



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.
José María Pino Suárez 460-2 esq a Lerdo de Tejada. Toluca, Estado de México. 7223898475*

RFC: AT1120618V12

Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.

<http://www.dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/>

Año: XIII Número: 1 Artículo no.:67 Período: 1 de septiembre al 31 de diciembre del 2025

TÍTULO: Disparidades socioeconómicas y lactancia materna: un análisis crítico de la evidencia.

AUTORES:

1. Máster. Mayra García-Bautista.
2. Dra. Silvana Mabel Nuñez-Fadda.

RESUMEN: Este artículo revisa la literatura sobre los factores que influyen en la lactancia materna, analizando las disparidades socioeconómicas con relación al acceso a servicios de salud y redes de apoyo. Los hallazgos sugieren que las mujeres con menores recursos económicos enfrentan mayores obstáculos para mantener la lactancia materna exclusiva, mientras que aquellas con mayores ingresos presentan un mayor consumo de fórmulas lácteas; además, el acceso a servicios de salud especializados y el apoyo comunitario emergen como factores clave para la continuidad de la lactancia. Finalmente, se discuten estrategias para reducir las brechas de equidad en la promoción de la lactancia materna.

PALABRAS CLAVES: lactancia materna, apoyo, disparidades socioeconómicas.

TITLE: Socioeconomic disparities and breastfeeding: a critical analysis of the evidence.

AUTHORS:

1. Master. Mayra García-Bautista.
2. PhD. Silvana Mabel Nuñez-Fadda.

ABSTRACT: This article reviews the literature on factors influencing breastfeeding, analyzing socioeconomic disparities related to access to health services and support networks. The findings suggest that women with fewer economic resources face greater obstacles to maintaining exclusive breastfeeding, while those with higher incomes have a higher consumption of formula. Furthermore, access to specialized

health services and community support emerge as key factors for breastfeeding continuity. Finally, strategies to reduce equity gaps in breastfeeding promotion are discussed.

KEY WORDS: breastfeeding, support, socioeconomic disparities.

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo identificar cómo las disparidades socioeconómicas se relacionan con el acceso al apoyo para llevar a cabo cualquier tipo de lactancia, así como el impacto que tienen estas desigualdades en el establecimiento y mantenimiento de las lactancias.

El término “lactancias” se refiere a cualquier tipo de práctica de lactancia materna, tomando en cuenta que es una práctica cultural y no sólo fisiológica, por lo que cada binomio madre-lactante lleva a cabo este periodo de manera singular (Rodríguez, 2005).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2016), la alimentación ideal del recién nacido es con la leche proveniente de la madre, que se recomienda iniciar en el transcurso de la primera hora posterior al nacimiento y continuar de manera exclusiva hasta los seis meses. El término “exclusiva” se refiere a sólo alimentar al bebé con leche producida por la madre sin ofrecer ningún otro líquido, con la excepción de medicamentos, sales de rehidratación oral y vitaminas. Después del sexto mes, se debe introducir alimentos adaptados para la edad con la finalidad de garantizar el aporte energético y de nutrientes, así como estimular su desarrollo psicomotor, pero esto no quiere decir que se deba suspender la leche materna o destetar, pues aún sigue siendo el principal alimento del bebé. Se sugiere continuar hasta los dos años o más.

Es trascendental asegurar un adecuado estado nutricional en el menor de dos años, debido a que en este período de tiempo hay mayor posibilidad de retraso en el crecimiento que no podrá recuperar en años futuros, por lo que es una oportunidad para prevenir y/o revertir a tiempo una desnutrición crónica (Geda et al., 2021); por lo que de acuerdo con los impactos benéficos de la leche materna para bebé y para la madre, se debe promover y propiciar las prácticas de lactancia materna –LM– exclusiva y complementaria,

lo cual también incide en la disminución de las desigualdades en salud de los menores y abona en el logro de varios Objetivos de Desarrollo Sostenible (Saputri et al., 2020).

Las lactancias se encuentran incluidas en las metas mundiales para el 2030, en el indicador 2 del segundo de los Objetivo de Desarrollo Sostenible –ODS– de las Naciones Unidas, en el cual se pretende asegurar una nutrición de calidad en los lactantes; además, no solamente asegurar el alimento inocuo y de calidad, sino también garantizar que se cuente con el acceso a la atención en salud básica como promoción, orientación e intervenciones, reconociendo las desigualdades socioeconómicas tal cual lo plasma el ODS 3.

Las lactancias forman parte también de los derechos reproductivos de la mujer, y garantizar este derecho forma parte de las metas del ODS número 5, el cual aborda la Igualdad de género y empoderamiento de la mujer; además, sugiere ponderar los cuidados, darle el valor que representa el trabajo no remunerado, permitiendo el apoyo de servicios públicos y privados, el cumplimiento y/o creación de políticas que protejan el valor social de esta actividad, y sensibilizando en todos los ámbitos sobre la corresponsabilidad en lo privado y lo público (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2017).

Considerando lo anterior, el Sector Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) emitió la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, en la cual se pretende dar cumplimiento a los objetivos de salud incluidos en los ODS a través de los propios planes estratégicos de cada región o país. Contiene once objetivos con miras a asegurar un ciclo de vida saludable y productivo para todos y todas. Dos de estos objetivos exponen la necesidad de abolir las disparidades en el acceso a orientaciones y atenciones en salud tomando en cuenta los factores sociales y económicos determinantes.

