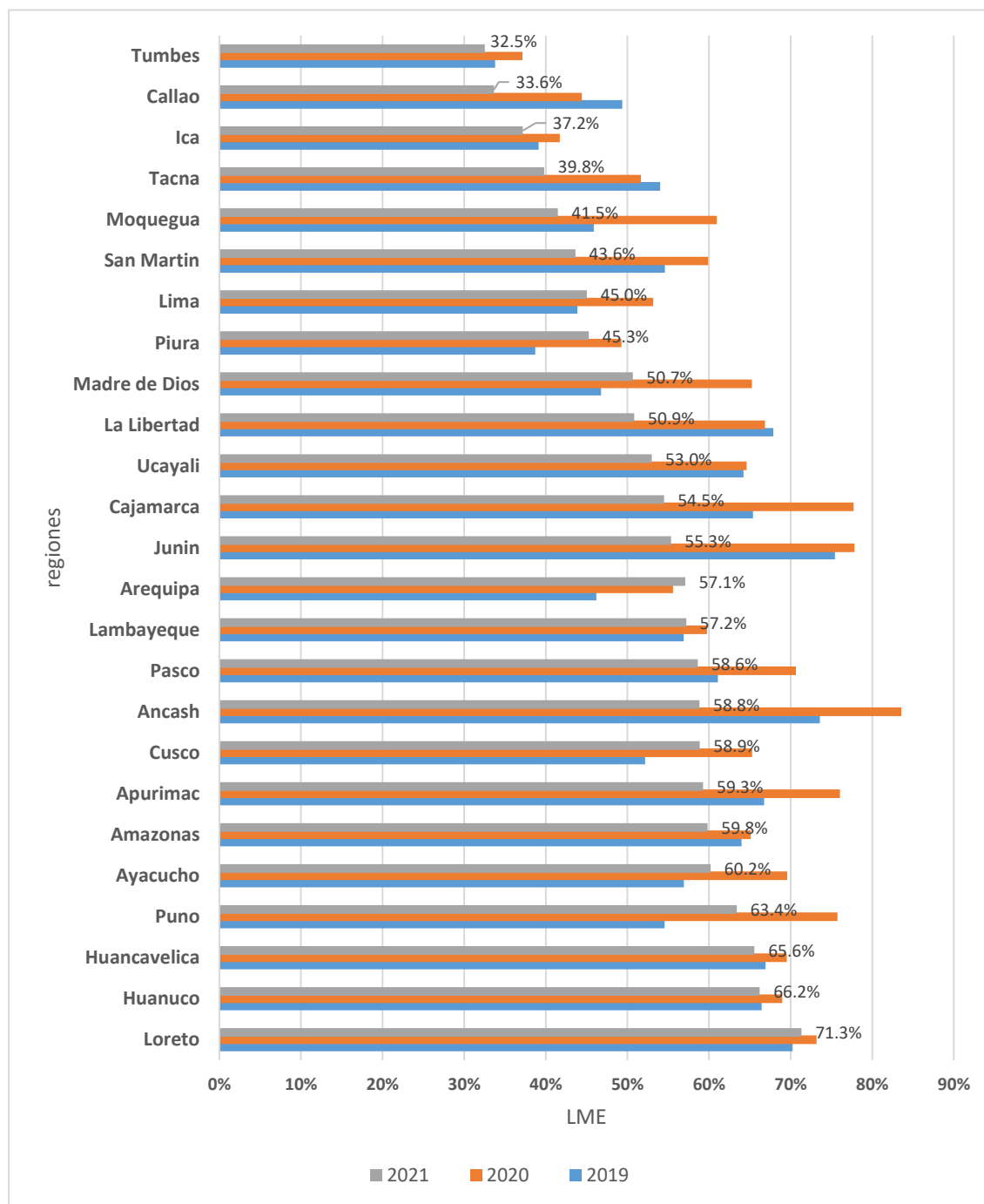
La región que mantiene la más alta prevalencia de LME los tres años analizados es Loreto, teniendo todo el periodo prevalencia de LME mayor al 70%. La región con la más baja prevalencia de LME en los 3 años analizados es Tumbes, que mantiene prevalencia menor al 40%, seguida de Ica que lo tiene dos años de los tres; Piura, Tacna y Callao tienen prevalencia menor al 40% un año de los tres años analizados. (Tabla 5)

Se observa respecto al 2019 una mayor prevalencia de LME en niños de todas las edades, desde el nacimiento hasta 6 meses de vida, el 2020 primer año de la pandemia Sars Covid 19 en casi todas las regiones del país, salvo La Libertad, Tacna y Callao; esta disminuye el 2021 segundo año de pandemia, en todas las regiones a excepción de Arequipa en la que se incrementa levemente respecto al 2020, observándose una disminución considerable en las regiones del Callao, Tacna, Moquegua, San Martín, Madre de Dios, La Libertad, Cajamarca, Junín, Ancash, Pasco, Apurímac, Ayacucho y Puno respecto al 2020, y muchas de ellas prevalencias incluso menores al año de pre pandemia 2019. Sin embargo, las regiones de Lima, Piura, Madre de Dios, Cusco, Puno y Loreto mantienen prevalencias el 2021 mayor al del 2019

(Ver Gráfico 3)

Figura 3

Prevalencia de LME en niños desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida según regiones, Perú 2019-2021



Nota. Los porcentajes corresponden al 2021. Elaboración propia en base a análisis ENDES 2019-2021.

Tabla 6.*Factores asociados a LME, Perú, ENDES 2019 - 2021*

CARACTERÍSTICAS	2019					2020					2021				
	n	ODc	OD.a.	I.C.	Sig.	n	ODc	ODa.	I.C.	Sig.	n	ODc	ODa	I.C.	Sig.
Edad de la madre															
Adolescente	152	0,853	1,001	0,59 - 1,67	0,998	123	0,494	0,576	0,29 -1,15	0,118	128	0,455	0,506	0,29 - 0,87	0,015
Adulta	1474	0,676	0,615	0,45 - 0,84	0,003	1150	0,912	0,918	0,61 -1,38	0,681	1391	0,599	0,587	0,43 - 0,80	0,001
Adulta añosa	318	1,000	1,000			254	1,000	1,000			332	1,000	1,000		
Estado civil															
Soltera	137	0,676	0,563	0,30 - 1,05	0,069	115	0,626	0,720	0,35 -1,05	0,366	115	0,937	1,005	0,53 - 1,91	0,989
Casada	370	0,651	0,538	0,34 - 0,86	0,010	284	1,053	1,015	0,56 -1,83	0,962	317	0,915	0,776	0,47 - 1,27	0,311
Conviviente	1295	0,557	0,536	0,35 - 0,83	0,005	1015	0,708	0,731	0,44 -1,20	0,217	1248	0,788	0,791	0,52 - 1,20	0,273
Viuda/separada/div	142	1,000	1,000			113	1,000	1,000			171	1,000	1,000		
Educación de la madre															
Sin educa/Primaria	361	0,330	0,306	0,59 - 1,67	0,000	294	0,401	0,414	0,59 -1,67	0,000	365	0,570	0,544	0,59 - 1,67	0,000
Secundaria	946	0,500	0,475	0,45 - 0,84	0,000	771	0,705	0,780	0,45 -0,84	0,134	917	0,611	0,630	0,45 - 0,84	0,001
Superior	637	1,000	1,000			462	1,000	1,000			569	1,000	1,000		
Lengua Materna															
Quechua	310	0,633	0,627	0,44 - 0,88	0,008	264	0,437	0,424	0,29 -0,62	0,000	302	0,769	0,740	0,54 -1,02	0,065
Aimara	33	0,684	0,767	0,31 - 1,92	0,572	28	0,862	0,779	0,31 -1,94	0,592	33	0,911	0,851	0,31 - 2,33	0,754
Otra lengua nativa/o	51	0,210	0,206	0,01 - 0,43	0,000	34	0,377	0,382	0,12 -1,18	0,095	55	0,601	0,623	0,31 -1,26	0,186
Castellano	1550	1,000	1,000			1201	1,000	1,000			1460	1,000	1,000		
Seguro de salud															
No tiene	293	0,611	0,580	0,38 -0,89	0,013	166	0,441	0,435	0,25 -0,75	0,003	163	0,487	0,481	0,29 -0,79	0,004
SIS	1288	0,434	0,398	0,29 -0,55	0,000	1139	0,354	0,361	0,23 -0,56	0,000	1397	0,488	0,494	0,35 -0,69	0,000
Otro seguro	363	1,000	1,000			222	1,000	1,000			291	1,000	1,000		
Ocupación															
No trabaja	921	1,225	1,188	0,76 -1,85	0,445	1008	0,651	0,653	0,35 -1,21	0,175	1012	0,572	0,622	0,36 -1,08	0,092
Profesional	191	3,175	3,155	1,81 - 5,49	0,000	78	2,151	1,959	0,81 -4,76	0,137	149	1,276	1,267	0,64 -2,51	0,497
Eclesiástico	69	2,054	2,106	0,99 - 4,48	0,053	25	2,503	2,275	0,74 -6,99	0,151	46	1,397	1,492	0,61 -3,64	0,379
Ventas	331	1,687	1,664	1,02 - 2,71	0,040	193	1,196	1,193	0,58 -2,44	0,630	279	0,877	0,922	0,51 -1,67	0,790

