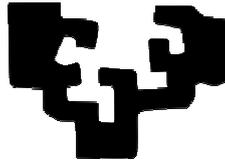


eman ta zabal zazu



Universidad del País Vasco Euskal Herriko
Unibertsitatea

DEPARTAMENTO DE FILOSOFÍA

PROGRAMA: FILOSOFÍA EN UN MUNDO GLOBAL

TESIS DOCTORAL

**EPISTEMOLOGÍA DE LA ALIMENTACIÓN INFANTIL
EN LA CONSULTA MÉDICA DE PRIMER NIVEL.
UN ESTUDIO DE CASOS EN MÉXICO**

MARÍA DEL PILAR TORRE MEDINA MORA

DIRECTOR

NICANOR URSUA LEZAUN

Mayo 2015

Índice

Índices de figuras, cuadros, y tablas	5
Agradecimientos.....	7
Presentación	9
Abreviaturas	13
Resumen.....	15
Abstract	17
Capítulo 1 Introducción.....	19
1.1. Alimentación Infantil, objeto de estudio.....	19
1.2. La Situación en México	23
1.3. El problema de investigación	25
1.4. Hipótesis	27
1.5. Objetivos	28
1.5.1.Objetivo General.....	28
1.5.2.Objetivos Específicos	28
1.6. Procedimientos metodológicos.....	29
1.6.1. Epidemiología sociocultural.....	31
1.6.2. Investigación cualitativa en salud.....	34
1.6.3. Integración del estudio de casos.....	35
1.6.4. Recolección de información.....	37
1.6.5. Análisis.....	39
1.7. Bibliografía	41
Capítulo 2 Marco Teórico y Marco Conceptual	45
2.1. Marco Teórico.....	45
2.1.1 Ideas de algunos autores.....	45
2.1.2 Relación clínica.....	52
2.1.3 Profesión médica	55
2.1.4 Medicalización de la vida cotidiana.....	56
2.2. Marco Conceptual.....	61
2.2.1 La alimentación infantil.....	61
2.2.2 Componentes del objeto de estudio	66
2.2.2.1 Cronología del Sistema Nacional de Salud en México	67
2.2.2.2 Revisión de los edictos nacionales en materia de AI.....	76

2.2.2.3 El desafío del SNSM hoy	87
2.2.2.4 Servicios públicos de salud en el DF	93
2.2.2.5 Pronunciamientos de las agencias de la ONU y sus alcances en México.....	96
2.2.2.6 Una mirada desde la Consejería	105
2.2.3 A manera de síntesis teórica y conceptual.....	110
2.3 Bibliografía	112
Capítulo 3 Resultados	119
3.1 Centro de Salud (CS).....	119
3.1.1 Recorrido institucional.....	122
3.1.2 Descripción general de una consulta médica	124
3.2 Agentes sociales significativos.....	126
3.2.1 Perfil médico	127
3.2.2 Perfil materno	129
3.2.3 Perfil infantil	133
3.2.3.1 Estatus alimentario infantil.....	136
3.2.4 20 Casos.....	139
3.3 Análisis de las interacciones verbales médico-madre.....	271
3.3.1 Razón de palabras médico-madre	271
3.3.2 Análisis textual	272
3.3.3 Tipología de los tonos.....	280
3.4 Bibliografía	282
Capítulo 4 Discusión y Conclusiones	283
4.1 Discusión	283
4.1.1 Balance del proceso de investigación.....	283
4.1.2 Sobre lo observado en las consultas	288
4.1.3 Caracterización de la epistemología médica sobre AI.....	290
4.1.4 Caracterización de la epistemología materna sobre AI.....	298
4.1.5 Elementos para dialogar sobre la AI.....	302
4.2 Conclusiones	310
4.3 Bibliografía	312
Anexos.....	315

Índice de Figuras

Figura 1.1 Modelo de referencia sobre alimentación infantil	20
Figura 1.2 Delegación Xochimilco y área de influencia del Centro de Salud....	27
Figura 2.1 Sistema Nacional de Salud en México	89
Figura 2.2 Afiliación institucional. ENSANUT 2012	90
Figura 2.3 Indicadores de bienestar en México. ENSANUT 2012.....	91
Figura 2.4 Resolución del parto en mujeres de 20 a 49 años con antecedentes de un hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la entrevista, por institución de atención. México. ENSANUT 2012	92
Figura 3.1 Centro de Salud T-III Xochimilco.....	121
Figura 3.2 Receta médica (fotografía).....	239
Figura 4.1 Categorías descriptivas del Estatus Alimentario Infantil.....	306
Figura 4.2 Modalidades de Alimentación Infantil para los 20 Casos.....	307

Índice de Cuadros

Cuadro 1.1 Criterios para definir las prácticas de alimentación infantil	22
Cuadro 2.1 10 Pasos para la Lactancia Materna Eficaz.....	102
Cuadro 2.2 Relación entre el enfoque de creencias y la consejería.....	106
Cuadro 3.1 Perfil Médico	128
Cuadro 3.2 Estatus alimentario infantil	137
Cuadro 3.3 Frecuencia de palabras relativas al consumo.....	274
Cuadro 3.4 Frecuencia de palabras relativas al esquema alimentario	276
Cuadro 3.5 Frecuencia de palabras relativas al proceso	278
Cuadro 3.6 Denominación de los agentes sociales.....	279
Cuadro 3.7 Tipología de tonos médicos	280
Cuadro 3.8 Tipología de tonos maternos	281

Índice de Tablas

Tabla 3.1 Descendencia* por grupos de edad materna	130
Tabla 3.2. Escolaridad materna.....	131
Tabla 3.3 Cohabitación materna	132
Tabla 3.4 Edad y sexo de los bebés.	133
Tabla 3.5 Distribución del peso al nacer.....	134
Tabla 3.6 Motivos de consulta.....	135
Tabla 3.7 Razón de palabras médico/madre en diálogos sobre AI, por caso.....	272

Agradecimientos

Para abreviar, doy las gracias con toda emoción a quienes tenga algo que agradecer relacionado con esta Tesis.

A la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, mi lugar de trabajo, por su generosidad al permitirme realizar los estudios de doctorado. A la Euskal Herriko Unibertsitatea/Universidad del País Vasco, por concederme la oportunidad de profundizar en este tema. Ambas instituciones contribuyeron a mi formación con apoyo financiero.

Tengo la tentación de nombrar a cada quien por su nombre, pero son muchas las personas que han aportado algo al desarrollo de esta tesis, mencionaré algunas, la mayoría mujeres. A mis amigas de la infancia, por su cariño incondicional de siempre. A mis amigas de los tiempos universitarios, por compartir desafíos y logros. A mis maestras queridas, Tere y María Luisa, que me acercaron al tema. A mis colegas de profesión y de trabajo, que hemos estado juntas durante muchos años; en especial al grupo del Instituto Nacional de Nutrición, y al de las chicas y el chico, de la UAM-X; también a quienes en el Área Salud y Sociedad forman parte de mi círculo habitual. A Ofelia y al grupo del *fideo*, por lo vivido. A los compañeros y compañeras del doctorado, del seminario *Beta*, por lo conseguido.

Al Centro de Salud Xochimilco, en especial a su director el doctor, Jorge Ballesteros Solís, por el interés con que recibió este trabajo. A las y los médicos que permitieron ser observados en su desempeño cotidiano y concedieron ser entrevistados. Al personal de enfermería que nos permitió el acceso a las madres que autorizaron nuestra presencia en las consultas médicas.

Agradezco a Fernanda Espinosa, cuya dedicación e interés hicieron el camino más fácil. También a Pilar Moreno, comprometida, cariñosa e infatigable transcritora. A Berenice Higareda, por su ayuda en el último jalón. A Judy Lewis que revisó el *abstract* y aportó algunos elementos para la discusión, y a Fernando Mora que revisó el documento final.

A mi familia, por ser como es; a mi mamá en especial.

A Nicanor Ursúa que me rescató a tiempo, y a Ima que hace que todo salga bien y rápido.

A Monserrat Salas, directriz de mis ideas sobre éste y muchos otros temas.

Presentación

Como una estimulante conversación entre dos personas produce en seguida un estado en el que cada uno de ellos expresa pensamientos que no estaría en condiciones de producir por sí mismo o en otra compañía.

Ludwik Fleck, 1934

(Bacteriólogo, Polaco)

La construcción del tema de estudio, la alimentación de los bebés durante los primeros seis meses de vida, ha sido una experiencia a dueto, a veces a cuarteto u orquesta. Monserrat Salas, con su mirada desde la antropología social, y yo, con herramientas de la nutrición y la epidemiología, hemos abordado el asunto durante años y lo hemos conversado entre amigas y colegas.

En esa tesis se aportan elementos descriptivos y analíticos de la interacción verbal sobre alimentación infantil, que ocurre entre un médico y la madre de un infante de hasta seis meses de edad, durante la consulta médica en un Centro de Salud, localizado al sur de la Ciudad de México. Se buscan las epistemologías en juego, para contribuir a la comprensión de este proceso desde el marco de la epidemiología sociocultural.

Se presentan elementos prácticos y clínicos para la identificación de los procesos involucrados en lo que se dice sobre la alimentación infantil, derivados de la observación de las consultas médicas. Se ofrecen argumentos para entablar diálogos entre las disciplinas biomédicas y las humanidades. Aspiro a que este trabajo sirva de sustento para la discusión y el desarrollo de políticas públicas, así como para mejorar la eficacia de las acciones médicas en los servicios asistenciales de salud, durante los contactos médico-madre-bebé, en cuanto a la alimentación infantil.

El objeto de estudio es la alimentación de los bebés durante los primeros seis meses de vida, que en la actualidad se presenta como una disyuntiva entre la recomendación internacional de la práctica de la lactancia materna exclusiva, y/o el uso de sucedáneos comerciales de la leche materna, fórmulas, y otros alimentos, en edades tempranas.

Me he colocado como observadora de las recomendaciones y prescripciones sobre alimentación infantil, que se expresan en los contactos de la población usuaria de los

servicios públicos de salud de primer nivel con el personal médico, durante la consulta externa. Propongo una mirada multidisciplinaria en torno a este tema concreto. Cuento con herramientas conceptuales y metodológicas de la nutrición y de la epidemiología, pero también de la antropología y del feminismo. Desde hace años soy profesora titular del VI Módulo de la Licenciatura en Nutrición Humana, de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, que se denomina: Nutrición, Género y Salud Reproductiva. Cuento con un certificado y con experiencia en consejería en lactancia materna. Estos elementos, entre muchos otros, han estado presentes en la realización de esta tesis.

Para nombrar a los tres agentes sociales involucrados en este estudio, se utilizan las nociones médico, madre y bebé. Médico, o médicos, generalmente se refiere a ambos sexos y cuando interese distinguir el sexo, se les llama doctor y doctora, o bien, hombre o mujer. Para las madres, hay quienes proponen utilizar la noción mujer-madre, para descargar a la maternidad como la única función femenina contemplada en los espacios de atención a la salud (Pérez-Gil, 1995). Sin embargo, la crianza y los cuidados de los bebés son atribuciones y acciones maternas, por lo que llamarle madre o madres, resulta suficiente en esta ocasión. Para los bebés disponemos de la categoría infantil, que tiene múltiples alcances en función del contexto en el que se use. En esta tesis se refiere primordialmente a las y los bebés desde el nacimiento hasta los seis meses de edad que, obviando el sexo y a veces distinguiéndolo, se les llama genéricamente bebés.

En documentos oficiales y programas de salud, tanto los bebés como las madres forman parte del llamado grupo materno infantil. El alcance del concepto infantil en estos documentos llega hasta los cinco años de edad, bajo la denominación de niños - y niñas- menores de cinco años, a los que se dirigen muchas acciones de salud pública. La pediatría refiere como lactante menor desde el nacimiento hasta los seis meses de edad, y como lactante mayor de los seis a los 12 meses, aunque algunos documentos llevan la noción de lactante hasta los 24 meses. Aquí usaremos las denominaciones médico, madre y bebé, para referirnos a los tres agentes sociales significativos involucrados en la consulta médica sobre alimentación infantil.

Una categoría fundamental en este trabajo es la que se ha designado *Interacción verbal médico-madre sobre alimentación infantil, durante la consulta médica*. Ésta es el resultado de la selección de textos que muestra las narrativas médicas y maternas sobre la alimentación infantil durante la consulta médica. Constituyen los datos para los análisis realizados. No se le puede llamar diálogo o conversación porque se

refieren una relación más equilibrada que las aquí mostradas. Al parecer, la noción interacción verbal resulta más neutra para describir los niveles de autoridad/subordinación que se reflejan en la relación médico-madre, en estas observaciones. A lo largo del texto se utiliza con frecuencia la designación *Interacción verbal MM*, que incorpora a todo el enunciado.

Otra entidad que requiere aclaración es la de los *sucedáneos comerciales de la leche materna*, que incluyen gran variedad y tipos de fórmulas, la mayoría preparadas con productos derivados de la leche de vaca, manipuladas para ser parecidas a la leche materna, destinadas a alimentar a los bebés. Para los menores de seis meses se llaman fórmulas de inicio, para los de 6 a 12 meses se llaman fórmulas de continuación. También hay fórmulas de soya, hidrolizadas y especiales para cada tipo de padecimientos infantiles. Las hay de muchas marcas, aunque Nestlé® domina el mercado nacional.

Esta tesis está integrada por cuatro capítulos. El primero contiene la introducción al tema de estudio, la hipótesis de trabajo, el objetivo general y los objetivos específicos, que guiaron el proyecto, así como la trayectoria metodológica seguida para la obtención de los datos empíricos. En el segundo capítulo se exponen los encuadres teóricos y conceptuales que guiaron la lectura del tema, y de la interacción verbal MM. El tercer capítulo corresponde a los resultados y consta de tres partes. La primera describe las características de las consultas médicas, los perfiles de los agentes sociales involucrados y las trayectorias de los procesos en los servicios asistenciales, en un Centro de Salud, al Sur de la Ciudad de México. La segunda parte de los resultados, está formada por la presentación y el análisis de cada una de las 20 interacciones verbales entre médicos y madres, a manera de integración de un estudio de casos, que permite la lectura de cada caso de manera independiente y que admite múltiples aproximaciones. En la tercera parte de los resultados se desarrolla un análisis semántico de esas interacciones MM. En el cuarto y último capítulo se despliegan las reflexiones sobre el tema a manera de discusión y conclusiones finales.

Cada capítulo se presenta como una unidad temática independiente. Es decir, contiene una pequeña introducción, seguida por el desarrollo temático, una pequeña conclusión y al final se presenta la bibliografía correspondiente a ese capítulo. Con esto se pretende aligerar la lectura, facilitar el acceso a las referencias bibliográficas y descargar el texto de notas a pie de página.

La trayectoria de la formación doctoral en la EHU/UPV se inició en el programa de Filosofía, Ciencia, Tecnología y Sociedad. En el ciclo escolar 2011-2012, la tesis

quedó registrada en el programa de Filosofía en un Mundo Global. La alimentación infantil en el momento actual merece una reflexión desde las humanidades, incluidas la filosofía y las ciencias sociales. Eso le concede un espacio en los de estudios sobre ciencia tecnología y sociedad, ya que la alimentación alcanza aspectos relacionados la salud infantil y materna, con las condiciones de vida y con el entorno familiar, con los servicios de salud y en última instancia, con los derechos humanos y constitucionales que merecen llegar a las políticas públicas y a los espacios académicos. En esta tesis se aportan algunos elementos para ampliar y profundizar la reflexión sobre esta cuestión.

México, D.F. Mayo de 2015

Abreviaturas

AAP: American Academic of Pediatrics

AI: Alimentación Infantil

CFE: Comisión Federal de Electricidad

cm: centímetro

CONASUPO: Compañía Nacional de Subsistencias Populares

COPLAMAR: Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados,

CS: Centro de Salud Xochimilco

DF: Distrito Federal. Sinónimo de Ciudad de México

DIF: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

DOF: Diario Oficial de la Federación

EHU/UPV: Euskal Herriko Unibertsitatea/Universidad del País Vasco

ENSANUT (1988, 1996, 2006, 2012): Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, con los años correspondientes.

ES: Epidemiología Sociocultural

ESPGAN: *European Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition*/ Sociedad europea de gastroenterología y nutrición pediátricas.

FAO: Food and Agriculture Organization/Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, reconocida en México por sus siglas en inglés

FUSALUD: Fundación Mexicana para la Salud

GDF: Gobierno del Distrito Federal

g: gramo(s)

h/m: hijos por mujer

IHAN/BFHI: Iniciativa Hospital Amigo del Niño/Baby Friendly Hospital Initiative

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

INEGI: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

INI: Instituto Nacional Indigenista

Interacción verbal MM: Interacción verbal médico madre sobre alimentación infantil (< 6 meses) en la consulta médica

INSP: Instituto Nacional de Salud Pública

IPN: Instituto Politécnico Nacional

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

kg: kilogramo(s)

LGS: Ley General de Salud

LLL/LLLM: *La Leche League International* / La Liga de la Leche México

LM: Lactancia Materna, sinónimo de amamantamiento
LME: Lactancia Materna Exclusiva
LMN: Lactancia Materna No Exclusiva
m: metro(s)
ml: mililitro(s)
MMH: Modelo Médico Hegemónico
NLM: No Lactancia Materna
NOM: Norma Oficial Mexicana
ODM: Objetivos del Desarrollo del Milenio.
ONU/UN: Organización de las Naciones Unidas/United Nations
OMS/WHO: Organización Mundial de la Salud/World Health Organization
PAN: Partido Acción Nacional
PEMEX: Petróleos Mexicanos
PRD: Partido de la Revolución Democrática
PRI: Partido Revolucionario Institucional
PSEAP: Proceso Salud Enfermedad Atención Prevención
SAM: Sistema Alimentario Mexicano
SC: Centro de Salud Xochimilco
SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional
SEDESA: Secretaría de Salud del Distrito Federal
SEMAR: Secretaría de Marina
SEP: Secretaría de Educación Pública
SESA: Servicios Estatales de Salud
SIDESO: Sistema de Información del Desarrollo Social
SPSS: Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular
SSA: Secretaría de Salud, nivel federal
SNSM: Sistema Nacional de Salud Mexicano
TLCAN/TLC/NAFTA: Tratado de Libre Comercio de América del Norte/North American Free Trade Agreement
UAM-X: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco
UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México
UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Resumen

Introducción. Comprender las prácticas de alimentación infantil presenta desafíos teóricos, conceptuales y metodológicos, que requieren constituirse en objetos de estudio de las ciencias sociales y las humanidades, en interacción con las disciplinas biomédicas.

Objetivo. Identificar las interacciones verbales entre médicos y madres sobre la alimentación infantil (menores de 6 meses), que se expresan en la consulta médica de primer nivel, para analizar sus alcances y limitaciones.

Metodología. Se diseñó una aproximación cualitativa mediante la observación, registro y transcripción de 20 consultas médicas, otorgadas por 9 médicos, 5 mujeres y 4 hombres, en un Centro de Salud de primer nivel, que da servicios a población en condiciones de pobreza, al sur de la Ciudad de México. Se identificaron, seleccionaron y organizaron las interacciones verbales MM, y se integró un estudio de casos. Se realizaron análisis temáticos mediante la relación de palabras médico-madre, la agrupación de temas tratados, la tipificación de los tonos médicos y maternos, y otro más sobre aspectos clínicos y de consejería. Se ofrece una lectura sistemática, ordenados por edad y por estatus alimentario infantil.

Resultados. Todas las consultas médicas para menores de seis meses tienen alguna interacción verbal MM; la más corta consta de 37 palabras del médico y 3 de la madre; la más larga fue de 1,994 y 623 palabras, respectivamente. La razón de palabras médico/madre es, en promedio, 3.1 a 1. Los asuntos tratados son la antropometría y el estado de nutrición, y la respuesta a la pregunta, expresa o no, sobre “¿Qué come su bebé?”.

Hay serios problemas en el desempeño médico sobre antropometría, sobre los requerimientos de la lactancia exclusiva, la prescripción de fórmulas y alimentos de manera temprana, la indiferencia ante el uso de tés, agua y biberones. La precisión médica sobre el estatus alimentario infantil es de 50%.

Se identificaron tres conjuntos de redes textuales, las relativas al consumo, al esquema alimentario y al proceso, que se integraron mediante diversos grupos semánticos.

Conclusiones. La interacción verbal MM se establece en un marco explícito de autoridad/subordinación, representado por ambos. Estas son insuficientes ante las

necesidades de cada caso, orientadas por el “deber ser”, incapaces de identificar “crisis de lactancia”, cargadas de juicios morales. Pocas veces se establece un diálogo que permite el entendimiento mutuo, parece más un monólogo médicoindicativo, prescriptivo y moral.

En la consulta médica no se establece el ambiente de consejería que se requiere para apoyar los procesos de toma de decisiones maternas sobre alimentación infantil. Su alcance es muy limitado y de baja calidad. Aparecen dilemas de alcance ético, así como la necesidad de abrir la discusión del tema a los ámbitos públicos, sociales, académicos y políticos. La alimentación infantil es un asunto de salud colectiva y de acción ciudadana.

Palabras clave: Alimentación infantil, consulta médica, interacción verbal médico-madre, estudio de casos, Ciudad de México.

Abstract

Introduction. Infant feeding practices, when constructed as object of study, have conceptual and methodological challenges which requires the conjunction of social and biomedical disciplines in order to be understood.

Objective. To identify and analyze verbal interactions between doctors and mothers, about infant feeding, (babies under 6 months of age), as there were expressed in a medical visit setting, in a public Primary Health Care Center, in order to identify its scope en limitations.

Methodology. The research took place at a public Primary Health Care Center, in the southern Mexico City, these center serves to a low income population. A qualitative research protocol was developed to observe and record 20 medical consultations for babies until six months of age as a cases study. A total of 9 different physicians were observed, 5 females and 4 males. The physician/mother verbal interactions about infant feeding were identified and analyzed in respect to the medical and maternal voice characteristics, as well as the technical, clinical and counseling procedures.

Results. All medical consultations for babies include some verbal interaction about infant feeding; the shortest was 37 words from the physician and 3 from the mother; the longest, 1994 and 623 words, respectively. Topics addressed include anthropometry and nutritional status, and the answer to the question, expressed or not, on "What does your baby eat? ".

In addition, the tones identified of physician discourse were moralistic, frightening, explanatory confusing, and sometimes, proactive and pertinent. These tones are influenced by infant feeding pattern, maternal age and social status, previous contacts, and are guided by the doctor's skills and viewpoints. Maternal tones are influenced by the baby's condition, personal goals, and previous contact with the doctor, guided by the content of lore.

Conclusions. Interactions between physicians and mothers about infant feeding during medical visits are set in a framework of authority/subordination. They are inadequate to the needs of patients, guided basically by the "ought ", unable to identify "breast feeding crisis", and abundant with moral judgments. A dialogue oriented to understand the process of infant feeding is rarely established: the interaction consists of a prescriptive monologue. Infant feeding is a relevant problem, and assume it has

complex roots, like current professional training, accepted patterns of clinical practice and health policy.

Keywords: Infant feeding, medical consultation, physician/mother verbal interactions, case study, Mexico City.

Capítulo 1 Introducción

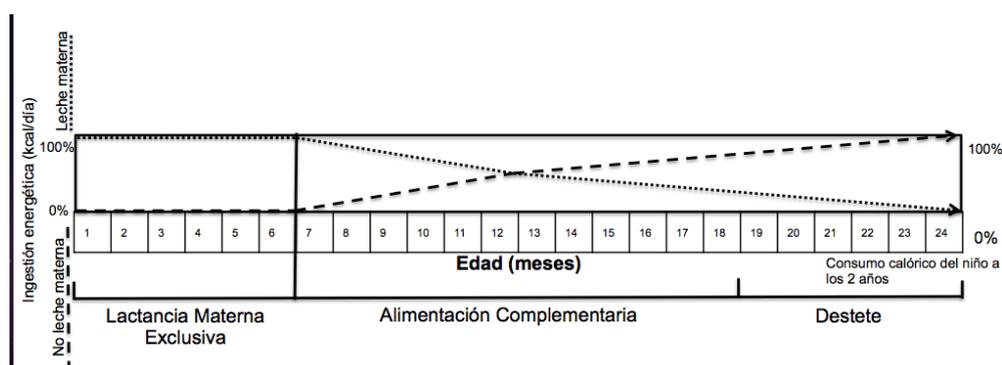
1.1 La Alimentación Infantil, objeto de estudio.

El estudio de la alimentación de los bebés menores de seis meses presenta desafíos teóricos, conceptuales y metodológicos que requieren ser afrontados para avanzar en su comprensión. Estudiar la alimentación infantil (en adelante AI) como práctica social, debe ofrecer argumentos para la formulación de políticas públicas, para la ejecución de programas de salud destinados al grupo materno infantil, así como para el diseño de esquemas curriculares de formación para profesionales de la salud y para la capacitación de personal institucional en servicio.

Las disciplinas biomédicas, incluidas medicina, enfermería, nutrición y epidemiología, han aportado gran cantidad de evidencia sobre los beneficios de la lactancia materna (LM) para la salud infantil y materna, y en la práctica de estas profesiones se han expresado los mandatos sobre lo que debe o no debe comer un bebé, a cierta edad y bajo determinadas circunstancias (Lawrence y Lawrence, 2010; Ramos-Galván, 1985). La razón para estudiar la alimentación durante los primeros seis meses de vida, 26 semanas, es que en el año 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció una prescripción alimentaria universal: Lactancia Materna Exclusiva (LME), y se mandata a los servicios de salud darle cumplimiento, desde el nacimiento hasta los seis meses de edad (OMS, 2001).

La AI puede ser caracterizada como el proceso de tránsito que va desde una fuente única de nutrición, la leche materna -o algún sucedáneo comercial-, durante los primeros seis meses de vida, hasta la alimentación variada propia de cada cultura, en un proceso que toma alrededor de dos años, cuando ocurre el destete. En cada grupo familiar, las modalidades de AI están relacionadas con las condiciones culturales, económicas, laborales y personales que favorecen o entorpecen ciertas prácticas de AI. Hacia la lactancia materna, o hacia el uso de sucedáneos comerciales y de otras cosas más como té, agua y alimentos envasados. En la figura 1.1 se presenta un esquema de lo que se entiende en esta tesis por el proceso de AI y su focalización en los menores de seis meses.

Figura 1.1 Modelo de referencia sobre Alimentación Infantil



Ciertos elementos de la vida social apuntan a diversas prácticas de AI. Estas pueden orientarse hacia el amamantamiento, o bien, dirigirse hacia el uso de sucedáneos comerciales de la leche materna y otros líquidos utilizando el biberón. También se utilizan preparaciones líquidas con cereales cocidos con agua o leche, en México llamados atoles, y una variedad de alimentos preparados en forma de caldos y papillas caseras, y también muchos alimentos comerciales. Para ofrecer todo esto a un bebé se pueden utilizar biberones, goteros, vasos o cucharas.

Si se sigue el camino de la LME, como lo recomiendan las organizaciones internacionales, ésta se inicia con el primer contacto madre bebé en el postparto inmediato¹, o cuando ocurra, seguido por conseguir la instalación de la LME y lograr que se mantenga por seis meses. Después, se recomienda iniciar la alimentación complementaria y mantener la LM hasta alrededor de los 2 años de edad. Parece fácil, pero no lo es. El camino para el uso de fórmulas, y de otras cosas más, también es pertinente identificarlo y describirlo, pues se carece de modelos que ayuden a entenderlo.

Sobre el proceso de AI basado en las recomendaciones internacionales para la LM, es pertinente distinguir e identificar tres momentos (Salas y Torre, 2006):

- I. **La instalación de la LME.** Es decir, el tiempo que le toma a una pareja madre-bebé conseguir la retroalimentación fisiológica, neurológica y hormonalmente regulada, entre la demanda de leche por parte del bebé y la producción

¹ La OMS y el UNICEF, en su decálogo para una lactancia materna exitosa, establecen el contacto con el pecho materno en la primera media hora post parto; otros documentos señalan en la primera hora.

suficiente de la misma, por parte de la madre. Esto puede lograrse en el postparto inmediato y de fácil manera, o bien, enfrentar serios problemas que se pueden resolver favorablemente o no, por lo que se puede optar por otra forma de AI socialmente equivalente. La instalación se define mediante la respuesta afirmativa o negativa, sobre si hay LME a una edad determinada, en semanas, durante los primeros seis meses de vida. Hay que tomar en consideración que para que la LME sea una práctica de AI, tendría que estar instalada, lo más pronto posible.

- II. La **modalidad de alimentación**. En rigor sería, la proporción de energía que aporta la leche materna a la ingestión calórica diaria de un bebé, a una edad determinada. Esta va desde la Lactancia Materna Exclusiva (LME), donde la leche materna completa el 100%, hasta la No Lactancia Materna (NLM) cuando aporta 0%. En la práctica, la modalidad se puede medir con el número de tetadas y número de otras comidas en 24 horas. Esa información se clasifica según la propuesta de la OMS (OMS, 2009), que se muestra en el cuadro 1.1. Además, es conveniente describir exhaustivamente todos los componentes alimentarios adicionales, incluyendo fórmulas, agua, té, jugos y bebidas rituales, con o sin azúcar y explorar las cantidades. También se recomienda identificar los utensilios para ofrecerlos: biberón, cuchara, vasito, gotero, vaso entrenador y otros. Es pertinente distinguir la No Lactancia Materna (NLM), de manera transversal por edad, pero también en la trayectoria alimentaria, pues la propuesta de la OMS no habla de ella.
- III. La **duración**. Se expresa en semanas cumplidas al momento del destete. Este es un dato retrospectivo que se obtiene cuando ya ocurrió. Sin embargo, sólo puede haber destete cuando hubo alguna forma de amamantamiento que funcionó como proceso alimentario.

La distinción de estos tres momentos sobre la AI permite abrir espacios para entender las situaciones en la vida de las mujeres y los bebés, en el contacto con los servicios públicos de salud, que influyen en los diversos momentos de la trayectoria alimentaria infantil. Por ejemplo, las prácticas y los procedimientos hospitalarios para la atención del parto afectan la instalación de la LME; mientras que el trabajo materno, el apoyo familiar, el contacto con los servicios de salud, la seguridad social, así como la disponibilidad, el precio o la utilidad de las fórmulas infantiles, influyen en su modalidad y duración (Rodríguez y Acosta, 2008; Salas y Torre, 2006; Vandale, *et*

al.,1997). En este texto se utilizan estos criterios, en función de lo encontrado en el estudio de casos.

Cuadro 1.1 Criterios de la OMS para las prácticas de alimentación infantil

CUADRO 1. CRITERIOS QUE DEFINEN LAS PRÁCTICAS SELECCIONADAS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL			
Práctica Alimentaria	Requiere que el lactante reciba	Permite que el lactante reciba	No permite que el lactante reciba
Lactancia materna exclusiva	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza)	SRO, gotas, jarabes (vitaminas, minerales, medicinas)	Cualquier otra cosa
Lactancia materna predominante	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) como la fuente predominante de alimentación	Ciertos líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta), líquidos rituales y SRO, gotas o jarabes (vitaminas, minerales, medicinas)	Cualquier otra cosa (en particular, leche de origen no humano, alimentos líquidos o licuados)
Alimentación complementaria ^a	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) y alimentos sólidos o semisólidos	Cualquier cosa: cualquier comida o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial)	No aplica
Lactancia materna	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza)	Cualquier otra cosa: cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial)	No aplica
Alimentación con biberón	Cualquier líquido (incluyendo leche materna) o alimento semisólido proporcionado mediante un biberón con tetina	Cualquier otra cosa: cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial)	No aplica

^a El término alimentación complementaria, reservado para describir la alimentación adecuada en niños amamantados que cuentan con 6 meses de edad o más, ya no se utiliza en los indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. El indicador previamente usado 'Tasa de alimentación complementaria oportuna' (I), que combinaba la lactancia materna continua con el consumo de alimentos sólidos, semisólidos y suaves, era difícil de interpretar. Por lo tanto, este indicador ha sido reemplazado por el indicador 'Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves' que indica la medición de una sola práctica alimentaria. Sin embargo, el término alimentación complementaria es aún muy útil para describir las prácticas de alimentación adecuadas en niños amamantados de 6 a 23 meses de edad y continuará siendo usado en los esfuerzos programáticos para mejorar la alimentación del lactante y del niño pequeño como lo aconseja la *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño* (8). La tasa de alimentación complementaria oportuna también puede calcularse utilizando los datos generados de la medición de los indicadores nuevos y actualizados.

Fuente: (OMS, 2009).

La AI es un objeto de estudio porque la crianza de la descendencia es la construcción social de un sistema que se toma como un hecho natural. Son actos cotidianos y domésticos que constituyen un *habitus*, del saber y del hacer, tanto en el sentido materno como en el médico. Además, la AI es un ejemplo de la inserción de la tecnología y del desarrollo del poder de la industria alimentaria y farmacéutica en la

construcción del objeto mismo: el conocimiento y las prácticas de AI en el capitalismo actual, en este caso, en México.

1.2 La situación en México

La presencia en México de sucedáneos comerciales de la leche materna, también llamados fórmulas infantiles, fórmulas lácteas, fórmulas no lácteas o simplemente fórmulas, se inicia partir de la década de 1930, y para los años 50 se expandió masivamente la oferta, la demanda, la variedad y el precio. Se insertaron en el espacio doméstico nuevos elementos para las decisiones cotidianas sobre la AI. Las madres toman las decisiones que les resultan mejores en función de sus condiciones de vida, de la información con la que cuentan, de las redes sociales de que disponen, de lo que consideran que debe comer un bebé y de lo que pueden hacer.

La disminución en la práctica de la LM en México se hizo evidente desde los años 70 (Arana, 1982; Garreau, 1980; Ysunza, 1986); para los años 90, diversos estudios epidemiológicos mostraron un país con serios problemas en la práctica de lactancia materna (Margen,*et al.*, 1991), con una duración mediana de la LME era de 6 días, con 11% de prevalencia de LME al mes y de 7% a los 4 meses (Pérez-Escamilla,*et al.*, 1995; Pérez-Escamilla, *et al.*, 1993).

En 1991 la ONU seleccionó a México y a otros 12 países, para lanzar la *Iniciativa Hospital Amigo del Niño*², al implementar los *diez pasos para la lactancia materna exitosa*, en los servicios públicos hospitalarios para la atención del parto (Salas y Torre, 1992). Para tal efecto se organizó el Comité Nacional de Lactancia Materna(DOF, 1991),a cargo la Dirección General de Salud Materno Infantil de la Secretaría de Salud, que convocó a todas las instituciones de salud gubernamentales y que tuvo como misión conseguir la certificación de Hospital Amigo del Niño por parte de UNICEF, en todos los hospitales públicos del país. El efecto de estos programas ha sido contradictorio, como veremos más adelante.

² A la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, con el acromio IHAN -en inglés: *The baby friendly hospital initiative, BFHI*-, lanzada por la OMS/UNICEF en 1991, mediante la estrategia de los Diez Pasos para la Lactancia Materna Exitosa -*Ten steps for successful breastfeeding*-, en México se agregaron otros 15 objetivos relacionados con la salud infantil y materna como inmunizaciones, tamiz neonatal, anticoncepción, citologías femeninas y otros más, por lo que programa tomó el nombre de Hospital Amigo del Niño y de la Madre; por lo tanto, las siglas oficiales en el Sector Salud en México para este programa fueron HANM. En este texto se utiliza el acromio IHAN para hacer referencia a este programa.

La información oficial para caracterizar el fenómeno que nos ocupa proviene de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del año 2012 (INSP, 2012). Ante un panorama catastrófico de la situación alimentaria y nutricional de la población mexicana, con prevalencias de sobrepeso y obesidad desmesuradas, aunque bastante optimista en cuanto a la cobertura de atención a la salud, en el mensaje de presentación de los primeros resultados generales de la encuesta, el Secretario de Salud señala lo siguiente, que llama la atención la contundencia.

Resulta indispensable establecer políticas preventivas desde la temprana infancia. Entre otras acciones, debemos incrementar el porcentaje de niños alimentados al seno materno y promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, indicador que de acuerdo a la encuesta descendió entre 2006 y 2012. Ante el enorme valor de la lactancia materna exclusiva, desde 2011 se decidió incentivarla como parte permanente de la política en salud y estos esfuerzos deberán ampliarse. (:14)

Sobre la AI la encuesta indica que a nivel nacional, menos del 40% de los recién nacidos son puestos al seno materno en la primera hora de vida; solo 14.4% de menores de seis meses reciben LME; al año de edad solo una tercera parte de los bebés recibe algo de LM; a los dos años, la séptima parte. La información más significativa señala que entre 2006 y 2012, la LME disminuyó de 22.3% a 14.4% a nivel nacional, mientras en el medio rural pasó de 36.9% a 18.5%. El reporte señala que la mitad de los niños -y las niñas- menores de dos años usaban biberón.

Esta información proporciona un panorama sobre el alcance limitado de las políticas públicas en materia alimentaria, en particular en AI, sobre todo si se considera que en México se implementó la IHAN en 1991. Sin embargo, ni desde la nutrición, la medicina o la epidemiología, como tampoco desde en las ciencias sociales o las humanidades, se sabe lo suficiente sobre las trayectorias alimentarias de los menores de seis meses, que puede incluir o no a la lactancia materna en diferentes modalidades, ni sobre los procesos de constitución de las prácticas de AI a nivel familiar.

Se desconocen también los efectos de los modelos y esquemas alimentarios difundidos por los servicios de salud, a través de las opiniones, indicaciones y prescripciones dadas durante el contacto de las familias con los servicios hospitalarios para la atención del parto, así como durante las consultas médicas post natales, con lo que sucede en el espacio doméstico en torno a la AI. El tema permanece oculto a la discusión social y se traslada al espacio de las responsabilidades maternas a nivel individual, vinculadas con la reproducción y la crianza infantil, aunque los espacios de atención a la salud se pronuncian, obviamente, por la lactancia materna.

1.3 El problema de investigación

La condición de total dependencia de los humanos al nacer, requiere que alguien realice la alimentación y los cuidados cotidianos, es decir, la crianza de un bebé. Por mandato biológico y representación social son casi siempre las mujeres, en su acción materna, quienes toman las decisiones alimentarias de manera cotidiana, varias veces al día. Las decisiones materna estarán influidas por múltiples y complejas relaciones entre saberes, fuentes de información y experiencia, en las que el nivel educativo, el ingreso familiar, las redes personales, el contacto con los servicios de salud y tantos otros aspectos, confluyen para que una mujer tome una decisión alimentaria con respeto a su bebé en un momento dado, y que se constituya en una práctica cotidiana.

Durante el siglo XX, la AI pasó de ser un dominio de parteras, abuelas, madres y nanas, a constituirse en interés prioritario de la puericultura y de la pediatría (Boltanski, 1974). Este proceso de traspaso de autoridad epistémica sobre la AI, desde el ámbito doméstico al médico clínico, ha sido definido como medicalización de la vida cotidiana (Conrad, 1992; Conrad y Schneider, 1980; Illich, 1976; Menéndez, 2005; Menéndez, 2005; Van Esterik, 1989). Han sido las disciplinas biomédicas, que incluyen a la medicina, la enfermería, la nutrición y la epidemiología, las que han tomado el liderazgo en las prescripciones sobre AI. El recorrido de este paso ha coincidido con el desarrollo tecnológico y mercantil de las fórmulas infantiles. Ahora, el dilema sobre cómo alimentar a un bebé en un momento dado, se ha colocado en el terreno de las decisiones en las esferas domésticas y familiares, donde se desarrollan las trayectorias alimentarias infantiles (Salas, 2011a). En la construcción de estas decisiones, la madre interacciona con el ámbito médico donde se expresan las recomendaciones de la normatividad dietética, así como con la disponibilidad y la mercadotecnia de los muchos tipos de fórmulas infantiles, que pueden ser ofrecidas como sustituto (Torre y Salas, 2006).

A comer se aprende dentro de las redes sociales y familiares, constituye así el primer aprendizaje social del ser humano. Por tanto, todo saber alimentario, en particular sobre AI, es cultural. Lo que sucede con respecto a la alimentación de los bebés en la vida cotidiana de las familias es muy diverso, constituye una trayectoria que se construye de muchos elementos. Sin embargo, alimentar a los bebés dejó de ser un asunto privado para convertirse en mandato de las profesiones biomédicas, asunto de

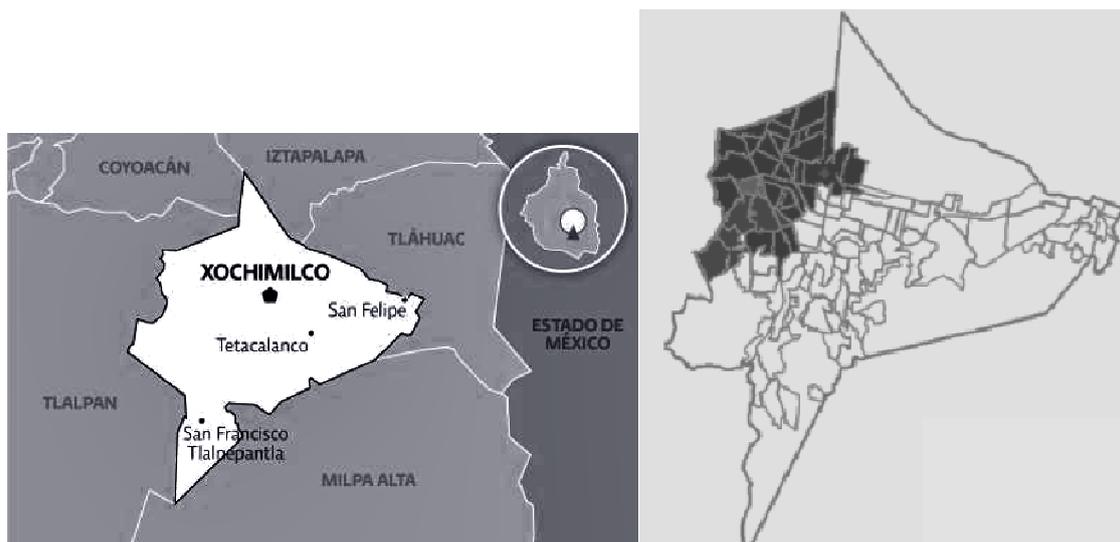
las políticas públicas, las leyes, las normas y los programas operativos del Sector Salud.

La aproximación de esta tesis desde la epidemiología sociocultural, permite ubicar el objeto de estudio en la categoría analítica propuesta por Menéndez en 2005 para abordar los temas relativos a la investigación social en salud: la noción *Proceso Salud Enfermedad Atención*, a la que en 2012 agregó el de *Prevención* (PSEAP)(Entrevista Menéndez, 2012) como un recurso heurístico para abordar las cuestiones de salud colectiva, en esta ocasión, la AI.

En el contacto de la población con los servicios de salud actúa la interpretación biomédica de la AI, que establece los criterios de validez clínica sobre lo que la población infantil debe o no debe comer, en qué momentos del día y bajo qué circunstancias concretas (Casanueva, *et al.*, 2008; Millard, 1990; Ramos-Galván, 1985; Villalpando y Villalpando, 2008). Sin embargo, es en el ámbito doméstico donde se ponen en práctica estas recomendaciones, mediante complejos procesos sociales que van desde la definición de los roles sobre lo femenino y lo maternal en cada grupo social, hasta las redes familiares, los medios de comunicación, la disponibilidad de otros alimentos y la condición socioeconómica (Salas, 2011b).

El lugar elegido para las observaciones fue un Centro de Salud (CS) localizado al sur de la Ciudad de México, en la delegación Xochimilco (Figura 1.2), en una región con altos niveles de marginación social. Este CS ofrece servicios de primer nivel de atención, a la población local que no cuenta con seguridad social, y que acude a solicitar servicios, Su área de influencia abarca 20 colonias y hasta 136 mil habitantes.

Figura 1.2 Delegación Xochimilco y área de influencia del Centro de Salud



Fuente:(UNAM, 2012)

La propuesta que guió el desarrollo de esta tesis se sitúa en el espacio de acción médica, la consulta médica de primer nivel. Se analizó la interacción verbal entre médicos y madres, sobre la AI. Se buscó descubrir los motivos subyacentes en las opiniones, indicaciones y prescripciones que dan, o que no dan, los médicos durante las consultas, así como los descriptores, enunciados y argumentos sobre alimentación infantil que se utilizan. Por el lado materno, que es la voz del paciente de la pareja madre-bebé, se reconstruyó la interacción en función de una opinión personal experta. Se ofrecen una serie de conclusiones y recomendaciones a considerar en la discusión de las políticas públicas que están surgiendo en México, con alcance al diseño curricular de la formación de los profesionales de la salud, respecto a este asunto.

1.4 Hipótesis

La dinámica de la interacción verbal entre el médico y la madre sobre AI durante la consulta médica, está mediada por las prácticas de AI, por factores sociodemográficos maternos y por los elementos epistémicos en juego, que se expresan en las preguntas, las opiniones, indicaciones y prescripciones médicas, así como en las respuestas, las preguntas y las aseveraciones maternas.

Las preguntas que guiaron esta investigación son las siguientes:

- ¿Cuál es la dinámica de la interacción médico madre cuando se habla de AI durante la consulta médica?
- ¿Cómo se expresa el conocimiento y las ideas médicas sobre AI, en las opiniones, indicaciones y prescripciones alimentarias, en los servicios de consulta externa para bebés menores de seis meses, en el CS?
- ¿Cómo se expresa el saber y la experiencia materna en las respuestas, las preguntas y las aseveraciones maternas, sobre AI, durante la consulta médica?
- ¿Cuál es el alcance de la interacción MM en términos clínicos y de consejería?

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General

Contribuir al conocimiento sobre la alimentación infantil, articulando información proveniente del análisis de la interacción verbal entre médicos y madres durante la consulta externa, en un Centro de Salud al sur de la Ciudad de México, en el marco de la epidemiología sociocultural, en un esfuerzo cuyos resultados puedan ser aplicados en la comprensión de problemas colectivos de salud.

1.5.2 Objetivos específicos

- 1.5.2.1** Identificar las interacciones verbales entre médicos y madres sobre la AI, que se dan en las consultas médicas para menores de seis meses, en el CS
- 1.5.2.2** Analizar esas interacciones verbales mediante el uso de redes textuales y grupos semánticos de las palabras significativas
- 1.5.2.3** Formular una tipología de lo dicho por médicos y de lo dicho por las madres en torno a la AI, utilizados durante la consulta
- 1.5.2.4** Comparar el estatus alimentario infantil obtenido en la consulta, con el descrito por la madre en la entrevista post consulta
- 1.5.2.5** Identificar áreas problemáticas en la interacción MM, es aspectos de consejería pertinentes y adecuadas a cada situación particular
- 1.5.2.6** Contribuir a la incorporación del tema en los planes y programas de estudio, desde etapas tempranas hasta la formación de especialistas en el campo de la salud, para ampliar la discusión social sobre la AI.

Se propone una búsqueda con herramientas de la epidemiología sociocultural, que se coloque del lado de las madres, mediante la lectura y el análisis de la interacción verbal médico-madre. Para esto, se presenta un estudio de 20 casos, que ofrece las situaciones que se expresan durante las consultas médicas en torno a la AI. La utilidad de este estudio radica en identificar la consejería pertinente en cada caso y ofrecer la oportunidad de discutir la cuestión, en particular en este Centro de Salud, aunque también en otros espacios sociales como el académico y el legislativo.

Lo que se presenta son los elementos de la interacción verbal entre cada médico y cada madre, que se expresan en las preguntas, respuestas, opiniones, indicaciones y prescripciones sobre AI, durante el tiempo que dura cada consulta. El tema es pertinente en la medida en que brinda información para discutir el alcance de las acciones del personal de salud en los servicios de primer nivel, para señalar que se requieren recomendaciones útiles para toma de decisiones maternas.

En todo el país ocurren alrededor de 2.5 millones de nacimientos al año (INEGI, 2011), por lo que el asunto es de gran trascendencia. Las prácticas de alimentación de los bebés en México distan mucho del modelo de referencia que la OMS considera apropiado. Este estudio de casos muestra diversas situaciones, eventos, sucesos y decisiones, que hacen que el estatus alimentario infantil difiera o coincida con las recomendaciones internacionales. También se muestra la manera en que los servicios de salud, a través de la consulta médica, enfrentan el desafío de atender el derecho a la salud infantil y materna.

1.6 Procedimientos Metodológicos

Los argumentos de la ruta metodológica con la que se aborda el tema de estudio parten de la epidemiología sociocultural, un enfoque en construcción que permite conjugar elementos de la epidemiología y sus herramientas cuantitativas con la guía de las ciencias sociales aplicadas a la salud, en especial la antropología, para tratar temas relativos a los Procesos de Salud Enfermedad Atención Prevención (PSEAP). Para ello, se retoma el paradigma de la investigación cualitativa aplicada a los temas de salud (Martínez, 2010), mediante una colección de materiales empíricos que provienen de la observación y del análisis de casos sobre un tema singular, la alimentación de los menores de seis meses en el espacio de la atención primaria a la salud.

La unidad de observación es la consulta médica de primer nivel para un menor de seis meses, en un CS, en Xochimilco, D.F. Se realizó el registro audiograbado, la transcripción, la selección, la categorización y el análisis de las interacciones verbales entre médicos y madres sobre AI. Se caracterizan los perfiles de los médicos, las madres y los bebés; se presenta un análisis de la codificación y confrontación de la interacción verbal sobre AI, y se presenta una tipología semántica de los tonos del discurso médico y del discurso materno. Esto se observó sistemáticamente, con métodos y procedimientos de la investigación cualitativa en salud (Martínez, 2012). Se definieron como temas relativos a la AI, por lo tanto, materia de selección, todo lo que se dijo en la consulta, entre médicos y madres, relacionado con lo que come o toma un bebé y por qué, sobre el estado de nutrición o el crecimiento infantil que incluyen el peso, la longitud, y a veces, un diagnóstico nutricional o algún comentario pertinente.

Mediante la organización de un estudio de casos (Stake, 2005), se analiza la interacción verbal sobre AI, el estatus alimentario infantil y la problemática clínica del proceso alimentario para cada situación madre-bebé, interpretada por una mirada de consejería (OMS y OPS, 2010; OMS, UNICEF y OPS, 1993; Wellstart, 2013).

Para estudiar asuntos relativos a la alimentación humana, Contreras y Gracia proponen definir el *hecho alimentario* como base para analizar los comportamientos relacionados con el comer, en este caso, con lo que come un bebé (Contreras y Gracia, 2005). De manera análoga, se puede definir las prácticas de AI como un hecho alimentario y conseguir información sobre cuatro asuntos relacionados:

- El **consumo**, que responde a las preguntas qué y cuánto se come; aquí se utiliza el estatus alimentario infantil. Este estatus tiene dos condiciones: el expresado en la consulta médica y el que reportó la madre en la entrevista post consulta.
- La **comensalía**: quién y con quién se come. En esta aproximación la cuestión sería ¿quién le da de comer al bebé? La respuesta depende de la condición de posibilidad de cada pareja madre-bebé, sobre la base de las redes sociales y el entorno familiar.
- Los **esquemas alimentarios** responden a las preguntas cómo, dónde y cuándo come un bebé, trayectorias observadas por Salas (Salas, 2011b), en la misma región geográfica y en el mismo grupo de edad.
- La **utilidad**, la finalidad. En síntesis, el porqué y para qué de todo eso, en esta propuesta es la crianza y la maternidad, como actividades que pasan por el cuerpo y la condición femenina.

En esta tesis se siguieron estas categorías analíticas, con la intención de analizar las nociones y el alcance de la AI en los servicios de salud de primer nivel, y discutir la pertinencia y suficiencia de esas conversaciones desde las aproximaciones de la consejería y los derechos humanos y constitucionales. Estos derechos se ejercen en el terreno de la autonomía de las decisiones maternas, y son necesarios para comprender sus alcances éticos y ciudadanos.

1.6.1 Epidemiología sociocultural

La epidemiología es la disciplina encargada de estudiar la magnitud, la distribución y la frecuencia de los factores, las causas y los efectos, de los fenómenos relacionados con los PSEA entre las poblaciones humanas; utiliza análisis estadísticos y modelos probabilísticos para buscar asociaciones entre causas y efectos. Es considerada una herramienta para la planeación y el diseño de las políticas públicas, para la evaluación de servicios asistenciales, y de estrategia para el monitoreo de las contingencias sanitarias, en ensayos clínicos y pruebas terapéuticas (Bennet, *et al.*, 2007).

Sin embargo, se reconoce que en las cuestiones de salud no se expresan solamente las dimensiones biológicas, vistas como un complejo de determinaciones e interacciones genéticas, bioquímicas, inmunológicas, hormonales, nutricionales y ecológicas, sino también están las dimensiones sociales que determinan la producción de condiciones en que se materializan las dimensiones biológicas, en un espacio cultural. Se presenta entonces, el desafío de entender los fenómenos sociales en el estudio de los procesos de salud colectiva.

Una mirada propositiva para la reflexión de la base social en salud, como pretende la epidemiología sociocultural, tiene antecedente en la corriente de pensamiento identificada como medicina social (Castro, 2003; López, Escudero y Carmona, 2008) de gran presencia en el ámbito latinoamericano desde los años 70, que reconoce:

dos grandes objetivos en el estudio de la salud colectiva: 1) la distribución y los determinantes de la salud-enfermedad y 2) las interpretaciones, los saberes y las prácticas especializadas en torno a la salud, la enfermedad y la muerte (...) Se desarrolla una posición crítica frente a las visiones biomédicas y epidemiológicas convencionales que desarticulan a la s/e (salud/enfermedad) de los procesos sociales, naturalizan lo social e individualizan los fenómenos cuyo proceder metodológico es propio de las ciencias naturales (:324)

Al advertir la insuficiencia de la epidemiología para dar cuenta cabalmente de los procesos de salud, diversos grupos académicos han propuesto la construcción de una epidemiología sociocultural que ponga en diálogo a las ciencias biomédicas con las ciencias sociales y las humanidades, para ampliar la comprensión de los fenómenos de salud colectiva(Haro, 2011). La propuesta para una epidemiología sociocultural se fundamenta en abordar conjuntamente las distintas dimensiones que convergen en las cuestiones sanitarias, con un interés crítico y aplicativo. Algunos argumentos que sustentan la epidemiología sociocultural como una aproximación pertinente al estudio de temas de salud, se sintetizan a continuación:

- Los enfoques biomédicos positivistas tienden a la fragmentación y descontextualización de los problemas sanitarios, en la búsqueda del agente específico, la vacuna decisiva, el medicamento de elección, la molécula responsable.
- Una de las consecuencias de ese enfoque es la individualización de la responsabilidad en la atención a la salud y en la prevención de las enfermedades, con una marcada tendencia hacia la medicalización.
- Se reconoce una paradoja entre las posibilidades tecnológicas de la medicina clínica a nivel individual y el deterioro de la salud poblacional a gran escala.
- Se trata de reconfigurar el modo en que se conceptualizan los problemas de salud, desde la consideración de los objetivos del quehacer científico en el ámbito sanitario, hasta la actualización teórica y técnica que alude a un diálogo epistémico.
- Este diálogo debe incorporar a los sujetos y conjuntos sociales que sufren y experimentan las situaciones de enfermedad y malestar, como requerimiento necesario para su comprensión integral y propuestas de atención.
- Reformular el quehacer epidemiológico e incidir en la salud pública, tanto en sus aspectos éticos como políticos.