Las mujeres que deciden lactar deberían poder acceder a orientaciones especializadas para la salud y las lactancias, y de esta manera, lograr el establecimiento de estas prácticas y aumentar su duración, con beneficios integrales para la salud, el medio ambiente y las economías.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), el aumento en la duración y prevalencia de las lactancias evitaría la muerte de 820 000 menores de 5 años cada año, y resultaría en ingresos adicionales cercanos a 302 000 millones de dólares.

El apoyo para las lactancias representa uno de los puntos críticos para incrementar la seguridad de la madre lactante al alimentar a su bebé, de manera que se sienta capaz de sortear las complicaciones y continúe gozando de los beneficios de la alimentación que ha elegido. La familia también contribuye al proporcionar información calificada, apoyo emocional, práctico, en la toma de decisiones, y económico, para disminuir y/o evitar la toma de sucedáneos de leche materna o de otros líquidos de manera injustificada.

A nivel institucional se promueve la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña –IHAN– establecida desde 1991, la cual, además de otros pasos básicos para una lactancia exitosa durante la atención hospitalaria, busca garantizar el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. La Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2016) exhortaron a los países a adoptar directrices técnicas que permitan implementar dicha estrategia, asegurando que se brinden las condiciones adecuadas para las lactancias.

Las prácticas de lactancia forman parte de una alimentación natural y adecuada, con beneficios comprobados para la salud a corto y largo plazo, en parte gracias a su efecto en la programación metabólica (Román Collazo et al., 2018). Aunque se reconocen como prácticas clave en la alimentación infantil y en la base del desarrollo, persiste una brecha entre las recomendaciones y las condiciones reales para su implementación. Un ejemplo claro es la licencia de maternidad en México, que contempla solo 84 días (Secretaría del Trabajo, 2021), lo que representa un desafío considerable para sostener la lactancia. Algunas mujeres logran mantenerla gracias al apoyo familiar, laboral o por contar con orientación en salud; sin embargo, surge la pregunta: ¿qué ocurre con aquellas madres en situación de migración lejos de

sus familias, con empleos informales o con ingresos económicos limitados? ¿A qué tipo de apoyo pueden acceder en esos contextos?

Si bien se reconoce la complejidad que implica la práctica de la lactancia, existen condiciones clave que pueden favorecerla, como el acceso a información precisa y el acompañamiento a las madres durante todo el proceso, así como la promoción del apoyo familiar y social para ayudarles a superar los desafíos y continuar con la lactancia materna (Cabedo et al., 2019); no obstante, resulta pertinente identificar y analizar cómo influye el contexto socioeconómico en estas condiciones: ¿varían las fuentes de información y el tipo de apoyo según la situación socioeconómica de las mujeres?

Las disparidades socioeconómicas continúan limitando las tasas de lactancia materna, lo cual tiene importantes repercusiones económicas y en salud pública. La lactancia subóptima incrementa el riesgo de enfermedades tanto en madres como en bebés, lo que se traduce en mayores costos de atención médica. Se estima, que si el 90% de las madres en Estados Unidos amamantaran exclusivamente como se recomienda, podrían ahorrarse cerca de 13 mil millones de dólares anuales y prevenirse más de 900 muertes infantiles, además de reducir los costos asociados al tratamiento de enfermedades como el cáncer de mama (Washio et al., 2020).

En México, los costos anuales derivados de prácticas inadecuadas de lactancia se encuentran entre 745 y 2,416 millones de dólares, con la fórmula infantil representando hasta el 38% del total; además, se atribuyen a estas prácticas entre 1.1 y 3.8 millones de casos de enfermedad infantil y hasta 5,796 muertes por año (Colchero et al., 2015). Estos datos evidencian que el apoyo efectivo a la lactancia materna – en términos de información, acompañamiento y condiciones estructurales– no solo mejora la salud materno-infantil, sino que también representa una estrategia clave para reducir desigualdades sociales y costos económicos evitables (James & Lessen, 2009).

DESARROLLO.