Agricultor/trab. ind.	195	0,754	0,716	0,41 - 1,23	0,228	86	0,769	0,766	0,38 -1,74	0,525	210	0,317	0,329	0,17 -0,62	0,001	
Empleada domestica	71	1,587	1,462	0,73 - 2,90	0,278	60	0,994	0,977	0,40 -2,36	0,959	68	0,882	0,893	0,40 -1,97	0,779	
Servicios	166	1,000	1,000			77	1,000	1,000			87	1,000	1,000			
*Área de residencia																
Urbano	1336	2,096	2,133	1,63 -2,79	0,000	1007	2,360	2,320	1,72- 3,13	0,000	1238	2,226	2,206	1,73 -2,82	0,000	
Rural	608	1,000	1,000			520	1,000	1,000			613	1,000	1,000			
*Región natural																
Lima metropolitana	224	2,243	2,272	1,56 - 3,31	0,000	192	1,841	1,725	1,14- 2,60	0,009	226	1,905	1,895	1,32 -2,73	0,001	
Resto Costa	574	1,870	1,955	1,44 - 2,66	0,000	419	1,556	1,499	1,04- 2,15	0,028	546	1,637	1,581	1,17 -2,13	0,003	
Sierra	625	1,042	1,072	0,80 - 1,43	0,642	535	0,789	0,754	0,56 1,06	0,103	594	0,895	0,863	0,64 -1,16	0,328	
Selva	521	1,000	1,000			381	1,000	1,000			485	1,000	1,000			
*Región																
Amazonas	88	1,010	1,108	0,61 -2,01	0,738	65	0,978	0,915	0,40- 2,09	0,834	86	0,756	0,736	0,38 -1,42	0,360	
Ancash	71	0,645	0,685	0,36 -1,30	0,249	59	0,359	0,335	0,14- 0,82	0,017	66	0,788	0,746	0,37 -1,49	0,407	
Apurímac	64	0,894	0,971	0,51 -1,84	0,928	53	0,575	0,545	0,22- 1,32	0,180	38	0,774	0,676	0,28 -1,62	0,380	
Arequipa	71	2,092	2,254	1,18 -4,29	0,014	50	1,458	1,279	0,57- 2,88	0,553	58	0,847	0,804	0,39 -1,66	0,555	
Ayacucho	72	1,360	1,428	0,78 -2,61	0,246	70	0,798	0,751	0,35- 1,60	0,460	77	0,745	0,669	0,33 -1,36	0,269	
Cajamarca	59	0,950	1,011	0,56 -1,83	0,970	47	0,523	0,503	0,19- 1,33	0,168	72	0,941	0,901	0,45 -1,81	0,770	
Callao	70	1,842	1,875	1,02 -3,43	0,042	65	2,286	2,092	1,02- 4,27	0,043	62	2,222	2,190	1,08 -4,45	0,030	
Cusco	59	1,647	1,794	0,87 -3,69	0,113	37	0,972	0,935	0,40- 2,19	0,877	57	0,787	0,784	0,37 -1,63	0,517	
Huancavelica	61	0,887	0,960	0,46 -1,99	0,913	57	0,800	0,734	0,33- 1,61	0,440	70	0,591	0,545	0,27 -1,11	0,094	
Huánuco	84	0,907	0,952	0,49 -1,85	0,884	71	0,822	0,789	0,38- 1,62	0,519	78	0,575	0,540	0,25 -1,16	0,115	
Ica	65	2,794	2,928	1,56 -5,48	0,001	62	2,551	2,375	1,02 5,53	0,045	61	1,905	1,861	0,89 -3,88	0,098	
Junín	76	0,585	0,583	0,31 -1,08	0,088	42	0,520	0,480	0,21 -1,10	0,085	65	0,909	0,915	0,45 -1,88	0,808	
La Libertad	65	0,850	0,968	0,49 -1,91	0,925	62	0,905	0,831	0,38 -1,78	0,635	78	1,089	1,043	0,54 -2,00	0,900	
Lambayeque	88	1,362	1,535	0,75 -3,16	0,244	51	1,230	1,133	0,50- 2,55	0,763	70	0,843	0,812	0,41 -1,61	0,550	
Lima	230	2,298	2,445	1,52 -3,93	0,000	179	1,609	1,463	0,79- 2,70	0,225	255	1,375	1,346	0,76 -2,39	0,310	
Loreto	79	0,761	0,805	0,43 -1,51	0,500	79	0,669	0,642	0,30- 1,36	0,246	81	0,453	0,447	0,21 -0,93	0,032	
Madre de Dios	87	2,044	2,167	1,18 -3,97	0,012	49	0,972	0,921	0,42- 2,03	0,838	60	1,097	1,103	0,53 -2,30	0,794	
Moquegua	54	2,119	2,396	1,19 -4,80	0,014	28	1,170	1,075	0,39- 2,96	0,888	55	1,589	1,524	0,76 -3,06	0,235	
Pasco	49	1,144	1,196	0,63 -2,26	0,583	63	0,758	0,713	0,34- 1,51	0,377	62	0,796	0,763	0,36 -1,60	0,475	
Piura	88	2,842	3,102	1,72 -5,61	0,000	57	1,882	1,754	0,81- 3,81	0,156	74	1,363	1,272	0,64 -2,54	0,496	
Puno	49	1,495	1,760	0,89 -3,46	0,101	42	0,584	0,506	0,21- 1,23	0,134	54	0,650	0,628	0,29 -1,36	0,237	
San Martín	83	1,494	1,609	0,84 -3,06	0,148	56	1,223	1,192	0,55- 2,58	0,656	65	1,456	1,434	0,70 -2,94	0,325	

Tacna	57	1,529	1,622	0,84 -3,12	0,148	34	1,710	1,589	0,67- 3,76	0,292	62	1,703	1,499	0,69 -3,24	0,303
Tumbes	85	3,518	3,786	2,16 - 6,64	0,000	72	3,091	2,804	1,34- 5,87	0,006	68	2,335	2,291	1,11 -4,76	0,026
Ucayali	90	1,000	1,000			77	1,000	1,000			77	1,000	1,000		
*Lugar de Parto															
Domicilio	115	0,163	0,160	0,08 -0,31	0,000	99	0,239	0,254	0,13- 0,49	0,000	141	0,353	0,376	0,22 -0,64	0,000
MINSA	1367	0,385	0,370	0,24 -0,58	0,000	1106	0,458	0,473	0,29- 0,76	0,002	1295	0,412	0,427	0,29 -0,63	0,000
ESSALUD	305	0,704	0,708	0,42 -1,19	0,194	189	0,952	0,946	0,52- 1,72	0,855	238	0,544	0,562	0,35 -0,90	0,016
Clínica/cons. privado	157	1,000	1,000			133	1,000	1,000			177	1,000	1,000		
*Parto por cesárea															
No	1276	0,621	0,631	0,49 -0,81	0,000	1025	0,544	0,562	0,41- 0,76	0,000	1235	0,515	0,532	0,41 -0,69	0,000
Sí	668	1,000	1,000			502	1,000	1,000			616	1,000	1,000		
*Contacto piel a piel															
No	759	1,163	1,158	0,90 -1,48	0,245	667	1,350	1,320	0,98- 1,77	0,065	862	0,061	1,039	0,81 -1,33	0,762
Sí	1182	1,000	1,000			853	1,000	1,000			985	1,000	1,000		
*La pareja vive con ella															
Sí	1522	1,013	0,971	0,63 - 1,50	0,896	1205	1,114	1,048	0,62- 1,77	0,861	1466	1,437	1,406	0,85 -2,31	0,179
Vive en otro sitio	143	1,000	1,000			94	1,000	1,000			99	1,000	1,000		
*Edad de la pareja															
Adolescente	17	0,715	0,853	0,27 -2,70	0,787	10	0,744	0,954	0,18- 4,97	0,955	18	0,647	1,007	0,29 -3,48	0,991
Adulto	1116	1,052	1,374	0,99 -1,91	0,059	602	0,624	0,753	0,49- 1,15	0,191	975	0,764	0,969	0,69 -1,34	0,850
Adulto añoso	532	1,000	1,000			274	1,000	1,000			478	1,000	1,000		
*Educación de la pareja															
Primaria	271	0,408	0,405	0,27 -0,60	0,000	127	0,436	0,450	0,26- 0,78	0,005	232	0,537	0,516	0,35 -0,76	0,001
Secundaria	908	0,549	0,536	0,40 -0,71	0,000	535	0,569	0,593	0,39- 0,88	0,011	897	0,593	0,604	0,45 -0,81	0,001
Superior	628	1,000	1,000			305	1,000	1,000			505	1,000	1,000		
*Índice de riqueza															
El más pobre	588	0,274	0,263	0,16 -0,42	0,000	489	0,274	0,296	0,17- 0,51	0,000	603	0,279	0,274	0,17 -0,43	0,000
Pobre	525	0,396	0,387	0,24 -0,62	0,000	401	0,508	0,535	0,31- 0,92	0,026	488	0,439	0,427	0,27 -0,68	0,000
Medio	368	0,546	0,547	0,34 -0,89	0,015	336	0,531	0,568	0,33- 0,98	0,045	346	0,595	0,581	0,35 -0,96	0,033
Rico	279	0,697	0,687	0,41 -1,14	0,146	184	0,669	0,698	0,38- 1,28	0,246	255	0,646	0,629	0,39 -1,01	0,054
Más rico	184	1,000	1,000			117	1,000	1,000			159	1,000	1,000		

Nota. Elaboración propia en base al análisis datos de Encuesta demográfica y de Salud Familiar 2019-2021.