Menéndez, sostiene que el desarrollo de la epidemiología sociocultural se basa en la complementación de la antropología médica y la epidemiología, y reconoce la posibilidad de la epidemiología de establecer generalizaciones mientras que la antropología aporta la cualidad del tema abordado (Menéndez, 2011).

...en ambas disciplinas el proceso de construcción de tipos y modelos es inevitablemente cualitativo (...) en última instancia todos trabajamos con modelos/tipos explicativos o comprensivos. (:37)

Este autor reconoce los alcances teóricos y metodológicos de sus nociones sobre *Modelo Médico Hegemónico* (MMH) y *Proceso Salud Enfermedad Atención Prevención* (PSEAP), como ejes de análisis en la integración y la práctica de la epidemiología sociocultural. En sus propuestas teóricas y metodológicas recomienda:

La epidemiología sociocultural basa su trabajo en los “actores sociales significativos”, los cuales deben ser considerados como significativos en función de la importancia que tienen respecto del proceso de salud a investigar, estableciendo por tanto criterios de selección que deben ser aplicados para conseguir entrevistar y observar justamente a los sujetos que tienen que ver con la problemática que se quiere estudiar, y no solo a cualquier sujeto que se deja entrevistar. (:50)

Hersch sugiere que la epidemiología sociocultural (ES) constituye un referente operativo y analítico integrador, con la categoría *daño evitable* como uno de los ejes analíticos (Hersch, 2013). Propone que los métodos y las técnicas emergen como estrategia del problema de estudio, y no a la inversa, pues se diseñan de acuerdo con las preguntas de investigación. Indica que para la ES,

Su eje teórico asume como objeto de estudio un proceso dinámico que nunca se expresa como una “historia natural de la enfermedad” ajena a las relaciones sociales; de ahí que el eje *atención-desatención* ha de ser analizado explícitamente como tal (:S14)

Este autor propone que se trata de un diálogo de saberes cuyo foco son los problemas, más que las disciplinas, y que hay que reflexionar sobre la articulación de la información resultante con los procesos de reivindicación social, organización y gobierno, al propiciar que los agentes significativos se expresen. Expone una serie de elementos definitorios y potenciales para una epidemiología sociocultural, que merece una revisión detallada (:S16), que no se presentará aquí. Esta tesis sigue algunos de los requisitos de objeto, de método y de proyección, que propone este autor.

El acercamiento desde las disciplinas biomédicas resulta insuficiente para responder por qué las cosas suceden así ni qué significan esos sucesos para los “agentes sociales significativos”, ya que se establece una distancia entre el investigador y lo investigado como garantía de *objetividad*. Sin embargo, la alimentación humana en general, y en particular la de los bebés, no es un hecho que pueda entenderse solo desde la fisiología y el metabolismo, sino que es la consideración explícita del contexto social lo que permite que se revelan formas específicas en que las familias, las instituciones y las culturas construyen los sujetos sociales que participan en las prácticas de la crianza (Salas, Torre y Pérez-Gil, 2011).

1.6.2 Investigación cualitativa en salud

En el estudio de los procesos de salud tienen mucho que decir las humanidades y las estrategias metodológicas cualitativas, ya que ponen énfasis en las cualidades de las entidades y de los procesos, así como en el significado para los actores sociales, en un campo trascendental ética y políticamente como es el de la salud (Martínez, 2010). Se trata de aproximarse a los sucesos complejos para describirlos en profundidad, en su medio natural, en donde suceden y como suceden. Esta aproximación conlleva desarrollar una investigación procesual, sistemática y profunda de un asunto concreto, para convertirlo en tema de estudio, a través del análisis de diversos casos.

Un problema de estudio como el que aquí se presenta, puede ser leído de muchas maneras. La investigación cualitativa y sus métodos ofrecen un camino para entender los temas de salud colectiva y para ofrecer un análisis y una interpretación experta. La investigación cualitativa es el producto de todo el trabajo de investigación, pues a quienes investigan de manera cualitativa no se les pide una explicación parcial a un problema, sino su comprensión (Stake, 2005).

Creswell (Creswell, 2007) define cinco aproximaciones al diseño de la investigación cualitativa: la pesquisa narrativa, la fenomenología, la teoría empíricamente fundamentada, la etnografía y el estudio de casos. En este acercamiento a la AI, se decidió tomar el estudio de casos como estrategia metodológica básica, pero también tiene algo de pesquisa narrativa y teoría fundamentada. Este mismo autor sugiere cuatro paradigmas interpretativos: post-positivismo, constructivismo social, participación social y pragmatismo. Esta tesis se adhiere al constructivismo y a la participación social.

Madel (Madel, 2012), apunta que la investigación cualitativa es un instrumento metodológico tridimensional de utilidad para la construcción de objetos de la ciencia moderna. Una dimensión es teórica epistemológica, otra es la construcción del objeto y el lenguaje, y otra más, el conjunto de técnicas e instrumentos de pesquisa, el *hacer* investigación cualitativa. Señala que las metodologías cualitativas de las ciencias sociales buscan la comprensión y la interpretación, mientras que las ciencias de la vida persiguen la explicación. Que el estilo y la adscripción del pensamiento biomédico, en el sentido dado por Fleck y Foucault (Fleck, 1986; Foucault, 2011), están orientados por la mirada anatomoclínica, la tensión está entre el proyecto tecnocientífico *versus* el ético humanista.

Este trabajo se inspira también en la propuesta de Denzin y Lincoln (Denzin y Lincoln, 2007), quienes caracterizan a la investigación cualitativa como:

...multimetódica en enfoque, comprendiendo un acercamiento interpretativo y naturalístico a su materia de estudio. Esto significa que los investigadores cualitativos estudian las cosas en sus espacios naturales, intentando encontrar el sentido, o interpretando los fenómenos en términos de los significados que las personas les asignan. (...) La investigación cualitativa involucra ... la recolección de una variedad de materiales empíricos —estudios de caso, experiencia personal, introspección, historias de vida, entrevistas, observaciones, la historia, interacciones, y textos visuales, entre otros— que describen momentos y significados rutinarios y problemáticos en la vida de los individuos. ... un conjunto de prácticas bien enlazadas que dan solución a un problema en una situación concreta... Si es necesario inventar nuevas herramientas... el investigador las hará. La elección de cuáles herramientas utilizará, cuáles prácticas de investigación empleará, no se define previamente. La selección de prácticas de investigación depende de las preguntas que se van haciendo, y las preguntas dependen de su contexto lo que hay en el contexto y lo que el investigador puede hacer en ese espacio. (:3)

De las diversas propuestas metodológicas alrededor de la investigación cualitativa, se tomó la observación, el registro audiograbado y las notas del diario de campo (Sánchez, 2008), para registrar lo sucedido durante el tiempo que duró cada consulta. Se transcribió toda la consulta, distinguiendo lo dicho por médicos, madres, enfermeras, acompañantes, observadora e interrupciones audibles. En las transcripciones, junto con el audio, se identificaron y seleccionaron solo las interacciones verbales entre médicos y madres sobre AI, mediante la eliminación de todo lo que no fue dicho por médicos o madres, y después, de todo lo que no trató el tema alimentario, con revisiones hasta en cinco ocasiones por caso. Después de limpiarlas un poco de muletillas, sobre todo de los médicos, los textos seleccionados se constituyeron en la base de datos para realizar el análisis semántico y la lectura individual de cada caso. Se presentan algunos descriptores, manteniendo cada caso como unidad de análisis.

Posterior a la consulta, se entrevistó a las madres, por no más de 10 minutos, para construir el perfil materno, el estatus alimentario infantil y los tiempos de llegada, de salida y de espera. A final del trabajo de campo, se realizaron las entrevistas a los médicos que aceptaron (Vela, 2008), 9 en total: 5 mujeres y 4 hombres.

1.6.3 Integración del estudio de casos

Esta tesis propuso la integración de un estudio de casos (Yin, 2009), que ha permitido profundizar en la relación médico-madre-bebé, que ocurre en la consulta médica en un Centro de Salud de primer nivel, en la Ciudad de México, en el año 2012. Se

documentó sistemáticamente lo que se dijo sobre AI, tanto por los médicos como por las madres, y eso se consideró como elaboraciones sociales compartidas, que pueden ser observables empíricos. A eso se le ha llamado *Interacción verbal médico-madre sobre Aly* genéricamente se le denomina *caso*.

Martínez (Martínez, 2006) reconoce en el estudio de caso una estrategia metodológica vinculada a la investigación cualitativa cuyo camino consiste en generar una teoría a partir de una serie de proposiciones de un cuerpo teórico, que servirá de punto de partida haciendo uso del pensamiento inductivo. Esta autora argumenta que el estudio de casos es un método riguroso que resulta pertinente para investigar fenómenos que dan respuesta a las preguntas ¿cómo y por qué ocurren? La decisión metodológica es que el estudio de casos permite estudiar un tema determinado desde múltiples perspectivas y no desde la influencia de una sola variable y ofrece un conocimiento más amplio de los fenómenos bajo estudio.

Se elaboró la noción de AI como un marco que integra lo que dicen, tanto médicos como madres, sobre el dar de comer y de beber algo a los bebés, ciertos asuntos relativos a la antropometría, el estado de nutrición y el crecimiento infantil, la rehidratación oral, los vitamínicos, seleccionando conversaciones completas, que pueden derivar en otro tema. Por lo tanto, se seleccionó todo que se dice sobre lactancia, la mención o descripción de otros alimentos y bebidas, preparaciones, la mención de marcas, de utensilios para alimentar a los bebés y de algunos cuidados generales relacionados con el tema alimentario como la higiene de biberones, el hacerle repetir, y algunos otros asuntos tratados durante las consultas, fueron seleccionados como relativos a la AI. Esta selección es la unidad de análisis que se propone a partir de identificar a la AI como un objeto de estudio, desde una mirada experta. Es una selección personal.

Se requiere integrar una muestra teórica que dé cuenta del proceso alimentario y de los eventos que lo componen. Al ser una trayectoria que se integra en el tiempo y con la edad, se pueden organizar los casos en función de la edad infantil. Las 20 consultas observadas ofrecen un panorama general del grupo, desde el nacimiento hasta los seis meses, que proporciona mucha información sobre los momentos significativos de las decisiones maternas y su manifestación en la consulta médica, así como la reacción médica al respecto y su alcance.

El *locus* de las observaciones fue el Centro de Salud Xochimilco (CS), en la zona sur oriente de la Ciudad de México, seleccionado por conveniencia con base en los

siguientes argumentos: relaciones interinstitucionales favorables; cercanía del lugar de trabajo y facilidades de acceso; singularidad del entorno socioeconómico; ser vecino de la Jurisdicción administrativa y un Centro de Salud que gestiona los programas y acciones territoriales de salud pública; el número de consultas otorgadas al grupo de interés era suficiente; aceptación del proyecto por parte de la dirección del Centro.

La unidad de observación es la consulta médica de primer nivel para bebés menores de seis meses; la unidad de análisis lo dicho por médicos y por madres sobre AI. De la consulta se describen el motivo y la duración total en minutos. Para el perfil médico, se identificaron los siguientes descriptores: sexo, años de trabajo en el CS, lugar de estudios, cursos sobre AI. Los descriptores maternos son la edad, escolaridad, cohabitación, tiempo de traslado hasta el CS, trabajo e ingreso personal. Del bebé, la edad, el sexo, tipo de parto, peso y longitud al nacer y al día de la consulta, estatus alimentario en consultay estatus alimentario en entrevista.

Se realizó un análisis semántico de las interacciones verbales, mediante el número de palabras dichas por el médico y el número de palabras dichas por la madre, que se agruparon bajo temas recurrentes y se estableció un índice descriptivo general por grupos semánticos. Se diseñó una tipología de los tonos de la interacción entre el médico y la madre, y se buscó la diferencia entre el estatus alimentario infantil manifestado en la consulta y el obtenido en la entrevista materna post consulta.

Cada caso cuenta con elementos del contexto particular y con información para caracterizar el estatus alimentario infantil, así como cierta información pertinente para la lectura a nivel individual. La integración total del estudio fue de 20 casos, ordenados por edad y por estatus alimentario, que se presentan a manera de cuaderno de notas, para diferentes lecturas.

1.6.4 Recolección de información

Entre noviembre de 2011 y marzo de 2012, se gestionaron los procesos administrativos para tener acceso al CS. En abril, se presentó el protocolo de investigación en una sesión académica ante el personal médico y de enfermería, presentando la solicitud de anuencia a las consultas médicas y la autorización para la audiograbación. Entre marzo y septiembre de ese año, se observaron las consultas, en noviembre se realizaron las entrevistas al personal médico.

El CS abre sus puertas alrededor de las 8 de la mañana y ya hay mucha gente esperando a que comiencen a “dar las citas”. A las 2 de la tarde termina la actividad

sustancial del CS, aunque queda un consultorio que ofrece servicios hasta las 7 de la tarde. Se acudió al CS en diferentes días de la semana y en diferentes horarios.

El procedimiento para seleccionar las consultas a observar fue más o menos el siguiente. La observadora acude al CS con bata blanca y logotipo de la UAM. En la sala de espera se identificó a las madres que llevaban a consultar bebés pequeños, algunas de ellas acompañadas por algún familiar, se preguntó la edad del bebé, si no llegaba a los 6 meses cumplidos, se tomaba en cuenta para ser observado, algo así como una preselección. Al ser llamada a consulta, por la enfermera, la primera pareja madre bebé preseleccionada, se solicitaba a la madre el consentimiento verbal para observar y audiograbar la consulta. Si la madre lo permitía, al entrar al consultorio se pedía la autorización del médico, si lo concedía, se encendía la grabadora y comenzaba a contar el tiempo de consulta. Algún médico se negó sistemáticamente y la mayoría de las madres permitió la observación de las consultas.

Para documentar las características de la consulta, se elaboró una guía de observación cuyo objetivo fue hacer una descripción completa en tanto caso de estudio (Ver Anexo 1). Los principales rubros observados fueron el motivo y duración de la consulta, la presencia y participación del personal de enfermería, la presencia o ausencia de acompañantes, los momentos en que se toca el tema, las interrupciones, indicadores de vulnerabilidad social, y alguna observación personal sobre el desarrollo de la consulta.

Al terminar la consulta, de nuevo en la sala de espera o en el pasillo, se realizó la entrevista a las madres, que no tomaba ni 10 minutos. El instrumento fue un cuestionario de 7 preguntas, que permitió construir el perfil materno y establecer el estatus alimentario infantil a partir de la pregunta *¿qué comió ayer su bebé?* (Ver Anexo 2), que se contrastó con modelo de referencia de la OMS.

Se realizaron hasta dos observaciones y entrevistas por día. La técnica de observación durante la consulta se denomina de sombra (Castro, 2008), que consiste en que quien observa pase lo más desapercibido posible, al ubicarse en el lugar en que se estorbaba menos y limitando al máximo la interacción verbal, corporal y visual con los agentes sociales significativos.

Tras concluir la etapa de observación de las consultas, en octubre de 2012 se realizaron las entrevistas a los médicos que aceptaron las observaciones, 5 mujeres y 4 hombres, mediante una guía de entrevista abierta (Ver Anexo 3), con una duración aproximada de 15 a 30 minutos. Esto permitió elaborar el perfil médico, laboral y profesional, así como recoger sus opiniones y argumentos respecto a la temática

alimentaria infantil, a partir de alguna pregunta generadora. Así se lograron las narraciones respecto a la opinión de los médicos sobre la AI, en tanto fenómeno de salud pública y de práctica profesional, de las que se toman argumentos para sustentar lo que se dice en cada caso, lo que dan sentido a las prescripciones dadas.

El estatus alimentario infantil se tiene de dos fuentes: el obtenido en el diálogo llevado a cabo entre el médico y la madre durante la consulta; y el estatus alimentario infantil obtenido mediante entrevista post-consulta a las madres. Se comparan ambos estatus.

Se caracterizan los perfiles de los médicos, las madres y los bebés; se presenta un análisis de la interacción verbal entre el médico y la madre sobre AI a través de una selección de palabras significativas y una tipología semántica. Se propone una serie de conclusiones y recomendaciones que pudieran ser de utilidad para el diseño de políticas públicas, en el ámbito educativo, en la práctica médica cotidiana de los Centros de Salud.

1.6.5 Análisis

Se integraron 20 archivos electrónicos que se manejaron tanto de manera individual como agrupados. Mediante los programas computacionales Excell, Word y Atlas-ti, se realizó el conteo de palabras dichas por los médicos y por las madres, se identificaron las palabras significativas, se buscaron los diferentes significados y se agruparon en 10 grupos semánticos, bajo la guía del propio proceso de identificación y selección. Se buscaron intencionadamente, nociones relativas al proceso de AI, como LM, LME, succión o agarre eficiente, entre otros. Este trabajo fue realizado por la investigadora titular en diálogo con la investigadora asociada.

Se utilizó el índice descriptivo *razón de palabras médico-madre*, para confrontar el peso del discurso médico frente al materno, en cada caso. De forma agrupada, a manera de un solo discurso médico y un solo discurso materno integrado por los 20 casos, se identificó la frecuencia de todas las palabras expresadas tanto por los médicos como por las madres, de las que se seleccionaron las palabras significativas al tema de la AI. Se identificaron sus significados en las transcripciones, a manera de base de datos, de lo dicho por médicos y madres, sobre todo nombres, verbos, adjetivos, y nociones compuestas pertinentes al tema. Se organizaron en grupos semánticos, considerando que pueden ser diferentes formas de referir una misma

noción o que están relacionadas. Estos grupos se revisaron mediante la razón de palabras médico-madre, para conformar *núcleos temáticos*.

Sobre la cuestión alimentaria en sí, se hace la descripción del estatus alimentario infantil en sus dos acepciones: el obtenido en la consulta médica, y el de la entrevista materna; se buscó la coincidencia y alguna explicación que le dé sentido, tanto en el actuar médico como en el materno. En un intento por mirar algo sobre la pertinencia de lo dicho sobre AI en la consulta médica, su utilidad o su alcance, se construyó una tipología de los tonos médicos y los tonos maternos, en tanto interacción clínica, para buscar las posibilidades de hacer sentido en las madres, lo manifestado por el médico durante la consulta.

El análisis de la situación singular de cada caso, presenta una lectura del objeto de estudio entendido como un asunto de alcance empírico, mediante una reflexión interdisciplinaria y una visión de consejería. De la entrevista a médicos, se tomaron los argumentos que en cada caso dotan de sentido las prescripciones y lo dicho sobre AI durante cada consulta, por los médicos. No necesariamente coinciden los argumentos seleccionados con el médico que está dando la consulta, pero son pertinentes en cuanto ilustran la posición de lo médico, sobre ese caso en particular.

En este primer capítulo han quedado delineados el tema de estudio, los objetivos del proyecto de investigación, los sujetos sociales significativos, las unidades de análisis y las aproximaciones metodológicas. En el próximo capítulo se presentan los puntos de partida para la construcción del objeto de estudio, la AI.

1.7 Bibliografía

- Arana, M. (1982). Fórmulas infantiles para la alimentación infantil *Las multinacionales de la alimentación contra los bebés*. México: Nueva Imagen.
- Bennet, A., Alfvén, T., Alfredsson, L., Ahlbom, A. (2007). *Fundamentos de epidemiología*. España: Siglo XXI.
- Boltanski, L. (1974). *Puericultura y moral de clase*. Barcelona: Ed. Laia
- Casanueva, E., Kaufer, M., Pérez, A., Arroyo, P. (2008). *Nutriología Médica* (C. Esther, K.-H. Martha, P. L. A. Bertha, y A. Pedro Eds. 3 ed.). México, D.F.: Médica Panamericana.
- Castro, C. (2008). *De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud*. (E. C. d. Sonora Ed.). Hermosillo, Sonora, México.
- Castro, R. (2003). Ciencias sociales y salud en México: movimientos fundacionales y desarrollos actuales *Ciencia y Salud Colectiva*, 8(1), 47-62.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annu. Rev. Sociol.*(18), 209-232.
- Conrad, P., y Schneider, J. (1980). *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. St. Louis: The C.V. Mosby.
- Contreras, J., Gracia, M. (2005). *Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel.
- Creswell, J. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Thousand Oaks CA: SAGE.
- Denzin, N., Lincoln, Y. (2007). *The landscape of qualitative research* (3 ed.). California: SAGE.
- Acuerdo No. 95 por el que se crea el Comité Nacional de Lactancia Materna (1991).
- Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina. (2012). *Trabalho, Educação e Saúde*, 10, 335-345.
- Fleck, L. (1986). *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid.
- Foucault, M. (2011). *El orden del discurso* (6 ed.). Barcelona: Tusquets.
- Garreau, G. (1980). Negocios son negocios *El negocio de los alimentos: las multinacionales de la desnutrición*: Nueva Imagen.
- Haro, A. (2011). *Epidemiología Sociocultural. Un Diálogo en torno a su Sentido, Métodos y Alcances*. Colegio de Sonora: Lugar Editorial.
- Hersch, P. (2013). Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. *Salud Pública de México*, 55(5), 512-518.
- Illich, I. (1976). *Némesis Médica*. México: Ed. Joaquín Mortiz.
- INEGI. (2011). México en cifras. Retrieved Septiembre, 2013
- INSP. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2012. México.
- Lawrence, R., Lawrence, R. (2010). Breastfeeding: A Guide for Medical Professional. In E. Mosby (Ed.), (7 ed., pp. 1087). Marylan Heights, Missouri.
- Lawrence, R., Robert M. (2010). Breastfeeding: A Guide for Medical Professional. In E. Mosby (Ed.), (7 ed., pp. 1087). Marylan Heights, Missouri.
- López, O., Escudero, J., Carmona, L. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES*. *Medicina social*, 3(4), 323-335.
- Madel, L. (2012). *Acções e saberes plurais em pesquisas qualitativas em saúde*. Paper presented at the V Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud:

Circulación de saberes y Desafíos en salud, Lisboa, Portugal.
<http://stk48.outbox.ativism.pt/es/contenido/programa/programa-pdf-es/programa-pdf-es.html>

- Margen, S., Melnick, V., Neuhauser, L., Rios, E. (1991). *Infant Feeding in Mexico. A study of health facility and mothers' practices in three regions*. Washington D.C: Nestlé Infant Formula Audit Comision.
- Martínez, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência y Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619.
- Martínez, C. (Ed.). (2010). *Por los caminos de la investigación cualitativa. Exploraciones narrativas y reflexiones en el ámbito de la salud*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso: Estrategia Metodológica de la Investigación Científica. *Pensamiento y Gestión*(20), 167-193.
- Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*(14), 33-69.
- Menéndez, E. (2011). *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social* (14), 33-69.
- Millard, A. (1990). The Place of the Clock in Pediatric Advice: Rationales, Cultural Themes and Impediments to Breastfeeding. *Social Science y Medicine*, 2(31), 211-221.
- OMS. (2009). Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. In UNICEF/USAID/AED/UCDAVIS/IFPRI (Ed.), *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.* Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- OMS/OPS. (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. Washington, D.C.: OMS/OPS.
- OMS/ UNICEF/ OPS. (1993). *Consejería en Lactancia Materna: Curso de Capacitación*. Nueva York: OMS.
- Pérez-Escamilla, R., Lutter, C., Segall, A., Rivera, A., Treviño, S., Sanghvi, T. (1995). Exclusive breast-feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three Latin American countries. *The Journal of nutrition*, 125(12), 2972-2984.
- Pérez-Escamilla, R., Segura, S., Pollit, E., Dewey, K. (1993). Determinants of lactation performance across time in an urban population from Mexico. *Soc Sci Med uncorrected proofs*.
- Ramos-Galván, R. (1985). *Alimentación normal en niños y adolescentes, teoría y práctica*. México: El Manual Moderno.
- Rodríguez, J., Acosta, N. (2008). Factores Asociados a la Lactancia Materna Exclusiva en Población Pobre de Áreas Urbanas de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 10, 71-84.
- Salas, M. (2011a). *La alimentación de un grupo de bebés menores de seis meses en Xochimilco, México. Relaciones entre el saber materno/doméstico y el saber médico*. (Doctorado), El Colegio de Michoacán, Zamora, Michoacán.
- Salas, M. (2011b). *La alimentación de un grupo de bebés menores de seis meses en Xochimilco, México: relaciones entre el saber materno/doméstico y el saber médico*. (Doctorado), El Colegio de Michoacán, Zamora, Michoacán.
- Salas, M., Torre, P. (1992). Lactancia materna: compromisos para revertir una tendencia. *Revista del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán*, III(16), 15-20.

- Salas, M., Torre, P. (2006). Contribución a la comprensión de la alimentación infantil. In M. Bertrán y P. Arroyo (Eds.), *Diálogos entre Antropología y Nutrición* (pp. 257-275). México: Funsalud/Fondo Nestlé para la Nutrición/UAM-X.
- Salas, M., Torre, P., Pérez-Gil, S. (2011). Hacia una propuesta de epidemiología sociocultural en alimentación infantil. In A. Haro (Ed.), *Epidemiología sociocultural Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances* (pp. 349-370). Buenos Aires: Editorial Lugar, El Colegio de Sonora.
- Stake, R. (2005). *Multiple Case Study Analysis*: The Guilford Press.
- Sánchez, R. (2008). La observación participante como escenario y configuración de la diversidad de significados. In L. Tarrés (Ed.), *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. (pp. 97-130). México, D.F.: Porrúa/El colegio de México/FLACSO.
- Torre, P., Salas, M. (2006). Fórmulas infantiles de inicio y de continuación en la Ciudad de México: precios al público de 1997 a 2005. *Nutrición Clínica*, 9(1), 13-18.
- UNAM (Producer). Carpeta de información básica: Centro de Salud TIII "Xochimilco". Retrieved from <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/cdpcomun/spyc/centros/Xochimilco.pdf>
- Van Esterik, P. (1989). *Beyond the Breast-Bottle Controversy*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Vandale, S., Rivera, M. E., Kageyama, M., Tirado, L., López, M. (1997). Lactancia materna, destete y ablactación: una encuesta en comunidades rurales de México. *Salud Pública de México*, 39, 412-419.
- Vela, F. (2008). Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. In M. L. Tarrés (Ed.), *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. (pp. 63-91): Colegio de México/Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales/Miguel Ángel Porrúa.
- Villalpando, S., Villalpando, S. (2008). Nutrición en el primer año de vida. En: Casanueva, E. Pérez, B.y Arroyo,P. (Eds.), *Nutriología Médica* (3a. ed., pp. 59-76). México: Fundación Mexicana para la Salud, Ed. Panamericana.
- Wellstart, I. (2013). *Lactation Management Self-Study Modules* (4 ed.). Shelburne, Vermont: Wellstart International.
- Yin, R. (2009). *Case Study Research: Design and Methods* (Cuarta ed.): SAGE.
- Ysunza, A. (1986). El abandono de la lactancia materna en México II su causalidad *Rev. Invest. Clínica*(Suplemento 38), 97-102.

Capítulo 2 Marco Teórico y Marco Conceptual

Para la caracterización y construcción del objeto de estudio de esta tesis, se presenta un recorrido a través de ciertos autores de quienes se tomaron algunas categorías teóricas para desarrollar una aproximación social a las cuestiones de salud. Se busca hacer un paralelismo con las categorías propuestas y las utilizadas en el desarrollo de esta investigación. Más adelante, el marco conceptual, está integrado por los elementos institucionales que encuadran el tema estudiado.

2.1 Marco Teórico

2.1.1 Ideas de algunos autores

De las ideas de Fleck, plasmadas en su libro *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*, publicado en Polonia en 1934, traducido al inglés hasta 1979 por la Universidad de Chicago y al español en 1986, por Alianza Editorial, en Madrid (Fleck, 1986), se tomaron algunas nociones para construir la versión epistemológica del objeto de estudio.

Al presentar la sucesión de las entidades nosológicas del concepto sobre la sífilis, desde la místico-ética, pasando por la empírico-terapéutica, la histopatológica, hasta la etiológica, señala que:

No podemos liberarnos de un pasado que sigue vivo en conceptos heredados, en las formas de concebir los problemas, en los programas de la enseñanza formal, en la vida diaria, en el lenguaje y en las instituciones (:46).

Así, Fleck muestra la condicionalidad histórica y cultural de la elección epistemológica, y la convención para hablar sobre una *entidad nosológica* desde un *estilo de pensamiento* que determina cada concepto. Propuso que para reconstruir la epistemología sobre un campo del saber o sobre una disciplina, es preciso reconocer el *colectivo de pensamiento* y el *estilo de pensamiento*. Planteó que cuanto más sistemáticamente esté construida una rama del saber y más rica en detalles y conexiones con otras ramas, tanto menor será la diferencia de opiniones.

Justamente por eso parecen relaciones “reales”, “objetivas” y “verdaderas” (:56).

El colectivo de pensamiento representa al grupo que comparte una idea común, el estilo de pensamiento. Es resultado de un complejo proceso de entrenamiento intelectual, basado en una acción recíproca del cognoscente, de lo ya conocido y de lo por conocer. El concepto de entidad nosológica es el resultado tanto del trabajo sintético como analítico; el concepto vigente no es la única solución posible, a decir de Fleck. Establece que si una concepción llega suficientemente fuerte a un colectivo de pensamiento, penetra hasta la vida diaria en los *usos lingüísticos* y queda convertida en un punto de vista, entonces parece impensable e inimaginable una contradicción.

Podemos definir el estilo de pensamiento como un percibir dirigido con la correspondiente elaboración intelectual y objetiva de lo percibido. Queda caracterizado por los rasgos comunes de los problemas que interesan al colectivo de pensamiento, por los juicios que el pensamiento colectivo considera evidentes y por los métodos que emplea como medio de conocimiento (:82).

El estilo de pensamiento hace necesaria la operación del colectivo de pensamiento, ya que cuando se dirige la atención al aspecto formal de las actividades científicas no se puede dejar de observar su estructura social.

Hay jerarquías científicas, grupos seguidores y opositores, sociedades y congresos, revistas periódicas y acuerdos de intercambio. Un colectivo bien organizado es el portador de un saber que supera con mucho la capacidad de cualquier individuo. El conocer representa la actividad más condicionada socialmente de la persona y el conocimiento es la creación social por excelencia (:95)

Indica que las palabras no poseen en sí mismas un significado fijo, adquieren su sentido exacto en un contexto dentro de un campo de pensamiento, tras una introducción histórica o didáctica. Estos preceptos forman el estilo de pensamiento del colectivo, determinan la orientación de la investigación y la conectan con una tradición específica. Señala que el primer efecto de la estructura general del colectivo de pensamiento científico consiste en la oposición entre el saber especializado con el saber popular.

Distinguiremos entre *ciencia de revistas* y *ciencia de manuales*, que juntas constituyen la ciencia especializada. La iniciación a la ciencia se realiza conforme a métodos pedagógicos concretos tendremos que referirnos también a la *ciencia de los libros de texto*, cuarta forma socio-intelectual del colectivo del pensamiento científico. La ciencia popular supone la mayor parte del conocimiento científico, es un factor que actúa en todo conocimiento y debe valorarse como un problema epistemológico. (:160)

Para Fleck la verdad científica no es objetiva ni subjetiva, sino que es relativa. Su relatividad está en función del estilo de pensamiento específico de cada época y de las particularidades de cada rama de la ciencia. Cada época plantea concepciones

dominantes, otras que son restos del pasado y algunas que son indicio de las nociones futuras.

De este autor, se puede tomar la categoría *entidad nosológica* para definir el objeto de estudio, la entidad AI, trabajado en esta tesis. De la interacción verbal entre médicos y madres, se buscan los descriptores del *estilo de pensamiento* que corresponde al *colectivo de pensamiento médico* sobre este tema singular. El grupo materno infantil, como *colectivo de pensamiento materno*, pero también como campo de expresión del estilo de pensamiento biomédico sobre AI, a través de los *usos lingüísticos*, mediante las conversaciones que resultan durante la consulta médica.

De Foucault (Foucault, 2011), se tomaron también ideas y auxiliares para la lectura del objeto de estudio, a manera de aspiración. La idea de la *voluntad de verdad*, que puede ser similar al estilo de pensamiento de Fleck:

Pues la voluntad de verdad, como los otros sistemas de exclusión, se apoya en una base institucional: está a la vez reforzada y acompañada por una densa serie de prácticas como la pedagogía, el sistema de libros, la edición, las bibliotecas, las sociedades de sabios de antaño, los laboratorios actuales... La forma que tiene el saber de ponerse en práctica en una sociedad (:22).

La nociones de disciplina, discurso y poder que propone Foucault (Deleuze, 1987; Foucault, 2011), sirven para dotar a la interacción verbal médico-madre durante la consulta médica, como el espacio en que se expresan la disciplina, el discurso y el poder. Reconoce en las disciplinas un principio de limitación e indica:

Una disciplina se define por un ámbito de objetos, un conjunto de métodos, un corpus de proposiciones consideradas verdaderas, un juego de reglas y de definiciones, de técnicas y de instrumentos: una especie de sistema anónimo a disposición de quien quiera o de quien pueda servirse de él (...). La disciplina es un principio de control de la producción del discurso. Ella le fija sus límites por el juego de una identidad que tiene la forma de una reactualización permanente de las reglas (:33, 38).

Del discurso menciona:

El ritual define la cualificación que deben poseer los individuos que hablan (y que, en el juego de un diálogo, de la interrogación, de la recitación, deben ocupar tal posición y formular tal tipo de enunciados); definen los gestos, los comportamientos, las circunstancias, y todo el conjunto de signos que deben acompañar al discurso; fija finalmente la eficacia supuesta o impuesta de las palabras, su efecto sobre aquellos a los cuales se dirigen, los límites de su valor coactivo. (:41)

Del poder, establece que se expresa en cualquier tipo de relación humana, evidente entre las clases sociales, los géneros y en este caso, la relación médico-paciente. Esta

relación es una modalidad de ejercicio del poder singular, los mandatos alimentarios para los bebés menor de seis meses, a través de los cuidados maternos.

Sobre la medicina argumenta que:

La medicina no está constituida por el total de cuanto puede decirse de cierto sobre la enfermedad (:44).

Al colocar a la medicina junto con la botánica, explica que ambas disciplinas:

están construidas tanto sobre errores como sobre verdades (:44).

Recomienda que:

Cuatro nociones deben servir pues de principio regulador en el análisis: la del acontecimiento, la de la serie, la de la regularidad y la de la condición de posibilidad (...) Pero lo importante es que la historia no considere un acontecimiento sin definir la serie de la que forma parte, sin especificar el tipo de análisis de la que depende, sin intentar conocer la regularidad de los fenómenos y los límites de probabilidad de su emergencia, sin interrogarse sobre las variaciones, las inflexiones y el ritmo de la curva, sin querer determinar las condiciones de las que dependen (:55)

Propone que una historia de la medicina se aboque en la construcción del discurso médico:

pero también en toda la institución que le sirve de apoyo, lo transmite y lo refuerza, de qué manera se utilizaron el principio de autor, el del comentario, el de la disciplina... de qué manera fue sustituida poco a poco por la práctica del caso, de la colección de casos, del aprendizaje clínico de un caso concreto (:63).

López y colaboradores (López, *et al.*, 2011), en una propuesta para desarrollar el pensamiento de Foucault aplicado al estudio de temas de salud colectiva, explican que, al analizar el desarrollo de la medicina occidental como práctica social hegemónica, Foucault establece que la práctica médica es una expresión concreta del paso de una forma determinada de orden, el orden de lo sagrado, a otro orden basado en el discurso de la ciencia. Con el nacimiento de la clínica, el orden que se impone desde la biomedicina se convierte en un nuevo orden con las funciones que antes cumplía la religión. Entonces, el Estado se convierte en responsable del cuidado del cuerpo social y en responsable de los cuerpos y las conductas de los ciudadanos.

Para estos autores, Foucault permite entender que en el quehacer del médico la separación de la enfermedad del enfermo es necesaria para que el médico pueda realizar su trabajo. Así, la enfermedad queda dotada de existencia propia, se vuelve un ente independiente. El discurso crea una realidad. El discurso médico impone esa

manera hace ver una realidad cuya lógica proviene del propio discurso. En este proceso los elementos son nombrados y clasificados para incorporarse al marco de comprensión que impone el discurso. Solo mediante el discurso el objeto, la enfermedad del enfermo, se convierte en un hecho comprensible, la enfermedad del médico. La singularidad de este objeto de estudio, la AI en la consulta médica de primer nivel, tiene como sujeto *paciente* a un bebé menor de 6 meses, aunque la interacción verbal es con la madre, que es el agente intermedio entre el médico y la enfermedad, en este caso, el monitoreo del estado la salud infantil.

La atención para menores de 6 meses forma parte de los programas prioritarios de salud pública, como el de *Control del Niño Sano*. Este programa mandata la atención del grupo menor de cinco años, en el que va incluido el grupo etario de interés, que pone a la mayoría de los niños y las niñas mexicanas, en contacto con las diversas instituciones de salud, desde su nacimiento. La particularidad de esta relación médico-pacientes que el flujo de autoridad/subordinación estripartita, médico-madre-bebé, que pasa por el juicio médico de las cualidades maternas. Ser una buena mediadora entre el médico y el bebés ser una buena madre.

Otro teórico de la epistemología que aporta conceptos de utilidad para el análisis empírico en temas de salud colectiva es Bourdieu (Bourdieu, 1997). Como resume Castro (Castro, 2008):

Pierre Bourdieu (...) elimina las dicotomías entre estructura-agente y micro-macroanálisis; se rehúsa a oponer objeto y sujeto, intención y causa, materialidad y representación simbólica, y es capaz de fusionar los enfoques fenomenológico y estructural en un análisis integrado y epistemológicamente coherente y con validez universal (:40)

Conceptos tales como *habitus* y *campo de acción*, pero también los de *capital simbólico*, *político*, *económico* y *cultural*; *dominación* y *violencia simbólica*, señalados por Bourdieu, resultan útiles a la investigación de las prácticas sociales en situaciones concretas (Bourdieu, 1995, 1997, 2001), y en cuestiones de salud pública.

Habitus se define como:

...sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones, que pueden estar objetivamente adaptados a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos (:92).

El habitus constituye la conjunción de distintos niveles de la realidad social, en una relación dialéctica de producto productor social o estructura estructurada estructurante. En términos simples, es el sentido práctico de las personas, lo que saben sobre lo que hay que hacer en una situación determinada, dice Bourdieu (1997). Por lo tanto, en la consulta médica de primer nivel están en juego el habitus médico y el materno -que incluye al bebé-, en el locus privilegiado del habitus médico, la consulta médica. Se reconoce que es posible aproximarse a esos sentidos prácticos en juego, y con ello aportar elementos para la comprensión de esta interacción social, que manifiesta en las interacciones verbales sobre AI, durante la consulta médica en el CS,.

Desde la epistemología social, Fuller (Fuller, 2002) propone que el conocimiento es un bien público que requiere una reflexión sobre la “justicia epistémica”, ya que el conocimiento es un privilegio de ciertos sectores de la sociedad y a que hay una relación entre conocimiento y poder, sugiere:

Hay dos formas de entender la ecuación conocimiento = poder. Una supone que más conocimiento ayuda a *concentrar* el poder, la otra, que ayuda a distribuirlo. Quienes siguen la epistemología social analítica, adoptan la segunda perspectiva. (:xix)¹

Para inclinar el resultado de la ecuación hacia su propuesta, Fuller propone el concepto de *intercambio epistémico* y sugiere la definición de conocimiento como una “creencia verdaderamente justificada”, aunque esa idea de conocimiento es fácil de acumular y ha sido diseñada más para los conservadores que para los depositarios y hasta los fundadores de ese conocimiento. Ofrece una epistemología panglosista² mediante la noción de *producción del conocimiento*, derivada sobre todo del marxismo, el estructuralismo y la teoría de sistemas, que resulta de utilidad para la relación entre academia y sociedad, en específico para temas de salud pública.

De Menéndez, se toman tres ideas básicas para abordar el tema de estudio. En primer término, la categoría Proceso Salud Enfermedad Atención Prevención (PSEAP), como recurso heurístico para colocar la discusión de temas relacionados con la salud, y obviar la discusión de si el Sistema de Salud es un sistema de atención a la enfermedad. La pérdida de la salud de algún miembro en una familia, desencadena una serie de pasos para la provisión de atención; comenzando con la identificación del

¹ Traducción personal.

² *Panglossian knowledge*

problema y acciones en el espacio doméstico, *autoatención* dice Menéndez (Menéndez, 1992a); o bien, proceder a establecer contacto con los servicios asistenciales para recibir atención de primer nivel mediante la consulta médica, e incorporar, o no, las prescripciones y recomendaciones terapéuticas y preventivas recibidas. En esta tesis se coloca la AI como un aspecto relacionado con los procesos reproductivos, tanto en los servicios asistenciales de salud, como en las condiciones domésticas, con la salvedad de que la atención del embarazo, parto y puerperio, así como el crecimiento infantil se caracterizan por ser condiciones que requieren contactos frecuentes de la población general, las mujeres en particular, con los sistemas médicos y de atención a la salud, por parte de la población usuaria. gene

El siguiente descriptor de Menéndez (Menéndez, 1992b) es el Modelo Médico Hegemónico (MMH) cuyos rasgos estructurales, sintetizados por Mendoza (Mendoza, 1999) son:

el biologismo, la concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud como mercancía, relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, la participación subordinada y pasiva de los usuarios o consumidores, tendencia a excluir al consumidor del saber médico, legitimación jurídica y académica de las prácticas curadoras, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, medicalización, normatización, tendencia al control social e ideológico, consumismo médico, tendencia al dominio de la cuantificación sobre la calidad, escisión teoría y práctica (:57).

Siguiendo a Gramsci, Menéndez establece que el saber médico es hegemónico, no por razones técnicas sino ideológicas, porque la medicina constituye una profesión poderosa que medicaliza la vida social, posicionada desde la hegemonía, fundamentalmente en las prácticas. Las características del saber médico pueden ser reconstruidas (Menéndez y Di Pardo, 1996), ya que se puede:

hallar la estructura del discurso en sí mismo (:13).

y el descubrimiento de su racionalidad permite confrontarlo con el saber del "otro".

El saber médico, construido a partir de cada uno de los grupos y del conjunto de los mismos, debe ser considerado como una construcción metodológica desarrollada por nosotros. No pretendemos que la estructuración propuesta constituya la realidad, sino sólo una aproximación a ella (:58).

El saber médico puede ser reconstruido de la misma manera que el saber materno, en la interacción que ocurre en la consulta médica, ya que ambos tienen su lógica y su racionalidad estructurales.

2.1.2 Relación clínica

Cuando se habla de la relación médico-paciente, la primera construcción teórica y práctica que viene en mente es el vínculo singular que se entabla, uno a uno, entre un enfermo que sufre y un médico que puede curarlo.. Mientras que una mirada microestructural habla de dos personas en interacción, una macrovisión propone pensar al “médico” como la “autoridad sanitaria” y al “paciente” como la “comunidad” toda, en el espacio de la ciudadanía, dada la expansión de los servicios s ñmédicosse ajustan a la relación médico-paciente.

Dice Aguirre Beltrán(Aguirre-Beltrán, 1986):

La relación médico-paciente es el enlace a partir del cual se construye el nexo total del sistema médico: el eslabón menor de la compleja estructura donde enraízan los diversos patrones culturales ideados por un pueblo para contender con el accidente y la enfermedad (: 210).

Este médico y antropólogo mexicano, caracterizó los rasgos de la medicina en el contexto neoliberal, como una disciplina que pretende ser objetiva, afectivamente neutra, que contempla la causalidad de la salud y la enfermedad con un enfoque francamente racionalista, que no logra superar la debilidad intrínseca del modelo biológico a través de la multicausalidad. Establece que la sociedad liberal en México suministra una estructura dual de servicios de salud, una para la élite y otra para “la masa iletrada”. Plantea el concepto de salud como derecho humano, en un contexto nosológico de reemplazo hacia las enfermedades crónico degenerativas de la sociedad industrial moderna. Señala que la medicina, además de ser una ciencia, es una profesión que desempeña un rol ocupacional que tiene como base la división del trabajo y toma origen en la especialización del conocimiento técnico. El rol solo puede desempeñarse mediante el estatusadquirido, que está abierto a la competencia.

Al referirse al paciente, la otra parte de la interacción clínica, Aguirre Beltrán señala:

El rol del enfermo se caracteriza por el desvalimiento y el desamparo. (...) El rol del enfermo se articula con el rol del médico en una estructura complementaria de roles. La enfermedad constituye una frustración de las expectativas de la vida ordinaria que ubican el enfermo en una posición de básica inferioridad, flaqueza e irracionalidad frente a la preeminencia, el carisma y la racionalidad del médico (:221).

Su noción de enfermedad,

Conforme al modelo enunciado la enfermedad es un estado de inadaptación al medio que solo puede ocurrir cuando convergen, en el tiempo y en el espacio, la combinación de tres órdenes de factores: 1) estímulos del ambiente, 2) respuesta por parte del huésped y 3) el conglomerado de creencias y prácticas que llamamos cultura(:223).

Su opinión sobre la relación médico-paciente como un proceso dinámico, coloca a la consulta médica como elemento de observación y al consultorio, algo así como el terreno de los hechos.

La medicina occidental representa desde su principio, el drama terapéutico en tres escenarios principales; el hogar, el consultorio y el hospital; sin embargo, la relación médico-paciente no permanece la misma, es siempre un proceso dinámico que cambia constantemente de acuerdo con la orientación ideológica de la ciencia y conforme a sus avances técnicos y ello tiene implicaciones específicas en la naturaleza de la relación. En la sociedad liberal el escenario médico por excelencia es la oficina o consultorio. Todavía hoy el número mayor de enfermos inician en él su experiencia en el rol de pacientes. (:229)

De la Fuente (De la Fuente, 2008), destacado psiquiatra mexicano, hace una distinción entre la aproximación al trabajo clínico desde las ciencias humanas, y la que se hace desde las de las ciencias de la vida, en los siguientes términos:

Por ejemplo, estas últimas se ocupan de la base molecular del organismo, pero no se ocupan de la dimensión ética del hombre. Ambos grupos de ciencias son necesarios en el trabajo del clínico y en la investigación de algunos territorios de la medicina aún insuficientemente explorados (...). Los predicamentos humanos, la biografía, la personalidad, la interacción con otros, el estilo de vida y las circunstancias familiares, culturales y sociales ocupan un lugar central en las acciones médicas, y aspectos tales como la relación médico-paciente, las influencias psicoterapéuticas y la necesidad de que el médico adopte una posición crítica y reflexiva ante el uso de los recursos técnicos emergen como puntos centrales en el trabajo del clínico (:13, 14).

Asienta cuestiones importantes sobre el concepto de salud de la OMS, en términos del desarrollo óptimo de las capacidades humanas y el bienestar integral de las personas. Se puede pensar con él, que el nacimiento y el desarrollo de la medicina institucional y de la seguridad social en México ha sido un avance muy importante.

La forma como los médicos se aproximan a los pacientes está influida por el modelo conceptual que organiza los conocimientos y los tipos de aprendizaje, así como de las experiencias concretas sobre las cuales un estudiante aprende a ser médico. Este modelo no es necesariamente explícito y es frecuente que el médico desconozca la función que ejerce sobre su pensamiento y sus acciones. Los maestros, los textos, las instituciones y las organizaciones administrativas de las que forma parte, expresan el modelo conceptual prevalente en una época y en una cultura dadas.

De la Fuente indica que conviene distinguir entre el quehacer del clínico y el del científico. En tanto que el científico tiene como objetivo aumentar el conocimiento, el clínico tiene como tarea principal cuidar la salud de las personas, prevenir

sus enfermedades y curarlas cuando enferman. El científico aborda componentes de la totalidad organizada, en tanto que el clínico ha de abordar a la persona enferma como una totalidad y advierte:

Frente a una medicina centrada en la enfermedad y abrumada por la técnica, se propone una medicina centrada en la persona. Es claro que esta última requiera que el médico dedique el tiempo necesario a cada uno de sus enfermos (...). El resultado es que su trabajo institucional se ve reducido a un ejercicio nosológico elemental que es tan insatisfactorio para los enfermos como para los propios médicos. (:21,22)

El eje de la relación médico-paciente es la relación clínica que se establece entre el médico y la enfermedad que pasa por el enfermo. La caracterización de esta relación ha pasado por diferentes denominaciones que corresponden con los actores que entran en juego, con la forma de concebir a quienes se acercan a los servicios de salud y a quienes ofrecen los servicios profesionales: médico-enfermo, médico-paciente, sanitario usuario, hasta arribar a lo que García Guillén denomina relación clínica (Otomuro y Mirabile, 2012), que parece pertinente para circunscribir esa singular relación. A medida que la medicina y los servicios asistenciales se hacen más complejos, son más los profesionales de salud que participan en la interacción. El enfermo ha pasado a ser considerado como paciente, consumidor, cliente, usuario o derechohabiente de los sistemas de salud, cualquiera que éste sea. Un paso adelante sería darle sentido en el contexto del derecho a la salud y la autonomía, en el marco de la ciudadanía y la acción social.

En la medida en que se han implementado políticas de prevención y promoción de la salud, son más las personas sanas que se acercan a los centros de salud y a los hospitales. Se puede tener en cuenta que las acciones médicas son diagnósticas, terapéuticas pero también preventivas. La diferencia entre la Medicina y la Salud Pública, es que la primera lo hace en términos individuales y subjetivos, y la segunda, enfoca los problemas de salud en términos colectivos y globales. Si bien ambas intentan restablecer la salud, la Medicina lo hace en términos específicos para cada sujeto, paciente, enfermo, mientras que la Salud Pública lo hace en forma de localidad, ciudad o región. (López *et al.*, 2011). El espacio de observación es la consulta médica, sitio del ejercicio de los actores sociales significativos, en este caso, los médicos, las madres y los bebés.

2.1.3 Profesión médica

De los tres agentes sociales significativos involucrados en nuestro objeto de estudio, el médico, en el ejercicio de su profesión mediante la consulta médica, es quien dirige y dirige el rumbo de la interacción con los otros dos agentes: la madre y el bebé, en un marco institucional y social dado. Es quien ejerce el poder que le otorga la hegemonía y el reconocimiento social.

Para Freidson (Freidson, 1978) la medicina desplazó a la religión y al derecho, para ocuparse de diagnosticar y tratar las enfermedades. Las características principales de la supremacía de la medicina como profesión es haber logrado constituirse en autoridad experta, poseedora del monopolio aprobado sobre el derecho de definir y tratar la salud y la enfermedad, y la autonomía en el ejercicio del trabajo profesional y su prestigio. El autor, interesado en rastrear el proceso de cómo la medicina pasó de ser una ocupación para llegar a ser profesión, sostiene que la distinción estratégica radica en una legítima autonomía organizada, es decir, que se le ha dado, a la medicina y a los médicos, el derecho de controlar su propio trabajo. Casi todas las ocupaciones luchan por lograr este derecho, pero sólo se les concede a las profesiones, concesión otorgada por la sociedad. El control de su propio trabajo, la autonomía, se conforma –sigue Freidson– por tres proclamas: a) grado de pericia y conocimiento implícito en el trabajo profesional es tal, que los no profesionales no están equipados para evaluarlo o regularlo; b) los profesionales son responsables, se debe confiar en que ellos trabajan conscientemente sin supervisión; c) la misma profesión se hace cargo de las correspondientes acciones regulatorias en las ocasiones en que un individuo no desempeña su trabajo competente o éticamente. Después de haber logrado la autonomía, la profesión llegó a reflejar cada vez menos lo que el público espera de ella y cada vez más llegar a determinar lo que debiera obtener. La profesión impone su concepción del problema y de su solución; los derechos del cliente simplemente son elegir o rechazar los servicios profesionales. Según Friedson:

el médico es más médico cuando ejerce la “responsabilidad médica” (:171)

Al presentar el rol profesional, como una impronta del *ethos* médico señala:

Mi propia opinión es que el rol de las profesiones en una sociedad libre se debería limitar a contribuir con la información técnica que necesitan las personas para tomar sus propias decisiones sobre la base de sus propios valores. Cuando él se apropia de antemano de la autoridad para dirigir, incluso forzar las decisiones de las personas

sobre la base de sus propios valores, el profesional ya no es un experto, sino un miembro de una nueva clase privilegiada disfrazado de experto (:373).

En esta tesis se observa el ejercicio de la profesión médica, en el terreno de la consulta médica de primer nivel, sobre un tema singular. Se trata de presentar algunos desafíos teóricos, conceptuales y metodológicos, para llegar al entendimiento de ciertas cuestiones de salud colectivas, aquí vinculados a la AI.

2.1.4 Medicalización de la vida cotidiana

Una mirada necesaria para tratar el tema de estudiado es considerar que la influencia de prácticas y representaciones del saber médico en los conjuntos sociales, para entender y atender sus enfermedades y cuestiones de salud, no ocurre espontáneamente ni de manera uniforme; constituye un proceso histórico, social, cultural, económico y político, que tiene expresiones diversas en diferentes sociedades y en diferentes momentos.

Hablar de la “medicalización de la vida” (Illich,2006) y en ella, la medicalización de la alimentación, hace referencia a que ciertos problemas que antes no eran asuntos médicos se constituyen en temas de la medicina. El lenguaje biomédico se escucha en todas partes, en los argumentos de una alimentación alta o baja en proteínas, rica en frutas y verduras, de hacer ejercicio, de cuidar o disminuir el consumo de calorías y grasas, de consumir suplementos especiales para ciertas condiciones o edades, y hasta para tomar mucha agua. El lenguaje médico ha vuelto de uso corriente ciertas palabras, frases y argumentaciones que antes eran exclusivas de la jerga biomédica y ahora entran en el lenguaje cotidiano y guían las prácticas sociales. En ciertas circunstancias, el término medicalización tiene incluso connotaciones negativas (Salas, 2011).