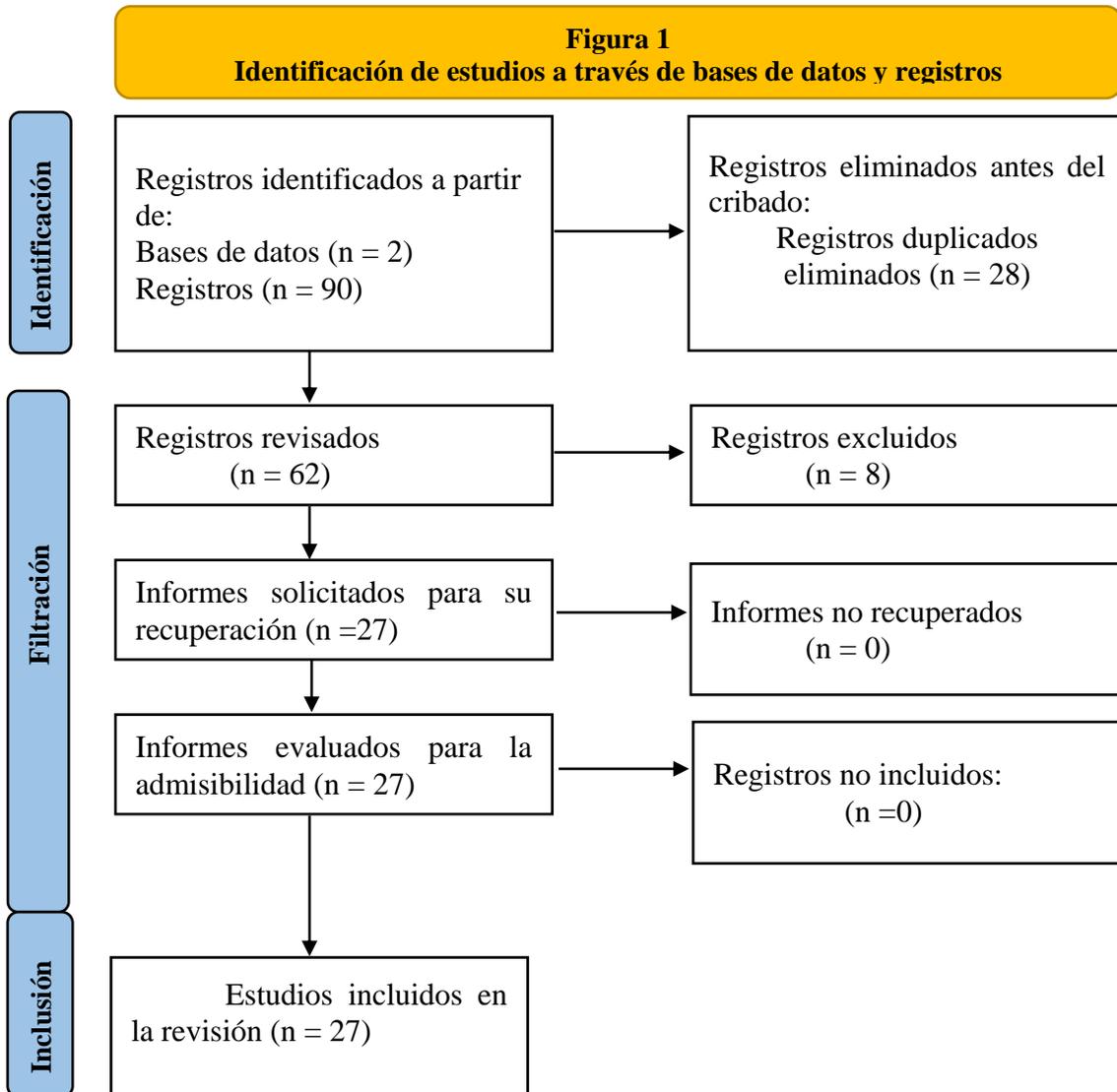
Se realizó una revisión de la literatura en las bases de datos Scopus y Web of Science, con la finalidad de sintetizar los productos de las investigaciones científicas que existen hasta la fecha sobre el tema de interés, permitiendo generar nuevas reflexiones, hipótesis y/o nuevas líneas de investigación necesarias para comprender un fenómeno (Manchado et al., 2009). La pregunta guía de esta revisión fue ¿Cómo se abordan las disparidades socioeconómicas en el acceso a redes de apoyo para las lactancias en madres adultas con menores de 2 años? Para proceder con la revisión y su reporte gráfico se utilizó el protocolo PRISMA (Page et al., 2021), que integra el flujo de los pasos a seguir desde la identificación y estrategia de búsqueda, selección y criterios de elegibilidad e inclusión.

Se introdujeron a la búsqueda en cada base de datos las palabras clave: apoyo a la lactancia materna y disparidades socioeconómicas en el idioma inglés para ampliar la búsqueda, pero sin excluir en español como se describe a continuación: “ARTICLE TITLE, ABSTRACT AND KEYWORDS: (*breastfeeding support*) AND ARTICLE TITLE, ABSTRACT AND KEYWORDS: (*socioeconomic disparities*) en Scopus. En Web of Science: “Topic: (*breastfeeding support*) AND Topic: (*socioeconomic disparities*) sin filtrar los años de publicación en ninguna de las dos bases.

Se incluyeron los artículos que analizaron las prácticas de lactancia materna en relación con las disparidades en el ingreso económico, el acceso a servicios de salud, las redes de apoyo y las barreras socioculturales asociadas con la raza y la nacionalidad; además, se describieron los resultados según el año de publicación, el área de conocimiento predominante, los países de publicación y el tipo de documento.

Resultados.