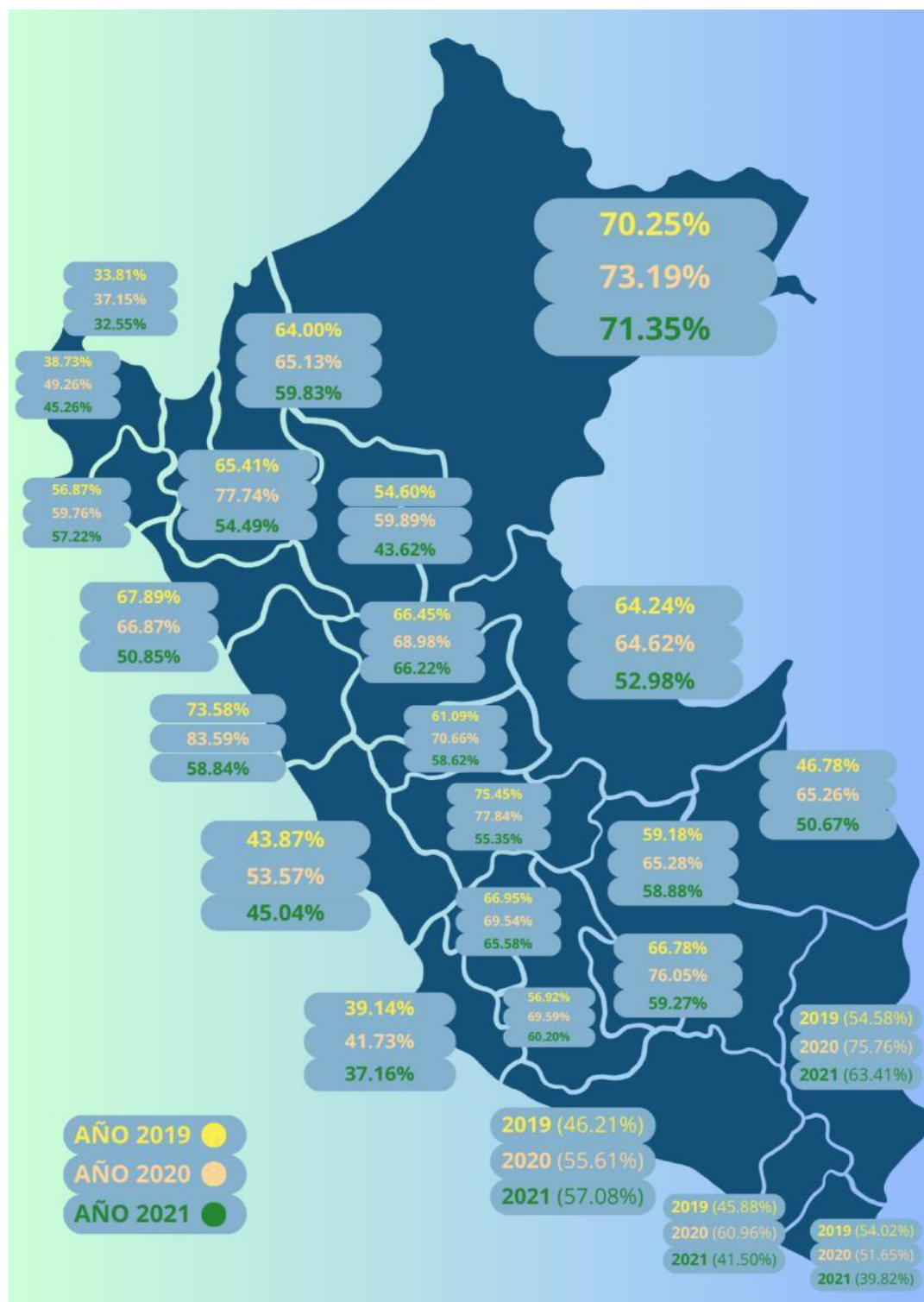
El análisis muestra que las mujeres adultas (19 hasta 35 años de edad) optan por la LME para sus niños, los años 2019 y 2021 ($p < 0,003$ y $0,001$), mostrándose como factor protector para LME. Respecto al nivel educativo de la madre, está más asociada con la práctica de LME, las que tienen menor nivel educativo, aquellas que no tienen educación o solo tienen primaria ($p < 0.000$), en los tres años analizados, y las que tienen educación secundaria mantienen asociación en los años 2019 y 2021. El que las madres cuenten con el Sistema Integrado de Salud – SIS ($p < 0,000$) se asocia a LME en los 3 años como factor protector. Según el lugar de parto, aquellos que nacieron en su domicilio, y en algún establecimiento del MINSA, están asociados con la LME, a diferencia de aquellos que nacieron en clínica o consultorio. Sin embargo, el año 2021 los que nacieron en establecimientos de ESSALUD, se encuentra asociación significativa con LME, a diferencia de los años anteriores. Respecto al tipo de parto, aquellos niños que nacieron por parto normal tienen asociación con la LME (< 0.000), que aquellos que nacieron por cesárea. Se encuentra asociación con la categorías primaria y secundaria de la variable educación de la pareja ($p < 0,05$) y también con las categorías más pobre y pobre de la variable índice de riqueza ($p < 0,05$).

Las mujeres que viven en la costa, Lima Metropolitana, resto costa son categorías de las variables área de residencia y región natural que tienen prevalencia de LME por debajo del 50 %, a diferencia de los que viven en la parte rural, Sierra, Selva en donde la prevalencia pasa el 60%. Lo anteriormente mencionado, se ratifica cuando observamos para el año 2019 que departamentos como Arequipa, Callao, Ica, Lima, Piura y Tumbes, tienen prevalencia de menos del 50 %, siendo estos valores estadísticamente significativos $ORa > 1$ ($p < 0.05$) en los 3 años analizados

No se encuentra asociación con variables, contacto piel a piel, si la pareja vive con ella o edad de la pareja. (Tabla 6)

Figura 4

Prevalencia de LME en niños desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida según regiones, mapa Perú 2019-2021



Nota. Elaboración: propia Fuente: Encuesta demográfica y de Salud Familiar 2019-2021

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio aporta evidencia reciente y sólida sobre la prevalencia y los factores asociados a la lactancia materna exclusiva (LME) en el Perú durante el periodo 2019-2021, usando datos representativos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Los hallazgos tienen implicancias relevantes para la formulación de políticas públicas y la programación de intervenciones en salud materno infantil.

Los resultados muestran que la prevalencia de LME en Perú de niños de 6 meses de vida en el periodo estudiado es baja, alcanzando un máximo temporal de **13,6%** el primer año de pandemia COVID 19 el 2020, 8,1 puntos porcentuales más respecto al 2019 (5,5%) año pre pandemia, lo cual refleja una mejora circunstancial favorecida por las condiciones de aislamiento domiciliario y el mayor tiempo de las madres en casa. Sin embargo, esta mejora no se consolidó en el tiempo, dado que en 2021 segundo año de pandemia la prevalencia volvió a descender al **7,3%** (**tabla 4**), lo que evidencia que los factores estructurales que dificultan la práctica sostenida de la LME, tal como la reincorporación de las madres al trabajo fuera de casa, las presiones económicas y la falta de apoyo institucional permanecen sin ser resueltos.

El 2019 año previo a la pandemia Sars Covid 19, la prevalencia hallada de LME en niños de 6 meses de vida (5,5%), es mucho menor a lo reportado por López de Aberasturi et al. en España-Bilbao el 2017 de 21,6 %; también a Turke et al. que reporta el 2021, en Brasil de 38,44%; Oribe et al. el 2015, en España de 15,4%, mostrando al Perú previo a la pandemia con prevalencia de LME en niños de seis meses por debajo de otros países del mundo, a diferencia de otros reportes en los que nuestro país se encontraba por encima; pero es necesario señalar que estas comparaciones muestran reportes de prevalencia de lactancia materna que publica ENDES, y no prevalencia de LME; en algunos casos artículos con cifras de LME pero en infantes menores de 6 meses, los que incluyen a niños de diferentes tiempo de vida desde el nacimiento hasta menor de seis meses, y no LME según definición operacional de OMS que se toma en el presente estudio, aunque también se ha determinado la prevalencia de LME en

los diferentes tiempos de vida de los niños, la cual se analiza respecto a otros reportes.

Salsavilca (2020) analizando ENDES 2018, con metodología similar a la usada en esta investigación, determina prevalencia de LME en niños de 6 meses de 10,2%, cifra mayor a la hallada en el presente estudio, mostrando que del año 2018 al 2019 la prevalencia LME en el país disminuye en casi 5 puntos porcentuales, evidenciando prevalencia de LME debajo de cifras de países del mundo.

Analizando la prevalencia de LME teniendo en cuenta niños de diferentes edades, desde el nacimiento, uno (1), dos (2), tres (3), cuatro (4), cinco (5), hasta los seis (6) meses de vida, el 2020 primer año de la pandemia en Perú, en el que se vivió las medidas de aislamiento social, la denominada cuarentena, y la migración de la población de las principales ciudades del país a sus diferentes lugares de origen, especialmente de Lima a las diferentes regiones del país; la prevalencia de LME se incrementó de 54,2 el 2019 a 60,8% el 2020, posiblemente porque las madres optaron por la LME al estar casi todo el tiempo en casa, ya sea con los quehaceres del hogar o trabajo remoto, de acuerdo a las condiciones laborales individuales, esto aunado a las restricciones económicas, entre otros factores. El 2021, segundo año de la pandemia, en el que estas restricciones disminuyeron y los factores variaron, la prevalencia de LME bajo a 51,4%, cifra menor incluso al 2019, año previo a la pandemia, evidenciando que las madres este periodo, posterior a las restricciones se incorporaron al trabajo fuera de casa, ocasionado el abandono de la LME de un grupo de ellas, sobre todo en áreas urbanas, tal como lo muestran los resultados del estudio en la prevalencia en zona urbana y rural, en los que la LME predomina en zonas rurales, pese a que la proporción de los habitantes urbanos en el país se mantuvo casi sin cambios en la última década, según Statista Perú (2023).

Daga, el 2020 en Perú, usando ENDES 2017, reporta prevalencia de LME de 63,82% en menores de 6 meses, los que incluyen a niños de diferente tiempo de vida hasta menor a 6 meses, cifra reportada mayor a la hallada de LME en esta investigación en todo el periodo de

los tres años estudiados, es necesario señalar que la prevalencia determinada es de niños desde el nacimiento, un mes, dos meses, tres, cuatro, cinco y hasta seis meses. Comparando las cifras al año 2019 (54,2%) es menor en casi 10 puntos porcentuales respecto a lo reportado por Daga, mostrando una disminución del 2017 al 2019, tendencia que continua hasta el 2021 en la que hallamos 51,4% de prevalencia de LME en el grupo de niños señalado.

La prevalencia de LME en este grupo de niños de diferente edad desde el nacimiento hasta los 6 meses, pese a disminuir sigue manteniéndose por encima de otros países, pero es necesario señalar que no es LME según definición de la OMS, la cual define a LME en niños que reciben LME desde el nacimiento hasta cumplir los 6 meses. Esta prevalencia hallada de LME en diferentes edades de los infantes es mayor al reportado a nivel mundial, 44% según Unicef (2021). Según la OMS (como cito Oribe, 2015) la región Europea tiene la más baja prevalencia de LME en el mundo; Burger et al. (2022) reportan en Austria 30,5% el 2020 y, sin embargo, países como Suecia reportan prevalencias altas (75%) aunque este dato es del 2009; sin embargo si tomamos los resultados reales de prevalencia de LME (niños de 6 meses de vida alimentados exclusivamente con LM desde su nacimiento), según definición de la OMS, nuestro país tiene baja prevalencia de LME respecto a lo reportado a nivel mundial, dato preocupante para la salud pública del país, lo que amerita implementar diferentes estrategias en los diferentes niveles de nuestra sociedad que permitan mejorar las cifras halladas.