En 1976, Illich planteó que al considerarse la enfermedad como desviación de una norma, se hizo legítima la intervención médica proporcionando una orientación para la terapéutica. Para Freidson (Freidson, 1978) la desviación no es tanto un estado en sí mismo, sino una valoración social del significado de un estado, por lo cual el problema a analizar, no es la etiología de determinado estado sino la etiología del significado de un estado. Conrad (Conrad, 1992) reitera que la medicalización es el proceso en que ciertos problemas no médicos se definen y se tratan como problemas médicos, y reconoce que mientras que en los años 70 la medicalización se refería exclusivamente a “hacerlo médico”, los análisis más recientes son críticos del término e incluso a los

referidos a la sobremedicalización y hasta la desmedicalización. Para Conradl, la clave de la medicalización sigue siendo un asunto de definiciones:

definir un problema en términos médicos, usando el lenguaje médico para describir un problema, adoptando un marco teórico para entender el problema, o usando la intervención médica para tratarlo. (:213).

Illich considera que con la medicalización se convierte a la gente en paciente sin estar enfermas:

Y esta conversión trae daños que se manifiestan como iatrogenesis: es clínica cuando a causa de la asistencia médica se producen dolor, enfermedad y muerte; es social cuando las políticas de salud refuerzan una organización industrial que genera salud enferma; es cultural y simbólica cuando apoyadas médicamente la conducta y las ilusiones restringen la autonomía vital del pueblo minando su competencia para crecer, atenderse uno a otros y envejecer, o cuando la intervención médica incapacita reacciones personales al dolor, la invalidez, el impedimento, la angustia y la muerte (:361).

Este autor establece que,

La civilización médica está planteada para matar el dolor, para eliminar la enfermedad y para luchar contra la muerte. (:172)

Él supone que un mundo de salud óptima y generalizada tiene una intervención médica mínima. La gente sana es la que vive en hogares sanos, a base de una alimentación sana, en un ambiente adecuado para nacer, crecer, trabajar, curarse y morir; sostenida por una cultura que aumenta la aceptación consiente de límites a la población, del envejecimiento, del restablecimiento incompleto y de la muerte siempre inminente. Es a través de la medicalización, que los médicos se apoderaron del lenguaje: la persona enferma queda privada de palabras significativas para expresar su angustia, que aumenta más aún por la mistificación lingüística.

Para percibir el alcance de la medicalización en la relación médico-paciente, resulta necesario referirse a Foucault (Foucault, 1981), quien en diversos textos cuestionó a la institución médica. Al reconstruir la historia de la medicalización, este autor considera que este sistema de comprensión y atención de la salud y la enfermedad se constituye en una de las instituciones de dominación del Estado, como forma de control a la ciudadanía. Propone el concepto de medicalización indefinida, ya que reconoce que, si bien la medicalización es propia del siglo XX, cuando la salud se convierte en objeto de intervención médica no está vinculada solamente a enfermedades.

Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y la demanda del enfermo (:76)

Como plantean Márquez y Meneu (Marquez y Meneu, 2007), la medicalización puede presentar diversos modos y redefinir las percepciones de profesionales y legos, sobre algunos procesos propios de la vida caracterizándolos como enfermedades e incorporándolos como entidades nosológicas, abiertas a la intervención médica. La eficacia de la medicina tecnocientífica y la bondad de sus aportaciones, ha desatendiendo las consideraciones sobre el necesario equilibrio entre los beneficios y los riesgos o pérdidas que implica. La marginación de cualquier modo alternativo de lidiar con las dolencias, incluyendo tanto terapias de eficacia probada empíricamente como las formas desprofesionalizadas de manejo de todo tipo de procesos que van desde el nacimiento hasta la muerte.

Culpabilizar a la víctima parece ser un eje de la medicalización actual (Montiel y Porras, 1997). Se trata de que el paciente se responsabilice de manera individual de su estado de salud o enfermedad y de la obligación de buscar atención, borrando las fronteras de los componentes sociales que establecen las condiciones de vida en las que se materializan los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención. Llevado al tema de estudio, cuando el saber médico hace recomendaciones y prescripciones alimentarias para los bebés, traslada la responsabilidad a la individualidad materna de lo que se haga o se deje de hacer en la crianza cotidiana del bebé. El modo en que los mandatos médicos se manifiestan en las prácticas cotidianas del ámbito familiar y doméstico, que se expresan como parte de un saber totalizador materno, tiene elementos medicalizados.

Un enfoque emergente sobre los procesos sociales de la medicalización fue definido como *diseasemongering* en los años 90, por una periodista especializada en temas médicos, para referirse a cierta forma de medicalizar la vida diaria, que se puede traducir como promoción, mercantilización o tráfico de enfermedades. Consiste en ampliar las fronteras de enfermedades tratables, con el propósito de expandir los mercados de producción y venta de medicamentos. Desde el año 2000, han aparecido publicaciones sobre este fenómeno, tanto en revistas de información general como en revistas especializadas, por ejemplo el *British Medical Journal*. En el año 2006 se organizó el Primer Congreso sobre *DiseaseMongering* en la ciudad de Newcastle, Australia. La característica de esta forma de medicalización radica en que ciertas condiciones, frecuentemente inofensivas, son definidas como enfermedades por las compañías farmacéuticas, con el fin de ser tratadas con productos propios elaborados *ad hoc*. Consiste en inventar enfermedades masivas al patologizar situaciones y estados que no lo son (Moynihan, Heath, y Henry, 2002; Moynihan y

Henry, 2006). Sus estrategias pasan por dos caminos: estrechar el límite de «lo sano», de forma que situaciones normales puedan ser consideradas patológicas y ampliar la definición de enfermedad para incluir formas presintomáticas, leves o iniciales, hasta llegar a considerar un factor de riesgo como una enfermedad en sí misma. Generalmente la difusión es realizada o financiada por la industria farmacéutica, se establecen campañas de sensibilización sobre una enfermedad, se utilizan visitadores médicos, se desarrollan eventos académicos y aparecen asociaciones relacionadas con una enfermedad. A través de los medios de comunicación se pueden vender muchas enfermedades.

Morelly col. (Morell, Martínez, y Quintana, 2009) indican los elementos clave para crear *undiseasemongering*son:

- Exagerar la prevalencia de la enfermedad; crear una definición amplia de la enfermedad basada en síntomas vagos y prevalentes, desvanecer las diferencias entre los riesgos y la enfermedad, leve o grave.
- Animar a nuevos diagnósticos: hacer ver a los médicos que al no reconocer la enfermedad la infradiagnostican; concientizar a los pacientes de que sus molestias son signos de enfermedad; promoverla conciencia de la enfermedad a través de la exploración física, asociaciones de enfermos, semanas de concientización, y otros; sugerir que todos los grados de enfermedad deben ser tratados; exagerar los beneficios de los fármacos y no hacer mención de sus efectos secundarios; no admitir alternativas al tratamiento; asumir que el tratamiento es efectivo y seguro a largo plazo.

Llevar la *Alldiseasemongering* es posible y se expresa en la cantidad, variedad, marcas, precios y tipos de fórmulas disponibles en el mercado, así como en las estructuras de la mercadotecnia sobre lo “recomendable”, “saludable” y “adecuado” para los bebés, mareando al gremio médico con referentes sobre la osmolaridad de las fórmulas, con la relación entre los tipos de proteínas, con la adición de ciertos tipos de ácidos grasos como el DHA y ARA asociados la inteligencia, con la incorporación de ingredientes como prebióticos, probióticos y un largo etcétera. Estos mensajes llegan al espacio doméstico mediante diversas rutas, una de ellas es la consulta médica.

A las fórmulas de diseño especial para los menores de seis meses se les llama *fórmulas de inicio* y se les identifica con el número uno. La diseñada para bebés de 6 a

12 meses se llaman *fórmulas de continuación*. Hay fórmulas especiales para alimentar a los bebés con para bajo peso, anti alérgicas, sin lactosa, de soya, anti reflujo e hidrolizadas que se multiplican por el número de marcas disponibles en el mercado mexicano.. Esta situación ha generado inquietud entre sectores críticos de la nutrición, cuando se revisan los anaqueles de farmacias y supermercados surgen ciertas preguntas. Ante tantas opciones ¿cómo se elige una fórmula para un bebé?, ¿es que ya no hay bebés sanos? La opinión médica juega un papel protagónico en esa decisión materna. Hay una oferta monumental de fórmulas en el mercado mexicano y la marca Nestlé tiene la supremacía (Torre y Salas, 2006b).

La medicalización es un proceso técnico, profesional, social, ideológico y financiero, que va legitimando la incursión del saber biomédico en otras dimensiones del saber social. Conceptos como saludable, nutritivo, perjudicial o dañino se vuelven parte de las representaciones y de las actividades de diversos sectores de la sociedad, quienes argumentan, justifican y explican, con razonamientos provenientes del pensamiento médico, los procesos de toma de decisiones sobre AI. Estos conceptos complementan y sobre todo legitiman ciertas características del modelo médico hegemónico, tales como el individualismo, la parcialización, el biologismo, la ahistoricidad y el consumo de medicamentos y biotecnología (Conrad, 1992; Conrad y Schneider, 1980; Foucault, 1981, 1990; Illich, 1976, 2006; E. Menéndez, 1992b; E. L. Menéndez, 1990).

La noción de desmedicalización, se refiere a procesos colectivos, en los que la presencia activa de actores sociales diferentes a los médicos, toman parte en ciertas decisiones sobre sus procesos de salud, enfermedad, atención y prevención, generalmente vinculadas a otras demandas ciudadanas. Es el caso de grupos como los defensores del medio ambiente, consumidores críticos, feministas, defensores de derechos humanos, medicina social o justicia. Podría decirse que desmedicalizar es un proceso social de largo alcance que consiste en que ciertas situaciones o condiciones de la vida humana –actualmente legitimadas como parte del ámbito médico y espacio de autoridad de la medicina- sean regresados a manos de los actores sociales no médicos; que la explicación de las condiciones de salud y enfermedad no se argumenten con la lógica del proyecto científico y que se reconozcan socialmente como parte del saber social o popular. Se puede considerar a la alimentación humana, en cada una de las etapas vitales, como un espacio a desmedicalizar y más bien a humanizar, que no debería ser tan difícil como parece.

Un terreno privilegiado para observar la influencia de la biomedicina en la vida cotidiana es en el contacto de la población con los servicios públicos de salud. Se

puede asumir que las familias que tienen un bebé tendrán contactos frecuentes con los servicios de salud desde el embarazo, lo que aumenta el número de prescripciones médicas y alimentarias, y podrían considerarse más medicalizadas. Para estimar el nivel de medicalización en un grupo social, es pertinente observar el contacto de la población con los servicios de salud y reflexionar sobre el impacto en los PSEAP. Con estos elementos conceptuales, miramos el objeto de estudio en esta tesis: la alimentación de los menores de seis meses, en el análisis de la interacción médico-madre-bebé, que se expresa en la consulta médica de primer nivel.

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 La alimentación infantil

La alimentación de los bebés durante los primeros 6 meses de vida se caracteriza por depender de un solo alimento, la leche materna, que aporta todos los nutrimentos y muchos otros elementos necesarios para el óptimo crecimiento y desarrollo infantil. Así lo reconoció la OMS/UNICEF en el año 2001 (WHO, 2001) y lo han aceptado diversos grupos médicos y académicos. Los primeros seis meses de vida se caracterizan por un rápido crecimiento y desarrollo, constituye la primera etapa de lo que podemos llamar de manera general AI, proceso que abarca hasta los 24 meses de edad, como categoría de estudio (Ver figura 1.1 pág. 20). Esta primera etapa consta de 26 semanas y puede tomar diferentes rutas en cada pareja madre-bebé, en función de ciertos condicionantes sociales, familiares y personales, que están involucrados en la reproducción y la crianza de la descendencia, en un ambiente familiar y social singular.

En el medio familiar el bebé recibe las atenciones y los cuidados básicos para sobrevivir, en los términos que el propio grupo familiar establece según sus posibilidades. La crianza es un componente del proceso social de autoatención, entendido como (Menéndez, 2005).

Las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel del sujeto o grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa o intencional de curadores profesionales, aún cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención (:54,55)

Esta definición constituye un recurso para comprender los procesos primarios de

salud, enfermedad, atención, prevención, tanto a nivel restringido, que en este caso sería amamantar u ofrecer un biberón a un bebé, como al denominado nivel amplio, que se refiere a la obtención, preparación y servicio de los alimentos, la obtención e higiene del agua, aseo de los integrantes del grupo familiar, componentes fundamentales del trabajo doméstico, una de las cargas que recaen en la fracción femenina de la sociedad. Es decir, la operación y mantenimiento del conjunto de la unidad doméstica, actividades que cada grupo familiar realiza de acuerdo a sus particularidades y condicionantes (Salas, 2011).

La atención y el cuidado de los bebés constituyen entonces saberes dinámicos, históricos, cambiantes, que se fusionan y articulan con elementos provenientes de muy diversas fuentes. En la actualidad, los elementos del saber biomédico orientan cada vez más la práctica cotidiana, mostrando el peso de la hegemonía médica, lo cual no impide que los grupos familiares re-signifiquen ese saber a partir del suyo propio. El saber materno sobre la alimentación de los bebés constituye una racionalidad sintética que conjuga diversos elementos para hacerlos parte de sus prácticas cotidianas; los elementos que proceden del saber médico van conformando expresiones de medicalización en el espacio cotidiano.

La biomedicina también ha reconocido que existe la posibilidad de alimentar a los bebés con sucedáneos comerciales diseñados especialmente para esta etapa de la vida, llamadas frecuentemente fórmulas de inicio, o de primera etapa, comercialmente identificadas con el número (AAP, 1976; ESPGAN, 1977; WHO/FAO, 1988). La pasterización, la deshidratación y la pulverización de la leche, mayoritariamente la de vaca, permitieron que durante el siglo XX se desarrollara y fortaleciera la industria de los sucedáneos comerciales de la leche materna, que se ofrecen como alternativas modernas, equivalentes y prácticas, y se encuentran disponibles en todos lados. Las fórmulas imitan la composición de la leche materna; Al inicio, en cuanto a macro nutrientes, proteínas principalmente, y ahora de micro e infra nutrientes. Entonces se presenta el desafío sobre cómo alimentar a un bebé particular, con una madre particular, en un entorno familiar particular, y no sobre cómo se debe alimentar a los bebés en general. Las prescripciones y recomendaciones médicas, así como las prácticas familiares y maternas, estarán influenciadas por una serie de elementos que se tratarán de dilucidar.

En el año 2001, frente a la evidencia de que casi un millón y medio de bebés en el mundo seguían muriendo como consecuencia de una alimentación inapropiada, la OMS convocó a un grupo de expertos para revisar las evidencias científica en relación

a la duración óptima de la lactancia materna exclusiva, para formular recomendaciones prácticas y criterios de evaluación(OMS, 2001). La conclusión del grupo fue que, comparando las ventajas de duración de la LME entre 4 y 6 meses, la óptima es de 6 meses, debido a su efecto sobre el crecimiento infantil, la absorción del hierro, la morbilidad, las enfermedades atópicas, el desarrollo motor, la pérdida de peso materno y el efecto anticonceptivo, la LME ofrece más beneficios hasta los seis meses y no encontraron evidencia de algún efecto adverso de esta recomendación.

Esta recomendación cobra particular interés porque se espera que:

Todos los servicios de salud protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva y una alimentación complementaria apropiada y oportuna al continuar la lactancia(OMS, 2001).

Este mandato se enfrenta al desarrollo mercantil de los sucedáneos comerciales y de alimentos complementarios envasados, diseñados para ser ofrecidos por etapas, desde temprana edad. Los sucedáneos constituyen una opción alimentaria para muchas madres, en función de condicionantes familiares, sociales, laborales y personales que ocurren durante la crianza de un bebé.

La bibliografía sobre la crianza muestra que son las madres los agentes prioritarios de la autoatención, sus prácticas en casa no constituyen respuestas aisladas e individuales de lo que sucede en asuntos macro de la vida social(Castro, 2008). Muchos elementos de las prácticas y procedimientos médicos para la atención del parto y del post parto, de los programas de salud y nutrición vigentes, de la oferta y la mercadotecnia de las fórmulas y los alimentos envasados, las experiencias cercanas y los consejos amistades y familiares, constituyen elementos que intervienen en las decisiones maternas para la AI.

Con el transcurso del siglo XX, las fórmulas infantiles y el uso del biberones para alimentar a los bebés se fueron incorporando en las prácticas sociales, primero en los países centrales y más adelante en las clases altas de los países periféricos, hasta llegar a constituirse en el modelo más utilizado de alimentar a los bebés. Según UNICEF (2013), a nivel mundial poco menos del 40% de los menores de 6 meses se alimentan con LME, y a los 2 años 58% de los bebés reciben algo LM. Es muy probable que en gran parte del inverso de esas cifras se utilicen sucedáneos comerciales de la leche materna, lo que constituye cifras financieras astronómicas. La producción y distribución masiva de fórmulas ha desarrollado un soporte mercadotécnico extraordinario, eludiendo de modo sistemático las regulaciones impuestas por instrumentos de comercio moral como el Código Internacional para la

Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (OMS/UNICEF, 1981) o estableciendo con los gobiernos acuerdos siempre ventajosos a sus intereses(SSA, 2007).

Una reseña del Dr. Zubirán, rescatada de sus manuscritos personales siendo subsecretario de asistencia pública en 1941(Zubirán, 1941), ilustra el pensamiento médico de la época en relación al manejo del parto en los hospitales que se estaban construyendo en todo el país. Sepresenta en extenso porque expresa los argumentos de la intervención médica, totalmente opuestos a lo reconocido ahora como necesario para instalar la LME como forma de AI. Fue el tiempo del nacimiento de la medicina gubernamental, y muchas de estas ideas todavía forman parte de la estructura del pensamiento médico actual, como se verá más adelante.

Uno de los problemas que más se ha discutido y sobre el cual existen opiniones contradictorias es el de dilucidar si en los hospitales generales de pequeña y aun mediana capacidad, el Departamento de Maternidad debe considerarse como unidad de internamiento individual madre-cuna o si la cuna debe conceptuarse separadamente de la madre en un departamento especial de cunas. (...) Los argumentos de los que piensan que el niño debe estar separado de su madre para que ésta y aquél reciban atención aisladamente, son los siguientes:

El recién nacido necesita aire puro y temperatura constante o con pocas variaciones.

Aislado, tendrá menor facilidad de adquirir infecciones como eritema del pañal, infecciones del cordón umbilical, infecciones propagadas por la madre, por los visitantes, etc.

Las madres que tienen a su lado al niño pueden no seguir las indicaciones de alimentación y amamantarlo en forma anárquica. La vigilancia médica del recién nacido, las tomas de temperatura, de peso, la observación de las evacuaciones y micciones, la exploración clínica, etc., se dificultan cuando el niño está al lado de la madre.

La recuperación de ésta durante el puerperio es más difícil si tiene que atender al niño cuando se encuentra a su lado

Las enfermeras y médicos encargados de la atención prestada a los niños pueden hacer sus labores en forma más eficaz si todos ellos se encuentran reunidos en un solo lugar.

Por otra parte, se tienen los siguientes razonamientos en favor del sistema de juntar a los recién nacidos con sus madres:

Desde el punto de técnica pura, es lógico pensar que la atención de los niños alojados en un local ex profeso, con condiciones ideales de temperatura, puestos en un medio absolutamente estéril y manejados por un personal perfectamente adiestrado estén mejor tratados que por sus madres, y éstas pueden recuperarse mejor si no tienen el cuidado de sus hijos(...)

En virtud de las razones contradictorias, la Secretaría ha dispuesto que en este tipo de hospitales generales exista el Departamento de cunas con capacidad para recibir a todos los niños, pero en el que se alojará solamente a los que estuvieren enfermos; a

los que han perdido a su madre y a los que por ciertas circunstancias requieren esmerada atención.

Si en el futuro se logra llenar las condiciones ideales que sí pueden exigirse en un gran hospital de la ciudad, entonces se podrá cambiar el sistema para aislar a la totalidad de los niños desde que nazcan. (:44-46)

Con estos argumentos, y con gran influencia del modelo médico norteamericano, se desarrolló la infraestructura médica institucional, a partir de los años treinta del siglo pasado. El resultado ha sido que para la atención del parto se fueron implementando progresivamente una serie de intervenciones médicas, de dudosa utilidad, que se expresan ahora en una elevada proporción de cesáreas, el uso común de oxitocina, analgésicos y anestésicos, la separación inmediata y prolongada de la madre y el bebé, el alojamiento en cuneros, dar soluciones glucosadas y alimentar a los recién nacidos con fórmulas infantiles y biberones. Todos estos procedimientos son manifestaciones de los procesos de medicalización de la atención del parto, han sido rutinarios en los hospitales del sector público en México, y siguen siendo prácticas frecuentes. Estas prácticas interfieren tanto con el proceso de producción de leche por parte de la madre, como con la habilidad del bebé para establecer la demanda, alterando así la retroalimentación fisiológica que se requiere para lograr que el proceso de demanda-producción de leche materna se lleve a cabo satisfactoriamente. La LME requiere conseguir que las glándulas mamarias de una mujer lleguen a producir y a entregar, a un bebé, alrededor de 750 ml de leche maternadiariamente. Eso es, un cuerpo femenino ocupado en producir y ofrecer leche materna a un bebé que crece rápidamente, así como en realizar casi todas las otras labores de la crianza y la reproducción social. Se requieren muchas horas de contacto físico entre cada pareja madre-bebé para que la lactancia materna, sobre todo de manera exclusiva, sea una práctica posible.

Hacia finales de los años 70's y principios de los 80' la tendencia mundial para utilizar fórmulas y biberones comenzó a ser cuestionada por grupos académicos y por consumidores de los países desarrollados, quienes denunciaron los efectos negativos de estos productos en la salud infantil y materna (Mundo, 1982). Médicos humanistas, como en el caso de los esposos Jelliffe, denunciaron la desnutrición *comerciogénica* (Jelliffe y Jelliffe, 1979), asociada a la mercadotecnia para el uso de fórmulas. Se lograron mecanismos de regulación de la publicidad y de las ventas al público de las grandes firmas productoras de fórmulas infantiles. Esta tendencia que articuló el quehacer de profesionales y consumidores no tuvo gran eco en México; la información más reciente muestra que a nivel nacional la lactancia materna como forma de alimentación para los menores de seis meses, tiene nivel de prevalencia más

bajo desde que se registra esta información (INSP, 2012).

El dictado médico sobre el cuidado de los bebés fue inicialmente la puericultura, que surgió en Francia hacia finales del siglo XIX como una rama de la medicina que estableció prescripciones sobre los aspectos de la crianza y los cuidados infantiles, basada en la enseñanza racional y formativa de la ciencia positiva (Boltanski, 1974). En 1904, William Osler utilizó el término *pediatría* como una disciplina especial para la infancia en el *New England Journal of Medicine and Surgery*; que, a partir de 1954, tuvo su propia sección en esa revista (Kendrick, 2012).

Durante el siglo XX, la puericultura en Europa y la pediatría en USA, encontraron nombre y profesión por lo que se constituyeron en saberes autónomos, se formalizó el papel de la medicina como experta en la crianza, y de los médicos especialistas, neonatólogos o pediatras, como los encargados de dictar las pautas de la alimentación infantil. Para los años 50 del siglo XX, Boltanski (Boltanski, 1974) muestra que en Francia se consideraba recomendable la alimentación de los bebés con biberón, al menos como equivalente a la LM. El problema era la suciedad y las condiciones de higiene de la vivienda, por lo tanto, las responsabilidades de una “buena madre” asociada a la higiene y la salud infantil.

La ambivalencia entre las fórmulas infantiles y la leche materna se extendió en la medicina institucional mexicana, aunque desde los años 80 hay acuerdos internacionales todavía falta mucho por hacer para discutir cabalmente el asunto.

2.2.2 Componentes del objeto de estudio

Se puede mirar la LME como el mandato alimentario para los primeros seis meses de vida, de una trayectoria de dos años que abarca toda la AI, en la que múltiples aspectos interaccionan en circunstancias específicas para que una pareja madre-bebé lleve a cabo una modalidad específica de alimentación. A continuación se tratan algunos elementos de las múltiples dimensiones que toca el tema de la AI. Comienza con una revisión del desarrollo histórico del Sistema Nacional de Salud en México (SNSM), para llegar a describir la complejidad actual y contextualizar el Centro de Salud, como la unidad básica en el sistema de atención a la salud y a la enfermedad. Después, se presenta una revisión histórica de los edictos nacionales, para llegar a una selección de lo que se dice sobre AI en las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), instrumentos de la política pública que rigen actualmente la prestación de servicios de salud en México. También se revisan los pronunciamientos de las agencias del sistema de la ONU sobre el tema, en particular en lo relacionado con México.

Con el argumento de la Consejería y sus principios, se incluyen ciertos aspectos básicos de la fisiología de la LME, que permiten entender la interacción madre-bebé requerida para que la LME ocurra, y no es tan fácil ni tan natural como se piensa. También están en la arena de juego de la AI, la disponibilidad de formulas infantiles y la aceptación social del uso del biberón para alimentar a los bebés, *versus* la LM, que requiere de una madre produciendo leche y amamantando frecuentemente a un bebé, en el medio social en que ella se desenvuelve y eso no siempre es una tarea fácil o posible. El uso de fórmulas en biberón y ofrecer alimentos complementarios antes de los seis meses, representan una salida socialmente equivalente para aquellas madres que no llevaron a cabo la LM, por cualquier motivo.

2.2.2.1 Cronología del Sistema Nacional de Salud en México

Los sistemas nacionales de salud se establecen como respuesta social ante las necesidades y desafíos que plantean los PSEAP, en un país dado, y los hay de diferentes tipos. En la actualidad, el Sistema Nacional de Salud en México (SNSM) es de alta complejidad, multi-institucional, ineficiente y desigual, y en riesgo financiero permanentemente. El grupo académico político vinculado al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y a la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) publicó una descripción del SNSM en la que se conciben tres tipos de usuarios (Gómez *et al.*, 2011):

- los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias;
- los autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias;
- la población con capacidad de pago.

Cada grupo social así definido, tiene acceso diferenciado a los servicios públicos y privados de salud. Para comprender este fenómeno particular de México, se presenta una revisión histórica del proceso de institucionalización de los servicios públicos de salud, para llegar a un panorama de la cobertura actual de las diversas instituciones públicas que forman la mayor parte del SNSM y ubicar en el contexto nacional la función de los centros de salud y su alcance poblacional.

La cronología del SNSM puede comenzar desde la Colonia, entre los siglos XVI y XVIII, con la influencia de España en la educación médica y en la estructura de los servicios asistenciales de salud. Los hospitales y orfanatos estuvieron en manos de la Iglesia

atendidos por órdenes religiosas, con un esquema caritativo pero a la vez con claras diferencias entre las clases sociales. Desde entonces, hay una medicina para los opulentos y otra para los indigentes (Aguirre-Beltrán, 1986).

Con la Independencia de España a principios del siglo XIX, se inicia la formación del Estado Mexicano y la construcción de los marcos jurídicos y legales de las instituciones nacionales. La medicina mexicana miró a Francia como modelo y adoptó la concepción biológica de la salud, las formas de educación médica, los servicios hospitalarios y el prestigio gremial. Los órganos rectores de la salud pública y de servicios asistenciales, pasaron del Protomedicato, institución de la Colonia, a la Facultad Médica del Distrito Federal en 1831, institución pública que diez años después se designó como Consejo Superior de Salubridad. En 1836 se estableció la Academia Nacional de Medicina que sigue siendo la máxima institución gremial que opera como órgano de consulta en materia de políticas de salud. En 1861 el régimen liberal del presidente Benito Juárez, mediante el Decreto de Secularización de Hospitales y Establecimientos de la Beneficencia Pública, estableció el Consejo Nacional de Beneficencia Pública, hizo pasar los servicios asistenciales a la institución pública (Rodríguez y Rodríguez, 1998); la administración quedó a cargo de la Dirección General de Fondos de Beneficencia Pública.

Durante la segunda parte siglo XIX, se fundaron instituciones y laboratorios de medicina experimental. La dictadura de Porfirio Díaz (1880-1910), un liberal que se volvió dictador, tomó el positivismo, el darwinismo social y la higiene, como principios moralizadores y de control social, para justificar las profundas diferencias y las desigualdades sociales. El Hospital Juárez se fundó en 1847 como hospital de guerra, y el Hospital General se inauguró en 1905; ambos en funciones actualmente. Estos hospitales han sido la cuna de la medicina clínica y académica mexicana, como explican Aréchiga y Benítez (Aréchiga y Benítez 2000):

Es en los servicios del Hospital General donde se gesta la medicina especializada moderna de nuestro país. Ahí se dio también la transición del modelo francés al estadounidense, mucho más especializado y basado en estudios de laboratorio y de gabinete (:128).

Al finalizar el siglo XIX se centralizaron las decisiones y las acciones públicas en la capital del país. La idea de salubridad aparece relacionada con el crecimiento de las ciudades; la seguridad social surge con la industrialización y la vida urbana.

El siglo XX también se inició con una rebelión social, la Revolución Mexicana de 1910. La narrativa histórica del México postrevolucionario parte de la Constitución de 1917 y

luego se refiere a periodos presidenciales y sus obras, que desde 1934, se cuentan por sexenios, periodo que dura un presidente el poder y no hay reelección. Durante el siglo XX cambiaron las condiciones demográficas y de salud entre la población mexicana, son otros los condicionantes sociales de los procesos de salud, son diferentes los factores de riesgo, se enfrentan otros desafíos. (Sepúlveda y López, 2000). La participación del Estado en la salubridad general se diversificó con creación de instituciones, se amplió la oferta de servicios médicos, asistenciales y de seguridad social a grandes sectores de la población, con el diseño y la operación de políticas públicas y programas ejecutivos, con el registro y el análisis de la información demográfica y epidemiológica, hasta llegar a tener lo que tenemos hoy.

En 1916 se instituyó el Instituto Bacteriológico Nacional, responsable de la producción de vacunas, sueros y otros productos biológicos, que llegó a satisfacer las necesidades nacionales e incluso para la exportación. En 1917 se instituyeron el Consejo de Salubridad General, organismo autónomo que desde entonces tiene la responsabilidad de legislar en materia de sanidad general, y el Departamento de Salubridad Pública que ofrecía servicios médicos asistenciales. Se centralizaron las acciones sanitarias en la capital del país, se luchó contra las epidemias y enfermedades contagiosas, se formaron policías sanitarias en puertos y fronteras, se establecieron medidas contra el alcoholismo, se aplicaban vacunas, se implantó la inspección de alimentos y bebidas, se instaló drenaje y agua potable en las ciudades y pueblos que crecían.

En los años 20 comenzó la relación de México con agencias financieras y filantrópicas de Estados Unidos, como las fundaciones Rockefeller, Guggenheim o Ford, que dieron apoyo técnico y material contra la fiebre amarilla, el paludismo y otras enfermedades. En el área educativa, ofrecieron becas para estudiar allá, asesoría para el diseño de programas formación médica, para la construcción de hospitales y de servicios asistenciales. En 1920 se funda el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales y a partir de 1925 se llevaron servicios de salud hacia diversos estados del país. En 1922 se fundó la Escuela de Salud Pública de México, con alcance a nivel latinoamericano. Como señalan Rodríguez y Rodríguez sobre la década de los años 20.

En esa década se hicieron conscientes tres problemas que al mismo tiempo trataron de solucionarse: la necesidad de educación en salud pública con la creación de una escuela; la gravedad de muchas enfermedades contagiosas con campañas; y la obligación de corregir los servicios públicos impulsando el sanitarismo (:18).

Durante los años 30 y 40 creció notablemente el papel del Estado en la oferta de servicios de salud y seguridad social, que arranca con el primer plan sexenal del presidente Avelardo Rodríguez (1932-1934), que continuó el legendario Lázaro Cárdenas (1934-1940). En 1936 se estableció como requisito para graduarse en medicina realizar un año de Servicio Médico Social. Esta condición permanece hasta la fecha y se ha extendido a todos los programas de estudios universitarios. En 1937 se fundó la Secretaría de Asistencia Social, con la misión de dar atención a los pobres y desprotegidos; en 1943 se une al Departamento de Salubridad y se establece la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) origen de la Secretaría de Salud actual. Su acción asistencial se extendió a todos los estados del país con la encomienda de dar atención médica a las poblaciones de escasos recursos y sin seguridad social. Algunos servicios llegaron hasta las zonas rurales (Martínez, 2000), siempre de manera insuficiente y desigual. En 1938 se nacionaliza el petróleo y nace PEMEX, de ahí en adelante se generan muchas empresas del estado, como Teléfonos de México, de electricidad, productoras de semillas y fertilizantes, una comercializadora de alimentos básicos (CONASUPO), aerolíneas, hoteles y muchas más. Algunas de estas empresas tenían sus propios sistemas médicos y asistenciales, como el de PEMEX que permanece a la fecha, pero que está a punto de desmantelarse. Hubo otros que desaparecieron junto con las privatizaciones. como los de ferrocarriles o electricidad. La medicina mexicana mira entonces hacia el modelo estadounidense, de mayor especialización y tecnología.

En 1943 (DOF, 1943) se promulgó la primera Ley del Seguro Social que dio inicio al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Desde entonces, el IMSS otorga servicios médicos, asistenciales y de pensiones a la población trabajadora afiliada, en todo el país. Los recursos financieros del IMSS provienen de tres fuentes: aportaciones del salario los trabajadores, cuotas patronales y recursos del gobierno federal. Ese mismo año se inauguró el Hospital Infantil; en 1944 se fundó el Instituto Nacional de Cardiología, primero en su género en el mundo, y poco después otros institutos de especialidades médicas, más tarde calificados como servicios de tercer nivel de atención. En esos años se iniciaron las acciones asistenciales y humanitarias de las esposas de los presidentes en turno, llamadas "primera dama".

Con el antecedente de una ley general de 1925 sobre pensiones civiles, retiro y préstamos hipotecarios para los trabajadores del gobierno federal, en 1959 (DOF, 1959) se establece el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En el apartado B del Artículo 123 constitucional, se establecen los derechos laborales, asistenciales y financieros de la burocracia federal.

Este esquema de cobertura asistencial, se pretendió replicar, de alguna manera, en los 31 estados del país. Con el tiempo se han generado instituciones y esquemas asistenciales muy diversos, que van desde la gestión de una institución estatal como en el Estado de México, en Nuevo León y en algunos otros; convenios de atención con el IMSS regional, como en Oaxaca, Querétaro y otros; gestiones con compañías de seguros o subrogación de servicios privados como en Chiapas, afiliaciones grupales, gestiones personales, o bien, esquemas combinados de protección en salud.

La infraestructura del SNSM se desarrolló con el periodo de crecimiento de la economía mexicana de la posguerra conocido como “el milagro mexicano”, que entre 1947 y 1952 alcanzó un crecimiento anual del PIB del orden de 5.7%, que se mantuvo por 20 años consecutivos, con un modelo de industrialización hacia afuera, basado en el dinamismo del sector primario y el nacionalismo revolucionario de un estado benefactor. Había, y sigue habiendo, petróleo.

Durante los años 60 y 70 se mantuvo el crecimiento industrial y urbano. Se optó por un modelo de sustitución de importaciones y de crecimiento hacia adentro y se mantuvo el estado benefactor. Se impulsaron los Institutos Nacionales de Salud, aumentaron las campañas y la infraestructura sanitaria, creció la educación pública. En 1975 se establece la política de control de la natalidad que, en diferentes momentos y de manera desigual, ha llegado a casi todos los sectores de la sociedad mexicana, a través de los diversos servicios públicos de salud y de otros mecanismos de acceso a métodos anticonceptivos.

Con el antecedente del trabajo de asistencia social, por parte de las esposas de los presidentes en turno, en 1977 se institucionalizó el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, identificado hasta la actualidad como DIF, como un espacio de atención para la infancia vulnerable, de alcance nacional, que opera desde el nivel federal hasta el municipal, incorporando a esposas de funcionarios públicos de todo tipo y nivel. Desde entonces, el DIF mantiene programas de desayunos escolares, ofrece ciertos servicios de salud, de educación especial y preescolar, de estancias infantiles, de protección jurídica y familiar.

Otro modelo asistencial se inició también en los años 70, con la misión de ofrecer asistencia médica, de abasto de alimentos y otras acciones asistenciales para los grupos indígenas, campesinos y jornaleros agrícolas muy pobres, así como para poblaciones desplazadas por fenómenos sociales o naturales, que carecían de servicios de salud. Con recursos financieros provenientes del gobierno federal, se creó la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos

Marginados, COPLAMAR(IMSS/COPLAMAR, 1983), que estableció relación con otras dependencias gubernamentales para atender diversos problemas. Para la atención hospitalaria, se creó el IMSS-COPLAMAR; para atender los asuntos indígenas, el INI (Instituto Nacional Indigenista)-COPLAMAR; para cuestiones de producción y abasto de alimentos básicos, CONASUPO-COPLAMAR. Estas instituciones operó con esas denominaciones hasta los años 90. En aspectos macro económicos, se originó una enorme concentración de la riqueza en pocas manos y creció la desigualdad social; se masificó la emigración rural hacia las zonas urbanas; el déficit público subió desmesuradamente; se generalizó la rapiña, la corrupción y la impunidad entre las clases políticas y financieras del país.

En los años 80 la economía mexicana mostró sus debilidades y sus prebendas; comienza a desbaratarse el esquema de estado benefactor y se adopta el modelo neoliberal. Después de la bonanza petrolera, el despilfarro y hasta la de la nacionalización de la banca en 1982, aparecieron las crisis económicas, las inflaciones galopantes, las devaluaciones. Se intensificó la migración económica hacia USA y se multiplicó la venta de las empresas del estado; en 1982 hubo un desfaldo a la nación del orden de los 25 mil millones de dólares.

En 1983 se establece el derecho a la salud en el artículo 4º constitucional. Un año después se promulga la Ley General de Salud (LGS) (DOF, 1984), vigente a la fecha aunque con muchas modificaciones. Con esta Ley se inició un largo proceso de cambio en la participación del Estado en la operación de los servicios asistenciales y preventivos de salud, mediante un esquema de descentralización administrativa: de ser atribución del gobierno federal pasó a ser responsabilidad los gobiernos estatales, municipales y locales. El Artículo 7º, fracción II, manifiesta:

Impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud.

Se institucionalizó la noción de Sistema Nacional de Salud y el modelo de atención por tres niveles de complejidad, de menor a mayor. A partir de entonces, la Secretaría de Salud tiene la atribución para:

Dictar las Normas Oficiales Mexicanas a que quedará sujeta la prestación, en todo el Territorio Nacional, de Servicios de Salud en las materias de salubridad general y verificar su cumplimiento.

Se definieron las responsabilidades normativas a nivel nacional, se distinguieron los tipos de servicios:

Los servicios de salud se clasifican en tres tipos: I. De Atención Médica; II. De Salud Pública, y III. De Asistencia Social.

La denominación como Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) data de 1943 y se mantuvo hasta 1984, cuando cambió de nombre a Secretaría de Salud. El acrónimo SSA permanece hasta hoy, aunque algunos lo usan minúsculas, Ssa o Ssa (Gómez *et al.*, 2011). El proceso de descentralización concluyó hacia finales de los años noventa y dio como resultado la modificación de la LGS del año 2000. La operación de los servicios asistenciales de salud para la población “abierta” pasaron del gobierno federal, a cada uno de los gobiernos de los 31 estados del país, más el del DF. Ahora cada estado tiene una Secretaría de Salud, o equivalente, a lo que de manera general se le nombra como Servicios Estatales de Salud (SESA). Estos servicios tienen la tarea de ofrecer atención médica, salud pública y asistencia social a la población local que carece de seguridad social.

En 1987 se fundó el Instituto Nacional de Salud Pública, en Cuernavaca, Morelos, que se unió a la antigua Escuela de Salud Pública, con la misión de realizar investigación epidemiológica y la formación de recursos humanos; son los responsables de las encuestas nacionales de salud y nutrición y desarrollan investigación sobre otros temas de epidemiología y salud pública.

En los años 90, durante el emblemático sexenio de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994), se desmantelaron y privatizaron el resto de las empresas gubernamentales, entre ellas TELMEX; se estableció el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN, o TLC, por sus siglas en español, o NAFTA, en inglés), era la entrada de México a la economía neoliberal global. El resultado ha sido mayor concentración de la riqueza nacional en pocas manos: el hombre más rico del mundo ha sido, durante varios años, un mexicano. También hubo un crecimiento absoluto y relativo de la pobreza y de la pobreza extrema. Se desarrolló un esquema asistencialista de contención de la pobreza, que se llamó “Solidaridad”, para canalizar recursos públicos a las poblaciones pobres del país. Aparecieron puentes Solidaridad, carreteras Solidaridad, pueblos y calles Solidaridad; el IMSS-COPLAMAR cambió de nombre a IMSS-Solidaridad. Se ampliaron la infraestructura hospitalaria y los servicios asistenciales de primer nivel en algunas zonas indígenas y rurales del país. En la temática de salud pública aparecen el envejecimiento de la población, la transición y la polarización epidemiológicas, los desafíos en salud y la asistencia social para el siglo XXI (Sepúlveda y López, 2000). Emergen evidencias del aumento en la incidencia de obesidad en zonas urbanas; se perfila la epidemia del siglo XXI (SSA, 1988). A Carlos

Salinas le tocó participar en la Cumbre Mundial de la Infancia de 1990 de la ONU, así como la gestión de la IHAN en México. Se narcotiza y arma al país; crecen la corrupción y la impunidad.

En diciembre de 1994, con el cambio de sexenio, se presentó la crisis financiera más grave de la historia contemporánea mexicana: sobreendeudamiento de las empresas y familias y el cese de pagos por parte de deudores. Después de varios crímenes políticos, se cayó la economía que había quedado “detenida con alfileres”. Entró Ernesto Zedillo e implementó un instrumento de rescate financiero para absorber las deudas de los bancos, capitalizar el sistema financiero y garantizar el dinero de los ahorradores: 552 mil millones de pesos, 40% del PIB de 1997, se convirtieron en deuda pública (Calva, 1998). Resultó una enorme cantidad de dinero que seguimos pagando la mayoría de las y los mexicanos, a quién sabe quién.

El año 2000 resultó ser el fin de siete décadas de gobiernos del PRI (Partido Revolucionario Institucional), para pasar a dos sexenios del PAN (Partido Acción Nacional, conservador y neoliberal). Los sexenios panista resultaron desastrosos para el país, de una frivolidad y necesidad totales. Vicente Fox y su esposa Martha, se creyeron virreyes rancheros e inundaron el país con Coca Cola. El siguiente, Felipe Calderón, terminó su sexenio en diciembre de 2012, montó una guerra mal hecha contra las drogas que ha desatado los demonios de la violencia desmesurada e irracional. En cuestiones de salud, se implementaron acciones focalizadas de contención de la pobreza de corte asistencialista y caritativo, con programas de transferencia de recursos monetarios con nombres como Progresá, Contigo, Oportunidades, becas y otros por el estilo. La Secretaría de Salud mantuvo su función normativa y conductora de las políticas de salud, y conservó únicamente la operación hospitalaria de los Institutos Nacionales de Salud, por ser centros de investigación, docencia y servicio, de alta especialización, de tercer nivel, que operan con presupuesto federal y que están concentrados mayoritariamente en el DF.

A partir del año 2003, se desarrolló un modelo de financiamiento federal para la atención a la salud de la población que carece de seguridad social, denominado Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), popularmente reconocido como *Seguro Popular*. Fue la estrategia del gobierno foxista para continuar y ampliar la modernización neoliberal del sistema de salud, iniciada en la década de los años 80. La operación del Seguro Popular ha dirigido recursos a mejorar la infraestructura preexistente en cada estado del país, mediante transacciones financieras complicadas, y esquemas de supervisión y control obsoletos. Como señalan López,

Rivera y Blanco(López, Riveray Blanco, 2011):

Este programa se articula sin contradicción con las directrices generales de las políticas macroeconómicas lejos de enfrentar los graves problemas del sector, fortalece la concepción reduccionista de la garantía de derechos sociales y restringe el derecho constitucional a la protección de la salud. Su lógica mercadocéntrica reduce la salud al consumo de servicios médico, se inscribe en la perspectiva de romper los “monopolios” públicos de prestación de servicios, alentar la competencia y dinamizar la oferta de atención médica privada, garantizando flujos estables de recursos públicos para el mercado de producción de servicios (:108).

En diciembre de 2006 se añadió otro esquema asistencial llamado “Seguro Médico para una Nueva Generación”, un elemento más de focalización de la asistencia social. Con este seguro, todos los niños y niñas que nacieran a partir de esa fecha, tienen derecho a un seguro médico que cubre el 100% de los costos de los servicios médicos que se ofrecen en los centros de salud de primer nivel, y 95% de las acciones hospitalarias, así como los medicamentos asociados, consultas y tratamientos, de ahí en adelante en la vida.

En diciembre de 2012 el PRI regresó a gobernara México. En materia de servicios de salud, se mantienen hasta hoy todas las estructuras programáticas, operativas y financieras, aunque está la promesa de organizar algo como un sistema único de salud, con base en el modelo asistencial del IMSS, pero todavía no hay nada. Se están montando la “Cruzada contra el Hambre” que no termina de asentar la política de asistencia social del PRI retornado. Una dificultad radica en que el país cuenta con gran variedad de servicios públicos de salud, de estrategias asistenciales y de programas de contención de daños sociales, que se consumen los recursos financieros en burocracias ineficaces y en banquetes inaugurales, mientras la desigualdad, la pobreza, el hambre, la ignorancia y la violencia crecen en México.

El trayecto por la historia del sistema de salud en México, muestra que el tema de la alimentación infantil ha estado presente en las estructuras asistenciales del Estado desde del siglo XIX, con la “Casa de la Amiga de la Obrera” que proporcionó leche y desayunos a los hijos e hijas de las obreras y a niños desamparados en la capital del país, hasta la “Cruzada contra Hambre” actual, que opera comedores y transfiere recursos financieros para los pobres de este sexenio, oficialmente, 7 millones de personas, la cuestión alimentaria está presente en las instituciones del SNSM y es pertinente traer el tema a la discusión pública, desde diversas miradas.

2.2.2.2 Revisión de los edictos nacionales en materia de AI

En este apartado se presenta una revisión de las leyes, normas y programas desarrollados en México, desde mediados del siglo pasado hasta la fecha, para describir el papel del Estado Mexicano, en relación a los compromisos y responsabilidades constitucionales de proteger la salud y el bienestar infantil, y ubicar la consulta médica de primer nivel como el primer escalón de la acción del Estado en materia de salud pública.

De modo general se puede decir que las acciones materiales y simbólicas de las autoridades públicas constituyen las políticas públicas. Algunos autores (Parsons, 2007) consideran que esta definición resulta parcial, porque la omisión también se puede constituir en una política pública y, porque se considera que las políticas se vuelven públicas en tanto las genera el interés público mediante las acciones civiles, acciones ciudadanas. En este caso, nos referiremos a las políticas públicas principalmente desde el primer componente, en el sentido de lo que los gobiernos deciden hacer, o no hacen, en relación con una problemática social determinada. La acción ciudadana es harina del costal de la democracia, y la democracia de México es la “dictadura perfecta”, según el Premio Nobel Mario Vargas Llosa.

En lo relativo a la salud de la población, que constituye el marco más general de la temática alimentaria, el sistema público de salud responde, idealmente, a la obligación de hacer válidos los derechos expresados en la Constitución Mexicana. En su primera versión de 1917, el tema específico de la AI aparece únicamente en el Artículo 123, que se refiere al trabajo y la previsión social, como parte de los beneficios a las madres trabajadoras. En materia de salud y alimentación, la Constitución Mexicana ha tenido varias modificaciones sustanciales. Las más notables son: la de 1983, en que se establece el derecho a la salud; la de 1986, que refleja la descentralización de los servicios de salud, del gobierno federal a los gobiernos estatales; la de 2001 en la que México se reconoce como una nación pluricultural por lo que incorpora muchos pronunciamientos sobre derechos de los pueblos indígenas; la de 2011, que expresa el derecho a la alimentación como materia constitucional.

En el texto constitucional vigente, el tema de la AI aparece desde el Artículo 2, en el Apartado B, que establece las responsabilidades de los tres órdenes de gobierno, Federal, Estatal y Municipal, para abatir las carencias y rezagos que afectan a las comunidades indígenas. En la Fracción III, se refiere a la protección de la salud y la nutrición de la infancia indígena, a la letra dice:

III. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil (Reformado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 14 de Agosto de 2001)(CPEUM, 2001).

En el Artículo 4º señala la igualdad de hombres y mujeres ante la ley y la protección de la familia. En este artículo se incluyen los derechos a la alimentación, la salud, y el reconocimiento del “interés superior de la niñez”, mediante los siguientes enunciados:

Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará. □(Adicionado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de octubre de 2011)

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. □(Adicionado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 03 de febrero de 1983)

En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez. □(Reformado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de octubre de 2011)

El Título Sexto trata del trabajo y la previsión social. El Artículo 123 se refiere las condiciones del trabajo femenino vinculadas a la maternidad. Desde la primera Constitución de 1917, aparecen perfilados los mismos derechos, de manera similar. La fracción V vigente dice:

V. Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un descanso de seis semanas anteriores a la fecha fijada aproximadamente para el parto y seis semanas posteriores al mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el período de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentara sus hijos; □(Reformada mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 1974. Modificado por la reimpresión de la Constitución, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de octubre de 1986)

Cabe señalar que en la versión anterior, la parte final de la cita utilizaba la frase “amamantar a sus hijos”, actualmente se utiliza “alimentar a sus hijos”. En estos textos constitucionales se puede mencionar que no está especificado lo que se entiende por “población infantil” o “niñez”, aunque el Artículo 34 indica que la ciudadanía se

adquiere al cumplir los 18 años, y el Artículo 123 señala como edad mínima para trabajar, 14 años, asunto que está en discusión legislativa para aumentar la edad a 16.

En segundo orden de importancia legislativa está la Ley General de Salud (LGS), promulgada en 1984 (DOF, 1984) que define los propósitos del derecho constitucional a la salud. Incluye categorías como Prestadores de Servicios de Salud, Usuarios, y distingue entre entidades públicas y empresas privadas. En el Capítulo V, la Atención Materno-Infantil está definida como prioritaria e incluye:

- I. La atención de la mujer durante el embarazo el parto y el puerperio;
- II. La atención del niño, la vigilancia del crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna y su salud visual.

En dos artículos se hace mención de la AI. En el Artículo 61 de manera indirecta, cuando se refiere a que la atención a la salud materno infantil es prioritaria; y de manera directa, en el Artículo 64, Fracción II y II bis, modificados en febrero de 2014 (DOF, 2014b), en los que se señala la responsabilidad de los servicios de salud de realizar:

- II. Acciones de orientación y vigilancia institucional, capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil;
- II Bis.-** Acciones de promoción para la creación de bancos de leche humana en los establecimientos de salud que cuenten con servicios neonatales;

La inclusión explícita del fomento a la lactancia materna desde la primera Ley General de Salud, resultó una acción novedosa en el diseño de políticas públicas encaminadas al bienestar infantil. La incorporación más reciente de estos contenidos responde a las recomendaciones internacionales frente al declive de la lactancia materna a escala mundial y ante los problemas de nutrición presentes en el México contemporáneo, la evidencia está en la ENSANUT 2012.

En cuestiones de protección de la maternidad, otras leyes de segundo orden son: la Ley Federal del Trabajo (LFT), la Ley IMSS, la del ISSSTE y las legislaciones correspondientes a cada una de las 32 entidades federativas. Desde su origen, estas leyes hicieron referencia a ciertos aspectos de la AI por lo que se constituyeron en la base de la legislación en salud vigente.

En 1931 se promulga la LFT que se reconoce como pionera en la protección de la maternidad en las mujeres trabajadoras. Estos derechos están contenidos en el

Artículo 170(DOF, 1970, 2012a).La LFT vigente es la de 1970, que ha sido modificada en varias ocasiones, hasta quedar como sigue en la más reciente modificación de 2012:

Las madres trabajadoras tendrán los siguientes derechos: I. [...] no realizarán trabajos que exijan esfuerzos considerables y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación [...] II. Disfrutarán de un descanso de seis semanas anteriores y seis posteriores al parto; III. Los periodos de descanso a que se refiere la fracción anterior se prorrogarán por el tiempo necesario en el caso de que se encuentren imposibilitadas para trabajar a causa del embarazo o del parto; IV. En el periodo de lactancia tendrán dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos, en el lugar adecuado e higiénico que designe la empresa; V. [...] percibirán su salario íntegro [...] VI. A regresar al puesto que desempeñaban, siempre que no haya transcurrido más de un año de la fecha del parto; y VII. A que se computen en su antigüedad los periodos pre y posnatales.

Este texto no ha sido modificado sustancialmente desde la primera versión, pese a las evidentes transformaciones en las condiciones del trabajo femenino. Sin embargo, el valor de la LFT en relación con la protección de la maternidad radica en que constituye el antecedente para la elaboración de dos leyes secundarias que también contienen la protección de la maternidad, sea de mujeres trabajadoras o derechohabiente, tales leyes son la del IMSS y la del ISSSTE.

El IMSS es, sin lugar a dudas, la institución emblemática de atención a la salud³ y seguridad social en el país. La primera Ley del IMSS, de 1943, en el Capítulo IV “Sobre el seguro de enfermedades no profesionales y maternidad”, en el artículo 56 establece lo siguiente:

La mujer asegurada tendrá derecho durante el embarazo, alumbramiento y el puerperio a las siguientes prestaciones: I. Asistencia obstétrica necesario, II. Un subsidio en dinero(...) y III. Ayuda para la lactancia proporcionada en especie o en dinero hasta por 6 meses posteriores al parto y que se entregará a la madre, o, a falta de ésta a la persona encargada de cuidar al niño.