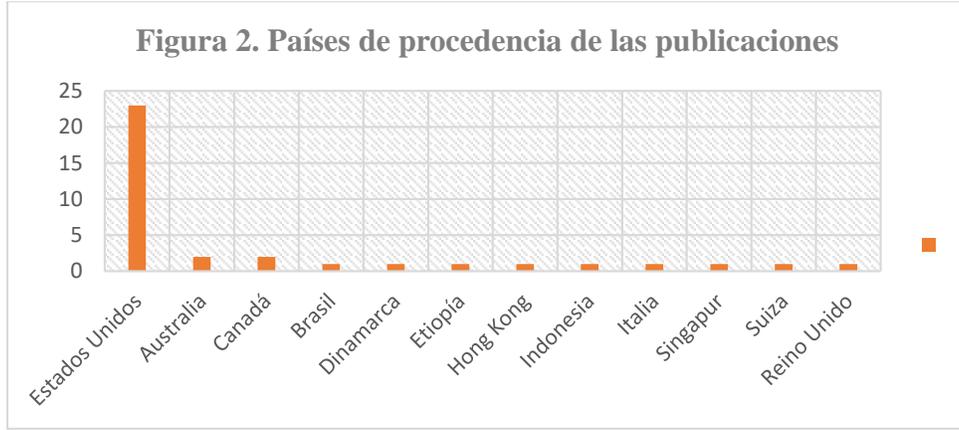
A continuación, se muestran cuáles fueron los pasos de identificación, filtración e inclusión de los artículos que permitieran responder a la pregunta guía de esta revisión.



Fuente: Elaboración propia.

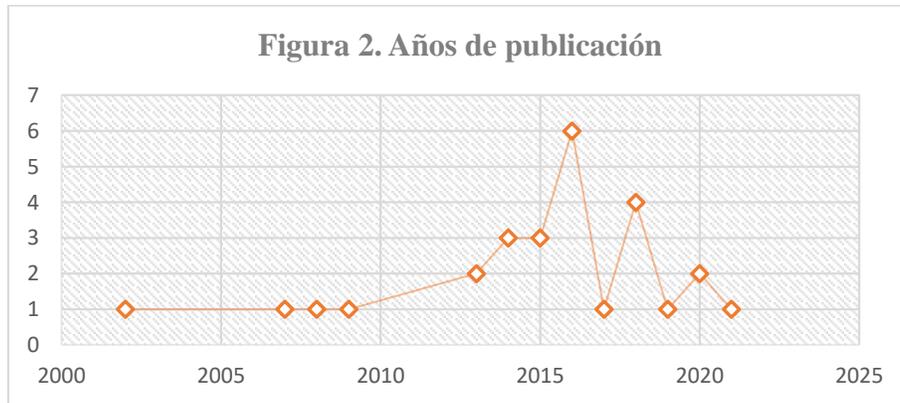
Análisis general de las investigaciones.

De los 27 estudios analizados, 96% son artículos publicados en revistas científicas, y el 4% se trata de capítulos de libro. Con respecto a los países de procedencia, la mayoría de las publicaciones provienen de tres países: Estados Unidos, Australia y Canadá (Figura 2).



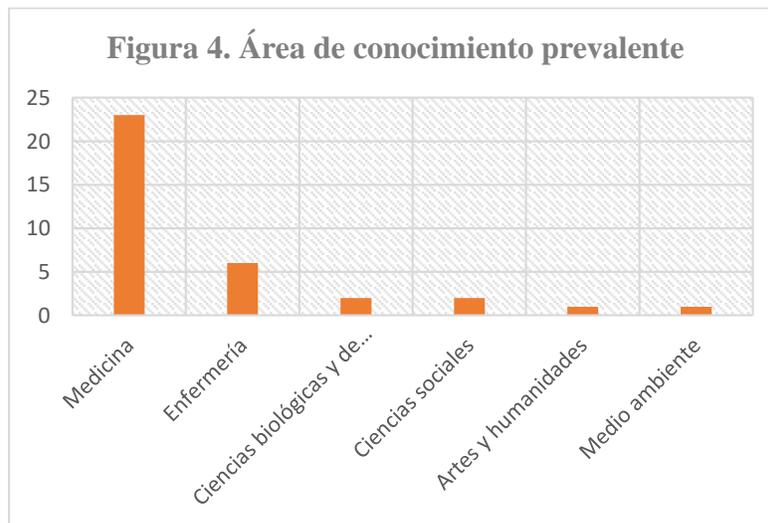
Fuente: Elaboración propia.

El primer artículo fue publicado en el año 2002 y el año con mayor producción científica fue el 2016.



Fuente: elaboración propia.

Respecto al área de conocimiento de las investigaciones, la mayoría provienen de Medicina.



Fuente: Elaboración propia.

El tipo de metodología utilizada en la mayoría de los artículos recuperados fue cuantitativo. Solo dos emplearon un enfoque cualitativo y dos correspondieron a revisiones de la literatura.

Análisis de contenido.

Los estudios analizados evidencian que la lactancia materna está influenciada por múltiples factores socioeconómicos. La relación entre ingreso familiar y lactancia muestra, que en países de bajos y medianos ingresos, la lactancia materna exclusiva es más frecuente en hogares con menor poder adquisitivo, mientras que en naciones con mayor Producto Interno Bruto -PIB- se observa un aumento en el consumo de fórmulas infantiles (Neves et al., 2020; Saputri et al., 2020).

Estos hallazgos sugieren que el contexto económico y las políticas de apoyo a la lactancia materna desempeñan un papel crucial en las decisiones de alimentación infantil. En países de bajos y medianos ingresos, la mayor prevalencia de lactancia materna exclusiva en hogares con menor poder adquisitivo podría estar relacionada con limitaciones en el acceso a fórmulas infantiles y con la transmisión intergeneracional de conocimientos sobre la lactancia. En contraste, en naciones con un mayor PIB, el aumento en el consumo de fórmulas infantiles puede estar influenciado por la comercialización agresiva de estos productos, las dinámicas laborales que dificultan la lactancia prolongada y las percepciones socioculturales que asocian la alimentación con fórmula con un mayor estatus socioeconómico.