La LME en niños desde su nacimiento, un mes, dos meses, tres, cuatro, cinco meses, hasta los 6 meses de vida, en la distribución regional del Perú muestran respecto al 2019, mayor prevalencia de LME el 2020 primer año de la pandemia Sars Covid 19 en casi todas las regiones del país, salvo La Libertad, Tacna y Callao regiones que se encuentran en la región natural de la Costa, que tiene mayor concentración de población urbana. El 2021 segundo año de pandemia, en el que las restricciones disminuyeron para la población, la prevalencia de LME disminuye en todas las regiones a excepción de Arequipa en la que se incrementa levemente

respecto al 2020, primer año de la pandemia; observándose una disminución considerable en las regiones del Callao, Tacna, Moquegua, San Martín, Madre de Dios, La Libertad, Cajamarca, Junín, Ancash, Pasco, Apurímac, Ayacucho y Puno, no observándose un patrón que explique esta disminución, pues son regiones tanto de la costa, sierra y selva; sin embargo es notorio que Lima, capital del país muestra disminución aunque no tan evidente como las regiones señaladas, estos resultados a nivel regional ameritan nuevos estudios que busquen respuestas.

Daga estudiando ENDES 2017 reporta que las regiones del Perú con mayor prevalencia de LME en niños durante los seis primeros meses de vida fueron Puno (86,34%), Apurímac (79,44%), Junín (78,89%) y Ayacucho (78,75%), y los de menor prevalencia Ica (40,91%), Tumbes (38,54%) y Madre de Dios (36,6%) concordante con lo hallado en las regiones de Junín, Apurímac y Huancavelica con mayor prevalencia de LME y las regiones de Ica, Tumbes, Madre de Dios, agregándose Piura el año 2019, aunque son diferentes años, las regiones con mayores y menores prevalencia de LME en el país se mantienen desde el 2017 al 2019, aunque con variaciones del 2019 al 2021 analizadas previamente.

Respecto a la atención del parto es mayoritaria a nivel institucional en el MINSA y ESALUD todo el periodo estudiado, aunque se incrementa el 2020 primer año de la pandemia, y desciende el 2021, incluso a cifra menor al 2019, pero hay un grupo importante de niños que aun nacen en su domicilio que va de 5,92% el 2019 incrementándose a 6,48% el 2020 y llegando a 7,62% el 2021, observando una tendencia en ascenso en el periodo analizado, mostrando que hasta el año 2021 no se ha logrado cobertura del parto institucional al 100%. Asimismo el parto por cesárea se presenta en más de un tercio de la muestra estudiada, aunque disminuye en 1,49 puntos porcentuales el 2020 primer año de pandemia respecto al 2019 para incrementarse el 2021, pero no a niveles del 2019; este comportamiento se observa también en el CPP que desciende en 4,78 puntos porcentuales del 2019 (60,90%) al 2020 (56,12%),

pero continua en descenso en 2,79 puntos porcentuales al 2021(53,73%), mostrando una línea descendente en el periodo estudiado del 2019 al 2021, probablemente relacionado a los cambios en la forma de atención a los recién nacidos durante la pandemia, en los que separaron a los bebés de sus madres en las diferentes instituciones del país.

El estudio evidencia que, entre los factores asociados a LME, están: edad materna, las adultas (19 hasta - 35 años de edad) optan por la LME los años 2019 y 2021 ($p < 0,003$ y $0,001$), mostrándose como factor protector, similar a lo descrito por Boccolini et al. (2015), en una revisión sistemática en Brasil, encuentra que la edad intermedia es protectora de la LME, pues las adolescentes y de 35 años a más la interrumpen precozmente. Otro factor hallado es la educación materna asociado con LME, las que tienen menor nivel educativo, es decir, aquellas que no tienen educación o solo tienen educación primaria ($p < 0.000$), en los tres años analizados, y las que tienen educación secundaria mantienen la asociación en los años 2019 y 2021, como factor protector; resultados concordantes con Lamounier et al. (2020), que encuentra que las madres con mayor nivel de escolaridad ($HR = 1,66$; $IC\ 95\ %: 1,35, 2,04$), amamantaron un tiempo más corto. Matías et al. (2012), reportan que la menor educación materna está asociada a LME y Lihim (2014) halla asociación significativa de LME con menor nivel educativo materno; a diferencia de Boccolini et al. (2015), en Brasil, encuentra que el bajo nivel educativo se asocia con la suspensión de la LME. Estos resultados muestran que la LME puede representar tradiciones, normas, relaciones sociales y económicas de las poblaciones en cada país, opinión compartida con Muniz (2010).

En la variable “índice de riqueza”, se halló asociación con las categorías más pobre y pobre ($OR < 1$ y $p < 0,05$) como factor protector en los tres años analizados; similar a lo reportado por Daga, (2020) en Perú, encuentra que madres con ingresos bajos tuvieron mayor LME; y Salsavilca (2020) reporta que madres con mayores recursos ($RP=1,6$) tienen menor adherencia a LME, es decir, mayor ingreso como factor de riesgo para LME. Concordante

también con Lamounier (2020), en países de América Latina, encuentra que mayores ingresos de las madres (HR = 1,58; IC del 95 %: 1,40, 1,77) está asociado a menor LME; Oribe (2015) en México, señala que “la clase social está asociada a LME”; y con otros estudios en diferentes países como EU, Ecuador, Brasil, Indonesia, Haití y Etiopía que encuentran asociación. (Habtewold, 2020; Henry, 2010). Esto puede explicarse por factores culturales y/o estilo de vida de la población según el índice de riqueza; las mamás con más índice de riqueza ya sea por la actividad laboral o social optan por la fórmula artificial, y las madres con bajo índice de riqueza optan por la LME salvaguardando su conocimiento ancestral y también por el riesgo de seguridad alimentaria de sus familias, opinión compartida con Mac Millan (2019).

El que las madres cuenten con el seguro de salud del Sistema Integrado de Salud (SIS), seguro subsidiado por el estado ($p < 0,000$) está asociado a LME en los 3 años, como factor protector. Esta variable no es comparable con ningún otro estudio, pero está vinculada con la variable lugar del parto, pues los establecimientos del MINSA son aquellos que brindan la atención a la población asegurada por el SIS. La variable lugar de parto, muestra que aquellos que nacieron en su domicilio, y en algún establecimiento del MINSA, están asociados con la LME, a diferencia de aquellos que nacieron en clínica o consultorio privado; sin embargo, el año 2021 se encuentra que el nacimiento en establecimientos de ESSALUD, seguro de salud de los trabajadores en Perú, está asociado significativamente con LME, a diferencia de los años anteriores. Resultados concordantes con Buccolini et al. (2015), que describe que la LME se practica más en los servicios públicos de Brasil, aunque esta variable siempre debe tenerse en cuenta con el acceso a los mismos.

Respecto al tipo de parto, los resultados muestran que aquellos niños que nacieron por parto vaginal tienen asociación con LME ($p < 0,000$), respecto a los que nacieron por cesárea, similar a lo reportado por (Villarreal, 2020; Álvarez, 2020; Buccolini et al., 2015). Patil (2020) describe a la cesárea como barrera a la LME, concordante también con lo hallado en esta

investigación.

Se encuentra también asociación con la categorías primaria y secundaria de la variable educación de la pareja ($p < 0,05$) similar a lo hallado por Lihim (2014), que describe que el nivel educativo del padre está asociado a LME, así como también al estado civil materno; divergente del resultado de este estudio que encuentra asociación a LME solo el año 2019 para la categoría conviviente ($p < 0,005$).

Según el área donde viven en el país, el vivir en zona urbana es un factor asociado a LME, como factor de riesgo en los 3 años estudiados ($p < 0,000$), esto se ratifica con los resultados del año 2019 en el que según la distribución geográfica las regiones de Arequipa, Callao, Ica, Lima, Piura y Tumbes, tienen valores estadísticamente significativos ($p < 0.05$), y en los 3 años estudiados para las regiones de Callao, Ica y Tumbes ($p < 0.05$) como factor de riesgo para LME, departamentos con mayor área urbana; resultado similar a lo reportado por Álvarez (2020), que encuentra menor prevalencia de LME en regiones con mayor zona urbana como Lima, Lambayeque, Arequipa y Callao y por Lihim (2014), que encuentra que residir en la Sierra está asociado a mayor LME, y a Román (2016), que encuentra mayor interrupción de la LME en área urbana.

No se encuentra asociación con las variables, contacto piel a piel, si la pareja vive con ella o edad de la pareja; similar a lo hallado por Daga (2020), que tampoco encuentra asociación de LME con contacto piel a piel, a diferencia de Lamounier (2020), aunque si bien reporta LM en la primera hora de vida ($HR = 0,79$; IC del 95 %: 0,74, 0,83) asociada con aumento de duración de LM, esta tiene que ver mucho con el CPP, pues si este se efectúa el tiempo mínimo que señala la norma técnica de atención (NTS) del neonato se garantizaría la lactancia en la primera hora post parto, también denominada LM precoz (MINSa, 2013).

La relevancia de estos resultados radica en que delimitan claramente áreas y poblaciones prioritarias donde deben dirigirse las intervenciones. Particularmente, las estrategias deben

enfocarse en madres que trabajan en zonas urbanas, reforzando la regulación del mercado de sucedáneos, así como el cumplimiento o mejora de las licencias de maternidad y promoviendo ambientes laborales amigables con la lactancia.

Una fortaleza es que los resultados muestran lo acontecido con la LME en el país en el periodo de un año pre pandemia y dos años de la pandemia Covid19, lo que servirá para mejorar las políticas públicas en salud del país.

Además, se evidencia que los aumentos transitorios de la LME observados en situaciones excepcionales como la pandemia, no son sostenibles sin intervenciones estructurales permanentes. Esto implica la necesidad urgente de transformar las condiciones sociales, económicas y sanitarias que permitan a todas las madres mantener la LME durante los primeros seis meses de vida de sus hijos.

Finalmente, los resultados también tienen relevancia metodológica, pues validan el uso de definiciones operativas estrictas de LME siguiendo el criterio de la OMS, y alertan sobre la necesidad de mejorar la calidad de los datos recolectados en encuestas nacionales, considerando que la prevalencia de LME podría estar subestimada o sobre estimada según las preguntas aplicadas o la metodología usada.