Es decir, concebir la “ayuda para la lactancia en especie o en dinero...” era reconocer la necesidad de disponer de algo más, porque la lactancia no alcanza. Evidentemente, hay una equivalencia entre “en especie” y “dinero”, que lleva necesariamente a pensar en las fórmulas infantiles que se pueden comprar con “dinero”, y se concibe como una “ayuda para la lactancia”, por lo que cabe la pregunta ¿qué están entendiendo como lactancia? En 1956 el último enunciado se modificó para quedar así:

³ Decir “atención a la salud” es un eufemismo para significar “atención a la enfermedad”.

III. Ayuda para la lactancia. Cuando según dictamen médico, existe incapacidad física para amamantar al hijo. Esta ayuda será proporcionada en especie hasta por un lapso de seis meses, con posterioridad al parto, y se entregará a la madre o a falta de ésta, a la persona encargada de alimentar al niño.

En 1973 cambió sustancialmente la Ley del IMSS. El tema quedó incluido en el Capítulo IV, “Del seguro de enfermedad y maternidad”, en el Artículo 102, Fracción II, en los siguientes términos:

En caso de maternidad el Instituto otorgará a la asegurada durante el embarazo, alumbramiento y el puerperio las siguientes prestaciones: I. asistencia obstétrica; II. ayuda en especie para la lactancia y III. una canastilla al nacer el hijo, cuyo importe será señalado por el Consejo Técnico.

En 1995 se reformó esta Ley, al dar por concluido el proceso de descentralización administrativa del IMSS. Es la Ley que está vigente. El tema quedó colocado en el Capítulo IV, Sección Segunda, en el Artículo 94, y se regresó el enunciado anterior. Esta Ley fue modificada en 2001, 2005 y 2009, y no se hicieron modificaciones sobre los derechos en la maternidad.

Estos marcos legislativos e ideológicos hicieron del IMSS un comprador voraz de fórmulas infantiles durante décadas. Una investigación sobre las adquisiciones de fórmulas infantiles en el IMSS, mostró que en 1992 se llegó a comprar una cantidad de latas de fórmula en polvo, que alcanzó una cifra de disponibilidad nacional de 470 mL por nacido vivo por día, más del 60% de los requerimientos diarios normales de los bebés, con gastos del orden de los 20.8 millones de dólares anuales en la adquisición de ese insumo. A partir del siguiente año, las compras se redujeron progresivamente hasta 1995. La pista sobre las compras nacionales se pierde en 1996, ya que las adquisiciones de insumos por parte del IMSS se descentralizaron a las regiones administrativas, llamadas delegaciones (Torre y Salas, 2003).

Los resultados de la ENSANUT 2012 junto con las advertencias de los organismos de salud y el regreso del PRI al gobierno federal, han desencadenado una serie de pronunciamientos y modificaciones a algunos de los edictos nacionales. En el caso de la Ley del IMSS, en abril de 2014 hubo una modificación sustancial que cambió el Artículo 94 para, incluir la opción de la lactancia materna y quedar de la siguiente manera:

Artículo 94. En caso de maternidad, el Instituto otorgará a la asegurada durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio, las prestaciones siguientes:

I. Asistencia obstétrica;

II. Ayuda en especie por seis meses para lactancia y capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida;

III. Durante el período de lactancia tendrán derecho a decidir entre contar con dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, o bien, un descanso extraordinario por día, de una hora para amamantar a sus hijos o para efectuar la extracción manual de leche, en lugar adecuado e higiénico que designe la institución o dependencia, y

IV. Una canastilla al nacer el hijo, cuyo importe será señalado por el Consejo Técnico. (DOF, 2014a):32)

El desafío social es su operación, y la reflexión sobre el esquema que rige la dinámica de los servicios asistenciales en el IMSS. El marco institucional está delimitado y presupuestado en la operación de los servicios públicos de salud.

El siguiente orden normativo está constituido por los reglamentos operativos de las instituciones. En el IMSS, el reglamento vigente es del año 2006. En el Título IV, Artículo 61 establece lo siguiente:

La ayuda para lactancia consistente en el suministro por parte del Instituto de un sucedáneo de leche humana para el hijo de la asegurada o de la esposa o concubina del asegurado o pensionado, o a falta de éstos a la persona encargada de alimentar al niño. Esta prestación se proporcionará durante seis meses en el primer año de vida; iniciándose de preferencia después de los 4 a 6 meses de edad del niño o antes, previa valoración por el médico tratante del Instituto, para definir el sucedáneo de leche más apropiado. (s/p)

Que se complementa con el Artículo 63:

En caso de parto múltiple, para cada uno de los recién nacidos se proporcionará la ayuda para lactancia y cuando así corresponda, las canastillas respectivamente. (DOF, 2006a)

Al señalar en el reglamento que la ayuda para la lactancia puede ser usada durante el primer año de vida, sin restringirla a los primeros seis meses como antes, se observa una preocupación por proteger o discutir la lactancia materna. Parece la intención de no presionar a las madres y familias para recibir la dotación desde el alta hospitalaria, como se hacía en los años 90 (Torre, 1993; Torre y Salas, 2006b).

La trayectoria institucional del IMSS como proveedor de sucedáneos para la población derechohabiente proviene desde su origen. En los 40 se otorgó leche evaporada

Clavel, posteriormente se fueron incorporando otros tipos de leche: entera en polvo, de soya, acidificada, modificada en proteínas; en los años 90 se añaden las fórmulas para prematuros, las hidrolizadas, las de inicio y continuación yantireflujo, como consta en las diferentes modificaciones del Cuadro Básico de Medicamentos. A partir de los 60, el gobierno mexicano se involucró en la producción de insumos para los servicios de salud, en este caso, las fórmulas infantiles se produjeron o maquillaron por empresas paraestatales relacionadas con CONASUPO. Este aprovisionamiento de fórmulas infantiles para el IMSS por una empresa paraestatal permaneció hasta los años 90, cuando se desmantelaron y privatizaron las empresas estatales.

Llama la atención que la “ayuda en especie para la lactancia” siempre haya consistido y lo sigue siendo, en leche para el bebé entregada a las madres, generalmente, mediante una prescripción escrita del médico tratante. En comunicaciones personales con personajes claves en el desarrollo de la pediatría, la nutrición y la medicina mexicanasno coinciden en los detalles de cómo se gestó esta prestación, pero aseguran de que su propia intervención técnica fue limitada y por tanto, parece más bien una respuesta sindical que una recomendación médico pediátrica(Torre, 1991). Sin embargo, en una narración sobre el estudio de la pediatría durante los años 40 en El ISSSTE es la segunda institución de salud y seguridad social en importancia nacional, exclusiva para los trabajadores del Estado. Su estatus actual proviene de 1959 cuando se fundó. En 1960 el ISSSTE contaba con 130 mil trabajadores inscritos y sus familias, y casi 12 mil pensionados paraconformar un total aproximado de 490 mil derechohabientes. En la actualidad, INEGI indica que el ISSSTE tiene 12.5 millones derechohabientes y atiende alrededor del 10% de los partos anuales(INSP, 2012). La primera Ley del ISSSTE reproduce textualmente la ley del IMSS vigente en 1959 en la temática de la AI. La ley que rige actualmente es de 2007 (DOF, 2007), en el Artículo 39 considera que:

La mujer trabajadora, la pensionada, la cónyuge del trabajador y/o del pensionado, o , en su caso, la concubina de uno u otro, y la hija del trabajador o pensionado soltera, menor de 18 años que dependa económicamente de éstos [...] tendrán derecho a: I asistencia obstétrica [...] II. ayuda para la lactancia cuando, según dictamen médico, exista incapacidad física o laboral para amamantar al hijo, esta ayuda será proporcionada en especie hasta por un lapso de 6 meses, con posterioridad al nacimiento, y se entregará a la madre, o, a falta de ésta a la persona encargada de alimentarlo, y III. [...] canastilla de maternidad. (:12)

En el país, hay además otras instituciones públicas de seguridad social y atención a la salud, pero menor número de derechohabientes: La Secretaría de la Defensa Nacional

(SEDENA), la Secretaría de Marina (SEMAR), Petróleos Mexicanos (PEMEX) y algunos gobiernos estatales, toman como referencia las leyes del IMSS y del ISSSTE, en lo referido a la AI. Todas ellas señalan explícitamente en sus textos que sus recomendaciones se refieren a derechos maternos durante el denominado *periodo de lactancia*, sin que se especifique cuánto dura dicho periodo y si el bebé se considera lactante por su edad o por el tipo de alimento que recibe. Los bebés se reconocen en dichas leyes en tanto hijos o hijas, dependientes familiares de los derechohabientes trabajadores, precisamente porque la seguridad social se consigue a partir de una relación laboral, no en cuanto a un sujeto individual, familiar y/o colectivo, beneficiario de los servicios de salud y seguridad social, más que vinculado al ámbito laboral de sus familiares adultos, de quienes dependen.

En el orden normativo están las Normas Oficiales Mexicanas, reconocidas por el acromio de NOM, en cuestiones de salud las que interesan son las que han sido emitidas por la Secretaría de Salud. Las NOM se identifican con una serie de números y letras con diferentes significados: los primeros tres números reflejan el orden consecutivo de presentación de una norma; le sigue un identificador de la dependencia que emite la norma y luego un referente a algún año. Este referente anual puede ser de la primera vez que se presentó el proyecto de norma, el de la entrada en vigor, o bien, el de la última revisión y modificación sustancial aprobada.

Con el antecedente de la *International Standard Organization* (ISO por sus siglas en inglés), para homologar productos, unidades de medición y servicios relacionados con el comercio internacional, las NOM se gestaron en los años 80 y comenzaron a operar como instrumentos de la política pública desde principios de los años 90. Son regulaciones técnicas de observancia obligatoria, expedidas por las dependencias del gobierno federal, que establecen reglas, especificaciones, atributos y/o directrices de productos, procesos y servicios, que no requieren pasar por los procesos legislativos que precisan las leyes generales, federales o institucionales. Todas las normas son publicadas en el DOF y se establece la fecha de su entrada en vigor. En el caso de la Secretaría de Salud, las normas se encaminan a proteger y promover la salud de la población.

La estructura básica de las normas está integrada por varios apartados. En primer lugar aparece el identificador y el título de la norma. Siguen las consideraciones y argumentos que sustentan su presentación o modificación; un listado de los organismos, instituciones, asociaciones civiles y empresas que participaron en su

elaboración; los objetivos y campos de aplicación; las referencias a otras normas con las que puede estar relacionada o que modifican; hay un largo capítulo de definiciones y de la terminología empleada; símbolos y abreviaturas. El apartado sustantivo es el llamado Especificaciones y/o Disposiciones Generales, que está integrado por los mandatos para cada momento, en función del alcance de la norma. En las normas más recientes se ha incorporado el apartado de vigilancia epidemiológica. Cada norma establece a quienes obliga la aplicación de la norma; la lista de bibliografías consultadas; la concordancia con normas internacionales; algunas normas tienen apéndices muy extensos.

Son cuatro las normas emitidas por la Secretaría de Salud que tratan el tema de la AI. Se concentró la atención en la temática alimentaria de los menores de seis meses y en las discrepancias observadas, ya que las normas abarcan múltiples aspectos que no corresponden con el tema de esta tesis. En el Anexo 5 se encuentra un cuadro comparativo sobre lo que estas normas manifiestan en torno al tema de la AI. En seguida se presenta una síntesis analítica:

- La NOM-007-SSA2-1993. “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”. La publicación del proyecto inicial fue en diciembre de 1993 y su entrada en vigor fue en enero de 1995(DOF, 1995). En el año 2010, se publicó el proyecto de modificación de esta norma, con la identificación de NOM-007-SSA2-2010(DOF, 2012c), que todavía no procede oficialmente.
- La NOM-031-SSA2-1999. “Para la atención a la salud del niño”. El proyecto fue preparado en 1999y presentado en junio del año 2000, su entrada en vigor fue el 10 de febrero del 2001(DOF, 2001). Esta norma incorporó ciertos los pronunciamientos de tres normas anteriores, que fueron canceladas: una 1993, llamada “Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”; otra de 1994: “Para el control eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación”; otra más de 1994, “Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria de salud”. El 26 de septiembre de 2006 se publicó en el DOF, una modificación mínima a esta norma, con la finalidad de modificar la receta para la preparación de las sales de rehidratación oral, conocida como “Vida Suero Oral”, que se utiliza en el tratamiento de las enfermedades diarreicas. Esta modificación no cambió el

nombre ni la identificación de esta norma. Es el marco normativo del popularmente conocido como *Programa Control del Niño Sano*, que actualmente está bajo revisión por parte de la Secretaría de Salud.

- La NOM-043-SSA2-2012 “Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación”. La publicación de esta norma fue el 22 de enero de 2013(DOF, 2013), modificó la anterior que, con el mismo título, fue publicada por primera vez en enero de 2006(DOF, 2006b), que en su numeral contenía el año 2005 como identificador.
- La NOM-131-SSA1-2012 “Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba”; fue publicada en el DOF el 10 de septiembre de 2012 (DOF, 2012b)y modificó la norma anterior publicada en diciembre de 1997, con el numeral correspondiente al año 1995 en que se presentó el proyecto normativo por primera vez.

La NOM-007 que está vigente sigue siendo la presentada en 1993, que entró en operación en el año 1995. En 2012 se publicó en el DOF (DOF, 2012c)el proyecto de modificación para esta norma. Entre los cambios en el nuevo proyecto destaca que en el título se omite el mandato “Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”; que hay mayor número de definiciones, 56 vs 26; que el orden de las definiciones es alfabético; que se incluye el femenino en algunos enunciados, como en la última frase del capítulo de consideraciones “...establecer alternativas para un desarrollo sano durante la línea de vida de la madre y de sus hijas e hijos.” En la introducción se utilizan los argumentos de los Objetivos del Desarrollo del Milenio de la ONU; en las Disposiciones Generales se abordan ciertas temáticas con una perspectiva más clínica, como cuando se pasa de “prevención del bajo peso” al “manejo de la prematuridad”. Además, en las definiciones parece haber un error entre la LM y LME⁴. Se incluye un capítulo sobre la vigilancia epidemiológica; aparece el mandato para favorecer la práctica de

⁴ En la página 5 de 26, de la versión digital de esta norma, aparece la definición de lactancia materna con el enunciado correspondiente a la definición de la lactancia materna exclusiva. Son diferentes momentos y modalidades alimentarias que es necesario distinguir. (Revisada en junio de 2014)

la lactancia materna exclusiva así como el alojamiento conjunto, atendiendo a las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante, pero no se propone cómo.

En la NOM-031, la noción niño abarca a las y los menores de 5 años de edad. El grupo de interés en esta tesis son los menores de seis meses, pero están contenidos en este grupo etario y en esta norma se contemplan acciones generales o específicas sobre AI. En las definiciones destaca que la LME abarca hasta los cuatro meses de vida, que se reconoce como lactante al menor de dos años de edad y que al definir sucedáneo se utiliza una definición de diccionario y no una descripción alimentaria que debería referirse a las fórmulas infantiles.

La NOM-043 establece lo que se debe decir al promover una alimentación correcta, en el entorno de los servicios de salud. Del tema de estudio, destaca que hay diferencias entre lo que dice la NOM-031, por ejemplo, con respecto a la LME, que se utilizan nociones como “alimentación complementaria” y “ablactación”, que se define a la “leche materna” de lo que se excluye al “calostro”, pero que no define a éste, entre otras situaciones.

La NOM-131 se refiere a las disposiciones sobre los sucedáneos comerciales, a los que llaman “Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad”, o bien, “fórmulas para lactantes”, sin aclarar si son lo mismo o diferentes cosas. La definición de lactante hasta los doce meses de edad es diferente a la señalada en la NOM-031 que es hasta los 2 años. La definición de “leche materna o humana” es más extensa y no se establece la duración de la LM.

De la revisión presentada se puede concluir entonces, que México cuenta con un marco jurídico extenso, de diversos órdenes, que tratan el tema de la AI, que reconoce en la lactancia materna la forma de alimentación óptima. Sin embargo, existen ciertas controversias, imprecisiones, contradicciones y paradojas, entre los diferentes documentos institucionales, entre las intenciones y los efectos, que merecen ser revisados y actualizados a la luz de las nuevas evidencias y consensos. Este marco legal está basado en muchos de los pronunciamientos de las diversas agencias del sistema de la ONU, que gestionaron políticas de prevención, promoción e intervención, en el marco de la supervivencia infantil, con acciones específicas relativas a la AI, que comprometieron a los estados miembros para que las transformen en políticas públicas que garanticen su cumplimiento.

Durante 2013 y 2014, se han implementado acuerdos y se han modificado la Ley del IMSS (DOF, 2014a), y en consecuencia, la Ley del ISSSTE. Se discuten iniciativas en las cámaras, se han instalado “bancos de leche” en hospitales en diferentes estados, se promueven lactarios en los centros de trabajo y se están revisando las NOM en las Secretarías de Salud, de Trabajo y de Desarrollo Social. Han comenzado campañas de difusión sobre las ventajas de la LM, que ponen en evidencia muchos problemas en

la concepción general del asunto. Hace poco, en una campaña local en el DF quisieron promocionar la LM, comenzaron muy mal: con unas guapas y quirúrgicas artistas, desnudas de la cintura para arriba, con un cintillo que tapa el pecho en el que dice: “No le des la espalda, dale el pecho”; esto despertó la opinión adversa de muchos sectores sociales, por lo que salió de la circulación. Lo que es evidente, es que el tema se está colocando en la discusión social y en las agendas legislativas.

La alimentación infantil forma parte de los derechos a la salud y a la alimentación consagrados en la Constitución, es responsabilidad del Estado garantizar el cumplimiento de los mismos. Su pleno cumplimiento requiere de un compromiso intersectorial y de la participación activa de la ciudadanía, su operación compete prioritariamente a los servicios de salud. El presente ejercicio de revisión de las leyes, reglamentos, normas y programas, muestra que en México existe un sustento razonable para el diseño de políticas públicas encaminadas al bienestar infantil y materno. Sin embargo, no es suficiente con que esté legislado, es necesario ponerlo en práctica.

2.2.2.3 El desafío del Sistema de Salud hoy

En octubre de 2011 el Artículo 4º de la Constitución incluyó la alimentación como un derecho humano (DOF, 2011). Sin embargo, el mayor desafío en el área de la salud que tiene hoy la población mexicana versa sobre el tema de la alimentación, que se pone de manifiesto por medio de las cifras recientes sobre la prevalencia de obesidad y de mortalidad por Diabetes mellitus que, en síntesis, son las más altas del mundo.

México es hoy un país con casi de 120 millones de habitantes, integrado por 32 entidades que forman una república federal. 60% de la población vive en zonas metropolitanas mayores de 100 mil habitantes; 19% habitan en localidades urbanas de entre 2500 y 100 mil habitantes; 21% de la población vive en zonas rurales; y 10% son hablantes de alguna lengua indígena (INEGI, 2011). México se califica como un país de ingresos medios, 9,240 dólares *per cápita*, con niveles de concentración del ingreso y de expansión de la pobreza desproporcionados. Según UNICEF, (UNICEF, 2012) el 40% de la población con menores ingresos tiene el 13% del ingreso nacional, mientras el 20% más rico tiene el 54%; la mitad de la población es pobre y un tercio vive en condiciones pobreza extrema. CONEVAL indica que solo una quinta parte de la población nacional, 19.8%, no presentó problemas de ingresos ni carencias sociales,

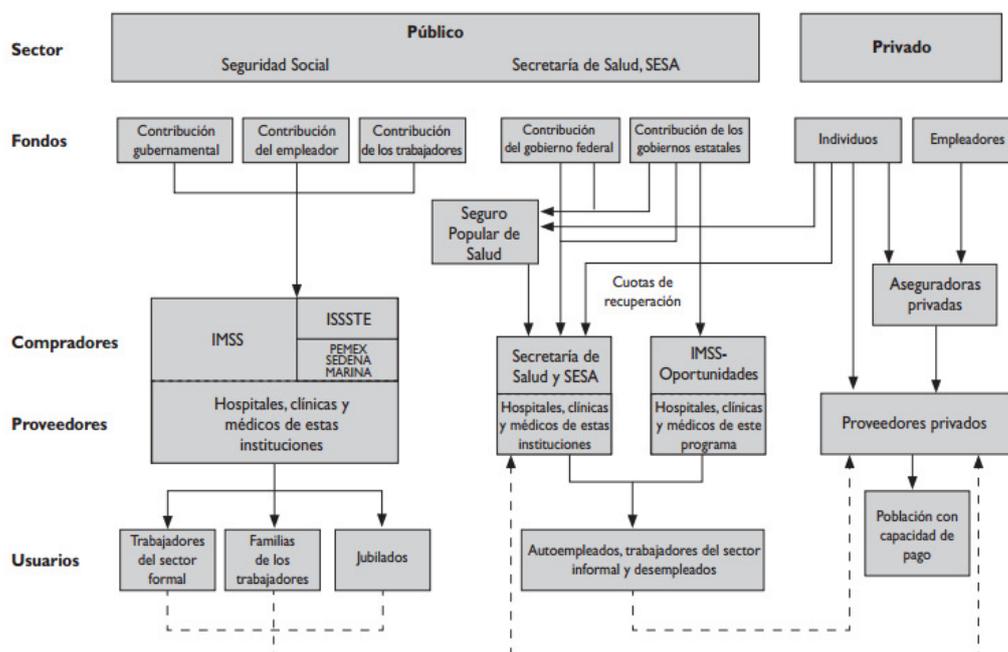
los demás sí, en diferentes niveles; y entre los pueblos indios, 3 de cada 4 personas eran pobres(CONEVAL, 2012). Esto es de una desigualdad descomunal. Crecen diariamente las evidencias de la descomposición social y la violencia

Para dar una imagen del alcance del SNSM, se tomó la revisión de Gómez-Dantés y colaboradores (Gómez *et al.*, 2011) que establece una distinción entre el sector público y privado y definen tres categorías de usuarios:

- I. Los trabajadores del sector formal de la economía, activos y jubilados, y sus familias, son los beneficiarios de las instituciones de seguridad social, alcanzan a 48.3 millones de personas, 42% de la población total
- II. Los autoempleados, los trabajadores del sector informal de la economía, los desempleados y las personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, así como sus familiares y dependientes. Estiman que este grupo representa alrededor de la mitad la población total, y constituye el grupo objetivo del Seguro Popular y de otros esquemas de gratuidad y subsidios de las instituciones públicas y de los SESA. Este tipo de población también puede tener acceso a las fundaciones de asistencia privada o a organizaciones de la sociedad civil, que siempre resultan insuficiente.
- III. El tercer grupo lo constituyen quienes hacen uso de los servicios del sector privado, a través de planes de seguro o pagos de bolsillo, se estima que constituye el 7% de la población nacional.

Múltiples factores intervienen en la complejidad y las dificultades del SNSM. Por ejemplo, el IMSS, que opera a nivel nacional, tiene dos regímenes de beneficiarios y ofrece protección social y asistencial diferenciadas. Las formas de financiamiento y el flujo de recursos también son muy enredados, se mezclan y sobreponen programas que requieren gestiones federales, estatales y municipales. Además, en los servicios médicos asistenciales del país están involucrados los sistemas de estudios universitarios y de especialización médica y biomédica, ya que todas las unidades médicas, públicas y privadas, reciben estudiantes de pregrado y posgrado de los diversos . La figura 2.1 es el cuadro sinóptico, propuesto los autores señalados, que ilustra la complejidad del sistema de salud mexicano.

Figura 2.1 Sistema Nacional de Salud en México



El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros], que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago. El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal. Tanto la SSa como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación). La población de responsabilidad de la SSa y de los SESA se atiende en las instalaciones de estas instituciones, que cuentan con su propio personal. El SPS se financia con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra servicios de salud para sus afiliados a la SSa y a los SESA (y en algunas ocasiones a proveedores privados). Finalmente, el sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, y ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados.

Fuente: (Gómez *et al.*, 2011)

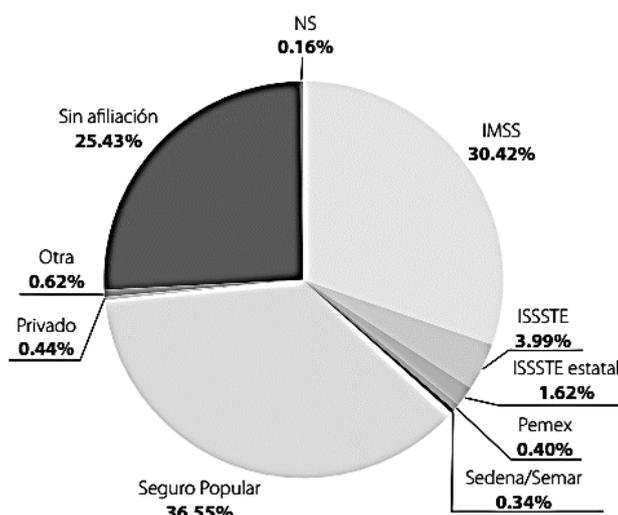
Para profundizar en los desafíos en materia de salud y alimentación, se seleccionaron ciertos indicadores derivados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada en 2012 (INSP, 2012), efectuada en una cuidadosa muestra representativa y estratificada de los casi 30 millones de hogares que se estima hay en el país. Como se señala en el documento:

El objetivo general de la ENSANUT 2012 es cuantificar la frecuencia, distribución y tendencias de las condiciones de salud y nutrición y sus determinantes y examinar la respuesta social organizada frente a los problemas de salud y nutrición de la población, incluida la cobertura y calidad de los servicios de salud y la cobertura específica de los programas prioritarios de prevención en salud en el ámbito nacional, por entidades federativas, por zonas urbanas y rurales y por estratos socioeconómicos. De igual forma, la ENSANUT 2012 permitirá generar evidencia sobre la cobertura de protección en salud de las familias mexicanas y realizar comparaciones respecto a utilización y

condiciones de salud entre las poblaciones de acuerdo con el tipo de protección en salud. (:21)

La figura sobre el autoreporte de afiliación a instituciones de salud tiene 9 categorías. Se puede señalar que la mayor afiliación corresponde al Seguro Popular, seguido por el IMSS, mientras que 25.4% de los hogares reportaron no estar afiliados a ningún sistema de protección en salud.

Figura 2.2 Afiliación institucional



NS= No sabe

Fuente: (INSP, 2012).

Un panorama más complejo es el que presentan los indicadores de bienestar social en el país. El rezago educativo está presente en el 20% de la población, 63% no cuenta con seguridad social, la mitad presenta pobreza en múltiples dimensiones y un tercio de los mexicanos vive en pobreza alimentara. Son muchos millones de mexicanos que viven en condiciones con baja calidad de vida, algunos son identificados por las propias instituciones gubernamentales y objeto de las políticas de asistencia social.

Figura 2.3 Indicadores de bienestar en México. ENSANUT 2012¹

Fuente: (INSP, 2012)

Al hacer una serie de malabarismos sobre la cobertura en salud, el informe define:

De acuerdo con las cifras reportadas por las instituciones de salud, en México se ha alcanzado la cobertura de protección en salud para prácticamente toda la población del

Indicadores de bienestar	%	Frecuencia ponderada
Falta de rezago educativo	20.0	22 852 908
Falta de acceso a los servicios de salud	21.4	24 460 115
Falta de acceso a la seguridad social	63.1	72 149 479
Insuficiente calidad y espacios en la vivienda	13.3	15 163 281
Insuficiente acceso a los servicios básicos en la vivienda	12.9	14 802 403
Insuficiente acceso a la alimentación	30.3	34 685 908
Línea de bienestar	58.1	66 394 793
Línea de bienestar mínimo	30.4	34 724 964
Pobreza multidimensional	49.0	56 040 509

país (:35).

Esta cita parece estar en contradicción con el auto reporte de afiliación institucional anterior y con la información derivada de los indicadores de bienestar, en la que poco más del 20% de la población indica “falta de acceso a los servicios de salud”. La información sobre la demanda, utilización y satisfacción de la población que recibió servicios ambulatorios⁵, reporta una participación de los servicios privados de casi el 40%, de los cuales, los consultorios en farmacias, que ofertan consulta médica a bajo costo (1.5 € aproximadamente) y medicamentos genéricos más baratos, tienen casi el 41.5% de ese mercado, dice el informe:

Los consultorios dependientes de farmacias atienden el 16.1% del total de consultas ambulatorias, lo que refuerza la importancia de considerar a este subgrupo (...) se encontró que entre 28.4 y 36.6% de los afiliados a los seguros públicos, incluido el Seguro Popular, hicieron uso de los servicios ambulatorios del sector privado, y aproximadamente una tercera parte de éstos lo hicieron en los consultorios de farmacias (:43)

⁵ La pregunta que se responde es “En las últimas dos semanas, ¿Usted solicitó o recibió consulta (que no haya requerido hospitalización), por enfermedad, control de la misma, lesión o accidente? (:42)

De la población que refirió no tener ningún esquema de aseguramiento, 76% reportaron acudir a los servicios privados y el resto acudió a los servicios de salud locales.

Otros datos de interés para el tema de estudio son el lugar y la forma de atención del parto. La encuesta ofrece información sobre los nacimientos correspondiente a los hijos o hijas menores de cinco años, de la muestra de hogares estudiada. Es decir, la sumatoria de los partos ocurridos de 2007 a 2012, que representan casi 8.5 millones de partos a nivel nacional.

Figura 2.4 Resolución del parto en mujeres de 20 a 49 años con antecedentes de un hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la entrevista, por institución de atención. México, ENSANUT 2012

	Normal (vaginal)		Cesárea por urgencia		Cesárea programada		Total	
	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%
IMSS/IMSS Oportunidades	1 284.3	55.9	648.1	28.2	363.7	15.8	2 296.1	100.0
ISSSTE/ISSSTE Estatal	69.5	31.6	82.2	37.4	68.3	31.0	220.0	100.0
SSa	2 255.9	61.2	898.1	24.4	532.9	14.5	3 686.9	100.0
Privada	517.0	30.2	469.7	27.5	723.5	42.3	1 710.3	100.0
Otra	422.8	77.7	74.0	13.6	47.3	8.7	544.0	100.0
Total	4 560.2	53.9	2 172.2	25.7	1 735.7	20.5	8 468.1	100.0

* Frecuencia en miles

Fuente: Cuestionario de adultos, ENSANUT 2012

Fuente: (INSP, 2012)

Del cuadro anterior destaca que la SSa sería la institución que atendió el mayor número de partos, 3.7 millones a nivel nacional, en cinco años. Sin embargo, como se explicó anteriormente, la categoría SSa agrupa a las instituciones de salud de cada uno de los estados del país, 32 en total, que son independientes entre sí y con características y recursos muy desiguales; en realidad son 32 instituciones de salud,

una de esas es la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SEDESA), bajo la conducción a nivel federal de la Secretaría de Salud.

La frecuencia de partos por cesárea, casi 46% de los nacimientos a nivel nacional, es muy superior a lo recomendado por la OMS que sugiere que ceca del 15% de los partos requieren cesáreas, que quizá debería llamarse parto quirúrgico. Para el ISSSTE y sus equivalentes en los estados, la frecuencia de la suma de cesáreas de urgencia y cesáreas programadas alcanza el 68% de los partos atendidos, situación que refiere un alto nivel de medicalización. El tipo de parto tiene importancia en la Al,ya que ciertos medicamentos utilizados obligan a retrasar el primer contacto madre-bebé, hasta por varias horas y se utilizan fórmulas.

La información sobre asistencia a consulta médica en el primer mes de vida no presenta grandes diferencias entre lo reportado en la ENSANUT 2006 y la ENSANUT 2012. El 77% de los menores de cinco años fueron llevados al médico durante el primer mes de vida a *Control del Niño Sano*, con porcentajes mayores entre las instituciones de la seguridad social, 93% en Sedena/Semar, 87% en el IMSS y 86% en el ISSSTE.

La magnitud de la infraestructura y de la operación de los servicios de salud en México, ilustrado en el panorama presentado, permite argumentar las dimensiones del desafío demográfico de la atención a la salud, tan solo desde el panorama de lo infantil.

2.2.2.4 Servicios públicos de salud en el DF

El Distrito Federal, o DF,también llamada Ciudad de México, es la capital del país y concentra los poderes federales. Se divide en 16 unidades administrativas llamadas delegaciones políticas, es una ciudad muy grande y complicada. Tiene una población total de 8.8 millones de habitantes (INEGI, 2011) y forma parte de la gran área metropolitana del Valle de México,que se junta con otras tres entidades federativas, donde se dice que habitan más de 20 millones de personas y circulan muchas más.

La Secretaría de Salud del DF (SEDESA) es el órgano rector y ejecutor de las acciones de salud a nivel local. En la tabla 2.2 está incluido en la categoría SSa. El esquema asistencial tiene tres componentes que se conducen administrativamente por separado:

- I) La Red de Hospitales del DF, cuenta con 38 centros hospitalarios de diferente tipo, todos de segundo nivel: 12 hospitales generales, 10 pediátricos, 8 materno infantiles, uno de especialidades; los otros siete son hospitales penitenciarios y para enfermos mentales
- II) La Red de Centros de Salud, integrada por 204 centros de atención primaria, repartidos en las diferentes delegaciones, que ofrecen consulta externa en medicina general y, dependiendo del tipo de centro, consulta externa de especialidades básicas, estudios de gabinete y laboratorio, inmunizaciones, servicios odontológicos y psicológicos.
- III) La operación de servicios y programas especiales, como *medibuses*, caravanas de salud para escolares, detección oportuna de cáncer cervicouterino y de mama, salud bucal, entre otros(SEDESA).

Estos servicios están mandatados a dar atención a la población que vive en el DF, que carece de seguridad social y focalizan sus acciones en los grupos que presentan alta vulnerabilidad social, una población estimada en casi 4 millones de personas en el DF, de las cuales 2.4 millones son usuarias de estos servicios (SEDESA). Para el año 2012 se reportaron en el DF 161 mil partos y SEDESA fue la institución que atendió la mayor proporción, un tercio, poco más de 52 mil partos, seguido por el IMSS con el 24% y por alguna Unidad Médica Privada con el 22%.

Los Centros de Salud, distribuidos por toda la ciudad, son las unidades de atención primaria y hay de tres tipos que se identifican como T-I, T-II y T-III, denominaciones que reflejan el tamaño y el grado de equipamiento y servicios de cada centro. Los T-I son los más simples, cuentan con una sala de espera, un consultorio atendido por un médico general, una enfermera y, a veces, un consultorio odontológico. Un T-II tiene entre 3 y 6 consultorios, más personal y servicios como archivo, dirección y registros epidemiológicos. Los T-III cuentan con 7 o más consultorios, servicio de laboratorio clínico y rayos X, farmacia, monitoreo de enfermedades crónicas, algunos brindan consulta de ciertas especialidades, y de salud mental. Responden a un esquema de organización por Jurisdicciones Sanitarias, que coincide con la división política por delegaciones y con los sistemas de información epidemiológica.

Los Centros de Salud ofrecen servicios asistenciales y preventivos a través de diversas acciones y programas como son, la consulta externa de medicina general a quien la solicite y cumpla con los requisitos, gratuidad de medicamentos, programa permanente de inmunizaciones, programa de *Control del Niño Sano*, acciones especiales como la clínica de tabaquismo y de enfermedades crónicas no

transmisibles, también se gestionan los programas de asistencia social. En términos financieros, se mezclan los recursos de la ciudad con los federales del Seguro Popular y hay mucha confusión en cuanto a las formas de incorporación de las familias a los esquemas de afiliación, por lo que a todos se les da atención. .

En el año 2001 se inició en el DF un esquema de atención denominado Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, reconocido como *gratuidad*. En 2006, este esquema se constituyó en Ley, y el 31 enero de 2007 fue declarado Programa Social del Distrito Federal (SIDESO, 2007). Opera mediante educadores comunitarios y promotores de salud, que identifican a las personas que no pueden acudir a un hospital o centro de salud y gestionan visitas de médicos y enfermeras a los domicilios para ofrecer atención médica y medicamentos, sin costo alguno, también pueden acudir a los centros de salud y a los hospitales de la SEDESA. Este programa ha ampliado la atención médica para los habitantes del DF, que se suma a los recursos del seguro popular federal, por lo que en materia de atención a la salud para los habitantes del DF se difunden coberturas casi totales. La infraestructura de servicios de salud operada por el GDF es monumental.

Xochimilco es una de la 16 delegaciones políticas en que está dividido el DF. Está integrada por 18 barrios y 14 pueblos, al sur de la Ciudad de México. En la Delegación Xochimilco reside una población total de 415 mil habitantes, de los cuales el 52% no cuentan con seguridad social y serían usuarios potenciales de los centros de salud y de los hospitales del GDF (SEDESA). Tan solo en esta delegación, además del CS en el que se realizó el estudio, hay cuatro centros más del tipo T-III, dos T-II y cinco, T-I; y cuenta con un hospital materno infantil.

El DF tiene gobierno mediante elección popular a partir 1997; antes, el jefe de gobierno era nombrado por el Presidente de la República. Desde entonces ha estado gobernado por la izquierda, que también ha tenido mayoría en la Asamblea Legislativa y en las 16 delegaciones políticas que lo componen. Se han aprobado leyes liberales como la despenalización del aborto, el matrimonios entre personas del mismo sexo, servicios de salud y medicamentos gratuitos, protección social con albergues y comedores, ayuda monetaria ancianos, entre otras acciones de alcance para la contención del deterioro social.

Este es el marco institucional que da identidad al CS estudiado, como unidad T-III de primer nivel de atención, que ofrece consulta externa, inmunizaciones, servicios asistenciales y de salud pública a la población que acude. Se considera el *locus* en el que suceden las cosas, es decir el lugar en el que se gestan los casos.

2.2.2.5 Pronunciamientos de las agencias de la ONU

Se reconoce que el sistema de la ONU y sus agencias ejecutivas promueven la paz y el bienestar humano y que actúan éticamente. Las recomendaciones y mandatos que proponen tienen efecto en las políticas públicas de muchos países y en las acciones sociales a nivel global. La ONU surgió en 1945 al finalizar la Segunda Guerra Mundial, y meses después se fundó el UNICEF como fondo de emergencia para atender a la infancia afectada por la guerra. En 1953 UNICEF cambió su nombre pero mantuvo, y mantiene, el acrónimo inicial; así se le reconoce en todo el mundo. La FAO comenzó en 1945 en Canadá y en 1951 cambió su sede a la ciudad de Roma; su área de acción son la alimentación y la agricultura, por lo que sus pronunciamientos también son pertinentes.

La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de las acciones sanitarias de la ONU, y desde su constitución en 1948 adoptó la siguiente definición de salud:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades (OMS, 1948).

A esta definición básica se le pueden añadir especificaciones como en el caso de la salud sexual y reproductiva o la salud mental. La AI estará contenida en los temas sobre la salud infantil y la salud reproductiva, porque el resultado de la reproducción sexual es la supervivencia del producto y la crianza de la descendencia. Sin embargo, no está suficientemente contemplada la crianza como un derecho reproductivo más allá del permiso de maternidad 42 días post parto,

Desde 1963 la FAO junto con OMS son responsables del desarrollo de los estándares de calidad de los alimentos, conocido como *Codex Alimentarius*, cuyo objetivo es proteger la salud de los consumidores y favorecer el comercio equitativo de los alimentos. La OPS, o PAHO por sus siglas en inglés, fue fundada en 1902, es la Oficina Regional para las Américas de la OMS, que incluye a Estados Unidos y Canadá. Cada una de estas agencias del sistema de la ONU, o la interacción de dos o más, en ocasiones junto con grupos de la sociedad civil organizada, han producido pronunciamientos, códigos, agendas de investigación, esquemas de capacitación, programas de acción y muchas otras iniciativas en torno a la AI. Se presenta lo más destacado, ya que, desde los años 70 se han pronunciado por la lactancia materna, aunque han cambiado sus recomendaciones y avanzado en sus gestiones.

El tema de la alimentación ha sido fundamental en el UNICE desde sus inicios, ya que a la infancia en emergencias de guerra hay que alimentarla, cuidarla y atenderla.

Desde entonces, la ONU se ha preocupado por temas como las hambrunas, la desnutrición infantil, las deficiencias nutricionales y las enfermedades carenciales, el óptimo crecimiento infantil y por supuesto la protección de la LM y la alimentación complementaria oportuna y de calidad.

Desde 1974, la XXVII Asamblea de la Organización Mundial de la Salud hizo una advertencia a los países sobre la disminución en la práctica de la LM, de su relación con las actividades mercantiles de las compañías productoras de sucedáneos y de la pertinencia de establecer códigos y legislaciones nacionales. El tema fue retomado en la asamblea de 1978, como una medida de protección de la nutrición infantil y recomendó tomar acciones legislativas para facilitar la lactancia en mujeres trabajadoras y regular la promoción inadecuada de alimentos infantiles que pudieran ser utilizados para remplazar la leche materna.

En octubre de 1979 se realizó una reunión convocada por la OMS y el UNICEF, a la que asistieron representantes de los gobiernos de los países, diversas agencias del sistema de la ONU, organizaciones civiles, grupos académicos y representantes de la industria de alimentos infantiles. Se trataron cinco temas básicos: el fomento y el apoyo de la lactancia materna; la promoción y el apoyo para la alimentación complementaria, adecuada y a tiempo, utilizando alimentos locales; fortalecimiento de la educación, capacitación e información para la alimentación infantil y de niños pequeños; la promoción de la salud y de la situación social de la mujer en relación a la salud y la alimentación infantil; la distribución y la mercadotecnia apropiadas para los sustitutos de la leche materna. La conclusión fue que debía haber un código internacional de comercialización de las formulas infantiles y de otros productos utilizados como sustitutos de la leche materna(OMS/UNICEF, 1979).

Un papel destacado para la elaboración de ese Código fue una acción jurídica desarrollada por un grupo académico suizo, “Grupo de Trabajo Tercer Mundo”⁶, que tradujo al alemán, con el título de “Nestlé mata bebés”⁷, un informe periodístico publicado inicialmente en inglés con el título de “El asesino de bebés”⁸. Nestlé los demandó por difamación y se celebró un juicio en la ciudad de Berna, que duró casi

⁶Arbeitsgruppe Dritte Welt

⁷ Nestlé Totet Kinder

⁸ The baby killer

dos años (Arana, 1982). Aunque Nestlé ganó el juicio, el tema se colocó en la agenda de la ONU y de los grupos sociales y civiles a favor de la LM.

En 1981, en la XXXIV Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, se aprobó el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna⁹, con 118 votos a favor, incluido el de México, uno en contra, Estados Unidos, y tres abstenciones. El documento de 24 páginas consta de una introducción, el Código en sí, integrado por 11 artículos y 3 anexos relativos a otros aspectos relacionados. Este Código tiene como objetivo proteger y fomentar la LM mediante información sobre la alimentación adecuada de los lactantes y la regulación de la comercialización de los sucedáneos de la leche materna y el uso de biberones. Resoluciones posteriores han fortalecido las estipulaciones del Código, y Clinton lo ratificó para Estados Unidos en 1994.

En el Artículo 3 se presentan 13 definiciones instrumentales de las que recuperamos algunas¹⁰ particularmente significativas, como:

Sucedáneo de la leche materna (breast-milk substitute): cualquier alimento comercializado o de otro modo presentado como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para este fin.

Alimento complementario (Complementary food): cualquier alimento manufacturado o preparado localmente, que convenga como complemento de la leche materna o de las preparaciones para lactantes, cuando aquélla o éstas resulten ser insuficientes para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante. Estos alimentos son comúnmente llamados alimentos para la ablactación o suplementos de la leche materna.

Sistema de Salud (Health care system): Instituciones y organizaciones gubernamentales, no gubernamentales o privadas, involucradas, directa o indirectamente, en el cuidado de la salud materna e infantil. También incluye a los trabajadores de la salud en la práctica privada. Para los propósitos de este Código, el sistema de salud no incluye a las farmacias u otros establecimientos de ventas.

Fórmula Infantil (Infant formula) Cualquier sucedáneo de la leche materna formulado industrialmente de acuerdo con los estándares del *Codex Alimentarius*, para satisfacer los requerimientos nutricionales normales de los infantes hasta los cuatro o seis meses de edad y adaptados a sus características fisiológicas. Los sucedáneos también pueden ser preparadas en el hogar que se describirán como preparados domésticos.

La reglamentación vigente en México está basada en este Código que establece ciertos preceptos, por ejemplo: no llamar *maternizadas* a las fórmulas infantiles, no

⁹ En inglés se denomina *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*, en español, se utiliza la noción sucedáneos.

¹⁰ Traducción personal

debe haber promoción ni publicidad al público ni en medios masivos, no se pueden utilizar ciertas imágenes maternas, ni se deben dar muestras gratuitas a madres, médicos y hospitales, entre otros. Sin embargo, por ser quienes son, las empresas productoras de fórmulas y alimentos infantiles organizan cursos promocionales en los que hablan destacados académicos (ver anexo 3), y no existen estrategias de verificación del cumplimiento de los preceptos, ni formas de sanción a las violaciones al Código, que se siguen documentando de manera permanente.

Existe un instrumento de regulación, de naturaleza ética, firmado entre el gobierno federal y las compañías productoras de fórmulas llamado el Acuerdo con los Fabricantes de Fórmulas Lácteas Infantiles, firmado en México por primera vez el 28 de octubre de 1991, por Nestlé, Mead Johnson, Wyeth y Abbot-Bayer. En ratificaciones posteriores de este acuerdo se sumaron los Laboratorios Pisa, Asociación Mexicana de Productos Infantiles, Novag Infancia y PBM Productos México. En síntesis, este acuerdo establece que el mercadeo de los sucedáneos de la leche materna se realice de acuerdo con los principios del Código, de las resoluciones de la OMS y por la normatividad oficial de México. El acuerdo con los fabricantes fue ratificado el 30 de mayo de 1995, el 11 de septiembre de 2000 y, por última vez, el 4 de septiembre de 2007, teniendo como testigos a la Academia Mexicana de Pediatría, la Confederación Nacional de Pediatras de México, a la Academia Nacional de Medicina y la Asociación Mexicana de Pediatría (SSA, 2007). Si bien dicho Acuerdo es sin duda un avance, las empresas obtuvieron a cambio ciertas concesiones de flexibilidad comercial, como la disponibilidad sin restricciones de todas las fórmulas infantiles en los pasillos de supermercados y tiendas de autoservicio, mientras que con anterioridad las fórmulas sólo estaban disponibles para su venta en farmacias.

El diccionario de María Moliner (Moliner, 2007) dice que sucedáneo es un adjetivo o nombre masculino que:

Se aplica a una sustancia con la que se sustituye o suple otra que falta, escasea o resulta muy cara. Se aplica a algo que se considera una mala imitación de otra cosa. (:1139)

En 1985, el informe anual de UNICEF conocido como Estado Mundial de la Infancia (UNICEF, 1985) propuso una Estrategia Mundial en favor de la Infancia que agrupó las diversas acciones para la salud infantil: la vigilancia del crecimiento, la rehidratación oral, la lactancia materna, las inmunizaciones, -GOBI, su acrónimo en inglés- al que después se le añaden tres efes, GOBI-FFF, que tienen sentido en

inglés, sobre educación femenina, disponibilidad de alimentos y planificación familiar, para perfilar las acciones de salud pública en el área de la salud materno infantil. Esta propuesta se vio reflejada en el diseño de programas y políticas de salud a nivel mundial y ha sido la base de lo que en México se conoce como programa *Control del Niño Sano*.

En 1989 OMS y UNICEF presentan a los gobiernos una declaración conjuntallamada: Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función de los servicios de maternidad (WHO/UNICEF, 1989), en la que se describe la estrategia conocida cómo: *Diez pasos hacia una lactancia materna eficaz*¹¹. Esta declaración ha sido la base para la implementación de la *Iniciativa Hospital Amigo del Niño*¹², a nivel mundial.

En 1990 se estableció la Convención Sobre los Derechos del Niño (ONU, 1990), en la que se reconoce a la infancia como sujetos de derechos humanos y protección social, en el Artículo 24 menciona expresamente la lactancia materna. También en 1990, UNICEF realizó una reunión con representantes de salud de 30 países para tratar el tema: “La lactancia materna en el decenio de 1990: una iniciativa a nivel mundial”, de la que derivó la Declaración de Innocenti (OMS/UNICEF, 1990), con mandatos para los gobiernos, para los servicios de salud y para la sociedad, en la que se propone pasar de una “cultura del biberón” a una “cultura de la lactancia” mediante acciones puntuales. Esta iniciativa ha sido un argumento de referencia para la promoción de la lactancia materna y fue revisada en 2005, cuando se presentó una nueva Declaración de Innocenti (UNICEF/OMS, 2005), avalada además por nueve agencias promotoras de la lactancia materna a nivel internacional y con pronunciamientos más avanzados sobre el alcance de las políticas de salud, la responsabilidad de los gobiernos y de los servicios de salud en torno a la AI.

También en 1990, en la sede de la ONU en Nueva York se realizó la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia, (ONU, 1990), con la participación de 71 jefes de estado y altos funcionarios de los gobiernos. Se emitió la Declaración sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño, y un Plan de Acción, a nivel mundial, en varios

¹¹ *Ten steps for successful breastfeeding*. En documentos oficiales del Sistema de Naciones Unidas, se identificaron en español los varios títulos: *10 pasos para una feliz lactancia natural*; *o 10 pasos para una lactancia materna exitosa*; *o 10 pasos para una lactancia materna eficaz*.

¹² *Baby Friendly Hospital Initiative* (BFHI)

momentos menciona a la lactancia materna como una acción por la supervivencia infantil.

En 1991 se lanzó la estrategia de acción denominada Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN)¹³, para poner en operación, a nivel mundial, los *Diez Pasos Hacia una Feliz Lactancia Natural* (WHO/UNICEF, 1991). Esta iniciativa constituye el mandato a seguir por los hospitales, durante la atención del parto, como un camino para facilitar la instalación de la LME. Los diez pasos son una ruta clínica para facilitar el apego inicial necesario para que la LM ocurra. Ese año se publicó un documento sobre *Indicadores para evaluar las prácticas de lactancia materna* de utilidad para su observación epidemiológica. A continuación, en el Cuadro 2.1, se presentan los 10 pasos, pues siguen siendo criterios de evaluación sobre el alcance de las políticas públicas en esta materia.

¹³ En algunos documentos oficiales se utiliza en plural “Iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños”.

Cuadro2.1 Diez pasos para a lactancia materna eficaz.

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho chupadores o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

Fuente:(UNICEF/OMS, 1991)

En 1992, la Conferencia Internacional sobre Nutrición, convocada por FAO y la OMS, realizada Roma, destacó a la promoción de la lactancia entre los temas más importantes de la nutrición humana. En 1994, la Cumbre sobre Promoción y Desarrollo recomendó la lactancia materna como herramienta para mejorar la salud materna y espaciar los embarazos; en la Cumbre Mundial sobre Mujer y Desarrollo, realizada en Pekinen 1995, se reconoció la necesidad de dar facilidades para la lactancia a las mujeres trabajadoras. En 1999, la Conferencia Internacional de la OIT se revisó el convenio de Protección de la Maternidad que consolidaba el derecho de las mujeres

trabajadoras a un permiso pagado por maternidad, así como el derecho a intervalos pagados para amamantar durante la jornada laboral.

En el año 2001 cambiaron las recomendaciones sobre la duración de la LME y se pronuncian por seis meses de duración (OMS, 2001). Estas recomendaciones apenas están llegando a México, como se mostró en el análisis de los edictos nacionales en el inciso anterior.

En materia de capacitación, en 1993 aparece la publicación de un cuerpo de documentos llamados: *Consejería en Lactancia Materna: Curso de Capacitación*, (OMS/UNICEF/OPS, 1993), para ser utilizado en la promoción, la planeación y el desarrollo de cursos y talleres para la consejería en lactancia materna. Los documentos están pensados para sensibilizar y habilitar al personal de salud, está disponible en varios idiomas y consta de tres partes: la *Guía del Director*, que presenta los argumentos para convencer a directivos y administradores de las instituciones de salud, sobre los beneficios económicos, sociales y para la salud infantil y materna, relacionados con la adopción de prácticas hospitalarias favorables a la LM, así como los requerimientos programáticos necesarios para realizar los cursos de capacitación. Otro documento es la *Guía del Capacitado*, que presenta la selección temática para el diseño de un curso de 40 horas de duración y ofrece el material visual, en acetatos, para la conducción del curso. El tercer documento, el *Manual del Participante*, es como un cuaderno de notas con los apuntes más relevantes para quienes reciben la capacitación. Estos materiales se editaron de nuevo en el año 2009, con cambios en el título: *Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado*, que incluye nuevas aproximaciones al tema pero que persigue los mismos objetivos. Además de los tres componentes del documento anterior, se incluyen unos *Lineamientos para el seguimiento después de la capacitación* y un anexo con todas las diapositivas que facilitan la realización de los cursos (OMS, OPS, y UNICEF, 2009). Este paquete ha sido la base de muchos proyectos de capacitación en todo el mundo.

La ONU y sus agencias han publicado informes, consensos, principios y estrategias de acción, así como nuevas ediciones de documentos previos. Hay evidencias de los efectos de la IHN en la prevalencia y las modalidades de la AI (OMS, 1998), hay textos para la Consejería en VIH y Alimentación Infantil. Destaca el manual sobre la Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, que difunde el consenso sobre la edad para la duración de la LME y ciertos principios para la

alimentación complementaria del niño amamantado, y otro para aquéllos no amamantados (OMS, 1998, 2007; OMS/UNICEF, 2003).

En 2008 se publicó un consenso sobre Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y de niño pequeño, avalado por instituciones académicas y profesionales internacionales. Al año siguiente se presentó un documento sobre las Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna (OMS/UNICEF, 2009; UNICEF/OMS, 2009). En 2010 se publicó: *La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud* (OMS/OPS, 2010). Todas estas publicaciones y propuestas constituyen recursos para la incorporación del tema en los programas de estudio profesionales en áreas de la salud. Ese año se presentó también, la 4ª edición del libro *Para la vida* (UNICEF/OMS/UNESCO/FNUAP/PNUD/ONUSIDA/PMA/BM, 2002) que presenta información relacionada con la salud materna e infantil vinculada a las acciones de supervivencia y desarrollo, cuyo propósito es capacitar a quienes influyen en la seguridad y el bienestar de la infancia, por medio de mensajes sencillos que pueden salvar vidas.