Las disparidades en la lactancia materna reflejan la influencia de factores estructurales y socioculturales en la alimentación infantil. En Estados Unidos, las mujeres con menores ingresos y beneficiarias de programas asistenciales enfrentan barreras significativas, como la falta de apoyo en el sistema de salud y el ámbito laboral, además de la percepción de la leche artificial como una alternativa más viable ante dificultades fisiológicas lo que limita la práctica de la lactancia materna exclusiva y refuerza la dependencia de fórmulas lácteas en contextos de vulnerabilidad (Flower et al., 2008; Hawkins et al., 2015). Esto sugiere la existencia de barreras sistémicas, como la falta de políticas laborales que favorezcan la conciliación trabajo-lactancia y el acceso limitado a servicios de salud con asesoría especializada;

asimismo, la percepción de la leche artificial como una alternativa más viable ante dificultades fisiológicas puede estar relacionada con la insuficiente orientación profesional y el marketing de sucedáneos de la leche materna en comunidades vulnerables.

En contraste, el nivel educativo y el estado civil han mostrado una asociación positiva con la continuidad de la lactancia, ya que las mujeres con educación universitaria y aquellas casadas presentan mayores tasas de lactancia prolongada (Pitonyak et al., 2016). Estos datos sugieren que el acceso a la información, la estabilidad económica y el apoyo social son determinantes clave para la práctica y duración de la lactancia materna. Estos resultados subrayan la necesidad de estrategias integrales que aborden las inequidades en el acceso a apoyo para la lactancia, promoviendo entornos laborales y sanitarios más favorables para todas las mujeres, independientemente de su nivel socioeconómico.

El empleo es otro factor determinante en la práctica de la lactancia materna. Las mujeres con empleos flexibles o que trabajan desde casa tienen más probabilidades de mantener la lactancia materna exclusiva en comparación con aquellas con horarios estrictos o condiciones laborales desfavorables (Saputri et al., 2020). En el caso de las mujeres hispanas en Estados Unidos, se ha identificado que la dificultad de conciliar las exigencias laborales con la crianza conduce al abandono temprano de la lactancia, resaltando la necesidad de regulaciones laborales que permitan periodos adecuados de descanso y espacios de extracción de leche materna (Hohl et al., 2016); así mismo, se ha observado que los factores raciales contribuyen a la inequidad en las condiciones laborales de apoyo a las lactancias maternas (Whitley y Banks, 2022; Whitley et al., 2022), particularmente al acceso a las políticas nacionales de licencia por maternidad (Sprague et al., 2024). La implementación de políticas que protejan la lactancia en el trabajo no sólo beneficiaría la salud infantil, sino que también promovería el bienestar materno y una mayor equidad en la participación laboral femenina.

Más allá de los factores económicos y laborales, la disponibilidad de atención médica de calidad desempeña un papel esencial en la continuidad de la lactancia materna. Asegurar que todas las madres,

independientemente de su condición socioeconómica, puedan recibir asesoramiento y apoyo profesional es una estrategia clave para mejorar las tasas de lactancia (Bernate et al., 2018).

Se ha encontrado, que los hospitales con mayor nivel de especialización médica presentan un uso más frecuente de fórmulas infantiles en comparación con hospitales de primer nivel, donde se promueve activamente la lactancia materna (Nguyen et al., 2017). La Iniciativa del Hospital Amigo del Niño y la Niña ha sido una estrategia efectiva para fomentar la lactancia materna (Patterson et al., 2018), aunque enfrenta desafíos en la implementación de educación prenatal y apoyo postnatal (Munn et al., 2016).

La disparidad en la práctica hospitalaria sugiere que la medicalización del parto y el uso de fórmulas infantiles pueden estar influenciados por la cultura institucional de cada centro de salud. Mientras que los hospitales de primer nivel fomentan la lactancia a través del contacto inmediato madre-hijo y el acceso a asesoría especializada, en los centros con mayor nivel de especialización médica parece haber una mayor dependencia de la alimentación artificial, posiblemente por razones logísticas o de protocolo. Esto pone en evidencia la necesidad de reforzar las políticas hospitalarias que prioricen la promoción de la lactancia materna en todos los niveles de atención. Es fundamental, que el personal de salud esté capacitado para ofrecer orientación basada en evidencia y para evitar el uso innecesario de fórmulas infantiles (Papagni & Buckner, 2006). En este sentido, la incorporación de personal especializado en apoyo a la lactancia, como las *doulas*, ha mostrado efectos positivos en el mantenimiento de la práctica (Kozhimannil et al., 2013).

Al igual que las instituciones, las redes de apoyo, tanto familiares como comunitarias, también juegan un papel fundamental en la continuidad de la lactancia (LoCasale-Crouch et al., 2024).

La participación en grupos de apoyo prenatal y postnatal ha demostrado aumentar la probabilidad de iniciar la lactancia en la primera hora de vida del bebé (Lauria et al., 2016); sin embargo, se ha identificado que las mujeres en zonas rurales tienen menos acceso a estos grupos de apoyo en comparación con las que residen en entornos urbanos, lo que evidencia una desigualdad en la disponibilidad de recursos según el contexto geográfico (Grubestic & Durbin, 2017).