La limitación principal de la investigación es que es realizada en base a datos secundarios, analizando variables ya definidas y no otras posibles de interés de la investigadora; sin embargo, los resultados evidencian información real sobre LME en el periodo analizado el que es útil para mejorar las políticas públicas en salud, incidiendo en los factores asociados tanto protectores y de riesgo, que permitan en los próximos años, acercarnos a los objetivos del desarrollo sostenible respecto a la LME. Otra limitación es la muestra pequeña para la determinación de LME en niños de 6 meses de vida por regiones en el país, pese a ser una encuesta nacional, lo que motivo que se determine solo la prevalencia de LME en niños de diferentes edades que incluyen desde el recién nacido hasta los seis meses de vida.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1 Los factores asociados a LME como factores protectores son: edad materna adulta (19-35 a.) el 2019 y 2021, que las madres cuenten con el Sistema Integrado de Salud, y que pertenezcan según índice de riqueza a las categorías más pobre y pobre, en el periodo estudiado de los 3 años analizados, y el parto vaginal. Los factores asociados a LME como factores de riesgo son el lugar de residencia, el vivir en zona urbana del país; y en regiones de Arequipa, Ica, Piura, Tumbes y la provincia constitucional del Callao.
- 6.2 El factor socioeconómico ser pobre y más pobre, la edad materna adulta, y el acceso a los servicios de salud expresado en tener SIS y nacer por parto vaginal inciden significativamente protegiendo la práctica de la LME.
- 6.3 La urbanización y mejor nivel socio económico paradójicamente se asocia con menor probabilidad de mantener la LME y residir en zonas urbanas y en la región Costa se asocia a menor prevalencia.
- 6.4 La prevalencia de LME en Perú es preocupantemente baja, especialmente cuando el niño llega a los seis meses de vida.
- 6.5 La prevalencia de LME en nuestro país en niños de diferente tiempo de vida, de 0 a 6 meses de edad es mayor al 50% en los 3 años estudiados, incrementando el 2020 primer año de pandemia, para disminuir el 2021, sin embargo esta prevalencia disminuye conforme el niño tiene mayor edad, llegando a una baja prevalencia de LME en niños de 6 meses de edad en todo el periodo de tres años analizados, pese a que el 2020 (13,6%), primer año de la pandemia aumentó más del doble porcentualmente respecto al 2019 (5,5%) año previo a la pandemia, para descender el 2021 (7,3%); mostrándonos que el mantenimiento de la LME sigue siendo un reto para el país en el mundo moderno actual.
- 6.6 Las regiones de Arequipa, Ica, Piura, Tumbes y provincia constitucional del Callao son las que tienen la más baja prevalencia de LME en el país. Durante el primer año de la

pandemia COVID-19 se observó un aumento en la prevalencia de LME, seguida de una caída en el segundo año.

- 6.7 La mayoría de la población en todo el periodo estudiado de los tres años, fueron madres adultas convivientes, con educación secundaria, no trabajan fuera de casa, son de condición económica pobre; y su aseguramiento al SIS se incrementó del 2019 al 2021 en casi 10 puntos porcentuales. La atención del parto fue mayoritaria en el MINSA. El parto por cesárea disminuye el 2020, pero se incrementa el 2021, aunque no a niveles del 2019, comportamiento similar al observado con el contacto piel a piel del 2019 al 2020, pero continua en descenso hasta el 2021.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1 Se recomienda a los hacedores de políticas públicas intervenir en los factores asociados a LME dando cumplimiento a las políticas nacionales de promoción, protección y fomento de la lactancia materna, en especial en el factor de riesgo hallado que es el vivir en zona urbana del país, y en las regiones de Arequipa, Ica, Piura, Tumbes y la provincia constitucional del callao, en las que se debe realizar campañas educativas a la población de los ámbitos mencionados, a cargo de los diferentes estamentos organizativos gubernamentales, tales como el MINSA, Ministerio de Educación, MIDIS, entre otros, priorizando el uso de la tecnología actual, como las redes sociales, la inteligencia artificial (IA), uniendo esfuerzos con organizaciones de la ciudadanía que protegen la lactancia.
- 7.2 Dado que uno de los factores protectores es el que las madres cuenten con SIS, la cobertura del aseguramiento en salud debe ampliarse a toda la población del país, para de este modo se pueda incidir en mejorar la prevalencia de LME en los niños de 6 meses, ya que su prevalencia actual es baja; así mismo incidir en la protección de la LME en la región de la sierra, que mantiene prevalencia aceptable, poniendo freno a la expansión de sucedáneos de LM, dando cumplimiento a la normativa existente al respecto. Asimismo, promover el nacimiento por parto vaginal que es un factor protector de LME, para lo cual se sugiere mejorar el financiamiento de esta vía de parto fisiológica, frente a la cesárea, que viene incrementándose peligrosamente este siglo.
- 7.2 Se recomienda al INEI realizar estudios periódicos de lactancia materna exclusiva (LME) y no solo de lactancia materna (LM), como lo ha estado realizando actualmente, ya que las cifras de LME son bajas, data real de lo que acontece en el país, y solo conociéndola, se podrá dar cumplimiento a las normativas vigentes de promoción, protección y fomento de la lactancia materna.

- 7.3 A las autoridades respectivas implementar estrategias que incidan en el mantenimiento de la LME, de tal forma que se mejore la prevalencia de LME en el país, pues es baja, sobre todo en las regiones de la costa del país.

En forma concreta se recomienda lo siguiente

1. **Fortalecer políticas públicas** orientadas a apoyar la LME, particularmente en áreas urbanas y de mayor nivel socioeconómico, donde la prevalencia es más baja.
2. **Ampliar programas de protección laboral para madres**, asegurando el cumplimiento de las licencias de maternidad y/o promover las licencias de maternidad extendidas, así como horarios flexibles que faciliten la LME.
3. **Incrementar campañas educativas** enfocadas en mujeres con alto nivel educativo y urbano, resaltando los beneficios irremplazables de la LME.
4. Promover prácticas hospitalarias que favorezcan el contacto temprano madre-hijo, es decir **promover el parto vaginal, el contacto piel a piel inmediato y alojamiento conjunto** en todos los establecimientos de salud, públicos y privados.
5. **Realizar investigaciones cualitativas adicionales** que exploren barreras percibidas por las madres en la práctica de la LME.
6. **Incidir en la protección de la LME en la región de la sierra**, que mantiene prevalencia aceptable, poniendo freno a la expansión de sucedáneos de LM, fortaleciendo la normativa existente.
7. **Sugerir al INEI realizar estudios periódicos de lactancia materna exclusiva** y no solo de lactancia materna, como lo realiza actualmente, pues solo conociendo la data real, se podrá dar cumplimiento a las normativas vigentes de promoción, protección y fomento de la lactancia materna en el país.

VIII. REFERENCIAS

- Aguilar, M., Fernández, M. (2007). Lactancia Materna Exclusiva. *Rev Fac Med UNAM*, 50(4)
<http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no50-4/RFM050000406.pdf>.
- Álvarez, H. (2022). *Factores asociados a la adherencia de lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil del Perú según la encuesta nacional ENDES del año 2019*. [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional de la Universidad Ricardo Palma. <https://hdl.handle.net/20.500.14138/5208>
- Álvarez Cutipa, D. y Sánchez Torres, W. (2020). *Prevalencia y factores asociados a la lactancia materna exclusiva en el Perú, subanálisis ENDES 2018*. [Tesis de Médico Cirujano, Universidad Peruana Unión].
<https://repositorio.upeu.edu.pe/items/dc3f3f1e-7246-498b-8c96-fbdc968f2a32>
- Asociación Española de Pediatría [AEP]. (2012). *Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría*. <https://www.aeped.es/sites/default/files/201202-recomendaciones-lactancia-materna.pdf>.
- Asociación Española de Pediatría [AEP]. (2016). *Lactancia materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países, Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría*.
<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
- Aucca, M. (2022). *Factores asociados a la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en las mujeres del Perú: ENDES 2020*. [Tesis de Licenciada en Obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional UNMSM.
<https://hdl.handle.net/20.500.12672/18895>
- Baca-Gamarra, A. (2021). Políticas y marco jurídico de fomento a la lactancia materna exclusiva en el Perú. *CUHSO (Temuco)*, 31(1)
http://www.scielo.cl/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S2452-

610X2021005000006&lng=es&tlng=e

BBC News Mundo (2021). *El mapa que muestra dónde han muerto más de tres millones de víctimas de coronavirus*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-51705060>.

Boccolini, C., Carvalho, M. y Oliveira, M. (2015). Factores asociados a la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida en Brasil: una revisión sistemática. *Revista de saude publica*, 49, 91. <https://doi.org/10.1590/S00348910.2015049005971>

Bürger, B., Schindler, K., Tripolt, T., Griesbacher, A., Stüger, H. P., Wagner, K. H., Weber, A., y Lobo-Spitzer, R. (2022). Los factores Asociados con (Exclusivo) la Duración de la Lactancia materna-Resultados de la SUKIE Estudio. *Nutrientes*, 14(9), 1704. <https://doi.org/10.3390/nu14091704>

Cable News Network [CNN]. (2020) *¿Qué es una pandemia?*

<https://cnnespanol.cnn.com/2020/03/11/que-es-una-pandemia/>

Cai, Xiadon., Wardlaw, T. y Brown, D. (2012). Global trends in exclusive breastfeeding. *Int Breastfeed J* (7), 12. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-7-12>

Cervera-Gasch, Á., Mena-Tudela, D., León-Larios, F., Felip-Galván, N., Rochdi-Lahniche, S., Andreu-Pejó, L. y González-Chordá, V. M. (2020). Female employees' perception of breastfeeding support in the workplace, public universities in Spain: A multicentric comparative study. *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 6402. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176402>

Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría [CLM- AEP]. (2004). *Lactancia Materna: Guía para profesionales*. Editorial Médica Panamericana.

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría [CLM-AEP]. (2008), *Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica*. Editorial Médica Panamericana.

Chung, M., Ip, S., Yu, W., Raman, G., Trikalinos, T., DeVirne, D., y Lau, J. (2010).