La estrategia global vigente, con su plan de acción, se reconoce como los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) (ONU, 2010), aunque tiene antecedentes y pronunciamientos desde el año 2000. Se presentan ocho objetivos para ser cumplidos por los países miembros de la ONU y tres de ellos tocan directamente el tema de la AI: el objetivo 1º, que establece erradicar la pobreza extrema y el hambre; el 4º, reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años; y el 5º, mejorar la salud materna. México ha participado activamente y ha generado políticas públicas de contención de la pobreza extrema y una virtual ampliación de la cobertura en servicios de salud, pero eso no ha contenido el declive de la lactancia materna como práctica de AI.

Los efectos de estas acciones internacionales en México han sido significativos pero de alcance limitado. En 1991 se formó el Comité Nacional de Lactancia Materna, con participación de todas las instituciones de salud del país, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud por medio de la Dirección General de Salud Materno Infantil (DOF, 1991). En ese año México fue seleccionado, junto con otros 11 países, para participar en el arranque de la iniciativa Hospital Amigo del Niño, en parte debido a la baja prevalencia de lactancia materna, para ser un país en vías de desarrollo, y en parte, por las condiciones políticas coyunturales favorables a la implantación de un programa pionero de corte intersectorial e internacional. Este programa contó con recursos financieros específicos, de procedencia nacional e internacional, lo cual permitió

capacitar, a gran escala, al personal de las instituciones públicas de salud, se formaron estructuras federales y locales para el diseño, aplicación y evaluación del mismo. Los recursos vinculados con esta iniciativa terminaron en el año 2000, que terminó hasta con la operación del Centro Nacional de Lactancia Materna (Hernández y Rosa, 2000), que se mantuvo en operación durante 15 años en el Hospital General, pero no alcanzó, entonces, presupuesto nacional.

A la fecha no se habla ya de esta iniciativa y no se cuenta con información sobre el estado actual de los hospitales en relación con la certificación o recertificación, aunque ciertos funcionarios mencionaron en el año 2010, que a nivel nacional más de 600 hospitales públicos conservaban el reconocimiento como Hospital Amigo. Dichas certificaciones se lograron con recursos de los propios hospitales, a diferencia de cuando inició el programa que contaba con recursos de UNICEF y la Secretaría de Salud. Si el objetivo general del Programa Hospital Amigo fue promover y apoyar la lactancia materna en las unidades hospitalarias, el éxito logrado es escaso, ya que los datos epidemiológicos recientes la reducción considerable en la instalación de la lactancia materna y en la modalidad de lactancia exclusiva; el uso de fórmulas infantiles para la alimentación de los bebés va en aumento, como se señaló previamente.

Salas (2011) asegura que la mitad de los trabajos elaborados desde la nutrición, la epidemiología y la salud pública, coinciden en señalar el importante papel que juega el personal médico, sus opiniones, prácticas y recomendaciones, en las decisiones que posteriormente toman las madres y las familias en relación a la alimentación de los bebés menores de 6 meses. Sin duda, aquí se encuentran bases firmes de argumentación para comprender los aspectos del proceso de medicalización de la AI.

2.2.2.6 Una mirada desde la Consejería

La idea y la práctica de la *consejería* (*counselling*, en inglés) han tomado fuerza en los modelos asistenciales y psicoterapéuticos, se le reconoce como una aproximación necesaria en torno a la Lactancia Materna (Naylor y Wester, 2009; OMS/UNICEF/OPS, 1993; UNICEF/OMS, 2005; Wellstart, 2013). La consejería es una relación entre un profesional o especialista en alguna materia, con un cliente, paciente o usuario que solicita ayuda ante una situación difícil que reconoce que no puede resolver por sí mismo. Cuando se ofrece una consejería se pretende ayudar a definir y decidir lo que resulta mejor para cada quien, en una situación particular, en el marco de la

autonomía. El papel de quien ofrece la consejería es escuchar, acompañar y ayudar a decidir y a proyectar lo que resulta mejor en su caso, en un ambiente de respeto. La aproximación desde la consejería también es pertinente en otras situaciones que afectan la salud; por ejemplo, en las decisiones anticonceptivas, en personas con infección por VIH, para la alimentación de las personas enfermas, entre otros asuntos de salud.

Salvay y Good (Salvay y Good,1988) pusieron en práctica esta propuesta en su trabajo sobre la consejería intercultural en lactancia materna, en Estados Unidos con población hispana.

El reto de las consultoras de lactancia es proveer asistencia y educación culturalmente sensitiva a mujeres mexicodescendientes cuyo lenguaje y creencias pueden ser muy diferentes de las suyas propias (:160)

Estas autoras identificaron situaciones y creencias asociadas positiva y negativamente con la producción de leche materna. Entre las creencias reportadas, el aire frío nocturno, el viento o los hombros destapados, el aire frío de un refrigerador abierto y mirar atardeceres rojos causan que la leche se seque, comer o beber mientras se amamanta puede hacer que la leche haga mal al bebé, caminar descalza en el piso causa que la leche se seque, enojarse o asustarse hace que la leche se vuelva mala para el bebé, el calostro es malo para el bebé porque es leche vieja, la mastitis es causada por la succión del bebé en el pecho más que en el pezón, si la madre produce calostro durante el embarazo tendrá más leche después,. Con estos argumentos proponen los siguientes abordajes de consejería:

Cuadro 2.2 Relación entre el enfoque de creencias y la consejería

Creencias	Consejería
Benéficas	Fomentar
Inofensivas	Ignorar
Perjudiciales	Disuadir
Inciertas	Observar, categorizar más tarde

Fuente: (Salas, 2011)

Ofrecer consejería para la LM requiere contar con conocimientos y habilidades clínicas y humanas para establecer la relación de confianza y la escucha necesarias para dar las recomendaciones pertinentes a las particularidades de cada caso. Para una madre, conseguir establecer la lactancia materna exclusiva como forma de AI, encarna desarrollar un proceso fisiológico de mucha complejidad, altamente sensible al medio social y familiar, que se puede obstaculizar y dificultar mucho. Todo esto parece ser ignorado por las disciplinas biomédicas que han descrito la fisiología de la lactancia, pero que no pueden ver a una madre que lacta, pues no es un conocimiento de interés para la medicina y sus disciplinas periféricas, de magnitud equivalente al del embarazo, por ejemplo, y hay mucha ignorancia y numerosas malas interpretaciones sobre los procesos fisiológicos de la LM. Hay una ceguera epistémica sobre el cuerpo materno que produce leche, sus dificultades y las posibilidades de afrontarlo, y compete a la consejería ayudar a comprender y resolver estos asuntos.

El grupo internacional con mayor trayectoria en la consejería para la lactancia materna es La Liga de la Leche (LLL), *La Leche League*, en inglés, fundada en 1956, en Chicago, Illinois, por siete mujeres cultas, católicas, madres de familia, nacidas en los años 20, que se juntaron a ver cómo hacían para recuperar “El arte femenino de amamantar”, para lo que acuñaron el eslogan “*Breast is Best*”, que en español, “el pecho es mejor”, pierde fuerza. Ellas señalaron que los doctores, los hospitales y a la presión social son los mayores impedimentos para la LM, que las madres requieren reconocer estas limitaciones a fin de conseguir amamantar. Formaron grupos de ayuda entre mujeres que tuvieron experiencias exitosas con la lactancia, que operaban como líderes de un grupo de mujeres que buscaba ayuda e información para amamantar. En 1958 publicaron la primera edición de su libro *El arte femenino de amamantar*¹⁴ e iniciaron un periódico bimestral. En 1964 comenzó la internacionalización de modelo, por lo que al nombre se le agregó lo *International* y al acromio la I, para quedar LLLI. En los años 70 se extendió por Europa y en 1981 adquirió el estatus de órgano consultivo de la ONU/UNICEF, en relación al tema. En 1982 LLLI se une con UNICEF de Brasil para desarrollar un proyecto de entrenamiento para mujeres de bajos recursos económico como consultoras y líderes de grupos de apoyo madre a madre, en torno a la LM. En 1988 participaron en los programas nacionales de LM en Guatemala y en Honduras. Poco después fundaron el Centro de Información sobre

¹⁴The womanly art of breastfeeding, actualmente en la 8ª edición.

Lactancia Materna (*Center for Breastfeeding Information*), un recurso para la investigación científica a nivel mundial. En 1991 publicaron otro libro básico para la consejería: *Lactancia Materna: Libro de respuestas*¹⁵. La organización siguió creciendo en todo el mundo, se posicionó en los medios académicos y clínicos, actualmente continúan con los grupos de consejería, la publicación de libros, revistas y folletos informativos en diferentes idiomas, desarrollan cursos de capacitación con valor académico y curricular, y aseguran que han generado gran impacto en las prácticas y en la forma de abordar la lactancia materna a nivel mundial. La Liga de la Leche llegó a México (LLLM) en 1972 y en 1982 quedó registrada como asociación civil. Este grupo tiene presencia en algunas ciudades del país a través de los grupos de apoyo, aunque es notable el bajo reconocimiento que en el medio académico e institucional se tiene con respecto a este grupo, que contrasta con la aceptación y participación que han tenido en otros países como Brasil y en Estados Unidos.

Otra organización norteamericana sin fines de lucro llamada *Wellstart*, inicialmente ubicada en San Diego, California, desde los años 80 se dio la tarea de ofrecer un programa de capacitación y certificación académica sobre consejería en LM a proveedores de servicios de salud perinatales, (*Wellstart International's Lactation Management Education Program*). Este programa ofreció dotar de conocimiento y habilidades clínicas para el manejo de la lactancia y la promoción del amamantamiento, a líderes de programas educativos de las profesiones como medicina, enfermería y nutrición, así como del ámbito político y administrativo. El programa se desarrolló como un curso formal de cuatro semanas de duración, que consistió en integrar equipos multidisciplinarios de atención perinatal por países. Las primeras tres semanas para la formación teórico-práctica y una para la planeación de un programa de implementación en cada país. El programa duró hasta 1998 y en 15 años lograron capacitar a 655 profesionales de la salud de 55 países. En 2003 se documentó su efecto en el cambio de las prácticas en cientos de hospitales alrededor del mundo, en la incorporación del tema en muchos programas de estudios universitarios y en la ampliación de la experiencia global relacionada con el manejo de la lactancia (Wellstart, 2003). Han participado activamente en todas las iniciativas de la ONU, y siguen siendo un grupo de referencia en el tema. En 2014 presentaron la 4ª Edición, en inglés, de los Módulos de auto aprendizaje (Nivel 1) para el Manejo Clínico de la Lactancia Materna (Wellstart, 2014). La versión disponible en español, es la 3ª

¹⁵The breastfeeding answer book actualmente en la 3ª edición.

Edición de 2009, es un buen documento sobre las implicaciones y complicaciones de la lactancia y sobre cómo abordarlas desde el ámbito clínico de la resolución de problemas y la consejería.

Con la intención de ofrecerelementos para comprensión de los aspectos anatómicos, fisiológicos y posicionales de la LME, en el anexo 4 se presentan tres figuras que ilustran estos elementos. Las imágenes y textos se seleccionaron para ilustrar los aspectos involucrados en la producción y en el consumo de leche materna, que involucran al menos, a dos agentes sociales significativos: la madre y el bebé, en el entorno familiar. La fuente de estas ilustraciones es el documento de acetatos del paquete de consejería publicado por la OMS en 1993 (OMS/UNICEF/OPS, 1993). A continuación se presenta una síntesis descriptiva.

La glándula mamaria, localizada en los pechos maternos, es el órgano que se tiene que poner en funcionamiento para llegar a producir y ofrecer alrededor de 750 ml de leche materna por día. Durante el embarazo, esta glándula adquiere el tamaño y funciones necesarias para la producción de leche materna, a la que se le denomina *mamogenesis*. Durante el parto, se ponen en funcionamiento las hormonas que intervienen en la síntesis –*lactogenesis*– que ocurre en los alveolos, y en la eyección –*lactopoyesis*– que ocurre en todo el pecho, de leche materna. Estos fenómenos están gobernados por dos hormonas maestras: la prolactina para la síntesis y la oxitocina para la eyección. Estas hormonas se consiguen cuando un bebé succiona de manera efectiva los pezones maternos; las sensaciones provocadas por la succión y el vaciamiento de los pechos, envían mensajes a la hipófisis para que ambas hormonas lleguen al torrente sanguíneo, en un patrón similar al arco reflejo y con ciclo circadiano. De manera arbórea, la leche fluye desde los alveolos hacia el pezón materno, por conductos cada vez mayores, y pasa al bebé mediante el efecto de la oxitocina ante la succión efectiva. Conseguir establecer este proceso neuro-hormonal, requiere una condición de posibilidad: que ambos, madre y bebé, se entiendan en este proceso alimentario altamente sensible y amenazado socialmente.

Uno de los problemas más frecuentes que enfrentan las mujeres que intentan amamantar, es conseguir lo que en los textos se llama “Buen agarre”, cuya ilustración se presenta en el anexo 4c. Un buen agarre permite una succión efectiva por parte del bebé y el vaciamiento de los pechos de manera completa. Los resultados de un agarre deficiente son como una espiral descendente que ocasiona dolor y daño en los pezones, la leche materna no se retira eficazmente, se produce congestión mamaria y otras complicaciones mayores, el bebé queda insatisfecho, frustrado, se niega a

mamary llora mucho, se produce menos leche, el bebé no sube de peso, se utilizan fórmulas. El uso de biberón, la inexperiencia materna, alguna dificultad funcional y la falta de apoyo competente, contribuyen a desencadenar el problema. La consejería comprende que conseguir la LME, es poner en interacción a una madre que produce con un bebé que consume leche materna, que es difícil y que está amenazada mercantilmente.

Un buen agarre es un aprendizaje mutuo, la madre aprende a colocar al bebé y el bebé aprende a agarrar el pecho. Ambos están dotados de los reflejos necesarios para lograrlo, pero no es fácil ni natural, aunque sí fisiológico. Estos reflejos hormonales responden a estados de ánimo y de bienestar maternos. Para la oxitocina es favorable si se piensa amorosamente en el bebé, se evoca, se responde a su llamado y se tiene confianza. Por el contrario, este reflejo se obstaculiza con las preocupaciones, el estrés, el dolor y las dudas. Para la prolactina, hay que vaciar efectiva y frecuentemente los pechos maternos. Algunas mujeres consiguen amamantar, pero cada vez más mujeres desconocen cómo se amamanta y muchas no lo consiguen. La consejería acompaña el proceso de toma de decisiones maternas con información pertinente y con soluciones posibles.

Por el lado infantil, el peso y la longitud al nacer, pero sobretodo el peso al nacer, son precedente de muchos fenómenos de salud, casi parte de la ficha de identificación del bebé durante la infancia. La valoración frecuente del peso y la longitud, como acciones de la atención primaria al crecimiento infantil, integra la antropometría al tema de la alimentación, específicamente desde el punto de vista de la relación entre el modelo de alimentación con el crecimiento de cada bebé. El incremento en el peso y la longitud de cada bebé en el tiempo, con la edad, son indicativos de la calidad de las prácticas de alimentación y un elemento fundamental de la vigilancia de la salud infantil. Esta tesis no analizó este asunto, pero se presentan los datos significativos para la integración de cada caso, la antropometría infantil, al nacer y al día de la consulta, es pertinente al caso.

2.2.3 A manera de síntesis teórica y conceptual

En este segundo capítulo, se han presentado los argumentos para la definición de un tema como objeto de estudio, a partir de caracterizar la alimentación de los menores de seis meses como una entidad nosológica y el hecho alimentario como instrumento

para la definición de la AI. Para ello, se ubicó el problema de investigación en la consulta médica de primer nivel, otorgada por una institución pública, en una interacción clínica del tipo relación médico-paciente que involucra a tres agentes sociales significativos: médico, madre y bebé, con diferentes epistemologías en juego. Todo esto, en el espacio privilegiado del ejercicio médico y la medicalización, en la consulta médica, en una relación de autoridad/subordinación, de alcance a los PSEAP en la población y a la salud colectiva.

Con este fin, se han presentado varias aproximaciones al tema. Se tomaron algunas nociones de los teóricos consagrados; se presentó un panorama histórico sobre el papel del Estado Mexicano en la conformación del Sistema Nacional de Salud y la situación actual; una revisión de la estructura legislativa sobre la AI en México, hasta la actualidad; la caracterización del Sistema Nacional de Salud, y de los esquemas asistenciales del DF. También se presentó la síntesis de los pronunciamientos de las agencias de la ONU, ya que el marco de referencia del modelo alimentario y se reconoce en sus propuestas elementos favorables y pertinentes a la LME y sus requerimientos y procedimientos desde la consejería.

2.3 Bibliografía

- AAP. (1976). Comentario on breast-feeding and infant formulas, including proposed standards for formulas. *American Academy of Pediatrics- Commiteed on Nutrition*, 57, 278-282.
- Acuerdo No. 95 por el que se crea el Comité Nacional de Lactancia Materna (1991).
- Aguirre-Beltrán, G. (1986). *Antropología Médica. Sus desarrollos teóricos en México*. México: CIESAS.
- Arana, M. (1982). Fórmulas infantiles para la alimentación infantil *Las multinacionales de la alimentación contra los bebés*. México: Nueva Imagen.
- Aréchiga, H., Benítez, L. (2000). *Un siglo de ciencias de la salud en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Boltanski, L. (1974). *Puericultura y moral de clase*. Barcelona: Ed. Laia.
- Bourdieu, P. (1995). *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. México: Grijalvo.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. (2001). *Poder, derecho y clases sociales*. España: Palimpsesto.
- Calva, J. (1998). Fobaproa: una alternativa de solución. *Revista Latinoamericana de Economía*, 29(114).
- Castro, C. (2008). *De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud*. (E. C. d. Sonora Ed.). Hermosillo, Sonora, México.
- Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna (1981).
- CONEVAL. (2012). Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México 2012 (1 ed., pp. 246). México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annu. Rev. Sociol.*(18), 209-232.
- Conrad, P., Schneider, J. (1980). *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. St. Louis: The C.V. Mosby.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Capítulo I. De las Garantías Individuales. Artículo 2. La Nación Mexicana e Indivisible. Apartado B. Fracción III. (2001).
- DECRETO por el que se adiciona un párrafo tercero al artículo 4o. recorriéndose en el orden los subsecuentes y un segundo párrafo a la fracción XX del artículo 27 ambos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2011).
- De laFuente, R. (2008). *Psicología Médica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Deleuze, G. (1987). *Foucault*. Barcelona: Paidós Sudio 63.
- ESPGAN. (1977). Guidelines on infant nutrition I. Recommendation for the composition of an adapted formula. *Acta Pediatr Scand, Suppl*(262), 1-22.
- Fleck, L. (1986). *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid.
- Foucault, M. (1981). La casa de la locura. In F. Basaglia (Ed.), *Los crímenes de la paz* (2ª. ed., pp. 135-150). México: Siglo XXI.

- Foucault, M. (1990). *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. Argentina: Ed. Altamira.
- Foucault, M. (2011). *El orden del discurso* (6 ed.). Barcelona: Tusquets.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Ediciones Península.
- Fuller, S. (2002). *Social Epistemology* (2 ed.). Bloomington, Indiana, USA: Indian University Press.
- Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53, S224.
- Hernández-Garduño, A., y Rosa, L. D. I. (2000). Capacitación sobre lactancia materna al personal de enfermería del Hospital General de México. *Salud Pública de México*(42), 112-117.
- Illich, I. (2006). *Obras Reunidas I* (Vol. I). México: Fondo de Cultura Económica.
- IMSS/COPLAMAR. (1983). *Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2000*. (2 ed. Vol. 5): Siglo veintiuno editores, Coplamar
- INEGI. (2011). México en cifras. Retrieved Septiembre, 2013
- INSP. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2012 *Resultados Generales*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Jelliffe, D., y Jellife, P. (1979). *Human Milk in the Modern World: Psychosocial, Nutritional and Economic Significance*. Oxford University Press.
- Kendrick, M. (2012). What we don't see. *N Engl J Med*, 366, 1328-1334.
- Ley del Seguro Social (1943).
- Ley Federal de los trabajadores al servicio del Estado (1959).
- Ley Federal del Trabajo. Acuerdo por el que se deroga la Ley Federal de Trabajo de 1931. (1970).
- Ley General de Salud (1984).
- Ley General del IMSS (2006a).
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2007).
- Ley Federal del Trabajo 09/04/2012 (2012a).
- Ley del Seguro Social. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995. Texto Vigente. Última reforma publicada DOF 02-04-2014. (2014a).
- López, O., Rivera, J. A., y Blanco, J. (2011). Determinantes sociales y salud-enfermedad en México. Cambios, rupturas y perspectivas. In M. d. C. Chapela y M. Contreras (Eds.), *La Salud en México* (pp. 93-123). México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- López, S., Chapela, C., Hernández, G., Cerda, A., y Outón, M. (2011). Concepciones sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo durante los siglos XIX y XX In M. d. C. Chapela y M. E. Garfías (Eds.), *La salud en México* (Vol. 15, pp. 374). México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Marquez, S., y Meneu, R. (2007). *La medicalización de la vida y sus protagonistas* (Vol. I I).

- Martínez Cortés, F. (2000). La medicina científica, su conocimiento y aplicación en México durante el siglo XIX. In F. d. C. Economica (Ed.), *Un Siglo de Ciencias de la Salud en México*. México.
- Mendoza, Z. (1999). La relación médico-paciente en pueblos indígenas: algo más que la búsqueda de la curación. *Salud Problema*, 4(7), 56-63.
- Menéndez, E. (1992a). Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes. In R. Campos-Navarro (Ed.), *La Antropología Médica en México* (Vol. I, pp. 141-185). México: Instituto Mora / Universidad Autónoma Metropolitana.
- Menéndez, E. (1992b). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención: caracteres estructurales. In R. Campos (Ed.), *La Antropología Médica en México 1* (pp. 97-114). México: Instituto Mora, UAM.
- Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*(14), 33-69.
- Menéndez, E., y Di Pardo, R. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México: CIESAS.
- Menéndez, E. L. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana.
- Moliner, M. (2007). *Diccionario de uso del español*. Madrid: Gredos.
- Montiel, L., y Porras, I. (1997). *De la responsabilidad individual a la culpabilización de la víctima*. Madrid: Doce Calles.
- Morell, C., Martínez, C., y Quintana, J. (2009). Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades *Rev Pediatr Aten Primaria*. (11), 491-512.
- Moynihan, R., Heath, I., y Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal*(324), 886-891.
- Moynihan, R., y Henry, D. (2006). *The fight against disease mongering: Generating knowledge for action* (Vol. 3).
- Mundo, G. T. (1982). *Las multinacionales de la alimentación contra los bebés: Nueva Imagen*.
- Naylor, A., y Wester, R. (2009). Manejo Clínico de la Lactancia Materna. Módulo de Auto-aprendizaje (3 ed., pp. 156). Shelburne, Vermont Wellstart International.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Diario Oficial de la federación, Viernes 6 de enero de 1995. (1995).
- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. Diario Oficial de la Federación, Viernes 9 de febrero de 2001. (2001).
- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. (2006b).
- Norma Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012, Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba (Continúa en la Quinta Sección) (2012b).

- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. (2013).
- OMS. (1998). Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural (pp. 112). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2001). 54ª. Asamblea Mundial de la Salud. Punto 13.1 del orden del día provisional. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del niño pequeño. Duración óptima de la Lactancia Materna Exclusiva. Informe de la Secretaría. (pp. 11). Ginebra: OMS.
- OMS. (2007). Principios de orientación para la alimentación del niño no amamantado entre los 6 y los 24 meses de edad. (pp. 45). Ginebra, Suiza.
- OMS/OPS. (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. Washington, D.C.: OMS/OPS.
- OMS/OPS/UNICEF. (2009). *Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado* (2 ed.). Suiza, Ginebra: OMS.
- OMS/UNICEF. (2003). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*.
- OMS/UNICEF. (2009). Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna. (pp. 6).
- OMS/UNICEF. (1979). *Reunión conjunta OMS/UNICEF sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño, Ginebra, 9-12 de octubre de 1979 : declaración, recomendaciones, lista de participantes.*, Ginebra. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95324/1/Official_record217_spa.pdf?ua=1<http://apps.who.int/iris/handle/10665/62853?mode=full-sthash.2NJYlvJk.dpuf>
- OMS/UNICEF. (1990). Declaración de Innocenti. Sobre la protección, fomento y el apoyo de la lactancia materna. Florencia.
- OMS/UNICEF/OPS. (1993). *Consejería en Lactancia Materna: Curso de Capacitación*. Nueva York: OMS.
- ONU. (1990). *Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección, el Desarrollo del Niño y su Plan de Acción*. Paper presented at the Cumbre Mundial de la Infancia, Nueva York.
- ONU. (2010). Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe 2010. (pp. 76). Nueva York: Naciones Unidas.
- Outomuro, D., y Mirabile, L. (2012). Macro y micro relación de la relación médico-paciente *Bioética, herramienta de las políticas públicas y los derechos fundamentales del S XXI* Buenos Aires: UMSA-UNISA-Pro.
- Parsons, W. (2007). *Políticas Públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. Argentina: FLACSO México/ Miño y Dávila Argentina.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. (2012c).
- Reformas a la Ley General de Salud 2014 Artículo 64. Fracción II y II Bis (2014b).
- Rodríguez, C., Rodríguez E. (1998). Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 5, 293-310.

- Salas, M. (2011). *La alimentación de un grupo de bebés menores de seis meses en Xochimilco, México: relaciones entre el saber materno/doméstico y el saber médico*. (Doctorado), El Colegio de Michoacán, Zamora, Michoacán.
- SEDESA. Portal Ciudadano del Distrito Federal. Retrieved Diciembre, 2013, from <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/hospitales/index.php>
- Sepúlveda, J., y López, M. (2000). La salud pública en México. In F. d. C. Económica (Ed.), *Un Siglo de Ciencias de la Salud en México*.
- SIDESO. (2007). PROGRAMA DE MEDICAMENTOS Y SERVICIOS MÉDICOS GRATUITOS. Retrieved Diciembre, 2013, from <http://www.sideso.df.gob.mx/index.php?id=83>
- SSA. (1988). Encuesta Nacional de Nutrición 1988.
- SSA. (2007). *Acuerdo de los Fabricantes y Distribuidores de Sucedáneos de Leche Materna con la Secretaria de Salud y el Comité Nacional de Lactancia Materna*. México, Distrito Federal: Retrieved from http://www.generosaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/acuerdo_firmado.pdf.
- Torre, P. (1991). Conversaciones con los notables de la Pediatría y la Nutrición Infantil. In M. Arana (Ed.), *Características e impacto de los suministros sistemáticos de sucedáneos de la leche materna en las instituciones de seguridad social en México*. (pp. 1-300). México: INNSZ/UNICEF/ Comité Nacional de Lactancia Materna.
- Torre, P. (1993). Los sucedáneos de la leche materna en la Seguridad Social mexicana durante 1990. *Salud Publica Mex*, 35(6), 700-708.
- Torre, P., Salas, M. (2003). Las fórmulas infantiles en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) entre 1991 y 1995 *Nutrición Clínica*(4), 336.
- Torre, P., Salas, M. (2006a). Fórmulas infantiles de inicio y de continuación en la Ciudad de México: precios al público de 1997 a 2005. *Nutrición Clínica*, 9(1), 13-18.
- Torre, P., Salas, M. (2006b). Las fórmulas infantiles en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMMS) entre 1991 y 1995. 6(4), 336-344.
- UNICEF. (1985). Estado Mundial de la Infancia. New York.
- UNICEF. (2012). Estado mundial de la infancia 2012. New York: UNICEF.
- UNICEF/OMS. (2005). La Alimentación de Lactantes y Niños Pequeños. Declaración Innocenti del 2005. In I. The Academy of Breastfeeding Medicine, Wellstart International International Lactation Consultants Associations, La Leche League International, World Alliance for y R. T. Breastfeeding Action (Eds.), (pp. 8): UNICEF, OMS, UNESCO, FNUAP, PNUD, ONUSIDA, PMA y el Banco Mundial. .
- UNICEF/OMS. (2009). Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: Conclusiones de la reunión de consenso. Agencias que firman el consenso: OMS, UNICEF, USAID, AED, FNTA, UCDAVIS, IFPRI.
- UNICEF/OMS/UNESCO/FNUAP/PNUD/ONUSIDA/PMA/BM. (2002). *Para la vida*. New York: UNICEF.
- Wellstart, I. (2003). Lactation Management Education: Summary of Late Outcomes of Wellstart International's Faculty Development Program to Promote, Protect and Support Optimal Infant and Young Child Feeding. Retrieved 28 de Diciembre de 2013, 2013, from <http://www.wellstart.org/lam.html>

- Wellstart, I. (2013). *Lactation Management Self-Study Modules* (4 ed.). Shelburne, Vermont: Wellstart International.
- WHO. (2001). Report of a technical consultation on infant and young child feeding : themes, discussion and recommendations, World Health Organization, Geneva, 13-17 March 2000 (D. o. N. f. H. a. Development, Trans.) (pp. 42).
- WHO/FAO. (1988). CODEX Alimentarius: standards for foods for special dietary uses including foods for infants and children and related code of hygienic practice (Vol. 9): Roma: Codex Alimentarius, FAO/WHO.
- WHO/UNICEF. (1989). *Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement.* (WHO Ed.). Geneva, Suiza: World Health Organization.
- WHO/UNICEF. (1991). Baby Friendly Hospital Initiative. New York.
- Zubirán, S. (1941). *Informe de actividades. Subsecretaría de Asistencia Pública.*

Capítulo 3 Resultados

En este capítulo se presentan los hallazgos del proceso de investigación mediante cuatro apartados. Comienza con la descripción de la ubicación, la estructura, el área de influencia y los procedimientos del CS, así como una caracterización de una consulta típica. En seguida se presentan los perfiles de los agentes sociales significativos: el perfil del personal médico, con información derivada de una entrevista personal; el perfil del grupo de madres, mediante la información sociodemográfica obtenida en la entrevista materna post consulta, y el perfil de los bebés, así como un análisis sobre la cuestión del estatus alimentario infantil. En tercer lugar se presentan, en extenso aunque depurados, los diálogos sobre A obtenidos de las 20 consultas, a manera de una base de datos, que pueda ser utilizada para profundizar en el tema. Cada caso tiene un comentario individual desde la consejería; algunos incluyen los comentarios ofrecidos por los médicos en las entrevistas, que resultan pertinentes o explicativos de las prescripciones, opiniones y recomendaciones dadas en las consultas médicas. Es oportuno aclarar que los comentarios médicos de las entrevistas no corresponden, necesariamente, al médico en la consulta. Después, se presenta un análisis sobre la interacción verbal entre médicos y madres sobre AI, a través de la revisión en profundidad de los diálogos

3.1 El Centro de Salud (CS)

La mayoría de los usuarios del CS viven alrededor del Centro Histórico de Xochimilco, en una mezcla única de integración poblacional con pueblos y barrios originarios y vecinados de diferentes épocas, en un contexto singular. Es una región identificada con altos niveles de pobreza y marginación social.

El CS está situado al lado sur de la gran plaza central del pueblo de Xochimilco. Se inauguró en 1948, en el marco de un proyecto de cooperación técnica del gobierno de Estados Unidos de Norteamérica, a través del Instituto de Asuntos Interamericanos, para poner en operación ocho Centros de Salud en tres países: México, Colombia y Brasil. Un informe técnico del *Smithsonian Institute*, (Foster, 1955), traducido del inglés al español por el Instituto Nacional Indigenista, es una pieza retórica que describe los argumentos norteamericanos de la ayuda para el desarrollo en esa época. Lo original de la idea, era ofrecer únicamente consulta externa, sin hospitalización,

encaminándose a lo que más tarde se llamó, servicios de primer nivel de atención en salud, o servicios de salud de primer nivel.

“Los Estados Unidos se han embarcado en una política de cooperación técnica de largo plazo con los gobiernos de muchos países con la esperanza de elevar sus niveles de vida y reforzar sus formas democráticas. El hombre de ciencia norteamericano sabe cómo están suficientemente desarrolladas las formas de incrementar la producción de alimentos, de controlar los ríos, de eliminar las enfermedades endémicas, etc., sin que estos problemas presenten serias dificultades tecnológicas. (...) Sin embargo el éxito final de un programa de ayuda técnica depende de la habilidad para predecir en qué forma el pueblo que va a ser beneficiado reaccionará frente a los propósitos de ayuda y cómo el elemento humano puede ser manipulado para conseguir una meta particular una vez que ésta ha sido determinada.” (:3).

Con el correr del tiempo el CS es ahora una unidad TIII, a cargo del gobierno del DF, cuenta con 14 consultorios para consulta externa de medicina general y de ciertas especialidades. Se ofrecen además, servicios odontológicos, psicológicos, de laboratorio, rayos X, inmunizaciones y farmacia. El CS opera con 12 médicos de base y 2 de servicio social. Tiene horario continuo de 7 a 20 horas, de lunes a viernes; la mayor afluencia de pacientes y la mayoría de los servicios son matutinos, de 7 a 14 horas; por la tarde hay sólo una doctora y queda poco personal administrativo y de servicios generales. Hoy en día, el CS tiene un área de influencia que abarca una población de alrededor de 136 mil habitantes, aproximadamente la mitad son usuarios potenciales de los servicios de este centro, por ser población que carece de seguridad social (SEDESA).

El edificio fue construido a finales de los años 40, es de aspecto sólido y grandioso con ciertos tintes neoclásicos. Está orientado hacia el Este y consta de dos pisos. Por fuera está cubierto de piedra volcánica roja y gris, enmarcado con cantera labrada en la entrada principal y balcón central, así como las ventanas laterales. Por dentro tiene techos muy altos, como de 5 m, y pasillos largos y angostos. La única escalera que conecta ambos pisos es muy estrecha y transitan diariamente muchas personas. Las paredes están recubiertas con losas de cerámica verde con gris, hasta los 2 m de altura y luego de cemento pintado hasta el techo. Los pisos también son de cerámica y han mantenido, en lo posible, el estilo y los dibujos de la loseta original. En general, el CS se mantiene suficientemente limpio y en buen estado; durante el tiempo que duraron las observaciones se hicieron mejoras en la infraestructura y mantenimiento del CS, con vínculos y recursos financieros derivados del programa del Seguro Popular.

Figura 3.1 Centro de Salud T-III Xochimilco



Fuente: *Google Maps*. (consultado 15/abril/2013)

La entrada principal se encuentra flanqueada por un policía que controla el acceso al CS. A veces se colocan en el hall central una tienda de lentes, libros y otras cosas, o se amplía el espacio de inmunizaciones en campañas especiales. A la derecha está la escalera para el segundo piso y a la izquierda la recepción, que es el lugar donde dan las fichas. Al fondo se originan dos largos pasillos, como de 25 m, que distribuyen el paso a las diferentes áreas y servicios, en ambos lados y en ambos pisos. En la planta baja en el ala izquierda se encuentran el archivo, la oficina de la dirección, la oficina administrativa, el baño del personal, el área de trabajo social, con algunas sillas o bancas colocadas en el pasillo. Frente a la puerta principal están la farmacia y el auditorio; a la derecha baños para el público, el laboratorio, el gabinete de rayos X, y el espacio donde se instala permanentemente el programa de inmunizaciones con una banca en el pasillo de enfrente.

En la planta alta, en el centro, está la sala de espera; tiene 40 bancos algo inestables, que en las primeras horas del día resultan insuficientes. El balcón central brinda luz y ventilación suficientes. La Central de Enfermeras está enfrente. En ambos lados de cada pasillo se distribuyen 20 consultorios, 12 dedicados a consulta externa, los demás a odontología, enfermedades crónicas y otros programas y usos. El tamaño aproximado de los consultorios es de 15 m², cada uno tiene una ventana larga que da luz, aunque no todas funcionan para abrir y cerrar por lo que la ventilación puede

serdeficiente. Cada consultorio cuenta con dos secciones: el área del escritorio de los médicos con su silla, dos o tres sillas para pacientes y acompañantes, un lavabo, gavetas, báscula con estadímetro para adultos. Del otro lado de una mampara se encuentra la mesa de exploración, báscula para bebés, infantómetro o equivalente, y algunas cosas más. Cada médico tiene el decorado, los muebles y los instrumentos que prefiera. En el pasillo, frente a los consultorios, hay muchas personas que esperan a que los llamen a consulta, también hay familiares que esperan o acompañan a los pacientes.

Como en todos los centros de salud de la Ciudad de México, el registro de las consultas realizadas por cada médico se anota en la *Hoja Diaria de Consulta Externa* (SIS-SS-01-P), que se va agregando para producir la información de la unidad, del área geográfica, de la delegación y de todo el DF. El personal médico registra la edad infantil en días, durante el primer mes, de ahí en adelante en meses cumplidos; cuenta con un apartado especial para anotar el estado de nutrición con niveles de sobrepeso y obesidad (juntos), normal, con desnutrición leve, moderada o grave.

El CS ofrece alrededor 4 mil 500 servicios generales por mes que incluyen consultas de medicina general y de algunas especialidades como ginecología y obstétrica, inmunizaciones, odontología, psicología y, a veces, nutrición. El total de consultas médicas diarias ronda las 150, a razón de poco más de 10 consultas por médico, considerando que algunos pueden estar de vacaciones, en cursos, o ausentes por cualquier otro motivo. Las consultas médicas para menores de seis meses son aproximadamente 140 al mes, que resultan en 7 consultas por día en este CS, algo así como una consulta para un menor de seis meses cada dos días por cada médico. En edades posteriores hay de todo tipo de problemas de salud y de atención a las enfermedades de la población. Se atiende a la población mediante diferentes esquemas financieros y programas públicos prioritarios, como el de gratuidad del gobierno local, el seguro popular del gobierno federal, o el de *Control del Niño Sano* – que alcanza a niños y niñas hasta los cinco años de edad-, el control del embarazo, la atención de las enfermedades crónicas, los accidentes y otros más. Este CS resultó ser un espacio pertinente y singular, para poner en juego las nociones teóricas de los discursos y las epistemologías, sobre un tema particular, en un entorno único.

3.1.1 Recorrido institucional

Al llegar una pareja madre bebé al CS, en ocasiones acompañada de algún familiar, pasan a la recepción. De acuerdo con la definición de su situación de registro y

cobertura, es decir, si ya cuenta con expediente familiar e individual o es la primera vez que acude al CS, si tiene cobertura por el seguro popular o por el programa local de gratuidad, si el bebé está enfermo y otros elementos más, en la recepción se les asigna un número de ficha que refleja, de alguna manera, el momento en que llegaron al CS. Este paso puede tomar entre 5 y 30 minutos, en función del número de personas que estén esperando la ficha y de la disposición de los responsables.

El personal de enfermería de mayor jerarquía, realiza los movimientos internos de los expedientes familiares desde el archivo, que está en la planta baja, hasta la distribución en los consultorios médicos, que se encuentran en la planta alta. La asignación de los consultorios resulta algo, si no totalmente independiente del número de ficha, si bastante flexible a las influencias, al saber moverse, a la asiduidad, y a que algunas familias logran ser atendidas por el mismo médico, en una relación que adquiere más el estilo de médico de familia, aunque no todas las familias lo consiguen.

Las madres y acompañantes se sientan en la sala de espera hasta que las llamen las enfermeras. A veces les llaman por su nombre, por el nombre del bebé o por el número de ficha. Regularmente se llama a las madres para acudir al consultorio en dos ocasiones; la primera es para pasar al área de exploración, en la que una enfermera, frecuentemente estudiantes en servicio social, obtenga el peso y la longitud del bebé, en una maniobra que tarda unos 10 a 15 minutos. Las madres y bebés salen de nuevo a la sala de espera o al pasillo de enfrente y aguardan a que las enfermeras les llamen otra vez. Al llamarles de nuevo, las madres pasan al consultorio y se sientan en la silla destinada para el paciente, frente al escritorio del médico. A partir de ahí comienza una interacción singular entre un médico y una madre, de la que se tiene registro. Se puede afirmar que cada interacción es distinta, aunque se haya observado al mismo médico, pues cada consulta médica está guiada por los agentes, circunstancias y momentos diferentes.

Si se prescriben medicamentos por medio de una *receta* escrita, después de la consulta las madres tienen que pasar a la farmacia que está en la planta baja, para que, si hay, les den los medicamentos indicados. Este trámite puede tomar entre 5 y 20 minutos.

El tiempo que permanecen, la madre y el bebé, en el CS, desde que llegan hasta que termina la consulta es, en promedio, poco más de 3 horas; el tiempo más corto registrado fue de 25 minutos, el mayor de casi 6 horas, para una consulta de 8 minutos a una madre con alta vulnerabilidad social (C15).

3.1.2 Descripción general de una consulta médica

El evento bajo observación fue la consulta médica para menores de seis meses que se ofrece en el CS. Generalmente la consulta se inicia cuando la madre en cuestión, entra al consultorio y se sienta frente al escritorio del doctor o doctora, junto con el bebé. La puerta puede estar abierta o cerrada y frecuentemente las consultas son interrumpida por múltiples motivos; los más comunes fueron: expedientes perdidos, traspapelados u olvidados, referencia de pacientes a servicios hospitalarios, cuestiones administrativas y programáticas, un simulacro, evaluaciones e indicaciones del seguro popular, entre otras interferencias cotidianas.

Los registros que hacen los médicos en los expedientes familiares e infantiles pueden ser tan extensos y personales como cada médico decida. Hay quienes escriben todo a máquina de golpe, otros a mano, otros en computadora y algunos que escriben poco. El registro mínimo de información se asienta en el reporte de las consultas otorgadas, llamado Hoja Diaria de Consulta Externa, esta hoja es la base de todo el sistema de información de la SEDESA, y registra una serie de datos como edad, sexo, diagnósticos, tratamientos, estado de nutrición, de cada consulta. La duración media de las consultas es de 20 minutos, 8 minutos las dos más cortas y 32, las dos más largas. La mayoría de las veces, el bebé ha sido pesado y medido previamente por el personal de enfermería, en la zona de exploración que tiene cada consultorio; en pocas ocasiones la antropometría la realiza el médico como parte de la consulta.

De manera general, se pueden identificar seis momentos durante una consulta médica para menores de seis meses:

- Identificación del bebé y del expediente familiar. En las consultas de primera vez, frecuentes en este grupo de edad, se inicia registro de la historia clínica del bebé, y en ocasiones también el expediente familiar. Hay mucha irregularidad en el manejo interno de los expedientes y no siempre están disponibles durante la consulta. Esto influyen en la calidad de las consultas subsecuentes, que no siempre son con el mismo médico, y si lo son, algunos médicos no les reconocen. Los médicos advierten constantemente a las madres sobre la necesidad de registrarse y darse de alta “como debe de ser”, pues tiene relación con el archivo y el uso de los expedientes clínicos.
- Motivo de la consulta. Es la respuesta de la madre a la pregunta del médico “Qué le pasa al bebé”, y el diagnóstico médico expresado, o no, en la consulta, a veces identificado por el médico al revisar la historia clínica o al reconocer al paciente.

- Exploración. Con duración e intensidad variables, en silencio o con conversación entre el médico y la madre; con el bebé sereno o llorando o gritando, con más o menos tensión, atención y calidad.
- Diagnósticos. Tanto en relación al motivo de la consulta, como otros resultado de la exploración o de la evaluación del estado de nutrición.
- Las recomendaciones y prescripciones. Se pueden ir haciendo durante la identificación, la exploración y el diagnóstico, aunque tienen carácter imperativo. A veces llegan a ser *recetas*, que se expresan por escrito.
- Despedida. Se agenda la próxima cita y se hace énfasis en los cuidados, en el registro, o en acudir al hospital en caso de urgencia.
- Interrupciones¹. Merecen atención ya que toman parte del tiempo de la consulta, son muy frecuentes y afectan la calidad y el desarrollo de la consulta.

La secuencia de los momentos no sigue necesariamente este orden y algunos pueden estar ausentes en ciertas consultas. Quien marca la pauta de lo que sucede durante la consulta es el médico, a la madre le toca responder y asentir. Son tres los agentes sociales significativos en la singularidad de esta relación médico paciente, que es, por naturaleza, una relación de hegemonía y subordinación.

Además de la atención al motivo de la consulta, que casi siempre incluye la descripción de los signos de alarma de la enfermedad en cuestión, se tocan otros aspectos relativos a la salud de los bebés, como son las inmunizaciones, la higiene en general, aspectos crecimiento y desarrollo y se ofrecen los servicios de estimulación temprana o protección social, con los que cuenta el CS, aunque no se realizan las gestiones requeridas. En varones se hace la revisión de testículos y prepucio; la ictericia del recién nacido² es frecuente, por lo que la metáfora de la florecita al sol es muy usual.

Los asuntos tratados en las consultas médicas para menores de seis meses, constituyen las acciones básicas del programa *Control del Niño Sano*, que opera de manera similar en todo el país, que tiene como base en las propuestas de la ONU y sus agencias UNICEF y OMS, que se instrumentaron en México a partir de los años

¹Se consideró pertinente incluir las interrupciones, pues a veces toman mucho tiempo de la consulta, en detrimento de la calidad de la atención. Hay un caso en que hay tres consultas simultáneas.

² La ictericia del recién nacido se caracteriza por la coloración amarilla en la piel, que refleja cierta inmadurez hepática y muy frecuente.

80 y siguen operando a la fecha. La vigilancia del crecimiento y del estado de nutrición infantil, la rehidratación oral en el tratamiento de las diarreas, el fomento de la lactancia materna, inmunización completa y universal -que tiene su propio instrumento de operación en la Cartilla Nacional de Vacunación-. A veces se habla algo sobre la salud materna y planificación familiar, pero siempre de manera inconexa. En todas las consultas para menores de 6 meses, se dice algo sobre alimentación y nutrición infantil.

La medición del peso y la longitud de los bebés, la antropometría, es un aspecto fundamental para uso en la consulta, tanto en el diagnóstico del estado de nutrición como para la prescripción de medicamentos. Generalmente los bebés son pesados y medidos por las enfermeras en el mismo consultorio, casi siempre antes de la consulta. Algunas veces, la medición forma parte de la exploración y la puede realizar o supervisar directamente el médico.

La mayoría de las veces la consulta termina con el médico dando recomendaciones finales sobre el motivo de la consulta e indicaciones para ir al hospital o regresar a consulta y la situación empeora, o algún comentario puntual sobre un tema tratado durante la misma. También al final se sugiere, explícita o anota en el expediente la fecha de la próxima consulta. Casi siempre las madres dan las gracias.

3.2 Agentes sociales significativos

En cada consulta médica están involucrados al menos tres sujetos, o agentes sociales significativos, que interactúan: el doctor o la doctora, la madre y el bebé. A veces pueden estar presentes el padre del bebé u otro familiar, una enfermera y hasta dos, que pueden estar o no, implicadas en la consulta. Pueden estar en el consultorio otros pacientes a los que se les está tomando la presión arterial o el peso, otros en exploración o en medio de una consulta que todavía no termina. En esta ocasión, tenemos que añadir la presencia de una observadora, con una grabadora, tomando notas e indagando sobre el tema de la AI.

Utilizar la consulta médica como espacio de observación, nos coloca en los terrenos del ejercicio de la profesión médica, por lo tanto, se inicia la descripción de los perfiles del grupo médico, seguido del perfil materno, como puente de interacción en la relación médico paciente, y después el perfil infantil, como el verdadero paciente, objeto de la interacción verbal entre el médico y la madre.

3.2.1 Perfil médico

En el Cuadro 3.1 se presentan las características del perfil personal de los 9 médicos, 5 mujeres y 4 hombres, que consintieron la observación y el registro de las consultas médicas que dan, y que concedieron una entrevista personal al finalizar el periodo de observación. Todos son egresados de universidades públicas, la mayoría de la UNAM; una doctora estudió en la ciudad de Morelia, Michoacán, en la universidad pública más importante de ese estado; una más en el IPN; y otra más, la más joven estudiante en servicio social, en la UAM-X. Dos doctores cuentan con alguna especialidad. Destaca que es un grupo con larga trayectoria institucional, 6 médicos tenían 29 años o más de trabajo en este CS.

6 de los 9 médicos señalaron que no habían tomado cursos específicos sobre AI, aunque algunos mencionaron los programas de estudio en la universidad; dos reportaron haber asistido en el año 2011, al curso *Temas selectos de nutrición pediátrica Nestlé*³; una más recordó haber tomado un curso sobre Lactancia Materna, en el Hospital General, “como en los años 90”.

³ En el Anexo 5 se presenta el programa del 2^{do} Congreso Nestlé “Temas Selectos en Nutrición Pediátrica”, celebrado en el Auditorio Nacional del 22 al 23 de Agosto del 2012.

Cuadro 3.1 Perfil Médico

Sexo	Lugar de estudios	Año de egreso	Título	Cursos de AI	Tiempo de servicio (años)
Mujer	UNAM	1978	Médico Cirujano	No	33
Hombre	UNAM	1979	Médico Cirujano Especialidad Salud Pública	No	31
Mujer	UNAM	1981	Médico Cirujano	Lactancia en el Hospital General	31
Mujer	IPN	1975	Médico Cirujano	No	30
Mujer	Universidad Michoacana de San Nicolás Hidalgo	1978	Médico General	No	29
Hombre	UNAM	1983	Médico Cirujano	No	29
Hombre	UNAM	1983	Médico Cirujano.	Temas selectos de nutrición pediátrica. Nestlé®	12
Hombre	UNAM	1984	Médico Cirujano. Especialidad Ginecología y Obstetricia.	Temas selectos de nutrición pediátrica. Nestlé®	9
Mujer	UAM-X	2010	Estudiante en Servicio Social	No	1

A pregunta expresa sobre las referencias bibliográficas que recordaran haber revisado en sus estudios o en su práctica profesional, sobre la AI, los médicos mencionaron en dos ocasiones cada uno: el “Nelsonde pediatría”⁴; el “Valenzuela”⁵; y el de “Ramos Galván”⁶. Tres médicos no pudieron mencionar referencia alguna sobre el tema y señalaron como fuente bibliográfica los programas y las notas de sus cursos curriculares.

Estos médicos atienden, en promedio, un menor de seis meses cada dos días, y muchos de ellos siguen a los infantes durante algunos años. Ya sea para abrir expedientes, para dar cumplimiento al programa de *Control del Niño Sano*, o para atender alguna enfermedad, durante la consulta para menores de seis meses, estos médicos manifiestan su propia mirada sobre el fenómeno alimentario, sobre las ,sobre las madres y sus familias, sobre los servicios es de salud y sobre la práctica médica. Esto es, en la consulta médica se expresa la epistemología sobre el tema, que manifiesta en el acto médico.

3.2.2 Perfil materno

Las madres constituyen un grupo de 20 mujeres en edad reproductiva, residentes en Xochimilco y sus alrededores, la mayoría con condiciones de vida precarias, en las que se pudieron identificar cuatro casos de alta vulnerabilidad social, dos de ellos reconocidos por los médicos, pero sin que se tomaran medidas o acciones subsecuentes para su protección, más allá de una advertencia culpabilizadora, C20. Las madres representan la voz del paciente en el esquema simple de la relación médico paciente y se asume que el verdadero paciente es el bebé. Son mujeres con un bebé menor de seis meses, que acuden al CS por algún motivo relacionado con la salud del bebé, que dieron la oportunidad de observar y registrar la consulta médica en la que estuvieron involucradas. La mayoría dice dedicarse al hogar y una chica de 18 años dijo dedicarse “a cuidar al bebé”. Mediante los diferentes sistemas de acceso

⁴Behrman, RE., Kliegman, RM. (Editores) (1999). Nelson. Compendio de Pediatría. Madrid. Mc Graw Hill. Interamericana, España. 3ª ed, 778 p.

⁵ Valenzuela, RH., Luengas, J., Marquet, L. (1975). Manual de Pediatría Valenzuela. Bolea de México, México. 879p.

⁶ Ramos-Galván, R. (1985). Alimentación normal en niños y adolescentes: teoría y práctica. El Manual Moderno. 785p.

a los servicios de salud, como la *gratuidad*⁷ y el *seguro popular*, estos grupos sociales que carecen de seguridad social -en el argot del sistema de salud en México llamados *población abierta*-, tienen acceso a servicios preventivos y asistenciales de salud, en el sistema de salud del Gobierno del DF.

La media de la edad materna fueron 25 años, la mínima de 16 y la máxima de 36 años. Como se observa en la Tabla 3.2, una cuarta parte de las madres tienen menos de 20 años de edad, 3 de ellas con tan solo 16 años; tienen por delante muchos años de posibilidades reproductivas⁸. La descendencia general del grupo se ubica en 1.7 hijos o hijas por mujer (h/m); en mayores de 30 años ésta fue de 2.4 h/m.

Tabla 3.1 Descendencia* por grupos de edad materna

Edad años	Descendencia h/m	
<20	5/5	1.0
20-24	10/6	1.7
25-29	7/4	1.75
>= 30	12/5	2.4
Total	34/20	1.7

* Hijos por mujer (h/m).

La escolaridad materna es baja, una de ellas es casi analfabeta, C20; la mayor frecuencia de escolaridad se ubica en el nivel secundaria, equivalente a 9 años de estudios. Solo una mujer cuenta con estudios de licenciatura, aproximadamente 16 años de trayectoria estudiantil.

⁷ *Gratuidad* es el mecanismo de incorporación financiera a los servicios de asistencia en salud y enfermedad del GDF, mientras que Seguro Popular es el del Gobierno Federal.

⁸ Los consensos sobre salud sexual definen la edad reproductiva femenina entre 15 y 49 años. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 20 septiembre 2012].

Tabla 3.2 Escolaridad materna

Escolaridad	Núm.
Sin escolaridad	1
Primaria	4
Secundaria	8
Media superior	6
Licenciatura	1
Total	20

6 mujeres reportaron tener algún ingreso personal con cifras que van de los 1,800 a los 4000 pesos mensuales (100 a 235 €⁹). Solamente una de ellas tiene trabajo formal en una tienda grande, con prestaciones sociales y derecho al IMSS, aunque asiste al CS a la consulta médica de primer nivel y el parto fue en el Hospital Materno Infantil de Xochimilco y no en un hospital del IMSS (C18). Las demás, tienen empleos bastante precarios que carecen de derechos laborales y protección social: dos son empleadas domésticas, una trabaja en una estética pequeña, dos más en algo así como trabajadoras por su cuenta y ventas por catálogo. Las demás, 14 madres, no cuentan con ingresos personales. La mayoría indicaron dedicarse al hogar, una de ellas dijo dedicarse a estudiar.