Esta disparidad en el acceso a redes de apoyo sugiere que no solo la distancia geográfica es un factor limitante, sino también la falta de información y recursos destinados a fortalecer la lactancia en comunidades marginadas. Además, el apoyo de la pareja y del entorno cercano es crucial para la continuidad de la lactancia, ya que influye en la confianza de la madre para mantener esta práctica (Mannion et al., 2013). La implementación de políticas que amplíen la cobertura de estos grupos de apoyo, tanto en espacios físicos como en plataformas digitales, podría ser una estrategia efectiva para reducir estas brechas y poder garantizar que todas las madres tengan acceso a orientación y acompañamiento adecuado.

Sin embargo, en la práctica no existen leyes y regulaciones efectivas que protejan y promuevan la lactancia materna creando así un ambiente desfavorable para las madres lactantes. La duración insuficiente de las licencias de maternidad y la falta de flexibilidad para amamantar en el trabajo dificultan que las madres puedan mantener la lactancia exclusiva durante los primeros meses. Aunado a ello, la falta de preparación del personal de salud para brindar asesoramiento y apoyo adecuado durante la lactancia materna también representa una barrera importante (Morales López et al., 2022). Además de la falta de capacitación del personal, existen barreras culturales y del sistema de salud institucionalizado, como la medicalización del parto o la escasa promoción activa de la lactancia desde una perspectiva intercultural (Calvo, 2009).

Ante este panorama, se hace evidente la necesidad de implementar intervenciones, políticas y programas que reduzcan las barreras estructurales y sociales que enfrentan las mujeres para amamantar. Las estrategias deben incluir políticas laborales que favorezcan la conciliación entre trabajo y lactancia, garantizar el acceso equitativo a servicios de salud especializados, y fortalecer las redes de apoyo comunitarias (Bozlak et al., 2024; Jiang et al., 2024). Además, se requiere promover el acceso a información basada en evidencia a través de medios accesibles y culturalmente pertinentes, considerando factores como el idioma o lengua materna, para que todas las mujeres, independientemente de su nivel

socioeconómico, puedan tomar decisiones informadas sobre la lactancia materna (Córdova-Ramos et al., 2023).

En este sentido, las limitaciones que enfrentan las mujeres lactantes van más allá del conocimiento sobre los beneficios o la duración recomendada. Estas limitaciones están profundamente vinculadas con factores culturales, sociales y económicos, cuyo impacto ha sido insuficientemente considerado en el diseño de políticas y programas (Lyons et al., 2023; Von Ash et al., 2022; Sayres & Visentin, 2018). Estas inequidades estructurales generan desventajas significativas para ciertos grupos de mujeres, haciendo evidente que amamantar en condiciones justas no es una posibilidad igual para todas (Cattaneo, 2012). Resulta necesario visibilizar cómo se cruzan distintas formas de desigualdad —como género, clase, etnicidad, edad y situación laboral— que condicionan el acceso real al derecho a amamantar. Ignorar estas interacciones perpetúa brechas de salud y desigualdad social en el periodo perinatal.

CONCLUSIONES.

Los hallazgos de esta revisión de la literatura ponen de manifiesto que la lactancia materna no solo está determinada por la decisión individual de la madre, sino que responde a una serie de factores estructurales y socioeconómicos que influyen en su práctica y sostenibilidad. La desigualdad en el acceso a servicios de salud, las condiciones laborales restrictivas y la falta de redes de apoyo afectan de manera diferencial a las mujeres según su nivel socioeconómico.

Las investigaciones deberían enfocarse en evaluar la efectividad de políticas de apoyo a la lactancia en distintos contextos y en diseñar estrategias que permitan superar las barreras económicas y socioculturales identificadas en esta revisión. Comprender el acceso a los distintos tipos de apoyo para la lactancia materna desde una perspectiva histórica y social permitirá desarrollar estrategias más equitativas y sostenibles para mejorar la salud materno infantil y reducir las desigualdades en el cuidado de la primera infancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Bozlak, C. T., Ruland, L., Eskew, B., Spence, M., & Dennison, B. A. (2024). Breastfeeding disparities and recommended strategies to end them in New York. *Preventive medicine reports*, 47, 102881. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2024.102881>
2. Bernate, D. C. T., Espitia, O. L. P., & Rodríguez, J. L. G. (2018). Risk factors and barriers to implementation of breastfeeding: Review. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 22(4), 263–271. <https://doi.org/10.14306/renhyd.22.4.442>
3. Cabedo, R., Manresa, J. M., Cambredó, M. V., Montero, L., Reyes, A., Gol, R., & Falguera, G. (2019). Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. *Matronas Profesión*, 20(2), 54–61.
4. Calvo, C. (2009). Factores socioeconómicos, culturales asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. *Revista Enfermería Actual En Costa Rica*, 1(15), 1–8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2745766>
5. Cattaneo, A. (2012). Academy of breastfeeding medicine founder's lecture 2011: Inequalities and inequities in breastfeeding: An international perspective. *Breastfeeding Medicine*, 7(1), 3–9. <https://doi.org/10.1089/bfm.2012.9999>
6. Colchero, M. A., Contreras-Loya, D., López-Gatell, H., & González de Cosío, T. (2015). The costs of inadequate breastfeeding of infants in Mexico. *The American journal of clinical nutrition*, 101(3), 579–586. <https://doi.org/10.3945/ajcn.114.092775>
7. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2017). *Agenda 2030 y los objetivos de desarrollo sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe (Vol. 1, Núm. 11). Patrimonio: Economía cultural y educación para la paz.*
8. Córdova-Ramos, E. G., Melvin, P., Kalluri, N. S., Peña, M. M., Belfort, M. B., & Parker, M. G. (2023). Association of Primary Language with Provision of Mother's Milk Among Very-Low-