- Interventions in primary care to promote breastfeeding: a systematic review. *Review from Agency for Healthcare Research and Quality (US)*, Rockville (MD), PMID: 20722164
- Churchil, R.B., Pickering, L.K. (2012). Alimentación al seno materno: pros y contras. *Aten Médica* 15(5): 50-58.
- Daga R. (2022). Factores asociados a la lactancia materna exclusiva en el Perú: análisis de la Endes 2017. *Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener*. 11(1), a0005. <https://doi.org/10.37768/unw.rinv.11.01.a0005>
- Dirección general de salud pública y participación [DGSP]. Consejería de Salud y Consumo, Gobierno de las Illes Balears. (2009). Guía de Lactancia Materna. Leche materna. Ventajas y beneficios. *Para el recién nacido*. https://www.aeped.es/sites/default/files/7-guia_baleares_esp.pdf.
- Esteves, T., Daumas, R.P., Oliveira, M., Andrade, C., y Leite, I. (2014). Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: Systematic review. *Revista De Saude Publica*, 48(4), 697-708. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005278>
- Ferreira, H., Oliveira, M., Bernardo, E., Almeida, P., Aquino, P., y Pinheiro, A. (2018). Factores asociados a la adherencia a la lactancia materna exclusiva. Fatores Associados à Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo. *Ciencia & saude coletiva*, 23(3), 683–690. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.06262016>
- Figueras, J., Musgrove, P., Carrin, G. y Durán, A. (2020). Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿Qué puede aprenderse de la experiencia europea? *Gaceta Sanitaria*. 16 (1). Barcelona. doi: 10.1016/S0213-9111(02)71628-2.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. [UNICEF]. (2012) *Lactancia materna, Manual, 2012* https://www.unicef.org/ecuador/Manual_lactancia_materna_web_1.pdf

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia & Organización Mundial de la Salud. (2021). *Mundial de la Lactancia materna: cuadro de mandos 2021; Protección de la Lactancia materna a través de Audaces Acciones Nacionales durante el COVID-19 Pandemia y más Allá.*
- Galindo, N., Contreras, N., Rojas, A., y Mancilla, J. (2021). Lactancia materna y COVID-19. *Gaceta médica de México*, 157(2), 201-208.
- Gebeyehu, N., Tegegne, K., Shewangashaw, N. E., Biset, G., Abebaw, N., y Tilahun, L. (2023). Conocimientos, actitudes, prácticas y determinantes de la lactancia materna exclusiva entre las mujeres de Etiopía: revisión sistemática y metaanálisis. *La salud pública en la práctica (Oxford, Inglaterra)*, 5, 100373. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2023.100373>
- Habtewold, T., Mohammed, S., Endalamaw, A., Mulugeta, H., Dessie, G., & Berhe, D. (2020). Higher educational and economic status are key factors for the timely initiation of breastfeeding in Ethiopia: *A review and meta-analysis. Acta Paediatr.* 109(11): 2208-18. <https://doi.org/10.1111/apa.15278>
- Henry, B., Nicolau, A., Américo, C., Ximenes, L., Bernheim, R., & Oriá, M. (2010). Factores socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia entre mujeres de baja renta en Fortaleza, Ceará, Brasil: una perspectiva a partir del modelo del sol naciente de Leininger. *Enfermería Global*, (19). <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/clinica4.pdf>
- Hernández, A. & Chacón, H., (2019). Determinantes del inicio temprano de la lactancia materna en el Perú: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018. *Salud Epidemiol.*, 41, e2019051. <https://doi.org/10.4178/epih.e2019051>
- Hossain, M., Islam, A., Kamarul, T., y Hossain, G. (2018). Práctica exclusiva de la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida de un lactante en Bangladesh: un estudio transversal basado en el país. *BMC Pediatría*, 18(1), 93. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1076-0>

- Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú. [INEI] Dirección Técnica de Demografía e indicadores sociales. (2008). *Sintaxis de Programas de los indicadores identificados en los Programas Estratégicos ENDES Línea de Base, agosto 2008*. https://proyectos.inei.gob.pe/endes/recursos/endes2008_sintaxis.pdf Microsoft Word - SINTAXIS EN SPSS INDICADORES DE RESULTADO.doc (inei.gob.pe)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú [INEI]. (2020). *Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2019. Capítulo 10. Lactancia, nutrición y desarrollo infantil de niños y nutrición de mujeres*.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú. [INEI] (2020), *Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2020*. Capítulo 9, 2011-2015
- Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú [INEI] (2021). *Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2020*. N° 2021-05140
- Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú. [INEI] (2021), *Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2020*. Ficha Técnica.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2020). *Prensa noticias Peru*. <http://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/peru-tiene-una-poblacion-de-32-millones-131-mil-400-habitantes-al-30-de-junio-del-presente-ano-11659/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú [INEI]. (2020). *Estado de la Población en el año del Bicentenario 2021*. www.gob.pe
- Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú [INEI] (2021). *Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2021*.
- Internacional El País. (2021). *Coronavirus: Perú registra la mayor tasa de mortalidad del mundo por la covid*. <https://elpais.com/internacional/2021-06-01/peru-eleva-de-68000-a-180000-los-muertos-por-la-pandemia-de-la-covid-19.html>

- Kenneth McIntosh, M. (2021). COVID-19: *Epidemiología, virología y prevención*.
https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-andprevention?sectionName=EPIDEMIOLOGY&search=covid19&topicRef=8298&anchor=H4014462337&source=see_link#H4014462337
- Koffi, I., Essis, E., Bamba, I., Assi, K., Konan, L., y Aka, J. (2023). Factores asociados a la lactancia materna exclusiva de niños menores de seis meses en Côte d'Ivoire. *Revista Internacional de Lactancia Materna*, 18(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s13006-023-00573-1>
- Laghi, A., Yaipen, A., Risco, R.V., y Pereyra, R. (2015). Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una muestra de madres de Lima Perú, 2013. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. *Archivos de medicina*, 11(3) <http://hdl.handle.net/10757/582610>
- Lamounier, D., Azeredo, C., Ferreira, J., Conde, W., y Rinaldi, A. (2020). Políticas y programas sociodemográficos, de salud y a favor de la lactancia materna asociados a la duración de la lactancia materna en los países de América Latina. *Salud Pública Nutr.* 17, 1-12. <https://doi.org/10.1017/S1368980020005145>.
- Lihim, J. (2014). Tendencias y factores asociados con la lactancia materna exclusiva en el Perú/ Trends and factors associated with exclusive breastfeeding in Peru. *Rev Nut.*, 8(2), 1461-1470.
- López de Aberasturi A., Santos, N., Ramos, Y., García, M., Artola, C., y Arara, I. (2021). Prevalencia y determinantes de la lactancia materna: estudio Zorrotzaurre. *Nutrición Hospitalaria*, 38(1), 50-59. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.03329>. <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v38n1/0212-1611-nh-38-1-50.pdf>
- MacMillan, Uribe, A. & Olson, B. (2019). Exploring healthy eating and exercise behaviors among low-income breastfeeding mothers. *J Hum Lact.* 35(1): 59-70.36

- Mateus Solarte J., y Cabrera Arana G. (2019). Factores asociados a la práctica de la lactancia materna exclusiva en una cohorte de mujeres de Cali, Colombia. *Colomb Med (Cali)*, 50(1), 22-29. <https://doi.org/10.25100/cm.v50i1.2961>.
- Matias S.L., Laurie, A., Nommsen, L., y Dewey. (2012). Determinants of exclusive breastfeeding in a cohort of primiparous periurban peruvian mothers. *J Hum Lact*. 28(1): 45-54. <https://doi.org/10.1177/0890334411422703>
- Mesa de Concertación para la lucha contra la pobreza [MLCP]. (2020). *Informe Nacional sobre el impacto del COVID-19 en las dimensiones económica, social y en salud en el Perú Versión 07 de Julio 2020*. <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2020-08-17/informe-salud-mclcp-2020-7-de-julio.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú [MINSA]. (2014). *Resolución Ministerial N° 609-2014/MINSA, que aprobó la Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP.V.01-Directiva Administrativa para la Certificación de los Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño*.
- Ministerio de Salud del Peru [MINSA (2013), *Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud neonatal: NTS N°106-MINSA/DGSP-V.01 (R.M. N°828-2013/MINSA)*
- Ministerio de Salud del Perú [MINSA]. (2020). *Resolución Ministerial N° 375-2020. Documento técnico: manejo ambulatorio de personas afectadas por Covid-19 en el Perú*. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/829755/RM_375-2020-MINSA.PDF
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2020). *COVID-19. Comunicado N° 147. MINSA* <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/189091-minsa-casos-confirmados-por-coronavirus-covid-19-ascienden-a-272-364-en-el-peru-comunicado-n-147>.Accesado.

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España. (2017), *Encuesta Nacional de Salud ENSE. España 2017*.
https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf.
- Muniz, J. (2010). *Sobre o uso da variável raça-cor em estudos quantitativos. Rev Sociol Polit.* 18(36), 277–291. <https://doi.org/10.1590/S0104-44782010000200017>.
- Organización Mundial de Salud [OMS]-UNICEF. (2009). *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Parte I Definiciones. 2009*.
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596664/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013*.
www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/es/.
- Organización mundial de salud [OMS]-UNICEF. (2017). *Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre lactancia materna*.
<https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.7>.
- Organización Panamericana de la Salud [Internet]: OPS; (2017). *Determinantes sociales de la salud en la región de las Américas*, [citado 14 de enero del 2023]. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/documentos/determinantes-sociales-salud-region-americas-capitulo-salud-americas>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia*. <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>.
- Oribe, M., Lertxundi, A., Basterrechea, M., Begiristain, H., Santa Marina, L., Villar, M., Dorronsoro, M., Amiano, P. y Ibarluzea, J. (2015). Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gac Sanit.*, 29(1), 4-9.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.08.002>.

Ortega, M., Castillo, E., y Reyes, C. (2020). Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una ciudad de Perú. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(2).

<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3211>

Patil, D., Pundir, P., Dhyani de V., Krishnan, J., Parsekar, S., D'Souza, S., Ravishankar, N., y Renjith, V. (2020). Una mezcla de métodos revisión sistemática sobre las barreras para la lactancia materna exclusiva. *Nutr. De la salud*, (26), 323-346.

doi:10.1177/0260106020942967.

Piwoz, E. y Huffman, S. (2015). The impact of marketin of break-milk substitutes on WHO-recommended breastfeeding practices. *Food and Nutrition Bull.*, 36(4), 373-86.

<https://doi.org/10.1177/0379572115602174>

Ramiro González, M., Ortiz Marrón, H., Cañedo-Argüelles, C., Esparza Olcina, M., Cortés Rico, O., Terol Claramonte, M., Ordobás Gavín, M. (2018) Prevalence of breastfeeding and factors associated with the start and duration of exclusive breastfeeding in the Community of Madrid among participants in the ELOIN. *Anales de Pediatría* (English Edition), 89(1), 32-43. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.09.002>.

Ramiro Mendoza, M. (2020). Epidemiología del SARS-COV-2. *Acta Pediátrica México*. 41(4S1):8.