Con quién viven las madres y los bebés es una pregunta que se aproxima a la estructura de la unidad doméstica y puede ser indicativa de protección o de vulnerabilidad social. En la tabla 3.4 se puede ver que 9 de ellas viven con el padre del bebé en una familia nuclear; otras tantas, viven con el padre del bebé y con algunos de los abuelos, maternos o paternos; todas cuentan con alguna red familiar, hasta las chicas que viven sin el padre del bebé.

⁹ Al tipo de cambio más alto de 2012: 17.84 pesos por 1 €

Tabla 3.3. Cohabitación materna

Cohabitación	Núm.
Con el padre del bebé	9
Con el padre del bebé y con abuelos maternos o paternos	9
Sin el padre del bebé y con abuelos maternos	2

El lugar de atención del parto más frecuente, en 12 casos, fue el Hospital Materno Infantil de Xochimilco, que corresponde a la misma Delegación Política; dos partos más fueron atendidos en el Hospital General de Topilejo, que está ubicado en una delegación vecina. Ambos hospitales pertenecen a la red hospitalaria de la SEDESA del DF. Otros dos partos fueron atendidos en un hospital público de tercer nivel cercano a Xochimilco, el Hospital General Manuel Gea González, que opera con presupuesto federal. Dos partos más fueron atendidos en clínicas privadas, una de ellas en el DF, y otra en Estado de México, de muy bajo costo, que se puede pensar como la atención ofrecida por alguna partera local. Para la mitad de las madres, éste fue su primer bebé; para cuatro más, el segundo; y para otras 5 el tercero; hay una madre que tuvo gemelos por lo que tiene 4 embarazos pero 5 hijos e hijas (C16). 13 partos fueron por vía vaginal y 7 por cesárea.

La forma y el tiempo de traslado desde sus viviendas al CS, pudiera ser indicativo de la condición socioeconómica materna.⁷ Llegaron caminando, 12 en transporte público de diferentes tipos, y una en auto personal. Los tiempos de traslado varían desde 5 minutos a pie, hasta tres horas en un autobús, generalmente desatendido, que recorre los pueblos de Xochimilco, haciendo muchas paradas.

Este perfil materno muestra las características del grupo social que acude a los servicios asistenciales de salud en el CS estudiado. Este perfil no puede generalizar la situación social de las mujeres que acuden a los Centros de Salud del DF. Cada Delegación Política del DF tendrá sus particularidades sociales. Lo que se puede decir es que estas mujeres representan el tipo de población que acude a este CS, que corresponde a grupos sociales que carecen de otros servicios asistenciales, tienen bajos niveles educativos y altos niveles de pobreza y vulnerabilidad social. Además, es

evidente que el embarazo en adolescentes es muy frecuente entre las madres que acuden al CS.

3.2.3 Perfil infantil

Los bebés constituyen los sujetos a ser alimentados y el motivo de la observación realizada. La información que se presenta para el perfil infantil incluye la edad, sexo, peso y longitud al nacer y al día de la consulta, motivo de la consulta diagnóstica, y el estatus alimentario en la consulta y en la entrevista materna post consulta. En la tabla 3.4 se presenta la distribución por edad y sexo de los 20 bebés observados.

Tabla 3.4 Edad y sexo de los bebés.

Edad	Mujer	Hombre	Total
<4 semanas	2	1	3
4 a 13 semanas	9	4	13
14 a 26 semanas	1	3	4
Total	12	8	20

El grupo de edad intermedio, de 1 a 3 meses, tiene el mayor número de consultas. Esto resulta razonable, pues ya pasado el mes postparto es momento de inscribir a los recién nacidos a los servicios que ofrece el CS, como el programa *Control del Niño Sano*, la Cartilla Nacional de Vacunación, la consulta médica de primer nivel, o el acceso a programas de asistencia social como la leche Liconsa, despensas y otra ayuda alimentaria.

El peso y la longitud al nacer, pero sobre todo el peso al nacer, son antecedentes de muchos fenómenos de salud y forman parte del tema, por la relación que existe entre la alimentación y el crecimiento infantil. La media del peso al nacer no llegó a 3 kg, 2,911 g; el máximo de 3,600 en una niña (C1) y el mínimo 2,135 g (C20) de una bebé prematura que vive en condiciones de pobreza y sigue con bajo peso para la edad, al día de la consulta cuando tenía 24 semanas de edad, 5 meses y medio. 3 bebés tuvieron bajo peso al nacer (BPN < 2500 g), unapeso más de 3,500 g, el resto,

16 bebés, tuvieron un peso al nacer considerado adecuado. La media de la longitud al nacer fue de 50 cm; la máxima de 52 cm, la mínima de 43, en una pequeña gemela.

Tabla 3.5 Distribución del peso al nacer.

Peso al nacer	Núm.
< 2500 BPN	3
2500 a 3500 g	16
> 3500 g	1
Total	20

Al día de la consulta, el crecimiento manifestado por el peso y la longitud de los bebés, aún con todos los errores de medición, pareciera ir de acuerdo a lo recomendado para la edad y el sexo, en la mayoría de los casos. Además del C20, una gemela y otro más, con BPN, se mantuvieron por niveles de bajo peso al día de la consulta. En ambos casos, los parámetros del crecimiento infantil resultaron adecuados en relación con el peso al nacer, que marca el canal del crecimiento.

Abrir el expediente es el motivo más frecuente para llevar a un bebé a la consulta médica al CS, seguido por las enfermedades respiratorias y algunas dermatitis. Una consulta fue ocasionada porque llamaron a la madre desde el CS, pero como no tiene teléfono, le dejaron el recado con su suegra y acudió a consulta. Ese bebé tuvo BPN y pervive con alta vulnerabilidad social, la doctora no alcanzó a reconocerlo como tal (C6). Se piensa que el BPN pudo ser el motivo de la llamada telefónica, o alguna situación parecida.

Tabla 3.6 Motivos de consulta

Motivo o diagnóstico	Núm.
Abrir expediente	9
Enfermedad respiratoria aguda	4
Dermatitis	4
Diarrea	1
Seguimiento de antibióticos	1
Llamada del CS	1

Son un grupo de 20 menores de seis meses, la mayoría sanos y con buen peso. 3 presentaron BPN, entre ellos una gemela prematura que pasó varios días en incubadora y acudió al médico para revisión de una infección del oído tratada con antibióticos. Al menos 4 de estos bebés viven en condiciones de alta vulnerabilidad social identificada por este estudio; solo se pudo reconocer a una familia sin mucha restricción económica. Las consultas médicas para menores de seis meses se inscriben dentro del programa reconocido como *Control del Niño Sano*, que incluye acciones de vacunación, vigilancia del crecimiento y desarrollo, atención y tratamiento a las enfermedades más frecuentes, rehidratación oral, orientación higiénico alimentaria y en caso necesario, derivación al hospital y ayuda social. Es un grupo de bebés que mostraron las particularidades del proceso alimentario infantil, y sus múltiples rutas, como se presentará más adelante en el estudio de casos.

3.2.3.1 Estatus alimentario infantil

En el transcurso de las consultas los médicos preguntan a las madres ¿qué come el bebé?, o algo equivalente; en dos ocasiones el doctor ni siquiera preguntó, únicamente prescribió el modelo alimentario que debía seguirse con cada bebé. A partir de las respuestas maternas y del diálogo resultante, se definió un *estatus alimentario en consulta* para cada caso, aunque no se observó registrado por el médico en el expediente o en la hoja de consulta.

En las entrevistas maternas postconsulta, se preguntó expresamente por lo que comió el bebé el día anterior: si tomó leche materna, fórmula, si le dieron agua o té, con o sin azúcar, si consumió otros alimentos y cuáles, si se usaron papillas comerciales y si se utilizó biberón. Con las respuestas dadas por las madres se caracterizó el *estatus alimentario en entrevista*. Al comparar ambos estatus alimentarios, en el cuadro 3.2 se observa la coincidencia entre lo derivado de la consulta y lo obtenido de la entrevista, recordando que la entrevista materna después de la consulta tomó no más de 5 minutos.

Por haber sido preguntado sistemáticamente, el estatus alimentario infantil resultado de la entrevista materna postconsulta se toma como modelo de referencia alimentaria, para cada caso. En el 50% de las consultas, los médicos son acertados para identificar el estatus alimentario infantil. Es muy baja la precisión de este grupo de médicos para identificar los esquemas de AI, el problema es que no se alcanza a comprender el fenómeno alimentario en toda su dimensión y se tropiezan mucho.

Cuadro 3.2 Estatus alimentario infantil

Núm. Caso	Edad (semanas)	Estatus en consulta	Estatus en entrevista	Coincidencia
1	3 días	LME	LM + fórmula	NO
2	12 días	LME	LM + fórmula + agua	NO
3	13 días	LME	LME	SI
4	4	LME	LME	SI
5	4	LM + fórmula	LM + fórmula	SI
6	4	LME	LME + agua	NO
7	5	LME	LME	SI
8	7	LM + fórmula *	LM + fórmula	SI
9	8	LM + fórmula *	LME+ agua	NO
10	8	LME	LME	SI
11	8	LME	LME	SI
12	9	LM + fórmula	Fórmula + té + suero oral + agua	NO
13	10	LME	LME	SI
14	13	LM + fórmula	LM + fórmula + agua + te con azúcar	NO
15	14	LM + leche entera en polvo + avena + te	LM+leche entera en polvo + avena + te + agua	NO
16	14	LM + fórmula	LM + fórmula	SI
17	22	Fórmula + te + agua	Fórmula + te con azúcar + agua + papilla comercial + plátano	NO
18	22	Fórmula + manzana + plátano	Fórmula + frutas + verduras + agua	NO
19	23	LM + fórmula + caldo de pollo + arroz + chayote + zanahoria + calabaza + papa + plátano + manzana + pera + agua	LM + fórmula + caldo de pollo + arroz + chayote + zanahoria + calabaza + papa + plátano + manzana + pera + agua	SI
20	24	LM + guayaba + mango + papillas	LM + zanahoria + agua + té	NO

Se pueden describir al menos 7 modos diferentes de alimentar a este grupo de 20 bebés observados. 6 reciben LME y 2 más reciben leche materna y agua, en pequeñas cantidades, por lo que caben en este nivel; aunque el agua es todo un tema en la alimentación de los bebés y es pertinente identificar su uso. El resto, 12 bebés, presentan diversos esquemas alimentarios, que no siempre se identifican durante la consulta médica. 3 bebés no consumen leche materna al día de la consulta; tomaban

fórmula, líquidos o una alimentación variada. 4 más toman LM y fórmula, uno recibe además líquidos, y otro más, una alimentación variada. 3 utilizan LM y una alimentación variada, sin fórmulas.

Las fórmulas se usan desde la estancia hospitalaria para la atención del parto, como muestran C1 y C2, que tienen 3 y 12 días de nacidos, respectivamente. La LM se concentra en el grupo de edad que tiene de hasta 10 semanas, algo menos de tres meses; de ahí en adelante se diversifica el estatus alimentario hasta una alimentación variada, la mayoría con LM y fórmulas. A partir de las 22 semanas los bebés tienen una alimentación variada.

Dos casos merecen atención: el C15 que a las 14 semanas, 3 meses y medio, recibe avena cocida con leche entera, a decir de su abuelo; y el C20, que tiene alta vulnerabilidad social, que presenta bajo peso para la edad al día de la consulta lo que indica que probablemente está desnutrido, que la condición es identificada por el médico, pero que no trasciende, y se puede pensar que tiene una alimentación insuficiente.

Aunque hay una gran diversidad de situaciones por las que las madres usan fórmulas para alimentar a los bebés, 17 de las 20 mujeres entrevistadas ofrecen algo de LM al día de la consulta, y dos más intentaron como por dos meses, pero al día de la entrevista ya no amamantaban. Es decir, 19 de las 20 madres entrevistadas intentaron amamantar, al día de la consulta 8 de ellas lo consiguen de manera completa y 9 más, de manera no exclusiva, 6 utilizando fórmulas y otras tres con una alimentación variada. Este patrón ha sido llamado, por diversos autores y autoras como alimentación mixta (Ávila *et al.*, 1978) y se manifiesta como la práctica más frecuente en este grupo observado. Este panorama presenta los desafíos que tienen que ser considerados en el diseño de las políticas públicas en relación con la AI.

Hasta aquí, en esta sección del capítulo de resultados, se han presentado los perfiles de los agentes sociales significativos, médicos, madres y bebés, a manera de grupos sociales, mediante descriptores comunes. A continuación, se presentan los 20 casos. Es decir, las conversaciones sobre AI que se exteriorizan en las consultas médicas, en el CS. Cada caso tiene una lectura individual, con argumentos de la consejería. La interpretación global de los casos se presentará en el último capítulo, a manera de discusión.

3.2.4 20 casos

20 Interacciones verbales
Médico-Madre sobre Alimentación Infantil

Presentación de casos

En esta sección del capítulo de resultados, se presenta una caracterización de cada interacción verbal médico-madre sobre AI, que se denomina caso, ordenados por edad infantil. La interpretación y el análisis individual se establecen desde la consejería en AI, con una perspectiva de salud colectiva.

Al inicio de cada caso se presentan los antecedentes mínimos suficientes para interpretar los diversos elementos que intervienen en la conversación que se da durante la consulta médica de primer nivel, en el CS. En la carátula de cada caso carátula que presentan los aspectos a considerar sobre, el médico, la madre y el bebé. Contiene el número identificador del caso, y abajo a la izquierda, los números de palabras dichas por el médico y por la madre, respectivamente. De la consulta se sabe el motivo y la duración en minutos; del médico, el sexo y los años de servicio en el CS; de la madre, la edad y la escolaridad; del bebé, la edad en semanas –en días en tres casos-, el sexo, el orden de nacimiento, tipo de nacimiento, peso al nacer, peso al día de la consulta, identificado como *peso hoy*, y el estatus alimentario infantil que manifestaron las madres en la entrevista post consulta.

Después de esta información que introduce a cada caso, se presenta la transcripción de la interacción verbal médico-madre sobre AI, completa. En fondo gris y letras negras, hacia la izquierda, habla el médico; a la derecha, en blanco y negro, habla la madre. Para cada caso, se presenta un análisis individual derivado de la lectura sistemática de lo dicho entre médicos y madres, así como de las notas registradas en el diario de campo. Si se quiere escoger el caso más significativo para caracterizar la relación de autoridad/subordinación en la relación médico-paciente, en esta ocasión médico-madre, sería el caso 12, el más largo. Es la interacción entre una madre de 18 años y una doctora con 29 años de servicio en ese CS.

Glosario para los 20 casos

Agua

AC: Alimentos comerciales, que no incluye fórmulas, aunque sí algunos productos lácteos

AV: Alimentación variada. Incluye frutas, verduras, sopitas –generalmente arroz y pasta cocidos, con algo más-, entre otros

Jugos: Generalmente envasados

BPN: Bajo peso al nacer: menor a 2,500 g

Fórmula: Sucedáneo comercial de la leche materna. Las que se pregonan estar diseñadas para menores de seis meses son las llamadas *fórmulas de inicio*, que generalmente se les refiere con el número 1, o de *primera etapa*.

LM: Lactancia materna. Cuando recibe leche materna y algo más; aunque no se sepa qué.

LME: Lactancia materna exclusiva.

CASO 1

Motivo de consulta: Apertura de expediente

Duración de la consulta: 26 minutos

Sexo del médico: Hombre

Años de servicio: 9

Edad Materna: 22 años

Escolaridad materna: Secundaria

Edad infantil: 2 días

Sexo: Mujer

Orden de nacimiento: Primero

Tipo de nacimiento: Cesárea

Peso al Nacer: 3600 g

Peso Hoy: 3600 g

Estatus alimentario: LM+Fórmula

Palabras médico: 1218

Palabras madre: 169

La bebé entonces viene a consulta. Tiene ¿cuántos? ¿Dos meses?

No, dos días de nacida.

Abrir expediente es llenar papeles.

Pues sí, pero estoy aquí

Bueno ¿qué le han dicho de la alimentación de esta bebé?

Este, pues ahorita le estoy dando pecho y este... me dijeron que si no la llenaba le diera fórmula.

¿Y quién le dijo eso?

Este... cuando me alivié.

¿Y dónde se alivió?

En una clínica del Estado de México.

Y una pregunta ¿usted estaba enferma?

No.

¿Entonces de qué se alivió?

Bueno ¡perdón! Di a luz.

Hay que quitar ese concepto, sino le vamos a decir "Sarampioncito" ¿verdad? o "Varicelita" ¡No, hay que romper la costumbre!

Eso sí es cierto.

Bueno, pues se supone que la alimentación debe ser fundamentalmente en base al seno materno. Se supone que la alimentación debe... que le proporcionan los senos de usted debe de ser lo suficiente para llenarla. ¿Cómo se puede hacer que usted produzca más leche? Tomando bastantes líquidos y favoreciendo el darse un masaje en los senos cada vez antes de que usted le vaya a dar pecho ¿ajá? Y el mejor estímulo para la producción de leche es la succión. Cada vez que usted se la pegue es suficiente para que sus senos produzcan la cantidad adecuada de leche para darle. Eso de las fórmulas y demás son un mito, a menos que de veras sí tuviera usted alguna imposibilidad de alimentarla, entonces a la mejor sí. Digo, a la mejor se vaya a escuchar mal pero es cierto. Yo nunca he visto a una gatita o una perrita dándole NAN1 a sus cachorritos...

Eso al igual que las papillas de Gerber, Nestlé y esas cosas, no es natural. Usted las puede hacer, que por comodidad es otra cosa. O que cuando se entere de qué verduras y frutas se hacen las papillas a la mejor se va a decidir cambiarlas ¿no? Porque generalmente no agarran de a primera calidad ¿no? ¡Nomás piénselo tantito! Ellos también deben de tener ganancia ¿no? Bueno.

¿Cuánto pesó al nacer esta peque, mi amor?

3,600.

3,600 o sea que es el mismo peso que tiene y ¿cuánto midió?

52 centímetros

¿Cuántas veces le da usted pecho al día?

Pues le doy como 4 veces.

O sea ¿se lo maneja bajo horario?

No, pues casi es como ella me pide.

Así es, así es. Así es como debe de ser.

Porque se despierta chillando y ya le doy

De hecho a los chiquitos deben de comer a libre demanda, a libre demanda. No debe de existir ninguna restricción en ese sentido. Ya después de chicos van a tomar sus horarios de alimentarse cada 3 horas y ya posteriormente, y ya lo van haciendo por ahí de los tres meses más o menos, van a empezar a dejar de comer en la noche para que ya usted incluso pueda tener su descanso más completo. Si, los tres meses iniciales son un pequeño martirio, si no que le pregunten a su esposo. Ya va a ver. Bueno y no los va a dejar dormir.

Si ¿verdad?

Después de darle pecho hay que hacerle repetir. Y hay que hacerle repetir de tres a cuatro veces ¿eh?

¿De tres a cuatro veces?

Sí, porque todo ese aire contenido en la pancita les provoca cólicos, entonces siempre cuando usted le vaya a dar pecho por favor, tiene que procurar darle 15 minutos de cada lado. ¿Si sabe cómo darle su pecho?

Pues me dijeron que me la pusiera así ¡Ay! Perdón! Me acuesto bien, me acomodo aquí y le doy el pecho, tengo que sostener el pecho para no teparle la carita

Debe usar... debe ser una V, usando su seno hacia atrás haciendo que el pezón salga. La boquita del bebé o de la bebé debe de cubrir toda la areola para evitar que vaya a haber fugas y aire hacia adentro. Le decía yo que los cólicos son los que... bueno, el aire es el que provoca los cólicos. Entonces toda la areola, toda, toda debe estar contenida en la boca de la bebé. Ya que terminó de comer o de que se quede dormidita, suavemente con su meñique, entrando por la comisura de su labio le va como quien dice, se la va sacando. Como está a presión, usted mete su dedo, rompe esa presión, suavemente sin rozar así para que se vaya quitando su seno. Este... ¿qué hacer? Mucha limpieza con sus senos cuando le vaya a dar. Mientras la está vistiendo, la está acomodando que ya se quedó dormidita y al acabar de comer, tome usted un poquito de leche y mójese sus dos senos. Es importante porque deben estar bien hidratados ¿s? Es muy común que se generen grietas en los senos, por eso es bien importante que por favor, mientras la viste se da un tiempo para usted ¿sí? Mójelos primero con su propia leche,

¡Ah! ¡Ya!

Digo ¿Cómo darles? Usted empieza a darle con el seno izquierdo, por así decirlo unos 15 minutos y luego se pasa al seno derecho, allí va a tratar de completar los 15 minutos. Doctor, nomás tomó 5. No se preocupe, cuando usted le vaya a volver a dar pecho va a empezar con el seno que terminó a completar los 15 minutos. Dice nomás tomó 5, o sea 10 menos. ¡No! 15 minutos ¿sí? Con el seno que terminó, nos pasamos al otro para completar los 15 minutos y así nos vamos a ir alternando cada vez. Cada vez que usted le vaya a dar, por favor se masajea desde la clavícula hasta la axila, hasta el huesito de en medio y abajo. Todo eso es el seno, por eso es la mama y todas las bolitas que están allí se tienen que deshacer. Cuando usted ya la haya acostado, que por cierto hay que acostarla en una superficie donde la nena esté medio inclinadita, con una almohadita en su espalda y una en su pecho. E inclinadita para que si vomita no se trague eso, sino que se vaya para abajo. Obviamente que si la hace repetir, la posibilidad de que vomite va a disminuir mucho ¿ok? Una vez que ya le dio pecho y ya la vistió, usted atiéndase, vaya al baño, tome el jabón de baño del tamaño que usted usa, menos Zote y esas cosas por favor y se lava bien sus senos. Compre Vaseline®. Se seca bien y se pone el Vaseline®. El Vaseline® le va a ayudar a que sus senos, especialmente sus pezones, se mantengan hidratados para evitar la aparición de grietas. ¿Hasta ahí vamos bien?,

¿Qué otra cosa más? Vamos a iniciarle alimentos hasta los cuatro meses.

¿Hasta los cuatro meses?

Y eso vamos a iniciar con un día de verduras, con un día de frutas alternando. No hay que limitarlas las verduras. ¡Es que no me gustaba el betabel, doctor! Usted déselo. "A mí nunca me gustó el kiwi", usted déselo. Porque luego decimos ¡ah! ¡no! a mí no me gustó, seguro a ella tampoco. ¡Usted déselo!

Este sí.

¿No la ha revisado un Pediatra? ¿O sí?!

No, no la ha revisado un pediatra!

Pues sí. Y en caso de que tenga cólicos ¿qué se le puede dar? O tucito?

Lo más importante es tratar de evitar que le den, por eso es tratar de darle. Hacer que repitan muchas veces. Tratar de... ay! A mí no me gusta, pero luego es inevitable. Si le va a dar biberón, tratar de que sea un biberón que tenga forma anatómica.

De forma anatómica

Hay una marca, es cara, pero la verdad es muy buena. O no para hacerle publicidad, pero es para que usted se fije de qué tipo de biberones son. Se llaman "Avent®".

¿Avent®?

Como si fuera a decir aventar y nada más le quita la "a" y la "r" del final. Se llama Avent®. Están caras ¿eh?

Si

Y la verdad no es lo recomendable. Es más ¿sabía usted que los chiquitos pueden tomar leche de vaso? Para que vea. Eso de darle mamila es puro argüende, es una cuestión publicitaria

Y puro gasto ¿no?

Usted va a comer bien ¿eh? Allí al pasito, nadie la corretea

El Caso 1 representa un ejemplo de imposición de autoridad semántica por parte del médico. Ante una expresión coloquial por parte de la madre, muy utilizada en México por las mujeres para referirse al parto:

Cuando me alivié

El médico corrige con argumentos médicos, casi morales. Se puede interpretar como una reacción autoritaria al hecho de que la madre estaba bien informada sobre los mecanismos para incorporarse y darse de alta en el Seguro Popular –conversación no mostrada-. La madre termina por concederle autoridad al médico.

De lo que se dice en la consulta sobre la alimentación de la bebé a los dos días de nacida, se concluye que el estatus alimentario en la consulta es LM + fórmula. El médico no llega a ver ningún problema en el curso de la alimentación referida por la madre y traslada el protagonismo a otros mediante agentes no mencionados a través de la pregunta:

Bueno ¿qué le han dicho de la alimentación de este bebé?

Todo se reduce a un deber ser general y no a este caso en particular.

Al iniciar la conversación a favor de la lactancia materna por parte del médico con un: “se supone”, se transfiere la responsabilidad del dictado de las normas a otros. El médico se refiere a la madre por medio de expresiones como: “Cielo” y “Mi amor”, con lo que, por decir lo menos, infantiliza y cosifica a la madre, y la saca de la jugada. La aleja todavía más con expresiones como: “

Cada vez que usted se la pegue es suficiente para que sus senos produzcan la cantidad adecuada de leche para darle.

Como si los senos fueran una entidad independiente de la madre, los senos que producen leche espontáneamente, y no una mujer amamantando. La acción de *pegar*, se utiliza como sinónimo de un agarre eficiente.

Se habla de la antropometría del bebé y llega la pregunta:

¿Cuántas veces le da usted pecho al día?”.

Con la respuesta materna:

Pues le doy como cuatro veces

que el médico se confunde con el esquema de horario y se pierde la oportunidad de llegar al meollo del asunto, que en este caso sería: ¿qué ha pasado en cuanto a la

alimentación de la bebé desde que nació hasta el momento de la consulta? que no llegaban a 70 horas; cuántas tetadas y cuántos biberones, con cuántas onzas de fórmula preparada cómo, de cuál, ¿agua, suero?, pero el médico no lo pregunta.

Podemos destacar también que, aunque se utilizan los nombres comerciales Nan1®, Gerber® y Nestlé® para, según el doctor, desalentar su uso, el hecho es que se mencionan esas marcas comerciales por parte del médico durante la consulta. En otro momento desacredita a la marca de jabón Zote®, que no es muy fino pero es bueno hasta para bañarse. Se comete otro error al recomendar el uso de petrolato para mantener los senos hidratados, y todavía más, mencionarlo por su marca comercial Vaseline®. Otro más se refiere a la controversia sobre la edad de inicio de la alimentación complementaria “

Vamos a iniciarle los alimentos hasta los cuatro meses

El resto de la conversación por parte del médico, mantiene un tono explicativo informativo, a veces confuso, excesivo o insuficiente, que no tenemos muchos elementos para saber cómo los recibe la madre, más que por su asentir preguntando, por ejemplo en,

¿Hasta los cuatro meses?”.

La madre comienza a hablar de cómo se coloca a la bebé y viene por parte del médico un monólogo sobre todo lo que hay que hacer, que aborda muchos aspectos del cuidado infantil. Hay demasiada información y todo parece muy importante, la V, el estímulo, los 15 minutos, la limpieza, el sacar el aire, el dormirlo inclinado; hay amenazas, la grietas en los pezones, el vómito, los cólicos.

Un punto que merece atención se da cuando el médico afirma: “

Cada vez que usted se la pegue es suficiente para que sus senos produzcan la cantidad adecuada de leche para darle.

Se asume por parte del médico que los pechos de la madre, porque sí, porque es natural, porque es madre, porque es mujer, producen leche materna; que la bebé se *pega* al pecho fácilmente; y que *pegar* al bebé al pecho es equivalente a una succión efectiva y eficiente. Ante una pregunta por parte de la madre sobre los cólicos infantiles, el médico acepta lo inevitable del uso de biberón y recomienda una marca de biberones anatómicos Avent®, que se asegura de que la madre entienda la marca.

Parece una trayectoria reconocida por parte del médico, que no llega a proponer una consejería útil. Para atender este caso sería necesaria otra información como el

número de tetadas y la cantidad de fórmula que toma la bebé en 24 horas, valorar mejor el caso para apoyar el intento materno de amamantar. Preguntar a la madre qué quiere hacer con respecto a la alimentación de la bebé y proponer una mejor ruta.

El tono médico es explicativo confuso

El tono materno, concede autoridad

En la conversación, el médico tiene aciertos, insuficiencias y errores técnicos.

El tono explicativo por parte del médico, tiene justificación bajo el argumento expresado por un doctor en la entrevista, cuando dice:

Pues hay muchas mamás que no saben exactamente qué darles, cuándo darles y cómo darles ¿verdad? Muchas se van, según ellas por lo práctico y les están preparando cosas de lo comercial, de ¿cómo se llama este...? de Gerber® y demás cosas. Y algunas basadas en su conocimiento empírico por parte de sus familiares, poco falta para que les den una pieza de pollo cuando nacen, según ellas. Algunos hábitos mal establecidos respecto a cómo darles de comer a los niños. Me refiero a algunas mamás este... ya es menos, pero algunas se oponían a darles pecho por la deformidad del seno. Según ellas. Pero aquí se les hace una recomendación diaria de lo que deben hacer. También del tiempo de lactancia útil, de seis meses a un año. DR6

Otra doctora añade la mala información y las tradiciones de las abuelas como la explicación para hacer las cosas mal por parte de las madres.

Están muy mal informadas en cuanto a la lactancia materna. Sobre todo las abuelas, aquí tienen muchas tradiciones, que les dicen que la alimentación ya se les debe dar desde los tres, el destete ¿no? Muy temprano. Y están muy mal informadas de lo que es la lactancia, lo que es este, o sea, este aspecto que ellas creen que porque lloran seguido, su leche no sirve y les dan leche complementaria. O sea, no tienen una buena información de lo que es la lactancia materna. DRA3

Con estos argumentos, los médicos pretenden dar a la madre, la mayor cantidad de información que consideren necesaria para que amamante y haga lo que ellos piensan que debe de hacer. Pero no se pregunta lo que se está haciendo y cómo lo está haciendo.

CASO 2

Motivo de consulta: Apertura de expediente

Duración de la consulta: 8 minutos

Sexo del médico: Hombre

Años de servicio: 9

Edad Materna: 27 años

Escolaridad materna: Media Superior

Palabras médico: 37

Palabras madre: 3

Edad infantil: 12 días

Sexo: Hombre

Orden de nacimiento: Tercer

Tipo de nacimiento: Vaginal

Peso al Nacer: 3235g

Peso Hoy: 4700 g

Estatus alimentario: LM+Fórmula+Agua

Bueno ¿Cuánto pesó al nacer?

¿le ha estado dando el pecho?

Acuérdese que se lo dé por un año

Está muy bien. Hay que insistirle en seguirle dando pecho, por favor, cada tres horas, lo baña diario.

3235

Si

Gracias

El Caso 2 presenta una mínima interacción verbal sobre AI. De hecho es la más corta de todas las conversaciones registradas. El ejercicio de autoridad médica está bien representado, sólo pregunta y manda, la madre contesta y asiente. Por lo que se dice y no se dice durante la consulta, estatus alimentario infantil obtenido en la consulta sería LME. En la entrevista con la madre, el estatus alimentario infantil fue LM + fórmula + agua. A esa edad, 12 días, si se buscara la LME como forma de alimentación infantil por seis meses, sería pertinente que ya estuviera instalada.

La interpretación del caso es que la madre está intentando la lactancia materna, que la LME no está instalada. Lo que se le ordena en la consulta es insuficiente para apoyarla en su intento por amamantar. La forma en que el médico pregunta, parece que el estatus alimentario es LME. Limita la lectura correcta del caso y por lo tanto, las conclusiones y recomendaciones pues no llega a ver el problema.

En este caso, la diferencia entre el peso al nacer y el peso al día de la consulta es de 1.4 kg. Esto es mucho para un bebé de 12 días ya que en el primer mes de vida, 4 semanas, los bebés crecen entre 800 g y un kilo, y este no llega a 2 semanas. Además, en los primeros días postparto los bebés pueden perder hasta un 10% de su peso al nacer. Nadie lo notó. Por las notas de la observación se sabe que a este bebé lo pesaron con ropa; es decir, no se siguen ningún procedimiento estandarizados para la obtención de las medidas antropométricas establecidas en la NOM-031-SSA2-1999, y se cometen errores que pueden mejorar con un curso sobre la alimentación y el crecimiento infantil.

Por la entrevista con la madre, se sabe que al egreso del hospital le indicaron que le diera fórmula porque “no tenía suficiente producción”, el bebé no mama bien ya que prefiere el biberón. A esta situación se le conoce como *síndrome de confusión* del bebé, ante el uso de fórmulas, biberones y chupones, que es uno de los caminos por el que la AI se dirige hacia el uso de fórmulas. Esto no surge durante la consulta médica, en médico no sabe qué preguntar. Una consejería pertinente, buscaría la posibilidad de la LME y quitar las fórmulas, que es un procedimiento complicado que no todas las mujeres consiguen. Eso no se ofrece en la consulta médica.

Tono médico: imperativo

Tono materno: conceder

CASO 3

Motivo de consulta: CNS

Duración de la consulta: 10 minutos

Sexo del médico: Mujer

Años de servicio: 30

Edad Materna: 18 años

Escolaridad materna: Secundaria

Palabras médico: 381

Palabras madre: 109

Edad infantil: 13 días

Sexo: Mujer

Orden de nacimiento: Primer

Tipo de nacimiento: Vaginal

Peso al Nacer: 2440g

Peso Hoy: 2500 g

Estatus alimentario: LME

¿Cuánto tiempo tiene?

El quince

Ah porque me lo traes tan rápido ¿El quince?

¿Por qué me lo traes?

Me dijo que a los diez días para checarlo, hace ocho días vine y ya me checó a mí y me dijo que se lo trajera.

Ah que trajeras a tu bebé.

Ah bueno ok. ¿Pesó cuánto al nacer?

2440

2440. ¿Nació por vía vaginal?

Si.

Este ¿Te la dieron rápido?

Si.

No te la detuvieron

No.

¿Qué le estás dando de comer?

Pecho.

¿Cada cuando le das pecho?

Cada que me lo pide, pero no se llena

¿Por qué dices que no se llena?

No.

Bueno, es que luego tiene hambre y le doy de comer y no...

Pero cada cuando le das ¿más o menos?

Ahora sí que cada que me pida y a cada rato.

¿Y tienes leche?

Si

¿Tienes suficiente leche?

Si

¿Y por qué dices entonces que tienes suficiente leche y me dices que no se llena?

Bueno, por la cantidad de veces que me pide

Pero como es que te pide ¿llora o cómo?

Si, si busca y así le doy

¿Y ya se calla?

No

¿Entonces come bien?

Si

¿No se pone moradito cuando come?

No

A ver descúbrelo ¿Cuántos años tienes?

Dieciocho

¿Y en el hospital no te hicieron alguna observación? ¿Nació bien?

Si, nació bien

Entonces está comiendo bien, durmiendo bien, no tiene fiebre, no esta fría. No nada ¿La pones al sol? ¿Cuánto tiempo la pones?

Me dijeron que quince minutos

Bueno. Mira, vamos a continuar ahorita únicamente con el seno. Y lo que tienen que hacer es tomar mucha agua, entre más agua tengas y más te succione la bebé te va a salir más leche. Un niño no siempre llora por hambre, pero si le das de comer se calma; eso es lo que él busca. Un niño puede llorar porque está mojado, porque tiene calor, está muy lleno de granitos, porque tiene calor, este por muchas causas o porque quiere que lo cargues. Pero al darle de comer él se siente bien y deja de llorar. Entonces lo que vas hacer es tomar mucho líquido y verduras aja por ejemplo la calabaza tiene mucho agua, y que te succione el niño y te lo veo en quince días. Solamente si no aumenta de peso de aquí a quince días pues entonces si ya agregaremos una leche, pero lo más común ahorita es que tengas que tomar más agua para que tengas más lechita. Así como le estás dando. A cada rato, ya si quieres del otro lado me lo traes antes y si no, en quince días Ahorita ya no está la del archivo, pero no Ah ya, Te lo voy anotar aquí. Que sería el 02 de Mayo ¿Si? Y para los granitos nada más con lo que es el baño. Bueno eso sería todo

Si, gracias.

El Caso 3 ejemplifica uno de los argumentos más frecuentemente reportado en México como la principal causa para ofrecer fórmulas infantiles u otra cosa, a los bebés. A la pregunta médica,

¿Cada cuánto le das pecho?

La respuesta materna es,

Cada que me pide pero no se llena.

Este es un problema frecuente referido por las madres. La madre insiste en que el bebé no se llena,

Bueno, por la cantidad de veces que me pide.

La doctora no pregunta cuántas veces, ni qué, ni cómo come el bebé en 24 horas, que sería la información básica para entender este hecho alimentario. Con las preguntas orilla a la madre a decir que tiene suficiente leche y que la bebé come bien. La doctora decide que no hay ningún problema. Es pertinente mencionar que la bebé presentó leve bajo peso al nacer, quizá por eso las vuelve a citar a los 15 días para,

Si no aumenta de peso de aquí a quince días entonces sí ya agregamos una leche.

Lo que pregunta la doctora resulta insuficiente para reforzar la práctica de la lactancia en una bebé de 13 días, cuya madre comienza a dudar y a manifestar preocupación porque no se llena. Se le prescribe,

Vamos a continuar ahorita únicamente con el seno

Y

Lo que tiene que hacer ahorita es tomar mucha agua, entre más agua tengas y más te succione el bebé, te va a salir más leche

El consumo de agua por parte de la madre, se pone a un nivel de equivalencia de la succión efectiva en la producción de la leche materna. Es cierto que se necesita mucha agua para producir leche materna, pero el agua no desempeña un papel directo en la síntesis y eyección de leche materna. Es el elemento constitutivo más abundante, al nivel de las proteínas, los carbohidratos y todo lo demás. El equilibrio hidroelectrolítico materno y los mecanismos neurohormonales involucrados en la síntesis y eyección láctea relacionados con la succión, son distintos.

Con lo dicho en la interacción, se concluye que el estatus alimentario infantil es LME, que coincide con lo registrado en la entrevista materna. A los 13 días con LME y con

dudas, esta madre primeriza requiere una consejería que le ayude a pasar la incertidumbre para conseguir y mantener la LME. Lo que se le ofrece es una prescripción general y se minimiza el problema:

Mira, vamos a continuar ahorita únicamente con el seno.

La lectura desde la consejería es que se trata de una madre con LME, que comienza a observar que la bebé se queda con hambre. La doctora minimiza el problema y no indaga lo suficiente; hace recomendaciones generales de carácter explicativo: tomar agua y la succión, pero no toma el caso como merece. Y al final la advertencia:

...si no aumentara de aquí a quince días pues entonces sí ya le agregaremos una leche...

No se tratan las dudas maternas sobre la satisfacción de la bebé, ni sobre la suficiencia o insuficiencia de la lactancia, ni se indaga sobre lo que se hace, sobre la práctica en sí.

El tono médico es explicativo.

El tono materno es monosilábico y concede autoridad al médico.

El argumento de la entrevista médica dice:

Están muy mal informadas de lo que es la lactancia materna. Este aspecto de que ellas creen que porque lloran seguido, su leche no sirve y les dan leche complementaria. O sea, no tienen una buena información de lo que es la lactancia materna. DRA3

CASO 4

Motivo de consulta: CNS y diarrea
Duración de la consulta: 27 minutos
Sexo del médico: Mujer
Años de servicio: 29

Edad Materna: 25 años
Escolaridad materna: Licenciatura

Palabras médico: 389
Palabras madre: 62

Edad infantil: 4 semanas
Sexo: Mujer
Orden de nacimiento: Primer
Tipo de nacimiento: Vaginal
Peso al Nacer: 3140g
Peso Hoy: 4280g
Estatus alimentario: LME

¿Qué edad tiene su bebé? Un mes

Le da leche Si

¿Es una bebé? Si

¿Le estás dando pecho? Si

Y vas a continuar con pecho Si

¿Fecha de nacimiento de la niña? 11 de febrero del 2012

¿Peso cuando nació? Tres Trescientos cuarenta gr

¿Talla? Cincuenta centímetros

¿Alimentada al seno desde que nació? Si

¿Puro pecho? Si

¿Y luego te la dieron en el hospital para que alojara ahí contigo? Pues me la dieron luego, luego. Sí

¿Primera hora y ya la tenías tu? ¿A la primera qué, perdón?

... hora ¿ya le estabas dando de comer? No, muy poquito. Salía, pero muy poquito

Por eso, pero sí ya te la dieron. Ah, sí

Cuando están chiquitos los bebés llegan a tener anemia ¿Alguna hemorragia? No

Bueno, la vez pasada que la revisamos le dijimos aquí que ser el seno materno, tiene que ser exclusivo ¿Si? Si

Que de preferencia a los primeros seis meses y que ahorita le vas a dar la libre demanda. O sea, si te pide le vas a dar. 15 a 20 minutos de un seno y la vas a estar estimulando, moviéndole su cabecita, hablándole. Si

Si

Ayudándole con tu mano que el pezón le entre en la boquita, porque luego chupan y se duermen, comen poquito y se vuelven a dormir.
Enderézalo, darle palmaditas, que repita, que eructe, de un pechito y luego del otro. Alternadas.

Si

Entonces, pues que le des el pecho ¿eh? porque también le protege a la niña de las infecciones respiratorias y las diarreas ¿Aja? Le estás dando tu leche y los anticuerpos, aparte de que no te cuesta a ti, que no tienes que andar hirviendo mamilas, calentando agua. Entonces ahorita puro pecho, ni agua le vayas a dar, porque su leche ya tiene suficiente agua.

Si

Y si tú le llenas la pancita de agua vas a estar evitando que alguna tetada

Porque su capacidad es chiquita, entonces vamos a darle pecho más o menos cada tres, cuatro horas ahorita

Si

¿Ya cumplió el mes? ¿La vez pasada tenía dieciocho días, verdad? Entonces ahorita ya cada tres, cuatro horas si ves que no despierta, pues tú despiértala, porque necesitas darle mucho, despiértala y ofrécele el seno dale de comer. Porque también muchas horas en ayuno no es conveniente Ya le hicimos aquí su curvita su peso y su talla, ¿ahorita ya pesó cuatro doscientos?

Si

La vez pasada tres ochocientos, subió bien de peso

De comer cada tres, cuatro horas, ofrecer.

Si

La interacción verbal en el Caso 4 es fluida y está dirigida por la doctora. Por parte de la madre es para responder y del tipo monosilábica para asentir. La doctora hace dos preguntas que tendrían sentido en otro momento, pero que al día de la consulta, a las 4 semanas de edad infantil, resultan algo extemporáneas:

¿Y luego te la dieron en el hospital para que alojara ahí contigo?

y la siguiente:

¿Primera hora y ya la tenías tú?

Preguntas que la madre no entiende. Estas preguntas reflejan cierta influencia del modelo de *Diez pasos para una lactancia materna exitosa*, vinculado a la IHAN.

El estatus alimentario infantil de la consulta coincide con el de la entrevista materna: LME. Se reitera la alimentación por lactancia, se prescribe la libre demanda, pero luego se establece

Entonces ahorita ya cada tres a cuatro horas, si ves que no despierta, porque necesita darle mucho, despiértala y ofrécele el seno, dale de comer.

Se indican los 15 a 20 minutos de cada pecho, la alternancia de los pechos y el eructo. En esta bebé la LME está instalada como modalidad de alimentación y todo parece avanzar bien. Es evidente la confianza materna. Es la madre con mayor escolaridad.

Desde la consejería en LM, es pertinente comentar la contradicción de la doctora entre la *libre demanda* y *cada 3 a 4 horas*. Si es a libre demanda, puede ser cada hora, o cada rato, sobre todo al principio. La información obtenida resulta insuficiente, pues falta saber el número de tetadas en 24 horas y algunos elementos clínicos más sobre las condiciones de posibilidad de continuar con la LME. Se necesita hacer las preguntas pertinentes para cada situación específica, planteadas de mejor manera y comprensibles para la madre.

El tono médico es explicativo pertinente.

El tono materno es monosilábico, asiente y comprende.

El argumento desde la entrevista médica dice:

La leche de la mamá es lo que tratamos de meterles en su cabecita. Desde que se van a atender al parto, ya les estamos diciendo que hay que traerlos para darles su control cada mes. La mayoría sí hace caso, otras no. Por experiencia le digo que los que vienen, la mamá se preocupa de sí asistir a sus cita, pues los hemos sacado bien de su peso. Pero los que luego se nos pierden porque no vienen, ahí está el problema. DRA2.

CASO 5

Motivo de consulta: CNS

Duración de la consulta: 27 minutos

Sexo del médico: Mujer

Años de servicio: 1

Edad Materna: 31 años

Escolaridad materna: Secundaria

Palabras médico: 688

Palabras madre: 247

Edad infantil: 4 semanas

Sexo: Mujer

Orden de nacimiento: Segundo

Tipo de nacimiento: Cesárea

Peso al Nacer: 2800 g

Peso Hoy: 3800 g

Estatus alimentario: LM+Fórmula

¿Llora?

Yo siento que no, no se llena

Bueno mira hay varios doctores que recomiendan darle a libre demanda, cada que el bebito te lo pida le das de comer; hay otros doctores que recomiendan darle cada dos o tres horas, para que coman más, hay varias corrientes. Si tú te acomodas a darle a libre demanda, pero por eso no se está llenando. Yo creo que es más conveniente darle cada cierto horario, Porque tú la acostumbras como la desacostumbras, lo recomendable es darle pecho exclusivamente, hasta los seis meses que es cuando empiezas a cambiar a los alimentos. Pero como quiera se le da hasta el año pero hasta los seis meses. Ahorita está muy chiquita pero este si tú dices que no se llena con tu pecho tal vez estés empleando una mala técnica de administración, bajo cualquier punto de vista lo más recomendable es darle puro pecho a darle formula. Hay muchos tipos de fórmula ¿Le das fórmula? ¿Te la dan aquí?

No, la tengo que comprar, la compro

Bueno, mira es un gasto también. Entonces, si puedes darle nada más pecho, pues nada más pecho.

Lo que pasa es que como trabajo también, es lo que calcula...Yo trabajo por mi cuenta, pero cuando estoy ocupada, trabajo en una estética.

Ah ok. Se te complican los horarios. ¿No te la llevas a la estética?

Por ratos, es por ratos la llevo, le doy, llora

Entonces le das, se despierta, llora, y tú le das de comer. ¿pecho o fórmula? Y ¿cuánto tiempo tarda más o menos tarda para que vuelva a llorar ella?

Como, como a la hora, hora y media.

Es poco lo que le estás dando y por eso, ella se está quedando... no es normal que pida tan seguido. Si le das lo suficiente ella se queda dormida más tiempo.

Aja.

A esta edad tiene todos los nutrimentos para alimentar a tu bebé. Si dejas de darle pecho. Digamos termina, llega un momento en que ya no te va a salir. Mientras más seguido le des, va produciéndose más y más leche.

Si luego si le doy. Pero me estaba diciendo la enfermera, que no se llena, que la leche que tengo no está muy espesa, por eso no se llena.

Si porque hasta me dijo la enfermera que este, que fuera a sacar mi credencial de la leche, la Liconsa para que ya tenga

No pero la bebé está muy chiquita para darle esa leche.

No para mi necesito tomar por lo menos litro y medio diario

No eso no es cierto de que si tomas leche vas a producir más leche no. Un mecanismo por hormonas. Si la bebé está llorando se empieza a estimular la producción de leche. O sea que, mientras tu te la vas pegando más se va a seguir produciendo leche, si dejas de ponértelo sin darle pecho va a llegar un punto donde ya no va a salir a tener que darle pura fórmula yo te recomiendo que le des puro pecho. A lo mejor la técnica que estás usando entonces por eso el bebé se cansa y te duele es porque no está succionando bien leche. Te la puedes acomodar de varias formas, una como con vía, como de futbol americano.

Lo mejor es una almohadita abajo es más cómodo. De tal forma que toda su boquita abarque tu pezón. Te la tienes que pegar bien para que ella abarque todo, todo el pezón. Es un reflejo que tienen, si tú le das la mamila, la mamila no tiene la misma forma que el pezón, ella se va a acomodar a la mamila y ya no pueda agarrar el pezón. Si tienes complicaciones con sus horarios pues procura que le des más pecho que mamila.

No sé cuántas onzas le estás dando

Dos onzas.

¿Se la acaba?

Si se la acaba. a veces le hago otra onza y así a veces.

Le tienes que poner un orden para cuando es más fácil para ti, para que lo vayas acostumbrando y va teniendo como horarios de comida.

Entonces no importa fórmula. si le doy la fórmula.

Las dos son voluntarias, pero es que bueno depende, ¿qué prefieres dar pecho o fórmula? O ¿los vas a combinar?

Yo digo que combinarla porque por lo mismo de mi trabajo. Obviamente le voy a dar más pecho.

¿Se queja mucho de cólico?

Como dos veces nada más ha estado así molesta. Tengo duda.

Peso al nacer

Pesó 2800

¿Nació a las 40 semanas?

No, 38

Si le vas a dar. Se lo puedes quitar. Le vas a dar de mamar 8 veces al día, pero si estás trabajando en la estética, no te la puedes llevar tampoco la vas a dejar sin comer, le puedes dar ya Nan pues.

Yo me la llevo en la mañana y está comiendo y está pidiendo y como a las 5 ya se va con su papá.

Y quien la cuida.

Mi esposo me ayuda

Y su esposo le da biberón

Sí en la tarde como a las 5

El Tempra es para la fiebre.

Me puede dar Tempra para los cólicos

Entonces qué me puede dar

Nada, los cólicos son por una mala técnica de alimentación

Se le puede dar agua.

Pero se puede llenar, imagínese un globo lleno de agua. Si le puede dar un poco a medio día. Pero muy poco.

Del Caso 5 destaca las contradicciones médicas ante la expresión materna,

Yo siento que no, no se llena

que refleja un estado de incertidumbre frente al hecho alimentario. El estatus alimentario infantil a las 4 semanas de edad es LM + fórmulas, que coincide en la consulta médica y en la entrevista materna. La doctora comienza su visión planteando que hay un dilema entre lo que recomiendan los “doctores”: la alimentación a “libre demanda”, “o cada dos o tres horas”. La doctora establece,

Pero este si tú dices que no se llena con tu pecho tal vez estés empleando una *mala técnica de administración*”.

Aparece el trabajo materno y se explora poco como espacio posible para el amamantamiento, por ejemplo horas disponibles maternas durante mañana y tarde y participación paterna

Mi esposo me ayuda

Se establecen recomendaciones generales, algunas son amenazantes,

Si dejas de ponértelo, sin darle pecho, va a llegar un punto donde ya no te va a salir, vas a tener que darle pura fórmula, yo te recomiendo que le des puro pecho”.

Una situación que la doctora interpreta mal y que merece atención, es cuando la madre habla de la leche, “Liconsa¹”, la de la ayuda social, que pide para ella y la doctora cree que es para la bebé. Con ciertos elementos sobre la relación entre la calidad de la leche y la nutrición materna, la madre dice

La leche que tengo no está muy espesa, por eso no se llena

La madre refiere la conversación con la enfermera sobre la leche que ella, la madre, debe consumir. La doctora le resta importancia y le recita el mecanismo de regulación hormonal de la producción de leche materna. Desde la consejería, puede ser indicativo de pobreza y quizá alguna asociación con la desnutrición materna, ya que para acceder a esa leche se necesita una credencial pues está subsidiada por el gobierno.

La conversación no alcanza para destacar la importancia y la posibilidad de la LME, se ve casi como un capricho comprar fórmulas,

Bueno, mira es un gasto también

¹ Leche Liconsa. Programa gubernamental asistencial de leche a bajo costo.

Se establece que la lactancia es un suceso dado.

O sea, que mientras tú te la vas pegando, más se va a seguir produciendo leche

Se le reconoce como una acción de posibilidad vinculada al trabajo materno

Si puedes darle nada más pecho, pues nada más pecho

Se concluye que la combinación de LM y fórmula es factible, se reduce a una cuestión voluntaria y termina recomendando fórmulas infantiles por su nombre comercial. De los cólicos concluye,

Nada, los cólicos son por una mala técnica de alimentación

Se acepta el uso de agua en poca cantidad, mediante la analogía del globo lleno de agua. Este caso resulta pertinente para discutir los elementos clínicos de la AI, los requerimientos fisiológicos de la LME, y las tentaciones para el del uso de fórmulas, al mes de edad. La doctora es joven, está en Servicio Social y tiene poca experiencia. Con esas indicaciones y consumiendo fórmula, 2 a 3 onzas después de cada tetada, difícilmente se va a conseguir instalar la LME como modalidad alimentaria y continuarla hasta los seis.

La noción *mala técnica de administración* define para el médico, una serie de acciones indefinidas que la madre hace mal. Desde la consejería, es más bien el resultado de una trayectoria de obstáculos, en la cual nadie ha ayudado a la madre a verlos y a tomar acciones que construyan una decisión alimentaria y no un efecto. Es un momento decisivo que, con la consejería pertinente, pudiese mejorar, que en la consulta médica no se ve. La madre al preguntar “

Entonces no importa fórmula, si le doy la fórmula

La doctora responde con otro dilema

¿qué prefieres dar, pecho o fórmula o los vas a combinar?

Y se asume la posibilidad de una alimentación mixta aunque la doctora antes había mencionado el “mecanismo por hormonas”.

El tono médico es explicativo confuso.

El tono materno es asentir y pide autorización.

El argumento médico que permite pensar en el uso de fórmulas quedó expresado en las entrevistas a médicos.

Pues que en un momento dado ya no quieren darle de comer las mamás a los niños. Usan la dotación en biberón. Muchas veces porque pues trabajan, otras porque no tienen leche, no hay estimulación, y otras de plano no quieren darles leche ellas. DR5

Es que la mamá trabaja, entonces es difícil. Tendría que educárseles para la cosa del retiro de la leche. DRA1

Yo creo que por la rapidez. Creo que es la falta de que no han visto la importancia de la alimentación natural y de la lactancia materna. Pero yo pienso que es por falta de sensibilización. DRA3

Pues desde chiquitos, lo primero es la lactancia, o sea, que las mamás de repente les empiezan a dar fórmula porque no tienen a lo mejor una buena técnica de la lactancia, desde explicarles todo eso. DRA9

Afortunadamente la mayoría, cuando ya les explicas de lactancia, la mayoría de las pacientes de aquí sí amamantan a sus bebés. Entonces es una ventajota que hay, yo no sé si sea por el hecho de que bueno, si no lo amamantas ya no tienes recursos para comprar fórmulas, no sé si por dinero pero afortunadamente en cuanto a biberones nunca. DRA9

CASO 6

Motivo de consulta: Llamada telefónica

Duración de la consulta: 18 minutos

Sexo del médico: Mujer

Años de servicio: 30

Edad Materna: 24 años

Escolaridad materna: Media Superior

Palabras médico: 383

Palabras madre: 256

Edad infantil: 4 semanas

Sexo: Mujer

Orden de nacimiento: Segundo

Tipo de nacimiento: Vaginal

Peso al Nacer: 2270g

Peso Hoy: 3400 g

Estatus alimentario: LM+Agua

¿Qué le pasa?