Birthweight Infants in Massachusetts. *Breastfeeding medicine: the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 18(2), 116–123. <https://doi.org/10.1089/bfm.2022.0150>

9. Flower, K. B., Willoughby, M., Cadigan, J. R., Perrin, E. M., & Randolph, G. (2008). Understanding breastfeeding initiation and continuation in rural communities: A combined qualitative/quantitative approach. *Maternal and Child Health Journal*, 12(3), 402–414. <https://doi.org/10.1007/s10995-007-0248-6>
10. Geda, N. R., Feng, C. X., Janzen, B., Lepnurm, R., Henry, C. J., & Whiting, S. J. (2021). Infant and young child feeding practices in Ethiopia: analysis of socioeconomic disparities based on nationally representative data. *Archives of Public Health*, 79(1). <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00555-x>
11. Grubestic, T. H., & Durbin, K. M. (2017). Breastfeeding Support: A Geographic Perspective on Access and Equity. *Journal of Human Lactation*, 33(4), 770–780. <https://doi.org/10.1177/0890334417706361>
12. Hawkins, S. S., Dow-Fleisner, S., & Noble, A. (2015). Breastfeeding and the Affordable Care Act. *Pediatric Clinics of North America*, 62(5), 1071–1091. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2015.05.002>
13. Hohl, S., Thompson, B., Escareño, M., & Duggan, C. (2016). Cultural Norms in Conflict: Breastfeeding Among Hispanic Immigrants in Rural Washington State. *Maternal and Child Health Journal*, 20(7), 1549–1557. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-1954-8>
14. James, D. C., & Lessen, R. (2009). Position of the American Dietetic Association: promoting and supporting breastfeeding. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(11), 1926–1942.
15. Jiang, L., Nianogo, R. A., Prelip, M., & Wang, M. C. (2024). The role of breastfeeding support in racial/ethnic disparities in breastfeeding practices. *Preventive medicine*, 179, 107857. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2024.107857>
16. Kozhimannil, K. B., Attanasio, L. B., Hardeman, R. R., & O'Brien, M. (2013). Doula care supports near-universal breastfeeding initiation among diverse, low-income women. *Journal of Midwifery and*

Women's Health, 58(4), 378–382. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12065>

17. Lauria, L., Spinelli, A., & Grandolfo, M. (2016). Prevalence of breastfeeding in Italy: A population based follow-up study. *Annali Dell'Istituto Superiore Di Sanita*, 52(3), 457–461. https://doi.org/10.4415/ANN_16_03_18
18. LoCasale-Crouch, J., Wallace, M. K., Heeren, T., Kerr, S., Yue, Y., Deeken, G., Turnbull, K., Jaworski, B., Mateus, M. C., Moon, R., Hauck, F. R., Kellams, A., Colson, E., & Corwin, M. J. (2024). The importance of community resources for breastfeeding. *International breastfeeding journal*, 19(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s13006-024-00623-2>
19. Lyons, G. C., Kay, M. C., Duke, N. N., Bian, A., Schildcrout, J. S., Perrin, E. M., Rothman, R. L., Yin, H. S., Sanders, L. M., Flower, K. B., Delamater, A. M., & Heerman, W. J. (2023). Social Support and Breastfeeding Outcomes Among a Racially and Ethnically Diverse Population. *American journal of preventive medicine*, 64(3), 352–360. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.10.002>
20. Manchado, R., Tamames, S., López, M., Mohedano, L., D'Agostino, M., & Veiga de Cabo, J. (2009). Revisiones Sistemáticas Exploratorias. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 55(216), 12–19. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2009000300002>
21. Mannion, C. A., Hobbs, A. J., McDonald, S. W., & Tough, S. C. (2013). Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. *International breastfeeding journal*, 8(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-8-4>
22. Morales López, S., Colmenares Castaño, M., Cruz Licea, V., Iñarritu Pérez, M. del C., Maya Rincón, N., Vega Rodríguez, A., & Velasco Lavín, M. R. (2022). Recordemos lo importante que es la lactancia materna. *Revista de La Facultad de Medicina*, 65(2), 9–25. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.2.02>
23. Munn, A. C., Newman, S. D., Mueller, M., Phillips, S. M., & Taylor, S. N. (2016). The Impact in the United States of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Early Infant Health and Breastfeeding

Outcomes. *Breastfeeding Medicine*, 11(5), 222–230. <https://doi.org/10.1089/bfm.2015.0135>