Renfrew, M., McCormick, F., Wade, A., Quinn, B., y Owsell, T. (2012). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy termbabies. *Cochrane Database Syst Rev*. 5:CD001141

Román Alvites, N. (2016). *Factores asociados a interrupción temprana de la lactancia materna en mujeres peruanas para el periodo 2012-2014, análisis de ENDES*. [Tesis Post Grado segunda especialización, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].

Repositorio

Institucional

UNMSM.

https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5296/Roman_an.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Ruiz, M. (2020). *El coronavirus, declarado oficialmente como pandemia por la OMS*. Gaceta Médica. <https://gacetamedica.com/politica/el-coronavirus-declarado-oficialmente-como-pandemia-por-la-oms/>
- Salsavilca Javier, J. (2020). *Factores sociodemográficos y adherencia a la lactancia materna exclusiva: un análisis de la ENDES 2018*. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional de la Universidad Ricardo Palma. <https://hdl.handle.net/20.500.14138/3226>
- Salud mujer. (2014). *Beneficios de la lactancia materna*. [sf,Online], https://salud-mujer.idoneos.com/lactancia_materna/beneficios_de_la_lactancia_materna/
- Salvador, C., Cárdenas, V., Michelena, S., Cruz, E, y Romero, R. (2020). Lactancia materna durante la Pandemia de COVID-19. *Rev. Ecuat. Pediatr.* 21(7).1-9.
- Solís Rojas M., Salazar Salvatierra E., y Huamán Lahura C.del R. (2018). Factores asociados al inicio de la lactancia materna precoz. *Rev Peru Investig Matern Perinat*, 7(2), 31-6. <https://doi.org/10.33421/inmp.2018115>
- Statista (2021). *Perú- urbanization 2011- 2021* <https://www.statista.com/statistics/455909/urbanization-in-peru/> 2021.
- Tenorio, E. (2021). *Factores pre-natales y post-natales asociados a la práctica de lactancia materna exclusiva según ENDES 2019*. [Tesis de médico cirujano, Universidad Ricardo Palma].
- Turke Corcione, K., Restani dos Santos, L., Santos Matsumura, L., Saccardo Sarni, R.O. (2021). Risk factors for the lack of adherence to breastfeeding. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 67(1), 107114. <https://doi.org/10.1590/18069282.67.01.20200510>

- Urquiza Arestegui, R. (2014). ¿Lactancia materna exclusiva siempre? *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 60(2), 171. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v60i132>
- Victora, C., Bahl, R., Barros, A., França, G., Horton, S. & Krasevec, J. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 387(10017): 475-90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7).
- Villarreal Verde, C., Placencia Medina, M. D., y Nolberto Sifuentes, V. A. (2020). Lactancia Materna Exclusiva y factores asociados en madres que asisten a Establecimientos de Salud de Lima Centro. Perú. *Rev. Fac. Med. Hum*; 20(2): 287-294. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v20i2.2765>.
- World Health Organization [OMS] (2003). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. https://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_spa.pdf
- World Health Organization [OMS]. (2007). *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Parte 1 Definiciones. Conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, EE.UU.* <https://www.slan.org.ve/libros/Lactancia-OMS.pdf>
- World Health Organization. (2023). *Panel del Coronavirus de la OMS. WHO Coronavirus (COVID-19) with Vaccination Data*

IX. ANEXOS

Matriz de Consistencia (Anexo 01)

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DISEÑO, POBLACIÓN Y MUESTRA	INSTRUMENTO	RECOLECCION Y ANÁLISIS DE DATOS
<p>“¿Cuáles son los factores asociados a LME y su prevalencia en niños < 6 meses, hijos de madres de 15-49 años, según ENDES 2019-2021?”</p>	<p>“Objetivo general:</p> <p>Determinar los factores asociados a LME y su prevalencia en niños < 6 meses, hijos de madres de 15-49 años, según ENDES 2019-2021</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Describir las características demográficas de los niños < 6 meses y sus madres, ENDES 2019-2021</p> <p>Determinar la prevalencia de lactancia materna exclusiva en niños < 6 meses, según ENDES 2019-2021.</p> <p>Determinar los principales factores asociados a lactancia materna exclusiva en niños < 6 meses, según ENDES 2019-2021.</p> <p>Determinar la prevalencia de lactancia materna exclusiva en niños < 6 meses en las diferentes regiones del Perú, según ENDES 2019-2021 “</p>	<p>Hay asociación entre variables sociodemográficas: edad materna, procedencia, nivel educativo, ocupación, estado civil, convivencia. variables institucionales: Seguro de salud, tipo parto, lugar del parto, contacto piel a piel) con LME en hijos <6 meses de madres (15 - 49 años), según ENDES 2019-2021.</p>	<p>Dependiente: Lactancia materna exclusiva.</p> <p>Independientes: - Edad de la madre - Edad de la pareja - Estado civil - Convivencia -Lugar de residencia -Nivel educativo materno -Nivel educativo de la pareja -Seguro de salud Nivel de riqueza - Tipo de parto - Lugar de parto - Contacto piel a piel</p>	<p>“Estudio cuantitativo, observacional, transversal, analítico</p> <p>Muestra: bietápica, probabilística, tipo equilibrado estratificada, a nivel regional, por área urbana y rural.</p> <p>Tamaño muestral: Se usará la muestra correspondiente cada año a analizar, ENDES 2019-2021.</p> <p>Muestreo: ENDES 2020 en la primera etapa selecciona la Unidad Primaria de Muestreo por conglomerados y la segunda etapa selecciona la Unidad Secundaria de Muestreo a la vivienda particular rural y urbana. muestreo aleatorio y probabilístico.</p> <p>Unidades de muestreo: Área urbana: El conglomerado y la vivienda particular Área rural: área de empadronamiento rural y la vivienda particular”</p>	<p>Se utilizará el cuestionario individual realizado a la mujer, específicamente la sección de embarazo, parto, puerperio y lactancia (Cuestionario individual ENDES 2019-2021).</p>	<p>Se utilizará las bases de datos del INEI, (ENDES 2019- 2021) en SPSS. De las cuales, se seleccionarán variables: sociodemográficos (sección 1 del cuestionario), variables parto y puerperio (sección 4A del cuestionario), en el que se encuentra la variable lactancia materna (preguntas 434 a 440) y lactancia materna exclusiva (preguntas 439 y 440 B). La identificación se realizará acorde a identificadores de los diccionarios de cada módulo de la base de datos primigenia. Una vez realizado esto se tendrá la base de datos del estudio. Se revisará y se realizará la limpieza respectiva, si se requiere. El análisis estadístico utilizará el módulo de muestras complejas del IBM SPSS v.25. La variable LME se calculará en base a la sintaxis usada en ENDES línea de base 2008, ajustada a ENDES 2020. Se realizará análisis univariado calculando frecuencias de variables cualitativas, y de variables cuantitativas, media, rango y desviación estándar. El análisis de asociación de variables utilizará la prueba Chi cuadrada corregida a muestras complejas, con intervalos de confianza, posteriormente regresión logística calculando los OD crudo y ajustados</p>

Instrumento de recolección de datos (Anexo 02)

REPÚBLICA DEL PERÚ
 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
 ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR
 ENDES - 2020
 PRIMER SEMESTRE

CUESTIONARIO INDIVIDUAL - MUJERES DE 12 A 49 AÑOS

CONGLOMERAD				VIVIENDA			HOGAR

CONSENTIMIENTO

Señora (Señorita), mi nombre es _____ y estoy trabajando para el Instituto Nacional de Estadística e Informática, institución que por especial encargo del Ministerio de Salud está realizando un estudio sobre la salud de las mujeres, las niñas y los niños menores de seis años, a nivel nacional y en cada uno de los departamentos del país, con el objeto de evaluar y orientar la futura implementación de los programas de salud materno infantil, orientados a elevar las condiciones de salud de la población en el país.

Con tal motivo, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud y la salud de sus hijas e hijos. La información que nos brinde es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva.

En este momento, ¿Usted desea preguntarme algo acerca de esta investigación o estudio? ¿Puedo iniciar la entrevista ahora?

FIRMA DE LA ENTREVISTADORA:

FECHA:

SI, ACEPTA ()

SI, EN OTRO MOMENTO ()

NO, NO ACEPTA LA ENTREVISTA ()

NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DE LA ENTREVISTADA EN EL CUESTIONARIO DE HOGAR:

.....

SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

103 ¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo continuamente en.....?
 (NOMBRE DEL ACTUAL LUGAR DE RESIDENCIA)

Años:
Siempre:
Visitante:
106 ¿Cuántos años cumplidos tiene? EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS
108 ¿Cuál fue el año o grado de estudios más alto que aprobó?

	CIRCULE NIVEL	ANOTE	
		AÑO	GRADO
Circule "0" si ninguno SI, RESPONDE, CICLO CONVIERTA EN AÑOS PARA 6 O MAS AÑOS DE ESTUDIO ANOTE "6"	INICIAL / PRE-ESCOLAR	0	
	PRIMARIA	1	
	SECUNDARIA	2	
	SUPERIOR NO UNIVERSITARIA	3	
	SUPERIOR UNIVERSITARIA	4	
	POSTGRADO	5	

119. ¿Cuál es el idioma o lengua materna con el que aprendió hablar en su niñez?				
1. ¿Quechua?	Quechua	1		
2. ¿Aimara?	Aimara	2		
3. ¿Ashaninka?	Ashaninka	3		
4. ¿Awajun/ aguaruna?	Awajun/ aguaruna	4		
5. ¿Shipibo/Konibo?	Shipibo/Konibo	5		
6. ¿Shawi/ Chayahuita?	Shawi/ Chayahuita	6		
7. ¿Matsigenka/Machiguenga	Matsigenka/Machiguenga	7		
8. ¿Achuar?	Achuar	8		
9. ¿Otra lengua nativa u originaria?	Otra lengua nativa u originaria	9		
10. ¿Castellano?	Castellano	10		
11. ¿Portugués?	Portugués	11		
12. ¿Otra lengua extranjera?	Otra lengua extranjera	12		

201. Ahora me gustaría preguntarle acerca de todas las hijas e hijos que usted ha tenido durante su vida. ¿Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?

Si 1
No 2

229. ¿Tiene usted seguro de salud?

Si 1
No 2

229. ¿A que institución corresponde el seguro de salud que usted tiene? Sondee ¿Alguno más?

SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS) A
ESSALUD / IPSS B
FUERZAS ARMADAS O POLICIALES C
ENTIDADES PRESTADORA DE SALUD D
SEGURO PRIVADO E
OTRO _____ X
Especificar

SECCIÓN 4A. EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y LACTANCIA

407. Cuando Ud. estaba embarazado de (NOMBRE) ¿se hizo control prenatal (se chequeó el embarazo alguna vez)?

SI, ¿Con quién se chequeó?