Me hablaron por teléfono para que viniera y la atendieran y bueno para que me la revisaran

¿De aquí te hablaron por teléfono?

Sí, pero como no tengo teléfono, me hablaron por teléfono a la casa de mi suegra y ella ya me pasó el recado. Me hablaron por teléfono para que trajera a mi bebé y la revisaran y para preguntar qué método anticonceptivo debo utilizar

¿Quién la llamó por teléfono?

No sé, nada más así me dijeron

¿Tiene algún problema su niño?

No, no

¿Cuándo nació?

Hace un mes

¿Me dice que nació por cesárea o normal?

Normal, parto

Parto normal, ¿Dónde nació?

Acá en el Infantil de Xochimilco

¿Cuándo nació la bebe?

El dos de abril

El dos de abril, entonces nació a las treinta y nueve semanas. ¿Se la dieron rápido cuando nació?

Si

¿Ya le hicieron su tamiz?

Sí, me lo hicieron allá en el infantil, me dijeron que estaba bien del auditivo y del otro, me dijeron que en mes y medio si no me hablaban a mi domicilio es que había salido bien la bebé

¿La niña está comiendo bien?

Come bien

¿Todo normal?

Todo normal, se le cayó a la semana el ombligo

¿Qué come?

Leche

Si ¿Qué leche?

Seno

Ajá ¿Cuánto peso al nacer?

Dos kilos doscientos setenta

Ahorita pesa tres cuatrocientos. Son dos kilos doscientos setenta. Aparentemente no encuentro motivos

¿Ya le aplicó todas sus vacunas?

Si

O a ver déjame revisarla tantito no vaya ser que haya algún problema.

Dos doscientos setenta más setecientos cincuenta que aumente un mes, cero, doce, diez, tres veintiocho gramos y pesa tres cuatrocientos, si, está bien de peso. Peso normal. ¿Lloró o respiró cuando nació?

No lloro, pero saco 9 en su calificación

Ah bueno. ¿Entonces está comiendo bien ya le hicieron su tamiz?

Si, nació el veintiuno a las veintiocho horas de la mañana

A las nueve veintiocho ¡Ah! ¿Es tu primer bebe?

El segundo, la primera nació por cesárea

Y esta por parto normal

Si parto normal

Ah ¿Qué vacuna le aplicaron?

La de hepatitis se la pusieron a los 7 días y la otra se la pusieron cuando nació

¿Cuál otra de cuando nació? Me enseñas el papel que te dieron de cuando nació y sus vacunas. La bebé mide cuarenta y siete centímetros.

Está todo bien señora

Ay que bueno.

Está todo bien. Va aumentando de peso bien, va a continuar nada más con el seno materno

¿Y qué me receta para mí?

Tiene que pasar a consulta, esa es otra ficha.
Le voy a mandar nada más unas vitaminas a la niña.
Pero está bien de todo ¿eh? ¿Cómo se apellida la niña?

Y como se las doy

Con un gotero. No es necesario precisamente, pero se las mandamos para una mejora. Se va a tomar un gotero estas vitaminas al día, durante veinte días ¿si?

Si doctora

Aja

Vaya ahorita a trabajo social para que le digan por qué la citaron. Porque no saben por qué la llamaron y ahorita que investiguen ellos para ver si hay una indicación, porque normalmente no se les llama, pero como fue el mes del niño, pero a mí no me avisaron.

Y eso le dije allá abajo, me dijeron que le dijera a usted para que le hiciera su historial

Me esperas afuera por favor en lo que me dicen si hay alguna indicación por lo que te llamaron o nada más para control del niño sano.

Por el momento todo está bien. Me la traes en un mes

Y le sacas después su carnet a ella

Gracias doctora

El Caso 6 sirve para analizar los flujos de comunicación entre los diferentes servicios y programas que operan en el CS. De parte del CS llamaron por teléfono a la mamá y la doctora no entiende por qué. Se puede mencionar que la bebé nació con bajo peso (< 2500 g), y cuestionar si esto pudo influir para que la llamaran a consulta; o bien, como dice la doctora, “como fue el mes del niño”, quizá se hizo una acción especial de salud infantil. Todo parece ir bien, salvo que, por la entrevista materna, se sabe que la bebé recibe agua y en la consulta no se preguntó sobre el consumo de agua.

La conversación general es inquisitiva por parte del médico y responsiva por parte la madre, y es notoria la influencia de la llamada telefónica en el desarrollo de la interacción. Nótese que cuando la madre pide atención para ella le dice la doctora

Tienen que pasar a consulta, esa es otra ficha

No hay conexión entre la atención a la salud infantil con la materna, y eso que en este caso la madre amamanta completamente. La doctora prescribe vitaminas infantiles, quizá con base en el bajo peso al nacer.

Este caso presenta la oportunidad para cuestionar la utilidad de proporcionar agua a bebés exclusivamente amamantados, pues si consumen suficiente leche materna, consumen suficiente agua. Los criterios la OMS/UNICEF no definen claramente esta práctica de dar LM+Agua. Aquí se considera casi como lactancia materna exclusiva, pero señalando el hecho de que no se indaga sobre el consumo de agua.

Destaca la convención semántica entre médico y madre, de utilizar “Leche” y “Seno” como sinónimos. La valoración del crecimiento infantil se hace por diferencia entre el peso al nacer y el peso al día de la consulta, la conclusión por parte de la doctora fue, “Está todo bien. Va aumentando bien de peso, va a continuar nada más con el seno materno”.

En la entrevista se identificó a esta pareja madre-bebé con alta vulnerabilidad social.

El tono médico es inquisitivo, explicativo y contradictorio.

El tono materno concede autoridad.

CASO 7

Motivo de consulta: Apertura de expediente y diarrea

Duración de la consulta: 16 minutos

Sexo del médico: Mujer

Años de servicio: 30

Edad Materna: 16 años

Escolaridad materna: Secundaria

Edad infantil: 5 semanas

Sexo: Mujer

Orden de nacimiento: Primer

Tipo de nacimiento: Vaginal

Peso al Nacer: 3200g

Peso Hoy: 4000 g

Estatus alimentario: LME

Palabras médico: 283

Palabras madre: 37

¿Dolor de estómago?

No

¿Qué come el bebé?

Pura leche.

¿No le dio de probar algo?

No

Es la primera vez que presenta la diarrea

Si

¿Cuánto pesó al nacer?

Tres doscientos diez

¿Tres doscientos diez? Y ahorita tiene qué edad, un mes.
¿Cuándo cumple los dos meses?

En 15 días

¿Qué le has dado?

Nomás su leche

Para la diarrea y eso no le has dado nada. ¿No le has dado suero ni nada?

Ah no, nada

¿Cada cuánto le das el seno? Y cuánto

Cada tres o cuatro. Pues 15 minutos de uno y después del otro

Bueno, le vamos a dar nada más suero ¿sí? y vas a continuar con lo que le estás dando, con el seno materno y le vamos a mandar el suero oral.

Bien

Está bastante bien. Está muy bien el peso de su niño. Pesó 3210 y ahorita tiene un mes.

Un mes con 15 días

Y pesa 4 kilos. Ajá

Bueno, mira, este, vamos a continuar con su seno nada más, no le vamos a mandar medicamento. Nada más este sobre de suero oral. Cuando haga del baño le vas a dar tres onzas, con cucharadita. No se lo des así todo de una vez porque entonces te va a vomitar. Tiene que entrar así como entra ¿Has visto cómo entra por la vena, viste que por la vena entra a gotitas, así se lo vas a dar por la boca, así muy muy poquito.

Cuando haga la evacuación. Le vas a dar tres onzas. Si aumentara la diarrea o entra con vómito la traes. Si tuviera la boca seca sobre todo, boca seca, fiebre, vómito, llanto sin lágrimas, a urgencias, a urgencias la llevas. Aquí al Hospital Infantil de Xochimilco y si no, yo te veo el viernes para ver cómo sigue. Que le dé seno a su bebé, así no le da fiebre.

El Caso 7 refleja la modalidad de LME, que a las cinco semanas parece funcionar bastante bien en una madre adolescente. El motivo de la consulta es una diarrea que parece no ser nada grave y la doctora prescribe suero oral, tres onzas a cucharaditas. Se asume que la madre sabe preparar el suero oral y que tiene algún biberón para “medir” tres onzas. La analogía utilizada por la doctora, sobre la velocidad para ofrecer el suero oral a la bebé, la venoclisis, muestra el nivel de ensimismamiento médico, y presenta dudas sobre la manera en que la madre recibió todas esas indicaciones.

“Pura leche”, y “Nomás su leche” se refiere a la LME, por parte de la madre. Por parte de la doctora se refiere “¿Cada cuánto le das seno, y cuánto?”, pregunta muy difícil, si no imposible de responder, situación que se resuelve con el mandato general “Cada tres o cuatro. Pues 15 minutos de uno y después el otro”.

Este caso tiene una diferencia de 12 cm entre la longitud del bebé al nacer y la longitud el día de la consulta, a las cinco semanas de edad, cosa que no es sensato esperar. Esto constituye un claro error que no se identificó durante la consulta médica. Por la observación se sabe que el error fue de 7 cm entre lo obtenido en la medición y lo anotado en el expediente. Este error se originó al no ser registrada, por escrito, la medición realizada previamente por la enfermera, lo que constituye un error de memoria. La calidad de los datos antropométricos es todo un tema en la valoración de la salud infantil en el primer nivel de atención.

El tono médico es resolutivo del motivo de la consulta e indica signos de alarma.

La madre resuelve el motivo de la consulta, consultar sobre la diarrea en la bebé.

CASO 8

Motivo de consulta: Dermatitis

Duración de la consulta: 18 minutos

Sexo del médico: Hombre

Años de servicio: 12

Edad Materna: 24 años

Escolaridad materna: Primaria

Palabras médico: 43

Palabras madre: 15

Edad infantil: 7 semanas

Sexo: Hombre

Orden de nacimiento: Tercer

Tipo de nacimiento: Vaginal

Peso al Nacer: 2850g

Peso Hoy: 5350 g

Estatus alimentario: LM+Fórmula

¿Tiene una edad de...?

Va a cumplir dos meses, nació el 5 de febrero

¿Cuánto pesó al nacer?

2850

Pesó 5350

Mju

Edad tiene

Un mes

Hay que alimentarlo con leche materna de preferencia hasta los cuatro meses de edad ¿de acuerdo?
Pero si no le alcanza la leche materna le puede dar leche NAN1. ¿De acuerdo?

Mju

El Caso 8 representa una situación extrema de apropiación de la voz sobre la AI por parte del médico, así como de la indiferencia, negación o ceguera ante la autoridad materna. En 43 palabras, el médico se ahorra la pregunta ¿qué come su bebé? y prescribe una ambivalencia. El estatus alimentario en la consulta no es expresado por parte de la madre; es el doctor que dicta un estatus mixto,

Hay que alimentarlo con leche materna de preferencia hasta los cuatro meses de edad. ¿De acuerdo? Pero si no le alcanza la leche materna le puede dar leche NAN1. ¿De acuerdo?

En la entrevista materna el estatus alimentario es, LM + fórmula. La interpretación clínica desde la consejería es que la madre intenta amamantar, que la LME no está instalada, que se utilizan fórmulas, que las probabilidades de confusión infantil aumentan si se utilizan biberones, y un largo etcétera, al que no se llega en la consulta. Con lo que dice el médico, se puede suponer que éste desconoce las características, los requerimientos y los procedimientos de la LME, y de la conexión neurohormonal que se requiere para que la LME suceda; el médico asume que se puede combinar la LM con las fórmulas, o bien, tal vez da un visto bueno sobre lo que la madre ya hace y él intuye.

El tono médico es imperativo

El tono materno, para conceder.

CASO 9

Motivo de consulta: Apertura de expediente

Duración de la consulta: 10 minutos

Sexo del médico: Hombre

Años de servicio: 29

Edad Materna: 36 años

Escolaridad materna: Primaria

Edad infantil: 8 semanas

Sexo: Mujer

Orden de nacimiento: Tercer

Tipo de nacimiento: Cesárea

Peso al Nacer: 3120g

Peso Hoy: 5220 g

Estatus alimentario: LM+Agua

Palabras médico: 98

Palabras madre: 22

¿Qué edad tiene? Un mes 28 días

Un mes 28 días, Sí.

¿Cuánto pesó al nacer?

3 kilos, 120.

A ver ¿qué le pasa a la niña?

Es que la traigo a que la fiche.

Peso y talla, tiene ¿cuánto dice, un mes?

Un mes 28 días

Ya va para los dos meses. Vamos a ponerle ya los dos meses ¿no?

Ajá

Debe estar en 4725 y está en 5220. Está arriba de peso. Debiendo medir 56 mide 57. Peso talla está en normalidad

Si está tomando mucho aire y no le saca el aire va a haber cólicos. Cada vez que le dé el pecho o le de la mamila, sáquele el aire. Palmaditas del pecho y en la espalda.

Ella está inflamadita ¿No tiene cólicos?

No.

El Caso 9 muestra el acuerdo entre el médico y la madre para asignar la edad del bebé en dos meses cumplidos. Los datos para obtener el estado de nutrición infantil, según el criterio utilizado por el doctor, es que a los dos meses de edad una bebé femenina debe pesar 4 kilos con 725 g y debe medir 56 cm; esta bebé pesó 5,220 y midió 57 cm. Hay una diferencia de casi medio kg, 10%, entre lo observado y lo recomendado y la longitud es poco mayor. El médico expresa que “Está arriba de peso” aunque “peso talla está en normalidad”.

Por las observaciones se sabe de la baja calidad de las mediciones antropométricas realizadas en el CS, pueden sustentar dudas sobre la magnitud de la diferencia en el peso, ya que es frecuente pesar a los bebés con ropa. Además, es una bebé cuyo peso se ubica 10% por arriba de la mediana del peso esperado para la edad que, con la gráfica de la OMS, debería ser considerada como con peso adecuado para su edad. El sobrepeso se define cuando el peso observado está por arriba de 2 desviaciones estándar de la media de la población de referencia, en este caso no llega ni a una. Esto indica que los médicos toman un valor único, la media, sin comprender el comportamiento de la variable, el peso para la edad, que los lleva a juicios improcedentes. “Está arriba de peso”, para después referirlo a la normalidad. Esta situación muestra la necesidad de subsanar carencias ancestrales, el doctor tiene 29 años de servicio, y no saben valorar pertinentemente el estado de nutrición infantil, ni los elementos conceptuales del crecimiento infantil.

El estatus alimentario infantil a las ocho semanas es LM + Ag, sobre lo cual, la madre, no dijo nada en la consulta. Aunque, Para este médico el pecho y la mamila son totalmente equivalentes y tienen sentido sólo en función de sacar el aire y no como sistema alimentario. La interacción se refiere básicamente a la antropometría, el estado de nutrición y remata con una ambivalencia alimentaria.

En este caso, vale la pena mencionar que desde la consejería en lactancia materna, no es sensato decir que un bebé tan pequeño, que recibe LME, aunque se le da agua, no debe ser señalado como,

Está arriba de peso

Para después decir que está en

Peso talla está en normalidad.

Se pone en evidencia el serio problema que tienen los médicos del CS, para la interpretación y el diagnóstico del estado de nutrición a partir de las mediciones antropométricas. Es pertinente considerar la capacitación para el mejor manejo de

todo el componente antropométrico, desde la obtención de las mediciones, los datos y los registros, hasta la interpretación de índices e indicadores del estado de nutrición infantil.

El tono médico es inquisitivo y amenazador.

El tono materno es responsivo y cumple con el objetivo de abrir el expediente infantil.

CASO 10

Motivo de consulta: CNS

Duración de la consulta: 26 minutos

Sexo del médico: Mujer

Años de servicio: 29

Edad Materna: 34 años

Escolaridad materna: Media Superior

Palabras médico: 588

Palabras madre: 69

Edad infantil: 8 semanas

Sexo: Hombre

Orden de nacimiento: Tercer

Tipo de nacimiento: Vaginal

Peso al Nacer: 2930g

Peso Hoy: 5520g

Estatus alimentario: LME

¿Un bebé verdad?

si

¿Dos meses dijiste?

Un mes veintiocho días.

Entonces ya van a ser los dos

Si

¿Le está dando pecho?

Si

¿Puro pecho?

Si, nada más

Y hay niños que cuando toman puro pecho y no tiene así mucho bolo, entonces o con la puntita del termómetro.

Sí.

Si hago por enderezarlo y eructa, pero me la regresa así como espontanea

Pues que eructe no tiene nada de malo, al contrario nada más que cuando le des de comer, te dijimos que la endereces y le hagas hasta que eructe, o hasta que tú veas que está lista y esté tranquila
Y si te acuerdas que dijimos que de un pecho lo pongas a repetir y luego te lo pases del otro, lo pongas a repetir.

Así lo hace, no lo regresa enseguida, sino tarda o igual como a las dos o tres horas la regresa cortada

También luego eso podría ser algo fisiológico ¿Qué es esto? Bueno cuando madura en sus aparatos o en su sistema pues ya anda mejor la función pero si ya vemos que tiene tres o cuatro meses y él sigue vomitando pues entonces lo vamos a mandar a pediatría, porque puede que tuviera reflujo
Pero siempre dale de un pecho enderézalo y dale palmaditas que repita o que saque un gasecito, luego te lo pones de lo otro y haces lo mismo

Sí.

Porque siempre que están comiendo, succionan aire traen un gasecito que les sube, les baja, se retuercen, le da como coliquito, lo eructan y ya quedan tranquilos y también si están llenos y traen un gasecito entonces con tantito hasta vomitan con comida, por eso hay que ayudarlos haciéndolos repetir

Ya vez es un gas

Bueno, entonces ahorita nos vamos a seguir con puro seno materno. ¿Si?

Puro pecho le vas a dar, cada tres, cuatro horas, su pecho. Si tú le das a que se llene bien, te digo uno y luego el otro, ya ves que duermen ya no tanto como cuando estaba recién nacido.

No, ahorita ya no duerme

Duerme menos, pero si te aguanta a esa hora

Porque si nada más succiona, dos, tres veces y ya lo dejas, al rato ya quiere, otra vez quiere. Ok

Déjame ver cómo está el peso si sigue lo amarillito vas que hacer unos estudios de bilirrubina

¿Cómo cuánto tarda para evacuar?

Pues por ejemplo ayer hizo como a las seis de la tarde y apenas hizo hasta hoy en la mañana, pero ya hizo solito

Si pero no te preocupes bueno a veces es normal que dos veces al día pero no, no quieras que esté haciendo a cada rato, cuando estaba más chiquito si evacuaba cada que comía, pero ahorita ya va cambiando su tránsito intestinal también.

Si doctora

Aquí está ya su curvita y está normal, 56 de talla ah y de peso si quedo alto eh, tiene sobrepeso. Si de la talla está bien, cinco quinientos veinte y en la curvita que tenemos aquí nos marca sobrepeso.

¿Entonces que tienes que hacer? Nada, no te voy a decir que no le des pecho, no lo vamos a poner a dieta para que no coma, por eso te digo, que más o menos entre tres y cuatro horas. Ya quiere comer.

Aja

Acuérdate de hacerlo repetir después de cada que le des, masaje en su pancita

Es como dos semanas. Incluso dicen que hay niños que alimentados al puro seno les suben las bilirrubinas.

Esto es lo que te estoy pidiendo, vamos a ver qué niveles nos reportan para ver qué medidas vamos tomar.

Ajá. 5520, 56 cm y bueno un mes y 28 días. Y bueno lo de su peso pues ahorita no te preocupes entre mas actividad vaya teniendo después se recupera porque bueno no lo estamos sobrealimentando, le estás dando puro pecho aja.

En el Caso 10, el médico dice mucho sobre muchos aspectos que cruzan el tema de la alimentación infantil; la razón de palabras médico/madre es muy superior a la media de todo el grupo: de 8.5 a 1. Destaca la forma de obtención del consenso entre la doctora y la madre sobre la edad infantil, 1 mes 28 días son dos meses. Se habla de estreñimiento, las bilirrubinas, el eructo y los gases, vómito y reflujo. El estatus alimentario infantil en la consulta es LME, que coincide con la entrevista materna. La madre refiere cierto estreñimiento y vómito que es calificado por la doctora como

Algo fisiológico

La diferencia entre el peso al nacer y el peso a las ocho semanas es de casi 2.6 kg; parece mucho pues a esa edad los bebés ganan entre 800 g y 1 kg por mes. En este caso el peso ganado sería 30% más de lo esperado. La doctora diagnostica sobrepeso pero concluye

No lo estamos sobrealimentando, le estás dando puro pecho, ajá

Desde la consejería, no es pertinente diagnosticar sobrepeso para un bebé exclusivamente amamantado, y menos aún, sin revisar la calidad de los datos antropométricos. Nótese la expresión “

No lo vamos a poner a dieta para que no coma

Vinculando la noción “dieta” a restricción alimentaria. La solución es establecer un horario para resolver la manera en que se comporta la ganancia de peso “por eso te digo, que más o menos entre tres y cuatro horas”. Se recomienda establecer un orden y una manera de amamantar. Todo parece favorable a la LME.

El tono médico es explicativo pertinente

El tono materno es receptivo.

De los argumentos expresados en las entrevistas médicas destaca el que se refiere a promover la lactancia materna y el cuidado de la salud infantil

La leche de la mamá es lo que tratamos de meterles en la cabecita. Desde que se van a atender el parto ya les estamos diciendo que hay que traerlos para darles su control cada mes. La mayoría sí hace caso y otras no. DRA2

CASO 11

Motivo de consulta: Apertura de expediente y Dermatitis

Duración de la consulta: 16 minutos

Sexo del médico: Mujer

Años de servicio: 31

Edad Materna: 24 años

Escolaridad materna: Secundaria

Palabras médico: 98

Palabras madre: 38

Edad infantil: 8 semanas

Sexo: Mujer

Orden de nacimiento: Segundo

Tipo de nacimiento: Cesárea

Peso al Nacer: 3090g

Peso Hoy: 4600 g

Estatus alimentario: LME

Antecedentes por parte de la niña, de los familiares, antecedentes de cáncer, la presión alta.

Diabetes

Alguna otra enfermedad.

Obesidad

¿Parto normal?

Si

¿Peso, al nacer?

Tres kilos 90 gramos

¿Talla?

Cincuenta y dos centímetros

¿Qué calificación le dieron?

Nueve

Ok, ¿Me dijiste que tiene dos meses verdad?

Si

¿Le está dando pecho? Pura lechita

Si

¿Hasta ahorita alguna enfermedad que haya tenido?

Pues ahorita tiene un como salpullidito aquí, pero pensé que era por el sudor, porque me habían dicho.

¿Cuántos meses tiene?

Dos

Dos meses OK ¿Dos meses me dijo?

Si

Eso sería todo

Le da puro pechito, no le vaya a dar otra cosa.

Ya tiene hambre

doctora

El Caso 11 se refiere a la consulta médica para la apertura del expediente infantil. De todo lo que se pregunta, se consideró pertinente dejar los antecedentes familiares de diabetes y obesidad mencionados por la madre, por la relevancia en el tema alimentario. Por la entrevista post consulta con la madre, se supo que el parto fue por cesárea, que es el procedimiento quirúrgico; sin embargo, la doctora pregunta “¿Parto normal?” a lo que la madre responde “Sí”. Es evidente el nivel de incompreensión sobre lo que es un “un parto normal” para la doctora y para la madre. La madre reporta además una dermatitis ligera que se expresa con el diminutivo “salpullidito”.

Hay que notar la dificultad de la doctora para retener la edad infantil. De las expresiones médicas destaca que “pecho”, “lechita” y “pechito” se utilizan para referirse a la leche materna, que la madre reconoce y asiente. A las 8 semanas de edad infantil, la LME está instalada y parece funcionar bien. La bebé tiene buen peso y la madre se muestra confiada. Es una madre con experiencia en LM, por la entrevista se sabe que a su primer hijo lo amamantó “año y medio” y que está satisfecha con la función materna de la LME. La recomendación médica es un mandato:

Le da puro pechito, no le vaya a dar otra cosa.

El tono médico es inquisitivo, actitud propia para la apertura del expediente infantil.

El tono materno es responsivo y cumple con el objetivo materno de abrir el expediente.

*

CASO 12

Motivo de consulta: CNS

Duración de la consulta: 32 minutos

Sexo del médico: Mujer

Años de servicio: 29

Edad Materna: 18 años

Escolaridad materna: Secundaria

Palabras médico: 1994

Palabras madre: 623

Edad infantil: 9 semanas

Sexo: Mujer

Orden de nacimiento: Primero

Tipo de nacimiento: Cesárea

Peso al Nacer: 2800g

Peso Hoy: 4950 g

Estatus alimentario: Fórmula+Té+Agua *

* Ha tomado suero oral

Si. ¿Qué cree? Que me está haciendo muchas veces del baño.

Pero si le das pecho ¿no?

No, también le estoy dando de la NAN.

¿Y eso? Porque hasta donde yo me quedé sí le dabas ¿verdad?

No, porque ya no le estoy dando pecho, le estoy dando leche, porque me enfermé y me dieron medicamento, entonces ya no me regresó la leche. Y por cierto ayer fue mi tratamiento porque me enfermé muy feo del estómago, entonces me dijeron, no...

Pero ya después que lo terminaste ¿ya no le insististe?

Sí, porque me la saqué. Sí tenía, pero se me fue. Todavía me sale, pero muy poquita.

INTERRUPCION

Entonces, ya le dejaste de dar ahorita

Sí doctora. Sí porque me enfermé del estómago, tenía diarrea y vómito

Pus sí, pero eso no es eterno

Sí, lo sé, pero o sea me mandaron medicamento y me dijeron que lo suspendiera. Lo suspendí, me lo mandaron por 7 días. Y me sacaba la leche lo que no le daba.

¿Pues qué te dieron que no podías?...

Me dieron para el vómito y para la diarrea

Sí por eso, pero ¿qué te dieron?

No, no tengo el nombre del medicamento. Pero me dijo la doctora que le suspendiera el pecho.

Y ya tiene hambre, creo, y no le trajiste de comer

Sí, ya le di

Fíjate esa es otra de las desventajas, cuando es el pecho nomás se lo sacan y ya.

Si

A ver ¿estaba citado hoy tu niño? ¿En dónde está tu expediente?

Sí

¿Se llama---

Sí

Entonces ¿te dijeron que ya no le dieras? ¿Y qué te dijeron que le dieras?

Me dijeron que me sacara la leche. Que cuando no le diera que me sacara la leche toda y que tomara entonces mucha agua para que no se me fuera la leche. Y yo me sacaba la leche y la tiraba. La que me sacaba la tiraba, pero se me fue la leche. O sea, sí me la sacaba toda y todo pero después... al principio si me salía toda la leche, ya después me dejó de salir. Y ahorita me sale, pero me sale muy poca.

Pues esa poca que le das, si tú sigues estimulando... porque si no

Sí, porque me tomo muchos líquidos ya

Pues por eso dale. Intenta darle. Esa poca que tienes dale.

Es que yo no he desayunado ¿no importa?

¿Y eso qué tiene que ver? ¡Dale!

No, es que se enoja más porque no me sale.

Porque así si la vas a hacer acallar. ¡Dale!...

A ver, pesó 4.950... Si ya comió ya no va a tener mucha hambre. Si tú no acomodas tus pechos no va a salir. ¡No le echas tantas cobijas encima! ¡A ver dime para qué!

Nada más es una.

¡La acaloras! ¡Quítale esas cobijas! Nosotros no te estamos juzgoneando. Tienes que destaparle la cara ¡Dale! ¡Acércale bien tu pezón! A ver ¿qué edad tiene la niña?

Dos meses ocho días.

¿Desde cuándo no le das el pecho?

Desde hace como dos semanas.

¿Tres semanas?

Dos.

INTERRUPCIÓN

¿Desde hace dos semanas dices?

¡Ajá!

A ver, entonces dime ¿cuál es tu idea? ¿Te sale poco y ya no lo quieres intentar? ¿Ya no le quieres dar? ¿La vas a dejar con pura fórmula? Y entonces pues ¿cuál es tu plan?, o sea ¿cuál es tu idea?

No, sí, pero me sale muy poco. Me salen gotas.

¿Te sale poco y qué quieres hacer? ¿Ya no le vas a dar o qué? Porque si no le ofreces no te va a salir. El estímulo para que te baje la leche es la succión que ella te hace y si tú porque no... te desesperas y no le quieres dar pues ya no te va a bajar, entonces pues le vas a dar pura fórmula. ¿sí?

¡No! Sí le voy a seguir dando pecho.

Las vacunas ¿cómo van?

Todas bien...

¿Trajiste su cartilla?

Sí

¿Tienen alguna molestia ahorita?

...esta haciendo verde del baño

¿Y eso qué?

Pues no sé. No sé. ¿Es normal?

Tiene que ver que tenga moco. Que tenga sangre. Que no te haga del baño.

A veces se me estriñe también.

¿Por qué crees que te estoy diciendo que le des el pecho? Porque con las fórmulas...

A ver ¡pásele para acá! Con las fórmulas luego los niños llegan a tener más problemas en su evacuación que si tú le das. A ver pasa aquí a esta báscula. Y no le echas tanta ropa porque se acalora. A ver desabotónale aquí. Conforme veas que va el día, que va haciendo calor, le vas quitando ropita, porque imagínate si... ¿tú no te acaloras?

Sí

¿Si? Pues ellos más porque ahorita todavía tienen que regular la temperatura con más dificultad que nosotros, ¿ajá? Desabotónale acá su pancita. ¿De cuál fórmula te dijeron que le dieras?

De la NAN.

¿De la NAN qué?...

NAN 1

¿Y cuánto le estás dando?

5

¿Y sí se las termina bien?

Sí

¡A ver bájale el pañal! ¿no está rosada? Está bien. Vamos a ver su garganta. Pues si te digo aquí no hay más que de dos sopas: o le das para que sigas estimulando tu seno o ya no te va a bajar. Si eso es lo que tú quieres pues no te va a bajar, pero sí, con la fórmula los niños se estriñen ¿ajá? Entonces puede darle más coliquito, porque tu leche también pues ya tiene entre los componentes es laxante. A veces los niños cada que le estás dando hacen, pero no es diarrea. Mientras no tenga moco o sangre la popó no te preocupes. Si cambia de color pues también la leche tiene componentes que a veces... Agárrele aquí sus manos! Quítale los guantes para que la dejes que ella se estire ¿ajá? Nomás córtale las uñas!

Es lo que le estaba diciendo a la enfermera, que el otro día se las corté y la lastimé.

No, pero tienes que hacerlo con cuidado, porque imagínate tenerla toda tapada y toda embotijada, se acalora y se... Está bien. Toda se atosiga de tanta ropa encima. ¿ajá? Entonces vele quitando ropa conforme vaya haciendo calor. Cuando si es que quieres dar de comer, porque bueno, yo ya desde que estabas embarazada te dije que lo que hagas iba a ser decisión tuya, si le quieres seguir dando de comer pues tienes que darle y tienes que quitarle la ropa de encima, descubrirete bien el pecho y acercarla a tu pezón, porque si no se desespera ella y te desesperas tú. Y terminas no dándole.

Terminamos las dos desesperadas.

Y esas uñas córtaselas! Bueno, es que no tienes paciencia así de cuando estás tranquila agarrarle su dedito y cortarle mejor, en lugar de traerla ahorita con guantes.

(Dra. a la enfermera): Pues es lo que le digo, pero la señora no le quiere dar. Porque enferma no se ve. A ver ¡dile cómo hacerlo!

¡No! Le acabo de dar de comer. Le acabo de dar, es que quiere su chupón.

No y fíjate y el chupón tú no le debes de dar chupón, porque se le deforman sus dientitos. Se le llena su pancita de aire de estar tanto succiona y succiona aire ¿verdad? Entonces chupón tampoco

Sí, porque sí le estoy dando chupón.

¡No! Pues no. Le dan los cólicos más fuertes. Es que nomás están chupa y chupa aire, entonces tampoco. Es otro error. En lugar de que esté chupa y chupa el chupón, mejor dale tu pecho, aunque no te salga te lo estimula para que te baje leche. A ver ¡acércate y dale! Con suavidad, no le oprimas la naricita.

¡Háblale! Porque ella te conoce tu voz. Ya sabe que, aunque tú no lo creas porque está chiquita, reconoce tu voz y te conoce a ti. ¿No se le tapa su naricita? ¿Qué pasó?

Ves ahorita ya está muy este... muy irritada. Y es que sí, te digo ¡háblale! porque a ti ya te conoce, le debes estar hablando, cantando para que te reconozca y se calme. Aunque no sientas que te jala, el simple hecho de que el bebé tenga su boquita en tu pezón va a ser que poco a poco se estimule la glándula para que pueda salir leche.

Y en lugar de que la tengas con el chupón, que dices que es lo que le hace falta, mejor que te esté chupando a ti. ¿Ya ves como sí?

Es cuestión que tengas paciencia.

¿Tú vas a la escuela? ¿Trabajas? ¿Qué haces?

¡Ajá!

¿Y cuánto te tardas en ir?

Voy a la escuela.

Es que sabe, ahorita estoy pasando mis materias. Unos días voy y otros días no voy.

Pues sí, pero... o sea, quisiste tener un bebé y tienes que darle el tiempo necesario ¿ajá? Y si es posible, cuando te vayas dejarle tu leche y que te la saques. Se la dejas en una mamilita a tu mamá o a quien te la cuide, que la caliente en "Baño María", así quedamos la vez pasada.

Nada más. Con eso.

Depende del día que me toque.

¡Ajá!

Te estamos diciendo que en lugar de que esté chupando el chupón, te esté estimulando tu pecho, con eso nada más tienes.

Bueno, estimularla y ¿qué más?

Su cartilla ¿no se la trajiste?

Es que me vine en la mañana.

Ya tiene sueño. Sí, también ya tiene sueño y te digo, no la tapes tanto. No está haciendo aire, no está haciendo frío, entonces vela destapando conforme va haciendo calor ¿ajá? Luego andan todos sudados, todos llenos de ropa y luego todavía le echas más encima y está toda acalorada e irritada y siente que no respira, pues no. Entonces yo, la recomendación que te he dado siempre es que le des el pecho, que le des un seno, que la endereces, le des palmaditas así como lo estás haciendo para que eructe y luego te la pegas al otro. Entre más te lo pegues más te va a bajar. Ya te dijimos el estímulo es la succión, no le debes de dar el chupón, baño diario, corte de uñas ¿ajá? Estimúlala! Cómo? Hablándole, cantándole. Te dije la otra vez que le hicieras ejercicio.

Sí, sí se los he hecho. De sus pies

O sea con una vez que le dejes tú, ya que tengas más leche, entre más te lo pegues ya la siguiente semana a la mejor ya no va a ser necesario que le complementes, ya vas a tener la suficiente. Que ya te vas, con un tira-leche sácate, déjalo en la mamilita, puede estar si no tiene mucho tiempo hasta fuera del refrigerador. Si ya tiene mucho tiempo lo pueden meter abajo y tu mamá ya puede o quien te lo cuide, calentarlo en “baño María”. No pierde ninguna propiedad calentándolo en “baño María” ¿ajá? Dices que estornuda de repente. Bueno, todos los niños chiquitos, es como un reflejo cuando uno les quita la ropa a veces estornudan, también a veces tienen algo de hipo. Por eso es que les tienes que dar palmaditas para que repitan y saquen el gasesito. Eso no es gripa. El hecho de que tengan estornudos aislados, porque no tiene escurrimientos y su garganta está bien ¿ajá? Pese a todo tu niña tiene el peso bien, entonces no dejes que se te desnutra porque... no por falta de orientación, sino porque no quieres hacerlo ¿verdad? Ya te hemos dicho desde el embarazo, te estamos diciendo de la lactancia, de las ventajas que tú le des. Desde que te ibas al hospital te insistimos, entonces no dejes perder eso. Hay medicamentos que sí están contraindicados totalmente cuando estás dando pecho, pero hay algunos que sí se pueden usar. Entonces el hecho de que a ti que porque vienes cansada, que porque estás asoleada, como ahorita que dices que le vas a... qué nos dijiste? Que no le dabas porque qué? Que no habías desayunado? O sea, todos esos son mitos. De que les hace daño que porque hiciste un coraje o porque no has comido o que porque vienes de la calle. No, eso no les hace daño ¿estamos de acuerdo? ¿Alguna otra duda?

No

Entonces te lo voy a citar dentro de un mes y le vas a dar lo más que puedas tu pecho. Primero tu pecho y después complementar. ¿Quedamos en eso?

Sí

Bueno

Y bueno, yo diría que la fórmula solamente en caso necesario. Que te vas a la escuela, que no le dejaste leche ¿verdad? Para complementar, pero estando tú no es... Yo te digo ya te recomendé desde cuándo. Ya si no lo haces ya va a ser decisión tuya. Que la leche NAN1 solamente se la des para complementar. Ahorita que tú dices que no se llena, que tienes poquita, tú dale tus dos pechos y si después de eso sientes que se quedó con hambre, prepárale unas dos oncitas de la leche y dásela, pero ya después de que le diste las dos tuyas. Dásela y ve si se... generalmente ellos solitos este... cuando tienen todavía hambre siguen succionando. Cuando ya no quieren empiezan a tirarla. Entonces si tú ves que sigue comiendo pues dale una o dos oncitas más, pero primero tus dos senos ¿ajá? Si ves que ya no quiere, pues ya no le des, pero cada 3 horas tienes que estar insistiéndole. Mientras tú estés tienes que estar ofreciéndole el pecho porque si no se lo ofreces y él tampoco quiere y se desespera, pues terminan los dos desesperados y se te hace más fácil darle la mamila y tenerlo allí chupa y chupa el chupón para que no llore, pero eso no está bien porque ni lo estás alimentando bien y sus dientitos ahorita todavía no le salen, pero ya cuando le salgan y esté usando el chupón va a tener todos los dientes chuecos ¿verdad? Y este... de estar succione y succione aire le dan más cólicos y llenan su pancita de aire y eso no está bien. ¿Estamos de acuerdo? Ya viste cómo si lo toma, si no te desesperas, pero si ni él quiere ni tú tampoco... ¿Cuántas horas estás en la escuela?

Depende, hay veces que estoy cuatro horas, o nada más

El Caso 12 es paradigmático en muchos sentidos. El ambiente durante esta consulta fue especialmente difícil. Por ejemplo, la doctora escribe el expediente a máquina de golpe, que es muy ruidosa y grande, parece más una barrera. Además, la doctora ejecuta acciones con tres “pacientes” a la vez: una referencia al hospital para una mujer adulta; indicaciones anticonceptivas a una madre al final de una consulta para una varicela en un chico de 18 meses; y el caso aquí presentado.

La conversación sobre alimentación comenzó entre la madre y la doctora, y fue interrumpida. Entonces, la madre conversó con la enfermera sobre que tuvo que suspender la lactancia materna porque tomó medicamentos contra una infección gastrointestinal grave. De esa conversación la madre concluye, “Sí, porque me la saqué (la leche materna). Sí tenía pero se me fue. Todavía me sale, pero muy poquita. Por eso le quería preguntar a la doctora también, con qué me puede regresar”. De esta expresión, se puede pensar que la madre tenía un interés legítimo que la doctora no llegó a ver. Hubo muchos distractores e interrupciones en una consulta que duró más de media hora. Y la bebé lloró mucho. Parecía un campo de batalla.

Es la interacción verbal médico-madre más larga de los 20 casos. Es evidente que la doctora y la madre se conocen desde el control prenatal, o antes. La doctora recuerda que la vez anterior la madre amamantaba. La madre refiere el uso de medicamentos para tratar una infección gastrointestinal grave, que la llevó a la situación en que,

Me salen unas gotas

Este argumento es plausible, pero la doctora duda de la palabra materna, la pone a prueba, descalifica los argumentos maternos mediante discursos imperativos y el uso del verbo dar,

Pues por eso dale, intenta darle. Esa poca que tienes dale

A los ojos médicos, no dar de mamar al bebé parece un ejercicio de la necesidad materna. La doctora impone su autoridad sobre una madre joven de 18 años, que vive con su mamá, el esposo de su mamá y su hermana, que va a la escuela y que no quiere cuidar a un bebé. La doctora plantea dilemas en lugar de soluciones. En la entrevista post consulta, la madre se quejó de que la doctora en lugar de resolver sus dudas, las hizo más grandes y no sabe qué hacer.

La doctora reacciona explicando las bondades y las necesidades de la lactancia, lo que habría que remontar para conseguir reinstalar la LME, pero en una proposición jerárquica, inquisitiva, moralista y voluntarista que provocan reacción en la madre. La doctora plantea dilemas en lugar de soluciones, descalifica en lugar de comprender,

acorrarla a la madre en lugar de permitirle construir escenarios posibles. La forma en que la doctora pregunta a la madre su intención de AI, resulta no solo autoritaria, sino ofensiva. La doctora sabe de los procesos de la lactancia materna, es decir, sus opiniones son acertadas clínicamente, aunque impositivas y probablemente, lejanas para la madre. Establece un juicio moral:

Pese a todo tu niña tiene el peso bien, entonces no dejes que se te desnuda porque, no por falta de orientación, sino porque no quieres hacerlo ¿verdad?

El estatus alimentario infantil en la consulta es Fórmula: NAN1®, seis onzas en cada toma; en la entrevista materna resultó ser, Fórmula + Té con miel + Ag + “suero cuando hace mucho calor” y al preguntar por el pecho la madre responde “ya casi le doy pura NAN”.

Este caso ofrece también la discusión sobre el uso de medicamentos incompatibles con la lactancia materna, prescritos a la madre contra una infección gastrointestinal grave de la que se indaga muy poco. Parece una ceguera, o un menosprecio, ante el fenómeno general que desencadena una situación así, confusión del bebé por el uso de biberones y disminución en la producción de leche materna. Para retomar, continuar y mantener la lactancia materna como forma de alimentación exclusiva en este bebé, se requiere consejería resolutive y no lecciones morales. Una consejería pertinente ayudaría a identificar el problema, a recuperar la producción de leche por parte de la madre, a revisar la posición y el agarre madre-bebé, e inclusive suplementar al bebé sobre el pecho materno, entre muchos otros consejos para la lactancia, podrían componer la situación en pocos días. La doctora censura, juzga y culpabiliza, “Pues sí, pero..., o sea, tú quisiste tener un bebé y tienes que darle el tiempo necesario ¿ajá?”. La doctora no ve una crisis de lactancia, ve una madre que no quiere amamantar y que hace todo mal. Todo parece reducirse a la voluntad materna.

Desde la consejería la aproximación sería totalmente diferente. Se trata de una pareja madre bebé en “crisis de lactancia”, asociada probablemente a la prescripción de medicamentos para tratar una infección gastrointestinal aguda en la madre, con indicación de suspender la lactancia materna por dos semanas. Habría que indagar mejor el desarrollo de la crisis, que se menosprecia sobremanera en la consulta, pues, al parecer, la doctora no le cree a la madre. Habría que revisar la experiencia y la intención materna hacia la lactancia, hacia el uso de fórmulas, así como reconocer todo lo demás que está recibiendo el bebé. Por parte de la madre, en dos semanas se reduce la producción láctea, por falta de succión y vaciamiento insuficiente de los pechos, y se genera gran incertidumbre ante esa situación. Es probable el síndrome

de confusión infantil entre el seno materno y el biberón. Es pertinente presentar diversos escenarios factibles, contruidos por la madre que es quien lo va a hacer, y no un imperativo médico sobre el deber ser. Habría que ofrecer una actitud más comprensiva que agresiva y no andar “juzgoneando” como la misma doctora dice.

El tono médico es impositivo, moralista y voluntarista.

El tono materno es de resistencia, pero concede. La doctora obliga a la mamá a darle de mamar y la bebé medio agarra el pecho. Es una lección de autoritarismo, amenazas y sometimiento, pero ineficaz y atemorizante.

El argumento médico detrás de una aproximación clínica de este tipo es que,

Pues que en un momento dado ya no quieren darle de comer las mamás a los niños. Usan la dotación² en biberón. Muchas veces porque pues trabajan, otras porque no tienen leche, no hay estimulación, y otras de plano no quieren darles leche ellas. DR5

La leche de la mamá es lo que tratamos de meterles en la cabecita. Desde que se van a atender el parto ya les estamos diciendo que hay que traerlos para su control cada mes. La mayoría sí hace caso y otras no DRA2.

Y están muy mal informadas de lo que es la lactancia. O sea, este aspecto de que ellas creen que porque lloran seguido, su leche no sirve y les dan complementaria. O sea, no tienen una buena información de lo que es la lactancia materna. DRA3.

² Dotación. Esta expresión se refiere una prestación laboral del IMSS que, desde 1943, estableció la “Ayuda en especie por seis meses para la lactancia”. Operativamente se convirtió en una “dotación” mensual de Fórmulas infantiles durante los primeros seis meses postnatales (Torre, 2000). La forma en que el médico la utiliza la palabra dotación durante la entrevista es sinónimo de fórmulas infantiles, quizá había trabajado en el IMSS.

CASO 13

Motivo de consulta: CNS

Duración de la consulta: 28 minutos

Sexo del médico: Mujer

Años de servicio: 29

Edad Materna: 26 años

Escolaridad materna: Primaria

Palabras médico: 331

Palabras madre: 52

Edad infantil: 10 semanas

Sexo: Mujer

Orden de nacimiento: Segundo

Tipo de nacimiento: Parto

Peso al Nacer: 3400g

Peso Hoy: 6070 g

Estatus alimentario: LME

Cuántos meses tiene tu bebé

Dos, dos y medio

La menor ropa posible ¿Cuánto pesó cuando nació? ¿Le estás dando puro pecho?

Si

Tiene hambre ya mira ya se anda comiendo los guantes.

Mju

Dices que tiene dos meses ya cumplidos.

Ya, ya va para los tres

Dijimos que pesó 6 con 70 gramos ¿verdad?

¿Subió mucho? Subió un kilo

Pues según a mí me queda hasta con sobrepeso ¿eh? La vez pasada, el día el 27 de febrero 5270. Pero bueno, si le das puro pecho pues no la vamos a poner a dieta de que no coma.

Sí, sí. Entonces no hay problema

Pero si sube de peso, no hay problema, es pura leche lo que le estás dando. Lo que no le debemos de agregar son líquidos y menos azucarados ¿eh? ¿Dos meses de edad?

Cumplió meses el 14 de marzo

Al seno materno sí estuvo, verdad ¿Cuándo dices que cumplió dos meses?

2 meses. El 14 de enero

Como dos meses. ¿Ah ya tiene tres? ¿A ver cuándo nació? Febrero y marzo. Si, tiene dos meses y medio, más o menos. Ajá. Y mira, me queda con sobrepeso. Ajá. Dos meses y medio. Sí. Es que tengo de dos tipos de formitas.

Más o menos ¿cada cuándo le estás dando pecho?

Cada hora y media, dos horas

Porque acostúbrala más o menos cada tres, tres, cuatro horas, está bien. OK dale de una, de un pecho y luego ya este que ya no quiera enderézala, dale palmaditas, chiquitas, que eructe, porque a veces se les viene una burbujita de aire y se están poniendo muy incómodos y ya no quieren comer. Cuando repiten o sacan un gasecito, ya como que descansan y siguen comiendo. Dale del otro ajá, igual unos 15 a 20 minutos. Pero hay que estar estimulando háblale para que coma, porque si no se duerme. Ajá. Que se llene para que tarde un poquito más en pedirte. Ah. Yo creo que tiene hambre ¿no?

Es que comió cuando salimos de la casa

Ah Es que vi que andaba queriendo morder el guante

El Caso 13 muestra un problema común en la interpretación de los indicadores antropométricos por parte de los médicos, y, en consecuencia, de las conclusiones resultantes. Una dificultad parece estar en la lectura de la edad en meses cumplidos, que en este caso serían 2, mientras que la bebé tiene dos meses y medio, es decir, 10 semanas. Es posible que la cifra del peso de referencia pudiera estar subestimado al tomar el de los 2 meses.

Ciertamente, un peso mayor de 6 kilos antes de los tres meses resulta alto; aunque no lo es tanto, si se considera que la bebé tuvo un peso al nacer de 3,400 g, que en 10 semanas ha subido 2 kilos 600 g, que está con LME, y que no se verificó la calidad del dato. Es evidente que la doctora se confunde con los índices antropométricos, con las restas, con la edad de la bebé y con los criterios diagnósticos, a lo que la doctora dice,

Es que tengo dos formitas

refiriéndose a los sistemas de evaluación y diagnóstico del estado de nutrición infantil. Esto pone de manifiesto la necesidad de plantear la noción de vigilancia y monitoreo del crecimiento infantil, como una trayectoria singular relacionada con la alimentación diaria, *versus* la noción de evaluación puntual y unívoca, que ignora los antecedentes. Estos puntos señalan la necesidad de proponer esquemas de capacitación en servicio, como forma de mejorar la calidad y la utilidad de la información antropométrica infantil en el Centro de Salud.

Se prescribe,

Acostúbrala cada tres, tres, cuatro horas está bien

Esta idea se contrapone al esquema alimentario a libre demanda, que tiene otra lógica y otra estructura, más del tipo circadiano que horario. Con las preguntas que hace la doctora, no se llega a saber cuántas veces y cómo come la bebé en 24 horas, ni cuáles serían las necesidades específicas de consejería ante una madre con LME, donde parece que todo va bien.

Se practica la LME que coincide en la consulta y en la entrevista materna. La LME está instalada como forma de alimentación, la madre y el bebé están confiados y bien. Es notable la influencia del fenómeno de la obesidad en México y su difusión en el medio nacional. Este caso muestra una utilización errónea del diagnóstico de sobrepeso y la penetración del tema en la AI, en los CS, que la doctora advierte suficientemente. “Pues si sube de peso, no hay problema, es pura leche lo que le estás dando,” a lo que después advierte no dar líquidos “y menos azucarados ¿eh?”.

El argumento médico manifestado en las entrevistas fue:

Desde chiquitos les decimos a su mamá que no le den agua azucarada, porque luego les dan su agua con azúcar; bueno, les vamos quitando eso. Después del sexto mes a la mejor ya están bien los niños, ya no están con sobrepeso, siempre y cuando se mantengan con la pura leche de la mamá. DRA2

CASO 14

Motivo de consulta: Gripe

Duración de la consulta: 16 minutos

Sexo del médico: Hombre

Años de servicio: 12

Edad Materna: 16 años

Escolaridad materna: Secundaria

Palabras médico: 176

Palabras madre: 114

Edad infantil: 13 semanas

Sexo: Hombre

Orden de nacimiento: Primer

Tipo de nacimiento: Parto

Peso al Nacer: 3240g

Peso Hoy: 6000 g

Estatus alimentario: LM+Fórmula+Agua+

Té con azúcar

¿Cuánto pesó al nacer?

Tres kilos 200 gramos

¿Cuánto midió?

Cincuenta

¿Qué le estás dando de comer?

Pecho y fórmula

¿Por qué le estás dando fórmula?

Porque no se me daba la producción de leche. Cuando lo llevé a revisión me dijeron de la fórmula
Tenía un mes

¿Al mes le empezaste a dar la fórmula?

Si

Y todavía tienes leche

Si

¿Tienes suficiente leche?

Más o menos

Cada cuánto le das de comer

Cada tres horas

¿Qué más aparte de la fórmula le das?

Su agüita y té de manzanilla

¿Cuánto le estás dando de pecho?

10 minutos de cada lado

¿Y ya no tienes leche, cuando terminas de dársela?

No

¿Y cuánto le das de fórmula?

Dos

¿Le das dos onzas y se las acaba bien?

Si

Así que le das pecho cada 3 horas

Si

¿Y luego de todas formas le das fórmula?

Cada tres horas. De por sí casi toma es más leche en polvo

Le das pecho a las 10 de la mañana. ¿A las 12 le das algo? Y ¿hasta qué hora la vuelves a dar pecho?

Hasta las cinco

Y te toma bien

Si

¿De agua cuánto le das?

De agua le doy nada más té

¿Cuántas veces al día?

Dos

¿Dos veces al día el té?

No, le doy dos veces al día, la primera le doy agua y la segunda té

Y eso por qué, alguna razón en especial

Pues no

Yo te recomiendo ahorita nada más darle pecho, porque está muy chiquito. Y darle el vínculo...

De la leche le quisiera preguntar, le estoy dando de NAN1, todavía no necesito darle de leche Liconsa.

No. Esa es leche maternizada, la que necesita.

El Caso 14, se trata de una madre adolescente con alta vulnerabilidad social, que vive en casa de su suegra, muy lejos, en la región más rural de la delegación Xochimilco; que le tomó tres horas para llegar al CS en autobús foráneo. El bebé tiene tres meses cumplidos, 13 semanas de edad. Por lo que se dice en la consulta, el estatus alimentario infantil es: LM+fórmula+Ag+Té; aunque la madre termina por reconocer

De por sí, casi toma es más leche en polvo

Que podría interpretarse como que está por ocurrir el destete. El estatus alimentario obtenido en entrevista materna post consulta es el mismo que en la consulta.

Tras darle vueltas al asunto y hacer ciertas preguntas, el doctor no llega a la información pertinente para comprender el caso, saber qué, cómo y cuánto come el bebé en 24 horas, y cuáles son las intenciones maternas con respecto a la forma de alimentar al bebé. Como indicación alimentaria el médico establece,

Yo te recomiendo ahorita nada más darle pecho, porque está muy chiquito y darle el vínculo.

Una frase sin sentido ante la gravedad clínica del caso.

La verdadera inquietud por parte de la madre, es si puede utilizar leche Liconsa³, quizá pidiendo una autorización médica, ya que resulta mucho más barata que la fórmula que utiliza. El médico no aprueba el uso de esa leche y termina por establecer entonces el argumento a favor de la fórmula utilizada por la madre, NAN1®,

Esa es leche maternizada, la que necesita.

Es oportuno señalar que la utilización de la noción *leche maternizada*, para referirse a las formulas adaptadas para la alimentación infantil, está rechazada por el Código que reglamenta su comercialización, desde 1982.