24. Neves, P. A. R., Gatica-Domínguez, G., Rollins, N. C., Piwoz, E., Baker, P., Barros, A. J. D., & Victora, C. G. (2020). Infant Formula Consumption Is Positively Correlated with Wealth, Within and between Countries: A Multi-Country Study. *Journal of Nutrition*, 150(4), 910–917. <https://doi.org/10.1093/jn/nxz327>
25. Nguyen, T., Dennison, B. A., Fan, W., Xu, C., & Birkhead, G. S. (2017). Variation in formula supplementation of breastfed newborn infants in New York hospitals. *Pediatrics*, 140(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-0142>
26. Organización Mundial de la Salud, & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2016). Comercialización de sucedáneos de la leche materna: Aplicación del código internacional. Informe de situación 2016. Organización Mundial de la Salud. Suiza.
27. Organización Mundial de la Salud. (2016). Alimentación del lactante y del niño pequeño. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
28. Organización Mundial de la Salud. (2020, 31 de julio). Mensaje de la Semana Mundial de la Lactancia Materna 2020. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news/item/31-07-2020-world-breastfeeding-week-2020-message>
29. Organización Panamericana de la Salud. (2021). Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. <https://www.paho.org/es/agenda-salud-sostenible-para-americas-2018-2030/agenda-salud-sostenible-para-americas-2018-2030>
30. Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *The BMJ* (Vol. 372). <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>

31. Papagni, K., & Buckner, E. (2006). Doula Support and Attitudes of Intrapartum Nurses: A Qualitative Study from the Patient's Perspective. *Journal of Perinatal Education*, 15(1), 11–18. <https://doi.org/10.1624/105812406x92949>
32. Patterson, J. A., Keuler, N. S., & Olson, B. H. (2018). The effect of Baby-friendly status on exclusive breastfeeding in U.S. hospitals. *Maternal and Child Nutrition*, 14(3). <https://doi.org/10.1111/mcn.12589>
33. Pitonyak, J. S., Jessop, A. B., Pontiggia, L., & Crivelli-Kovach, A. (2016). Life course factors associated with initiation and continuation of exclusive breastfeeding. *Maternal and Child Health Journal*, 20(2), 240–249. <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1823-x>
34. Rodríguez, M. I. B. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 42, 1–16. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/52339>
35. Román Collazo, C., Hernández Rodríguez, Y., & Andrade Campoverde, D. (2018). Lactancia materna, programación metabólica y su relación con enfermedades crónicas. *Revista Salud Uninorte*, 34(1), 126–141. <https://doi.org/10.14482/sun.34.1.8923>
36. Sayres, S., & Visentin, L. (2018). Breastfeeding: Uncovering barriers and offering solutions. *Current Opinion in Pediatrics*, 30(4), 591–596. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000647>
37. Saputri, N. S., Spagnoletti, B. R. M., Morgan, A., Wilopo, S. A., Singh, A., McPake, B., Atun, R., Dewi, R. K., & Lee, J. T. (2020). Progress towards reducing sociodemographic disparities in breastfeeding outcomes in Indonesia: A trend analysis from 2002 to 2017. In *BMC Public Health* (Vol. 20, Issue 1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09194-3>
38. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2021). *Ley Federal del Trabajo* (p. 446). México: Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
39. Sprague, A., Earle, A., Moreno, G., Raub, A., Waisath, W., & Heymann, J. (2024). National Policies on Parental Leave and Breastfeeding Breaks: Racial, Ethnic, Gender, and Age Disparities in Access

and Implications for Infant and Child Health. *Public health reports*, 139(1), 39–47.

<https://doi.org/10.1177/00333549231151661>

40. Von Ash, T., Alikhani, A., Lebron, C., & Risica, P. M. (2022). Racial/ethnic differences in maternal feeding practices and beliefs at 6 months postpartum. *Public health nutrition*, 25(12), 1–10. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S1368980021005073>
41. Washio, Y., Collins, B. N., Hunt-Johnson, A., Zhang, Z., Herrine, G., Hoffman, M., Kilby, L., Chapman, D., & Furman, L. M. (2020). Individual breastfeeding support with contingent incentives for low-income mothers in the USA: The “BOOST (Breastfeeding Onset & Onward with Support Tools)” randomized controlled trial protocol. *BMJ Open*, 10(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034510>
42. Whitley, M., & Banks, A. (2022). Work as an Understudied Driver of Racial Inequities in Breastfeeding. *New solutions: a journal of environmental and occupational health policy: NS*, 32(3), 189–200. <https://doi.org/10.1177/10482911221124558>
43. Whitley, M. D., Ro, A., & Choi, B. (2022). Low Job Control and Racial Disparities in Breastfeeding. *Journal of occupational and environmental medicine*, 64(8), e482–e491. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002591>

DATOS DE AUTORES.

1. **Mayra García Bautista.** Maestra en Ciencias para el Desarrollo, la Sustentabilidad y el Turismo. Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de la Costa. Profesora de asignatura y candidata a doctora. Correo electrónico: mayra.garciab@alumnos.udg.mx
2. **Silvana Mabel Nuñez-Fadda.** Doctora en Ciencias para el Desarrollo, la Sustentabilidad y el Turismo. Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de la Costa. Profesora investigadora de tiempo completo. Correo electrónico: drasilvananunez@gmail.com

RECIBIDO: 28 de mayo del 2025.

APROBADO: 30 de junio del 2025.