¿Se chequeó con alguien más?

INDAGUE POR EL TIPO DE PERSONA Y ANOTE A TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONÓ

MÉDICO..... A
OBSTETRIZ..... B
ENFERMERA..... C

TÉCNICO EN ENFERMERÍA..... D
 PROMOTOR DE SALUD..... E
 COMADRONA/PARTERA..... F
 OTRO: X
 NO SE CONTROLÓ..... Y (PASE A 413)

410 ¿Cuántos controles prenatales tuvo Ud. durante el embarazo de (NOMBRE)?

Nº DE CONTROLES.....
 NO SABE..... 98

426A ¿Dónde dió a luz a (NOMBRE)?

SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO.....

ÚLTIMO NACIDO VIVO		PENÚLTIMO NACIDO VIVO		ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO	
SU DOMICILIO	11	SU DOMICILIO	11	SU DOMICILIO	11
SECTOR PÚBLICO		SECTOR PÚBLICO		SECTOR PÚBLICO	
HOSPITAL:		HOSPITAL:		HOSPITAL:	
	21 (PASE A		21 (PASE A		21 (PASE A
MINSALUD	426D)	MINSALUD	426D)	MINSALUD	426D)
ESSALUD	22	ESSALUD	22	ESSALUD	22
FF.AA. Y PNP	23	FF.AA. Y PNP	23	FF.AA. Y PNP	23
CENTRO SALUD MINSALUD	24	CENTRO SALUD MINSALUD	24	CENTRO SALUD MINSALUD	24
	25 (PASE A		25 (PASE A		25 (PASE A
PUESTO SALUD MINSALUD	426D)	PUESTO SALUD MINSALUD	426D)	PUESTO SALUD MINSALUD	426D)
POLICLÍNICO/CENTRO/P		POLICLÍNICO/CENTRO/P		POLICLÍNICO/CENTRO/P	
OSTA ESSALUD	26	OSTA ESSALUD	26	OSTA ESSALUD	26
HOSPITAL/ OTRO DE LA	27	HOSPITAL/ OTRO DE LA	27	HOSPITAL/ OTRO DE LA	27

MUNICIPALIDAD		MUNICIPALIDAD		MUNICIPALIDAD	
SECTOR PRIVADO		SECTOR PRIVADO		SECTOR PRIVADO	
CLÍNICA PARTICULAR	31	CLÍNICA PARTICULAR	31	CLÍNICA PARTICULAR	31
CONSULT. MÉDICO		CONSULT. MÉDICO		CONSULT. MÉDICO	
PART	32	PART	32	PART	32
CASA DE PARTERA	33	CASA DE PARTERA	33	CASA DE PARTERA	33
ORGANISMOS NO		ORGANISMOS NO		ORGANISMOS NO	
GUBERNA- MENTALES		GUBERNAMENTALES		GUBERNAMENTALES	
CLÍNICA/ POSTA DE		CLÍNICA/ POSTA DE		CLÍNICA/ POSTA DE	
ONG	41	ONG	41	ONG	41
HOSPITAL/ OTRO DE LA		HOSPITAL/ OTRO DE LA		HOSPITAL/ OTRO DE LA	
IGLESIA	42	IGLESIA	42	IGLESIA	42
OTRO: (ESPECIFIQUE)	96	OTRO: (ESPECIFIQUE)	96	OTRO: (ESPECIFIQUE)	96

426D (NOMBRE) ¿nació por operación cesárea?

ÚLTIMO NACIDO VIVO		PENÚLTIMO NACIDO VIVO		ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO	
SI	1	SI	1	SI	1
	2 (PASE A 426FB)		2 (PASE A 426FB)		2 (PASE A 426FB)
NO		NO		NO	

430	Quando (NOMBRE) nació, ¿el/ella era muy grande, grande, mediano, pequeño o muy pequeño?	MUY GRANDE..... 1	MUY GRANDE..... 1	MUY GRANDE.....1
		GRANDE 2	GRANDE 2	GRANDE2
		MEDIANO (NORMAL)..... 3	MEDIANO (NORMAL). 3	MEDIANO (NORMAL)..... 3
		PEQUEÑO.....4	PEQUEÑO4	PEQUEÑO4
431	VERIFIQUE 426A:	CÓDIGOS 11, 33 Y 96	(PASE A	

		<p>432) OTROS CÓDIGOS</p>		
431A	<p>¿DIÓ A LUZ EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD? Después del nacimiento de (NOMBRE), durante el tiempo que estuvo en el establecimiento de salud, ¿le dieron algo en biberón a la (el) niña(o)?</p>	<p>SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8</p>		
432	<p>¿(NOMBRE), está afiliado(a) al Seguro Integral de Salud (SIS)?</p>	<p>SI ESTA AFILIADO(A).....1 NO ESTÁ AFILIADO(A).....3 NO SABE.....8</p>	<p>SI ESTA AFILIADO (A).. 1 NO ESTÁ AFILIADO(A).....3 NO SABE.....8</p>	<p>SI ESTA AFILIADO (A).....1 NO ESTÁ AFILIADO(A).....3 NO SABE.....8</p>

436 B	<p>Durante los primeros tres días después de haber dado a luz ¿Qué le dieron de tomar a (NOMBRE)? ¿Algo más?</p>	<p>CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA..... A AGUA SOLA..... B DEXTROSA GLUCOSADA.....</p>	<p>CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA..... A AGUA SOLA..... B DEXTROSA GLUCOSADA.....</p>	<p>CUALQUIER LECHE DIFERENTE A LA LECHE MATERNA..... A AGUA SOLA..... B DEXTROSA..... C</p>
----------	---	---	---	---

	C AGUA AZUCARADA..... D ANOTE TODOS LOS QUE MENCIONE JUGO DE FRUTA..... E FORMULA PARA BEBÉS..... F TÉ/INFUSIONES..... G MIEL..... H OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	C AGUA AZUCARADA..... D JUGO DE FRUTA..... E FORMULA PARA BEBÉS..... F TÉ/INFUSIONES..... G MIEL..... H OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	GLUCOSADA..... AGUA D AZUCARADA..... JUGO DE E FRUTA..... FORMULA PARA F BEBÉS..... TÉ/INFUSIONES..... G .. MIEL..... H .. OTRO _____ X (ESPECIFIQUE)
--	---	--	---

436C	¿Pusieron a (NOMBRE) en contacto piel a piel con usted, SI..... 1 SI..... 1 SI..... 1 inmediatamente después que nació? NO..... 2 NO..... 2 NO..... 2
------	--

437	VERIFIQUE 404: VIVO MUERTO NIÑA / O VIVA / O (PASE A 439)	VIVO	MUERTO	VIVO	MUERTO
438	¿Aún le está dando pecho (leche materna) a (NOMBRE)?		(PASE A 439)		(PASE A 439)
439	¿Durante cuántos meses le dio Ud. pecho (leche materna) a (NOMBRE)?				

SI..... 1
(PASE A 440A)

SI..... 1
(PASE A 440A)

SI..... 1
(PASE A 440A)

NO..... 2

NO..... 2

NO.....

SI MENOS DE UN MES ANOTE "00"

440	¿Por qué dejó de darle pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA / DÉBIL NIÑA / O ENFERMA(O) / DÉBIL NIÑA / O MURIÓ PROBLEMA SUCCIÓN NIÑA / O PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN NO TENÍA LECHE MADRE TRABAJABA/ESTUDIABA NIÑA / O REHUSÓ EDAD DE DESTETE QUEDÓ EMBARAZADA EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP. NIÑA / O SOLO QUERÍA PECHO OTRO:	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 96	MADRE ENFERMA / DÉBIL NIÑA / O ENFERMA(O) / DÉBIL NIÑA / O MURIÓ PROBLEMA SUCCIÓN NIÑA / O PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN NO TENÍA LECHE MADRE TRABAJABA/ESTUDIABA NIÑA / O REHUSÓ EDAD DE DESTETE QUEDÓ EMBARAZADA EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP. NIÑA / O SOLO QUERÍA PECHO OTRO:	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 96	MADRE ENFERMA / DÉBIL NIÑA / O ENFERMA(O) / DÉBIL NIÑA / O MURIÓ PROBLEMA SUCCIÓN NIÑA / O PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN NO TENÍA LECHE MADRE TRABAJABA/ESTUDIABA NIÑA / O REHUSÓ EDAD DE DESTETE QUEDÓ EMBARAZADA EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP. NIÑA / O SOLO QUERÍA PECHO OTRO:	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 96
-----	--	--	---	--	---	--	---

¿Durante los 6 primeros meses de vida, (NOMBRE) recibió solo leche materna sin incluir otros alimentos ni líquidos?	LEA INMEDIATAMENTE: SI NO NO SABE OTRO:	1 2 8	SI NO NO SABE OTRO:	1 2 8	SI NO NO SABE OTRO:	1 2 8
---	---	-------------	------------------------------	-------------	------------------------------	-------------

445 ¿Cuántas veces le dio pecho a (NOMBRE) desde el anochecer hasta el amanecer de hoy?

(6 p.m a 6 a.m) SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE POR EL NÚMERO APROXIMADO

446 ¿En el día de ayer o anoche (NOMBRE) tomó algo en biberón?

SECCIÓN 7. ANTECEDENTES DEL CÓNYPUGE Y TRABAJO DE LA MUJER

PREG	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
701	VERIFIQUE 501, 502, 505 501 = 1.2 ACTUALMENTE CASADO O CONVIVIENTE	505 = 1,2,3 SEPARADA / DIVORCIADA/ VIUDA 502 = 3	703 707
702	¿Cuántos años cumplidos tiene su esposo/compañero?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	<input type="text"/>
703	¿Su esposo compañero (su ultimo esposo/compañero) alguna vez asistió a la escuela?	SI 1 NO 2	706

7.4 ¿Cuál fue el año o grado de estudio más alto que aprobó? Circule 0 si ninguno Si responde ciclo convierta a años Para 6 o más años de estudio anote 6	CIRCULE NIVEL	ANOTE	
		AÑO	GRADO
INICIAL / PRE-ESCOLAR	0		
PRIMARIA	1		
SECUNDARIA	2		
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA	3		
SUPERIOR UNIVERSITARIA	4		
POSTGRADO	5		