El caso es bastante complicado, desde la perspectiva de la consejería. Un bebé que ha tenido LM, que probablemente nunca llegó a ser exclusiva, que desde las 4 semanas -"Tenía un mes", dice la madre- recibe algo de fórmula, "Porque no se me daba la producción de leche. Cuando lo llevé a revisión me dijeron de la fórmula."; que a las 13 semanas, está camino al destete. Es posible que el agua y el té se hayan utilizado desde el principio, pues se utilizan frecuentemente y son ofrecidos por medio

³ Leche Liconsa. Programa gubernamental asistencial de leche a bajo costo.

de biberón. Sin embargo, pasan desapercibidos, o como inocuos, ante la mirada médica.

No se ha identificado un problema o una crisis de lactancia, parece una trayectoria reconocida por los médicos y traducidas a una responsabilidad materna, aunque se deben establecer las recomendaciones pertinentes. El pronóstico es que la madre adolescente no cuenta con las estrategias necesarias para revertir la situación, y lo que se dice en la consulta resulta insuficiente para apoyarla hacia la lactancia. Una acción de consejería sería de gran ayuda; en la consulta médica no escuchan a la madre y no comprenden cabalmente el proceso de apoyo.

El tono médico es imperativo, el tono materno es para responder. En las entrevistas a médicos se manifiesta la preocupación por el embarazo adolescente,

Y la más general, es que me están tocando muchas mamás muy jovencitas, de 18,16 y 14 (años).DRA8

CASO 15

Motivo de consulta: Dermatitis

Duración de la consulta: 8 minutos

Sexo del médico: Mujer

Años de servicio: 30

Edad Materna: 32 años

Escolaridad materna: Primaria

Palabras médico: 222

Palabras madre: 23

Edad infantil: 14 semanas

Sexo: Hombre

Orden de nacimiento: Tercer

Tipo de nacimiento: Vaginal

Peso al Nacer: 3200g

Peso Hoy: 6200 g

Estatus alimentario: LM + Leche entera
con avena +Té+Agua

¿Y qué le da de comer?

Leche Conasupo

¿Leche qué?

Leche Nido

¿Leche Nido?

Si

¿Y por qué le da leche Nido? ¿No tiene seno?

Si

¿O no le da seno? Pero no le da leche Nido, le debe de dar Nan1 ¿Quién le dijo que le diera leche Nido?

Mi suegro

¿Su suegro? Si él no es doctor ¿No había llevado al niño con el doctor? Pero no le debe de dar leche Nido está chiquito todavía, hay que darle leche Nan 1 pero primero seno ¿Y qué más le da de comer? ¿Nada más leche?

Leche y té

¿Y de que té?

De...

Le va a dar puro seno y le va a completar... ¿Cada cuánto le da seno?

Como media hora

¿Cada media hora? ¿Y la leche Nido?

Como cada tres horas

Cada tres horas ¿Y cuantas onzas le da?

Tres onzas

¿Tres onzas cada tres horas de leche Nido? ¿Y de seno cada media hora? ¿Bueno?

Si

Y ya no le va a dar leche Nido, está chiquito todavía le va a dar leche Nan 1. Primero le va a dar el seno y solamente si queda con hambre le da la otra leche le puede dar hasta tres onzas, pero primero seno y si queda con hambre le da la leche. ¿Si me explico? Nido no

Si

El Caso 15 es complicado en extremo y de muy alta vulnerabilidad social. La madre tiene discapacidad mental moderada, con cierta dificultad para comunicarse. Un hombre mayor, al que ella llama “mi suegro” en la consulta, que se encontraba en el pasillo frente al consultorio con la puerta abierta, en ciertas ocasiones contesta las preguntas que hace la doctora, que no alcanza a comprender bien lo que dice la madre, por ejemplo en la respuesta a la pregunta

¿Leche qué?

Responde el suegro

Leche Nido®.

En la consulta el estatus alimentario infantil es leche NIDO®, Té y Seno

Como (cada) media hora

En la entrevista post consulta, que responde el señor, con asentimiento por parte de la madre, el estatus alimentario infantil es: LM+Leche entera con avena+Té. Por ciertas señales se pensó que el señor podía ser el padre de la criatura. En la entrevista é dice:

Él come muy bien. Toma su leche, como ya digo, entera. Avena Tres Minutos® y leche Nido® entera.”

Para la leche materna, el argumento son las defensas que ésta ofrece al bebé.

Hay que hacer notar que la duración de la consulta fue de 8 minutos, la más corta, para revisar una dermatitis, al parecer por detergente. Sin embargo, el tiempo de espera de esta familia fue el mayor de los 20 casos, casi 5 horas pasaron dentro del CS. Se puede pensar que hay cierto grado de indiferencia, si no es que de discriminación, ante la discapacidad materna y la imagen de la familia., por parte del personal de enfermería, que son quienes administran las consultas.

La doctora prescribe, por escrito, NAN1®, 3 onzas después del seno materno, cada 4 horas; y un no rotundo a la leche Nido®. Desde la consejería no hay mucho que hacer, habría que convencer al señor de que de que la avena con leche es mucho para un bebé tan chico, así como de las bondades y capacidades de la LME; además, conseguir la voluntad materna para llevarlo a cabo. Habría que reconocer la discapacidad y la vulnerabilidad social, que son minimizadas e ignoradas por la doctora que le atiende.

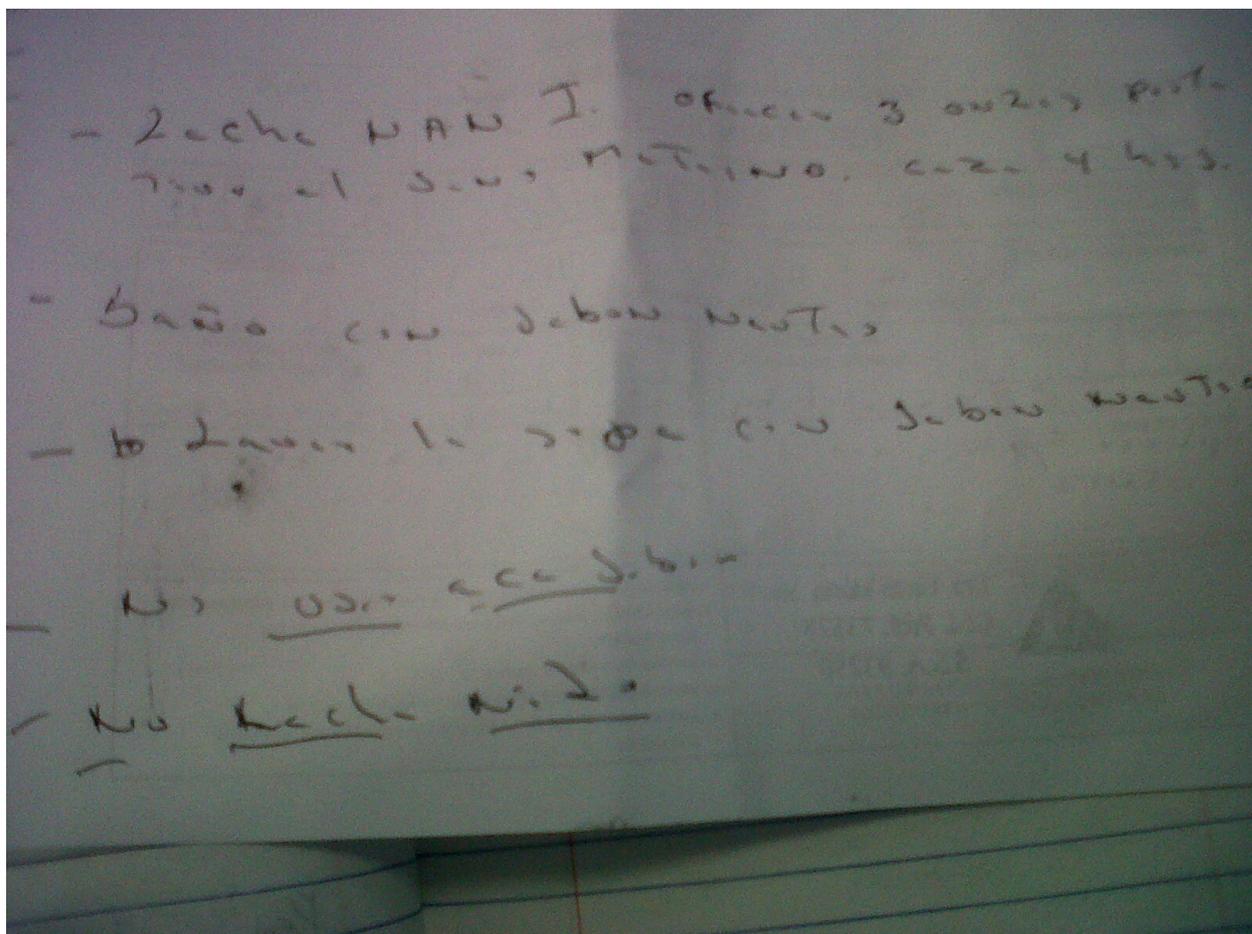
El tono médico es imperativo, el tono materno es para responder y asentir, casi monosilábico.

En la entrevista a médicos, vemos los argumentos que sustentan lo que se dice en consulta.

Están muy mal informadas en cuanto a la lactancia materna. Sobre todo las abuelas, aquí tienen muchas tradiciones, que les dicen que la alimentación ya se les debe dar desde los tres meses, el destete ¿no? Muy temprano. DRA3

El problema de nosotros, ahora sí de las madres de familia, es que quieren ver gordos a sus hijos. Lo quieren ver obeso ¿no? O sea, para ellos el criterio de una madre es tener hijos gorditos. Entonces la madre como que viene... a veces el motivo de consulta es que su niño no come y tiene obesidad. Y se le explica, pero la madre joven sobre todo, se ve presionada por todos los, toda la familia y sobre todo la suegra o el esposo ¿no? De que... y toda la familia le dice que el niño tiene que estar gordo. Entonces yo creo que es algo muy importante ¿no? Que la mamá quiere sobrealimentar al bebé o a los niños. DRA4

Figura 3.2 Receta Médica



Fuente: trabajo de campo.

Pues hay muchas mamás que no saben exactamente qué darles, cuándo darles y cómo darles. ¿verdad? Muchas se van, según ellas por lo práctico y les están preparando cosas de lo comercial, de ¿cómo se llama?... de Gerber® y demás cosas. Y

algunas basadas en su conocimiento empírico, por parte de sus familias, poco les falta para que les den una pieza de pollo cuando nacen, según ellas. DR6

El problema aquí es que todo el mundo quiere opinar con la alimentación del bebé. Estamos hablando de que no toman en cuenta muchas veces a la mamá ¿no? Muchas veces se mete la mamá de la mamá, la abuela, o la suegra, las tías, las cuñadas. Todo el mundo quiere opinar. Dale esto”, “dale lo otro”, “ya está grande, dale sopa, dale pollo” a niños de tres meses ¿no? DR7

CASO 16

Motivo de consulta: Seguimiento de enfermedad tratada con antibióticos

Duración de la consulta: 27 minutos

Sexo del médico: Hombre

Años de servicio: 31

Edad Materna: 35 años

Escolaridad materna: Media Superior

Palabras médico: 378

Palabras madre: 146

Edad infantil: 14 semanas

Sexo: Mujer

Orden de nacimiento: Cuarto (gemelar)

Tipo de nacimiento: Parto

Peso al Nacer: 2500g

Peso Hoy: 6900 g

Estatus alimentario: LM+Fórmula

¿Cómo se llama la niña?

¿Usted es su mamá?

Si

¿No tiene historia clínica verdad? ¿3 meses?

Si

¿Qué es lo que tiene?

Gripa

Quiero que me diga cuánto pesó al nacer este bebé. ¿Cuánto pesó al nacer?

¿Lo está alimentando al seno materno, le está dando leche?

Dos quinientos

Le da fórmula ¿Y por qué le da fórmula?

Si, también le doy leche de formula

Ajá Porque no los lleno

Lo que podemos hacer es darle algo a usted para que tenga más leche, porque ninguna fórmula va a ser igual a su leche. Por muy caro, bonito, agradable que esté el envase nunca va a ser igual una fórmula a su leche

Porque ella sí como que se llena con mi leche, pero el niño no, el niño llora más, cuando se acaba mi leche de los dos pechos le doy veces así y se la acaba y todavía sigue, o sea llora, porque quiere más

Hay que hacerle eso, darle algo a usted para que tenga más leche. Pero si, no darle fórmula porque no es muy bueno para su bebé

Es que ella sí se me ha estado enfermado mucho desde que nació. O sea, a los 20 días la lleve al doctor...

¿Y usted come bien? Para darle suficiente leche

Si

¿Que come?

De todo un poco, por lo general frijoles, verduras, carne

¿Cereales?

También

¿Pollo y pescado?

Pescado no, pollo si

Tiene que comer pescado también

Bueno la sardina

Si es buena la sardina, pero mejor el pescado

¿Le da sus baños de sol?

Este... Si

Hay que darle sus baños de sol ¿Y agua?

Si también

Hay que darle mucha agua, porque ahorita hace mucho calor

¿Y este cuándo le da por ejemplo el agua se la da en biberón o en vaso?

En biberón

Nosotros ya no recomendamos el biberón ¿Por qué ya no lo recomendamos? Porque aunque lo lave y lo hierva hágale lo que haga, se quedan bacterias. Ya no lo estamos recomendando. Estamos recomendando más el vaso entrenador o el vaso.

¿Ya le da algún otro tipo de alimento?

No todavía

Entonces le damos algo para que empiece a tener más leche. También le vamos a dar un sobrecito de suero oral, tomar mucho agua.

Si tibia o no tan fría

¿Y el agua nada más hervida así?

¿Sin azúcar sin miel sin nada?

Con los sobrecitos de suero oral. Para usted, vamos a ver... se compra esto con este nombre comercial por favor ¿Canatrim? 900 miligramos se va a empezar a tomar una cada ocho horas por dos semanas cuando menos, hay que darse masaje en los pechos también, para que tenga más leche.

Si doctor

El Caso 16 se trata de una gemela de 14 semanas, tres meses y medio, que toma LM y fórmula porque

No los lleno

A un par de gemelos, niño y niña, que la niña acude a consulta de seguimiento de una infección respiratoria tratada con antibióticos. El médico recomienda un “medicamento”, que no se pudo identificar, para aumentar la producción de leche materna, y además suero oral. Se vincula, de alguna manera, la lactancia con la nutrición materna, y más por ser gemelos, pero de manera irrelevante y para hablar de sardinas. El médico recomienda para la bebé,

Hay que darle mucha agua, porque está ahorita hace mucho calor.

También recomienda el vaso entrenador para ofrecer líquidos, en lugar del biberón, con el argumento de las bacterias. Para la madre recomienda tomar mucha agua y

Hay que darse masaje en los pechos también, para que tenga más leche.

que es la frase con la que termina el diálogo sobre AI.

El argumento médico contra la fórmula es casi moral,

Pero sí, no darle fórmula, porque no es muy bueno para su bebé.

Alimentar a gemelos con LME requiere de encontrar estrategias posibles; son muchas horas maternas que se tienen que dedicar al amamantamiento y a los cuidados infantiles. Desde la consejería, se tendría que revisar la cantidad y la frecuencia de tetadas, de ambos gemelos y la cantidad y frecuencia de fórmula; considerar la vulnerabilidad de la niña,

Es que ella sí se me ha estado enfermando mucho desde que nació.

que el doctor no profundiza; también sería pertinente revisar la recomendación médica de dar agua a la bebé, y el vaso entrenador. Hay que destacar lo poco que se dice sobre succión eficiente, vaciamiento de los senos, estimulación y de todos los demás requerimientos de la lactancia, y la ceguera a la perspectiva materna.

El tono médico es imperativo y moral; el tono materno es para asentir

El argumento para recomendar el uso del agua para la bebé queda de manifiesto en las entrevistas a los médicos, de la siguiente manera.

Porque ahora los pediatras dicen: no necesita agua el niño, con la leche. Pero ¿qué les va a pasar con el agua? No les pasa nada. Según ellos argumentan porque si les damos agua se les va a quitar el apetito. Pero más sin embargo son cosas que se han estado manejando por mucho tiempo y los resultados pues los vemos en nosotros que así nos alimentaron ¿sí? DR7

CASO 17

Motivo de consulta: CNS

Duración de la consulta: 27 minutos

Sexo del médico: Hombre

Años de servicio: 12

Edad Materna: 24 años

Escolaridad materna: Media Superior

Palabras médico: 342

Palabras madre: 413

Edad infantil: 22 semanas

Sexo: Hombre

Orden de nacimiento: Primer

Tipo de nacimiento: Cesárea

Peso al Nacer: 2760g

Peso Hoy: 6100 g

Estatus alimentario: Fórmula + Té con
Azúcar + Alimentos comerciales + Agua

¿Cinco meses tiene tu bebé?

Si

¿Cómo ha estado tu bebé?

Bien

¿Comiendo bien?

Si

¿Qué le estas dando de comer?

Este, NAN la leche NAN, té agüita

¿Nan té y agüita? Y pecho por qué no le has das

Es que le intenté dar y no quiso, no quiere. Es que le intente dar pecho de las veces que se ponía a llorar.

¿Qué?

Es que no quiere

¿No te agarra el pezón?

O sea me lo pego. Es que sí, yo le pongo el pecho y no quiere.

¿No lo has buscado, para que te busque el pezón?

No

¿Cómo lo pones?

Si o sea, yo me lo pongo pero... Lo pongo así y ya le empiezo a dar o le pongo el pezón en su boquita.

No hija, el pezón se debe de poner en la mejilla y el bebé por instinto agarra el pezón.

Es que luego cuando se voltea. Yo le hago así y solito, pero como ve que no es el chupón grande de la mamila o algo así se me voltea y no y no quiere y no.

¿Y ya no tienes leche?

No, ya no tengo leche

A veces tenemos una plática para los bebés y el pezón. ¿Desde cuándo le empezaste a dar el biberón?

Desde que nació...

¿Por qué?

Porque cuando lo tuve le empezaron a dar fórmula luego, luego y ya.

¿Le empezaron a dar fórmula? ¿En dónde?

Allá en el hospital

¿Por qué?

Porque como me hicieron cesárea ese día estaba yo adolorida me dijeron que le iban a dar la fórmula.

¿Pero por qué? ¿Eso qué tiene que ver?

Porque como estaba anestesiada yo creo que por eso o algo así. O sea yo les dije

Eso es anestesia, no estuviste anestesiada todo el día

No

¿No te durmieron o sí? Tenías el bloqueo

Pero entonces yo les dije cuando me pusieron al lado estaba llorando, yo les dije ¿Yo le voy a ir a dar de comer o le van a dar ustedes? Y me dijo el doctor, nosotros ahorita le vamos a dar y se la llevaron y le empezaron a dar y ya después en la noche me lo llevaron otra vez y ya me lo pegué y no quería el pecho y ya después como que me empezó a jalar poquito pero como que no tenía leche, también se enojaba él, pero luego me empezó a salir poquita leche y así le estuve haciendo.

Lo que pasa es que al principio sale como agüita sucia. Eso es el calostro, que es lo que más nutre a los bebés, es lo que más les ayuda. Mira hija, lo ideal es darle pecho a los bebés cuando menos de cuatro a seis meses cuando menos, ya después le puedes dar lo que quieras.

Entonces quedamos que nació el 18 de noviembre

Mmmm

¿Y cuánto le estás dando de fórmula?

Si

¿Seis onzas?

Ahorita ya se toma seis onzas

¿Seis de leche y seis de agua?

Seis onzas

¿Y de agua?

De leche se toma seis onzas

Y de agua se toma como unas tres onzas

A ver no, no, no ¿Cómo estás preparando el biberón de la leche?

Ajá, seis de leche. Sí

Le pones seis de leche. Y cuánta, seis de agua

Mju

Debería tomar más leche, debería tomar ocho onzas.

Está en el peso normal bajo, para su edad

Mju

Le hace falta más alimento

Mju

Vamos a empezar a darle alimento de acuerdo

Si

Si

Vas a empezar a darle puro juguito de pera o de manzana, jugo en la mañana, como a las diez de la mañana y a las dos de la tarde. Si. Unas cinco o seis onzas ¿de acuerdo?

Si

Si y la leche dásela cada tres horas. 7 onzas de leche, 7 onzas de agua ¿de acuerdo?

Si

De acuerdo, ninguna otra cosa le vayas a dar de comer.

No. Puro juguito

Bueno... jugo, leche, agua y té

Ok. Gracias

El Caso 17 describe una ruta muy común cuando se inicia el uso de fórmulas en el hospital durante la atención del parto. Se pretende conseguir una alimentación mixta, pero lo que se consigue es lo que se identifica clínicamente como *síndrome de confusión* y se manifiesta porque el bebé rechaza el pecho, pues ha desarrollado preferencia por el biberón. Es decir, no es lo mismo sacar leche de un pecho, que sacar leche de un biberón. Dice la madre,

pero como ve que no es el chupón grande de la mamila o algo así, se me voltea y no y no quiere y no

El médico pregunta

¿Y ya no tienes leche?

Dice la madre a las 22 semanas postnatales, 5 meses,

No, ya no tengo leche

Y utiliza fórmulas, alimentos comerciales, té azucarado y agua.

Es que le intenté dar y no quiso

Más adelante dice,

Es que sí, yo le pongo el pecho y no quiere

El tema tratado en esta consulta fue mayoritariamente sobre la AI. Sin embargo, la información desplegada por el médico como el

No hija, el pezón se debe de poner en la mejilla y el bebé por instinto agarra el pezón

O bien,

Lo que pasa es que al principio sale como agüita sucia. Eso es el calostro

Y otros más, se refieren al momento neonatal que involucra los reflejos de búsqueda y de succión, que están confundidos en este bebé que tomó fórmula desde que nació y tiene cinco meses de edad. El tono inquisitivo del médico transfiere a la madre la responsabilidad de los eventos de la trayectoria en el uso de fórmulas; desde lo que sucedió en el hospital en un parto por cesárea, hasta el día de la consulta cuando ya no se produce leche.

¿No lo has buscado para que te busque el pezón?

No

Responde la madre, más bien confundida, sin comprender la pregunta.

El médico refleja un patrón ideal del suceder de la lactancia, sin intervención de los agentes sociales, al menos la madre y el bebé, sino en abstracto, para terminar con una prescripción

Sí y la leche dásela cada 3 horas. 7 onzas de leche, 7 onzas de agua ¿de acuerdo?
Bueno, jugo, leche agua y té

Como punto final.

El estatus alimentario en la consulta fue NAN®, té, agua. El doctor prescribe

Vas a empezar a darle puro juguito de pera o de manzana,... unas 5 o 6 onzas, ¿de acuerdo?”,

El estatus alimentario en la entrevista materna fue una alimentación en transición y variada: NAN1® cambiando a Similac® + Té con azúcar + Gerber® de 4 meses + quesito + frutas + plátano + Agua. Sin embargo, cuando el médico dice

¿De acuerdo? ninguna otra cosa le vayas a dar de comer

La madre dice

No. Puro juguito

Al parecer, el doctor cae en una confusión con respecto a las fórmulas infantiles, al llamar “onza” a la medida de 4 g de que disponen las fórmulas en polvo para su preparación. El médico mantiene esta confusión hasta el fin de la consulta

7 onzas de leche, 7 onzas de agua ¿de acuerdo?

Esta madre intentó amamantar durante poco menos de un mes. Quizá con una consejería resolutiva, pertinente y oportuna hubiera conseguido mejores resultados. El síndrome de confusión requiere reorientar al bebé y a la madre hacia la LME, mediante información clínica útil, el desarrollo del ejercicio de la voluntad materna, en un medio familiar singular, y no siempre se logra. Este caso también es pertinente para discutir la alimentación de un bebé que ya no toma leche materna, y cómo las prácticas y las prescripciones médicas no saben conducir las decisiones maternas. La recomendación de dar únicamente jugo, sin reconocer lo que hace la madre, no se sabe qué entiende el médico por juguitos y si piensa en alguna marca. Sí se puede saber que piensa que el biberón es la forma de dar el jugo al bebé, al referir la cantidad en onzas, Podemos hacer las mismas preguntas acerca de lo que significa “Puro juguito” para la madre, que ya le ofrece al bebé plátano, quesito, y alimentos

envasados para bebés de marca Gerber®, que no se mencionaron durante la consulta.

También resulta interesante lo dicho sobre el estado de nutrición

Está en el peso normal bajo para su edad. Le hace falta más alimento

Para lo que prescribe una onza más de fórmulas y 5 a 6 onzas de jugo.

CASO 18

Motivo de consulta: CNS + dermatitis

Duración de la consulta: 21 minutos

Sexo del médico: Hombre

Años de servicio: 31

Edad Materna: 19 años

Escolaridad materna: Secundaria

Palabras médico: 292

Palabras madre: 51

Edad infantil: 22 semanas

Sexo: Hombre

Orden de nacimiento: Primer

Tipo de nacimiento: Parto

Peso al Nacer: 2775g

Peso Hoy: 7700g

Estatus alimentario: Fórmula + Agua +
frutas y verduras cocidas

¿Le sigue dando el pecho?

No ya no

Ya no ¿No se lo diste?

Si le di como 2 meses.

¿No le gusto? No lo quiso

No, es que no lo llenaba y le seguí dando pecho pero después ya no.

Si le va a hacer falta su pecho

Yo te recomendaría que no le dieras biberón, le puedes dar con el vaso entrenador. A ver pásamelo, lo vamos a revisar. Quítale toda su ropa por favor. Sus calcetas, cómprale unas más grandes, porque si le aprietan esas.

Aja

¿Todavía no cumple los 5?

Hoy

Pero el nació el 3 de febrero ¿no?

El 7.

El 7 de febrero.

De diciembre

Ah de diciembre, ah sí, exactamente hoy cumple los 5. Bueno, vamos a citarlo cuando cumpla los 7.
¿Cuándo cumple los siete en julio?

Mmm

No, en agosto 7

Mja

Bueno si, te comento esto de que le va a hacer falta... los bebés necesitan por lo menos hasta el año darle su pecho. Porque están pasando por su leche muchas cosas, defensas, proteínas vitaminas, todo, pero ahora le va a hacer falta eso. ¿Cómo lo vas a compensar? Ya dándole otras cosas. ¿Le has dado otras cosas?

Este le he dado, manzana

Nada más

Y plátano

¿Papa? Hay que darle caldito de verduras sin grasa o su caldo de pollo sin grasa.

Y agua. ¿Cuánto le das?.

Si

¿El agua que usas para bañarlo es hervida?

Dos onzas

¿De su alimentación?

Y también puede ser el agua, entonces todos esos factores, tenemos que cuidarlos, pero más que nada va a ser su alimentación porque te vuelvo a decir, el hecho de que tú le hayas quitado el pecho, le va a afectar, desgraciadamente pues ya no podemos hacer nada pero, lo que sí podemos hacer es recomendarte eso que te decía

Alimentos frescos, yo no estoy en contra de la compañía Gerber pero mejor no le des esos alimentos

¿Entonces, si vas a venir?

Bueno, ya no le des el biberón

Si

El Caso 18 se trata de un bebé de 22 semanas de edad, 5 meses, que tomó pecho como por dos meses porque,

Es que no lo llenaba y le seguí dando pecho, pero después ya no.

dice la madre. Este es el argumento materno más mencionado en México, según las encuestas, para “complementar” o “completar” la alimentación del bebé con fórmulas infantiles, y en los servicios de salud no saben cómo lidiar con ese problema y culpabilizan a la madre,

Sí le va a hacer falta su pecho.

dice el doctor al principio de la conversación, pero al final establece,

El hecho de que tú le hayas quitado el pecho le va a afectar, desgraciadamente ya no podemos hacer nada, pero...

La pregunta es, para qué tanto sermón culpabilizador a una madre de 19 años que ya no va a amamantar al bebé. Este caso también sirve para discutir la utilidad de medir la edad infantil en semanas, en lugar de en meses cumplidos, al menos, durante los primeros 6 meses. Puede ser simplemente una convención que busca minimizar errores. Seis meses son 26 semanas, un año 52, y así. Los documentos de la ONU y otras agencias, tienen la noción combinada de “lactantes y niños pequeños” para el grupo de edad que abarca hasta los 3 años.

Nótese la dificultad del médico para obtener y retener la edad infantil, que es información clínica fundamental. Destacan las recomendaciones médicas:

Caldito de verduras sin grasa, o su caldo de pollo sin grasa

que argumenta con un

Yo no estoy en contra de la compañía Gerber®, pero mejor no le des esos alimentos, que remata con

Bueno, ya no le des biberón

Cuando seguramente la madre hace todas esas cosas.

El estatus alimentario dicho en la consulta es, no lactancia materna, manzana, plátano, agua. En la conversación entre el médico y la madre nunca se mencionan las fórmulas como fuente de alimentación; no se habla de la cantidad, la forma de preparación o la

frecuencia en que se utilizan diariamente. La pregunta que resulta es, ¿se sobreentiende o se ignora, el uso y la cantidad de fórmulas que toma el bebé? El médico menciona la papa, caldos ligeros y los alimentos frescos, como recomendación alimentaria; la madre dice que le ha dado manzana, plátano. Este caso presenta la oportunidad de discutir también la pertinencia de la alimentación complementaria, en bebés que no reciben LM.

En la entrevista post consluta, la madre refirió utilizar fórmula, frutas y verduras cocidas y agua para alimentar al bebé.

Desde la consejería, es una madre que intentó la lactancia durante dos meses, que se puede suponer no llegó a establecerla como práctica exclusiva. Ahora ya no hay mucho que hacer, por lo que es pertinente aumentar y diversificar la cantidad de alimentos para el bebé. Este caso es útil para discutir las características de la alimentación en bebés que ya no reciben leche materna, pero también para discutir la pertinencia y oportunidad de las recomendaciones sobre la lactancia materna en la consulta médica, en estadios previos.

Una doctora señala su visión del “no se llena”.

Están muy mal informadas en cuanto a la lactancia materna. Este... y sobre todo las abuelas, aquí tienen muchas tradiciones, que les dicen que la alimentación ya se les debe dar desde los tres... el destete ¿no?, muy temprano. Y están muy mal informadas de lo que es la lactancia. O sea, este aspecto de que ellas creen que porque lloran seguido, su leche no sirve y les dan leche complementaria. O sea, no tienen una buena información de lo que es la lactancia materna. DRA3.

Ese es como el principal problema por lo que cambian a la fórmula; y también luego la ablactación ya como a los 6 meses, que muchas empiezan desde los 4 o 3. DRA9.

Pero aquí se les hace una recomendación diaria de lo que deben hacer. DR6.

Entonces yo creo que básicamente le falta mucha educación, abrir campañas para lo importante que es la alimentación del niño, sobre todo están creando defensas, y la alimentación juega un papel importante para crear defensas. DRA1.

CASO 19

Motivo de consulta: CNS y tos

Duración de la consulta: 10 minutos

Sexo del médico: Hombre

Años de servicio: 31

Edad Materna: 28 años

Escolaridad materna: Media Superior

Edad infantil: 23 semanas

Sexo: Hombre

Orden de nacimiento: Primer

Tipo de nacimiento: Cesárea

Peso al Nacer: 2640g

Peso Hoy: 7900g

Estatus alimentario: LM + Fórmula +
alimentación variada* + agua

Palabras médico: 74

Palabras madre: 141

*Caldo de pollo, arroz, chayote, zanahoria, calabaza, papa, plátano, manzana y pera.

¿Le está dando el pecho?

Mju. Pecho y fórmula. Pecho y fórmula y ya le doy papillas

¿De qué?

De sopita con pollito, de arroz con caldito, de verduras, de chayote, la zanahoria, la calabaza, platanito, manzana y pera

¿Y la papa?

También le doy papa

Oye, y ¿Cuándo le empezaste a dar otra cosa que no fuera su pecho?

Hace como un mes

¿Le da mucha agua?

Si, si toma agüita, bastante, bastante agua toma. De hecho se toma, en la mañana como tres onzas de agua, en la tarde toma igual otras tres oncitas de agua y su leche y él pide el agua.

Le falta un poco más de agua ¿eh? Porque una onza acuérdate que son treinta mililitros, si está tomando noventa en la mañana y noventa en la tarde ya le hace falta un poco que le des un poco más.

¿Cuánto pesó?

7,900

El Caso 19 muestra lo que en cierta literatura especializada mexicana se describe como alimentación o lactancia mixta o combinada. Es decir, la práctica de alimentar al bebé con leche materna, fórmulas y una alimentación variada: “papillas”, dice la madre, que incluye varios alimentos y que comenzó a ofrecerlos alrededor de la semana 18, antes de los 5 meses de edad infantil. En la consulta, el estatus alimentario infantil es: LM+fórmula+alimentación variada (AV), que coincide con el de entrevista post consulta. Se supo además, que la madre utilizaba leche materna, agua y “probaditas” de yogur y galletas “casi” desde que nació. Alrededor de las 8 semanas de edad comenzó a darle fórmula de la marca NAN1®, que por ciertos problemas de estreñimiento infantil cambió a otra marca, Fisiolac®. Este bebé de 23 semanas tiene una alimentación con leche materna, fórmula y varios alimentos en forma de papillas; que inició la alimentación complementaria de antes de las 20 semanas, y la madre indica en la entrevista, que:

En la escuela me enseñaron un poco sobre alimentación infantil.

La madre estudió la preparatoria técnica en asistente educativa. Si se considera la recomendación internacional de 26 semanas, 6 meses, de LME, se pueden discutir los aspectos del uso de fórmulas y la alimentación complementaria de manera temprana, así como el tipo de información sobre AI que se ofrece en las escuelas técnicas.

Tanto el médico como la madre consideran este modelo alimentario como pertinente y adecuado, y no se discute su capacidad alimentaria. La pregunta del médico

Oye, ¿y cuándo le empezaste a dar otra cosa que no fuera su pecho?

La madre responde

Hace como un mes

De la entrevista, se sabe que se ofrecieron fórmulas a las 8 semanas, entonces las fórmulas no son consideradas como “otra cosa”, ni por la madre ni por el médico. Sólo la comida tiene la característica de ser “otra cosa”, que la madre llama “papillas” y el médico identifica como tales. Son diversos alimentos preparados con una textura de puré para ser ofrecidos al bebé con cuchara. Estas “papillas” pueden estar constituidas por un solo alimento, “platanito” que se prepara machacado, o bien, por una combinación de varios alimentos, “de sopita con pollo”, “de arroz con caldito de verduras”. Por la forma en que se hacen las preguntas por parte del médico, no es posible reconstruir la trayectoria alimentaria infantil. Nótese la importancia que da el médico al agua a través de la pregunta

¿Le da mucha agua?

que la madre responde afirmativamente considerando que la cantidad que toma el bebé es suficiente; al médico le parece insuficiente y, mediante una explicación de la conversión de onzas en ml, recomienda:

Ya le hace falta un poco que le des un poco más

Este caso es de utilidad para discutir el cambio en las marcas o tipos de fórmula infantil, que es frecuente en bebés que utilizan fórmulas. También, muestra el uso del peso, para el esquema de prescripción de medicamentos para motivo de la consulta, la tos, diálogo no mostrado, pero sí identificado.

Un médico refiere el uso de agua de la siguiente manera.

Y jamás tuve algún problema, porque era la alimentación, que le sacaran bien el aire y otra cosa importante, que les dieran agua. Porque ahora los pediatras dicen “no necesita agua el niño, con la leche”, pero ¿qué le va a pasar con el agua? No les pasa nada. Según ellos argumentan porque si les damos agua, se les va a quitar el apetito. DR7.

CASO 20

Motivo de consulta: CNS y gripe

Duración de la consulta: 21 minutos

Sexo del médico: Hombre

Años de servicio: 9

Edad Materna: 20 años

Escolaridad materna: Sin escolaridad

Palabras medico: 148

Palabras madre: 53

Edad infantil: 24 semanas

Sexo: Mujer

Orden de nacimiento: Primer

Tipo de nacimiento: Parto

Peso al Nacer: 2135g

Peso Hoy: 5300g

Estatus alimentario: LM + V* + Agua + Té
con azúcar

*zanahoria

¡Ok! Puede subirla a la báscula y le quita sus cobijitas por favor. ¿Qué edad tiene?

Cinco meses

Tomen bastantes líquidos. Entonces dele mucho juguito de cítricos. Dele por favor... Ya le empezó a dar papillitas ¿verdad?

Sí

También dele la guayaba. La guayaba en especial tiene mucha vitamina C.

Sí

Cinco meses ¿verdad?

Sí

¡Está muy sabroso el mango! 5.300 ¡Váyala cuidando! porque está un poquito baja de peso ¿eh?

¿Y cuánto pesa?

Ella debería estar pesando ya de 5.500 para arriba. 5,300

¿Ah? OK Nada más de peso. Ah OK

De estatura está con 63. ¡Fíjese! De estatura está bien

Si

De peso ¡ajá! Entonces este... no sé qué tanto le esté dando de papillas y esas cosas ¿si le da? Tienes autorización para acabarte todo el mango, toda clase de frutas ¿eh?

Nada más que hay veces que me las escupe y nada más quiere estar tomando pecho. Y las papillas hay veces que por ejemplo, la papa no se la comió cuando se la di, no la quiso.

Bueno, será que tiene su carácter.

Mucha limpieza con sus cositas, cada vez que le lave la mamila y eso. Ahorita un buen desayuno ¿eh?
Dos guayabas mínimo.

El Caso 20 está constituido por una madre y un bebé afectados ambos, pero sobre todo la madre, por una gripe fuerte, ella con fiebre. Son una pareja con alta vulnerabilidad social, la madre tiene 20 años de edad, no fue a la escuela, vive con el esposo en casa de sus suegros, le toma una hora llegar al Centro de Salud en transporte público, vive lejos, en la zona rural de Xochimilco. Esta vulnerabilidad fue reconocida por el médico, que al final de la consulta le sugiere a la madre que acuda a los servicios de “trabajo social” que brinda el CS.

Esta bebé presentó el más bajo peso al nacer de todo el grupo estudiado: 2,135 g. El BPN puede ser indicativo de pobreza y vulnerabilidad social, asociados con cierta desnutrición materna. La bebé tiene 5 meses y medio y ya come algo más que leche materna. El doctor pregunta,

Ya le empezó a dar papillitas ¿verdad?”,

A lo que la madre responde

Sí

El doctor recomienda

Juguito de cítricos, también dale la guayaba o está muy sabroso el mango para indicar lo que el bebé debe come frutas frescas. Llega la advertencia,

Váyala cuidando porque está un poquito baja de peso ¿eh?

que no relaciona con el peso al nacer, aunque

De estatura está bien.

Termina con el imperativo de,

Ahorita un buen desayuno ¿eh? Dos guayabas mínimo.

La madre dice,

Nada más quiere estar tomando pecho

Afirmación por la que se puede identificar a la LM como fuente de alimento, porque el médico no lo preguntó. Al final dice el doctor,

Mucha limpieza con sus cosas, cada vez que le lave al mamila y eso.

tomando como cierto el uso de la mamila o biberón, como parte del proceso de la alimentación. El médico no pregunta por la fuente principal de alimentación, es la madre la que menciona la LM.

El estatus alimentario infantil en la entrevista materna fue, LM+verduras cocidas+agua+té con azúcar. Es un buen caso para discutir la lactancia materna en condiciones de pobreza y su función en la protección de la salud infantil, la alimentación poco antes de llegar a los 6 meses, aunque no se sabe cuándo comenzó a ofrecer otros alimentos y líquidos. También representa la oportunidad de discutir el consumo de agua y té con azúcar en un bebé de 24 semanas. Este es el único de los cuatro casos que se identificaron con alta vulnerabilidad social, por medio de los indicadores de la entrevista materna y de la observación, que fue identificado como tal por el médico.

La opinión médica que sustenta sus recomendaciones se puede identificar en la siguiente respuesta de una doctora:

Ya mucha gente sabe que como al quinto mes hay que empezar. Y como que es un consenso que la gente tiene. DRA1

El tipo de alimentación mexicana también ¿no? De cómo se podría mejorar la ablactación. Ya se menciona que fuera de 4 a 6 meses. Y no es así como al mes, como antes, ya se empieza a los 4 meses. DRA4

3.3 Análisis de las Interacciones verbales médico-madre.

A manera de análisis general, se presenta una descripción de la interacción verbal entre médicos y madres, ocurrida durante las consultas médicas, a propósito de la alimentación de los bebés. Sin embargo, hay que recordar que en la consulta médica se habla de muchas otras cosas relacionadas con la salud infantil, como las involucradas con el motivo de la consulta.

En la búsqueda de descriptores cualitativos que ayuden a entender el fenómeno, el análisis se organiza en 3 apartados: 1. La razón de palabras médico/madre para cada caso; 2. El análisis textual de los 20 casos en conjunto, mediante la frecuencia de palabras significativas, organizadas en grupos semánticos, manteniendo la relación palabras médico/madre; y, 3. Una tipología sobre los tonos médicos, y otra para los tonos maternos que permitió la observación y el registro de los 20 casos.

3.3.1 Razón de palabras médico-madre

Los asuntos sobre AI se tratan en cualquiera de los momentos de la consulta: en la identificación, al referirse a la edad, sexo, peso y longitud al nacer y al día de la consulta; en la identificación sobre del motivo de la consulta y en el desarrollo de la misma; a veces a partir de la pregunta médica, explícita o no, “¿qué come su bebé?”; en las prescripciones, dando indicaciones, así como en la despedida. Son frases que contienen ideas completas en cuanto a la alimentación infantil. A veces, son casi monólogos como en el C2, o conversaciones muy desproporcionadas, como en el C15.

En la tabla 3.7 se presentan las dimensiones de las conversaciones sobre AI, por caso, que sumados resultan en 8,163 palabras dichas por los médicos y 2,643 dichas por las madres, a razón promedio de 3.1 a 1. El C12, que resultó ser paradigmático de la interacción entre médicos y madres durante la consulta médica, fue la conversación más larga: 1,994 palabras dichas por el médico y 623 por la madre; el más corto, el C2, con 37 y 3 palabras respectivamente. La mayoría de las veces los médicos dicen más palabras que las madres, aunque hay dos casos, el C17 y el C19, en los que la razón es menor que uno; es decir, hablan más las madres.

Tabla 3.7 Razón de palabras médico/madre sobre AI, por caso.

No. Caso	Palabras		Razón
	Médico	Madre	
1	1218	169	7.2
2	37	3	12.3
3	381	109	3.5
4	389	62	6.3
5	688	247	2.8
6	383	256	1.5
7	283	37	7.7
8	43	15	2.9
9	98	22	4.4
10	588	69	8.5
11	98	38	2.6
12	1994	623	3.2
13	331	52	6.4
14	176	114	1.5
15	222	23	9.7
16	378	146	2.6
17	342	413	0.8
18	292	51	5.7
19	74	141	0.5
20	148	53	2.8
TOTAL	8163	2643	3.1

En este conteo general no califica ni juzga el contenido de las conversaciones, pero sí se puede observar que son interacciones desiguales, y a veces desproporcionadas, como en la minúscula conversación sobre el tema del C2, o como en el C15. Sin embargo, esta relación no es suficiente para establecer la supremacía médica, por lo que hay que tratar más el análisis de los textos, para ver qué más dicen.

3.3.2 Análisis textual

Se tomaron todas las conversaciones de los 20 casos como un solo texto, se mantuvo la distinción de lo dicho por médicos y por madres, se desplegaron y contaron todas las palabras por su frecuencia en el texto. Se seleccionaron las palabras significativas al tema de la AI, se consideraron como expresiones verbales documentadas. Se agruparon por familias, inicialmente por la frecuencia de aparición; después se buscó en el texto la

proximidad, para proponer los grupos semánticos. Se asociaron algunas palabras significativas vinculadas y se presentan en forma de tres redes textuales.

Al seguir la recomendación de Contreras y Gracia para la indagación sobre el hecho alimentario (Contreras y Gracia, 2005), en toda la extensión lograda a partir de la identificación y selección de palabras significativas, se agruparon por familias semánticas, mediante tres procesos de depuración y organización, y se generaron tres redes textuales básicas (Verd, 2005): *Consumo*, *Proceso* y *Esquema Alimentario*, con 5, 4 y 3 grupos semánticos internos, respectivamente.

La primera red textual sobre el consumo, se muestra en el cuadro 3.3. Esta red responde a las preguntas *qué y cuánto se come*, integrada cinco grupos semánticos. El primero, *Leche*, con 115 menciones, se compone de tres palabras: *Leche*, que es la palabra significativa que se menciona con mayor frecuencia, en 75 ocasiones por los médicos y 36 por las madres; *Lechita*, que se menciona en tres ocasiones por los médicos y ninguna por las madres; y *Calostro*, que se menciona una vez por algún médico. La palabra *Leche* no tiene siempre el mismo significado en las conversaciones, aunque se use sola; puede referirse a la leche materna, pero también a fórmulas y a otros tipos, como las expresadas en las marcas.

Es elevada la mención de asuntos relacionados con el grupo semántico *Formulas*, 99 veces, lo que revela su importancia y mencionado más por los médicos. Destaca la mención de ciertos alimentos y la presencia del agua. De las marcas registradas sobresalen NAN y NIDO; Liconsa, la marca de la ayuda social la dicen en 2 ocasiones las madres y ninguna los médicos.

Cuadro 3.3 Frecuencia de palabras relativas al consumo.

GRUPO SEMÁNTICO	PALABRA	MÉDICOS	MADRE	TOTAL
Leche	Leche	75	36	115
	Lechita	3	0	
	Calostro	1	0	
Fórmulas	Fórmula	24	10	99
	Fórmulas	3	0	
	Onzas	14	8	
	Onza	1	1	
	Oncitas	2	1	
	Biberón	9	1	
	Mamila	8	1	
	Mamillas	1	0	
	Mamillita	2	0	
	Chupón	9	3	
Maternizada	1	0		
Líquidos	Agua	25	11	64
	Aguita	2	3	
	Té	4	7	
	Tecito	0	1	
	Manzanilla	0	1	
	Líquido	1	0	
Comida	Líquidos	3	1	46
	Arroz	0	1	
	Papilla(s)	4	2	
	Plátano	0	1	
	Betabel	1	0	
	Pollito	0	1	
	Pollo	2	1	
	Frutas	3	0	
	Guayaba	2	0	
	Guayabas	1	0	
	Kiwi	1	0	
	Manzana	1	2	
	Papa	2	2	
	Sopas	1	0	
	Sopita	0	1	
	Zanahoria	0	1	
	Verduras	5	2	
	Jugo	2	0	
	Juguito	2	1	
	Azucarados	1	0	
Azúcar	1	1		
Miel	0	1		
Marcas®	Nan	6	4	31
	Nido	9	1	
	Nestlé	1	0	
	Liconsa	0	2	
	Avent	2	1	
	Vaseline	3	0	
Gerber	2	0		
TOTAL	48	242	113	355

La segunda red textual, en el cuadro 3.4, da cuenta del esquema alimentario, que sería parte de la respuesta a la pregunta *cómo se come*. Esta red quedó integrada por tres grupos semánticos: acción, lactancia y saciedad. La acción se refiere a familias de palabras como alimentar, comer y tomar; lactancia es más diverso en el decir médico y muy escaso en las madres; saciedad se compone de hambre y llenar. Hay que notar que la palabra *Lactancia* se dice solo una vez por un médico, mientras que la palabra *Comer* se dice 28 veces, que junto todas las palabras de esa familia, *comer* puede ser sinónimo de amamantamiento, aunque también de otros alimentos y de fórmula. El grupo semántico sobre la *Saciedad* es pertinente, ya que es una referencia significativa al uso de fórmulas.

Cuadro 3.4 Frecuencia de palabras relativas al esquema alimentario.

GRUPO SEMÁNTICO	PALABRA	MÉDICOS	MADRE	TOTAL
Acción	Alimentación	5	1	44
	Alimentada	1	0	
	Alimentados	1	0	
	Alimentando	2	0	
	Alimentar	1	0	
	Alimentaría	1	0	
	Alimentarlo	1	0	
	Alimentarse	1	0	
	Alimento	3	0	
	Alimentos	4	0	
	Coma	3	0	
	Coman	1	0	
	Come	6	2	
	Comen	1	0	
	Comer	28	3	
	Comida	2	0	
	Comido	1	1	
	Comiendo	8	1	
	Comió	1	2	
	Comía	1	0	
	Tomar	11	1	
	Tomará	0	1	
	Tomas	1	0	
Tome	2	0		
Tomen	1	0		
Tomo	0	1		
Tomó	2	0		
Lactancia	Chupa	6	0	34
	Chupan	1	0	
	Chupando	2	0	
	Lactancia	1	0	
	Estimula	1	0	
	Estimulación	1	0	
	Estimulando	5	0	
	Estimular	1	0	
	Estimularía	0	1	
	Estimulé	1	0	
	Estimúlala	1	0	
	Exclusivo	1	0	
	Exclusivamente	1	0	
	Mamar	1	0	
	Pegando	1	0	
	Pegar	1	0	
	Pegas	1	0	
	Pego	0	3	
Pegue	1	0		
Pegué	0	1		
Pegues	2	0		
Saciedad	Hambre	13	2	41
	Llena	6	5	
	Llenaba	0	2	
	Llenan	1	0	
	Llenando	1	0	
	Llenar	2	0	
	Llenaría	1	0	
	Llenas	1	0	
	Llene	2	0	
	Lleno	2	1	
Llenos	2	0		
TOTAL	58	161	28	189

La tercera red textual, cuadro 3.5, se agrupó en torno al proceso, para dar respuesta al *para qué* de la AI. Se formaron cuatro grupos semánticos: antropometría, nutrición, anatomía y normalidad. La antropometría se refiere al peso y la longitud infantil, y al estado de nutrición resultante. Notoriamente, la palabra *Pecho*, en el grupo sobre anatomía, es la que se menciona con mayor frecuencia, 71 veces por los médicos y 17 por las madres. La palabra *Seno*, también incluida en el grupo de anatomía, se dice 34 veces por los médicos y una por las madres. Ambas palabras tienen diversos significados, mayoritariamente se usan como sinónimo de la leche materna. Tanto *Pecho* como *Seno* se refieren también al espacio anatómico del cuerpo femenino que tiene o produce leche materna. La antropometría ocupa un papel preponderante en la consulta médica y es el grupo semántico sobre la saciedad, disminuye la disparidad de los diálogos médico-madre. La familia correspondiente a la noción de normalidad, es resultado de las veces que las utilizan los médicos como criterio de prescripción alimentaria.

Cuadro 3.5 Frecuencia de palabras relativas al proceso.

GRUPO SEMÁNTICO	PALABRA	MÉDICOS	MADRE	TOTAL
Antropometría	Desnuda	1	0	217
	Días	6	18	
	Edad	12	12	
	Peso	1	0	
	Peso	30	1	
	Pesó	20	1	
	Pesa	5	2	
	Pesaba	0	1	
	Pesando	1	0	
	Pesar	3	0	
	Pesaron	3	1	
	Mes	10	11	
	Meses	28	11	
	Mide	3	0	
	Midiendo	1	0	
	Midieron	1	1	
	Midió	5	0	
	Talla	7	0	
	Longitud	1	0	
	Centímetros	3	3	
Kilo	0	1		
Kilos	4	4		
Sobrepeso	4	0		
Obesidad	0	1		
Nutrición	Proteínas	1	0	5
	Grasa	2	0	
	Dieta	2	0	
Anatomía	Boca	4	0	165
	Boquita	4	1	
	Pecho	71	17	
	Pechos	3	1	
	Pechito	2	0	
	Seno	34	1	
	Senos	9	0	
	Pezón	14	1	
	Pezones	1	0	
	Areola	2	0	
Normalidad	Normal	10	4	31
	Normalidad	1	0	
	Normalmente	1	0	
	Recomendable	3	0	
	Recomendación	1	0	
	Recomendamos	2	0	
	Recomendado	2	0	
	Recomendaría	1	0	
	Recomendarte	1	0	
	Recomendé	1	0	
	Recomiendan	2	0	
	Recomiendo	2	0	
TOTAL	38	292	63	418

En la búsqueda de los descriptores de los agentes sociales significativos, en el cuadro 3.6 se encuentran las palabras relativas al personal de salud, al grupo infantil y al grupo materno, que tiene menos menciones, pues al hablar con ellas los médicos utilizan muchos pronombres *me, te, se*, o el modo imperativo, o bien el *mi amor, cielo*, y otros así, para referirse a la madre. El grupo médico es el que tiene mayor número de menciones; el sujeto infantil se menciona en 51 ocasiones y a las nociones relativas a lo materno o a la madre se usan menos. En 10 ocasiones por parte de los médicos y ninguna por las madres, se habla de lo *materno/materna*, y va asociado a las palabras *Seno* o *Pecho*, que son las más frecuentes en el grupo semántico de anatomía.

Cuadro 3.6 Denominación de los agentes sociales.

GRUPO SEMÁNTICO	PALABRA	MÉDICOS	MADRES	TOTAL
Sujeto personal de salud	Doctor	7	3	55
	Doctora	13	8	
	Doctores	2	0	
	Enfermera	15	4	
	Enfermería	1	0	
	Enfermero	2	0	
Sujeto infantil	Bebés	5	0	51
	Bebito	1	0	
	Niño	9	2	
	Niños	7	0	
	Niña	12	0	
	Nena	2	0	
	Peque	1	0	
	Chiquita	4	0	
	Chiquitas	1	0	
	Chiquito	4	0	
Chiquitos	4	0		
Sujeto materno "me, tu, se"	Mamá	5	0	20
	Cielo	1	0	
	Señora	3	0	
	Materna	2	0	
	Materno	8	0	
	Mi amor	1	0	
TOTAL	23	109	17	126

Este análisis textual agrupa las palabras utilizadas para abordar el tema de la AI en la consulta médica de primer nivel. Los grupos semánticos representan líneas de investigación y trabajo, tanto académico y como clínico, que pueden ser desarrolladas mediante diseños curriculares para la formación de profesionales de la salud y programas de capacitación al personal en servicio, para el mejoramiento de la calidad y la pertinencia de las consultas médicas para menores de seis meses.

3.3.3 Tipología de los tonos en la interacción médico-madre

Una tipología es una herramienta que permite clasificar, con base en criterios específicos, una serie de elementos. Los diálogos analizados permiten ciertas agrupaciones, aunque se parte de que la relación médico-paciente, aquí, médico- madre, se desarrolla en un marco de autoridad/subordinación que tiene de por sí esta singular relación. Para la lectura de los 20 casos, se pensó en establecer una tipología de los tonos médicos y maternos que pudiera ofrecer una imagen más útil.

En los médicos, la tipología de la interacción que establecen con la madre y el bebé, para saber identificar las actitudes con las que el personal de salud se enfrenta al tema de la AI. En el discurso médico se pudieron identificar 7 tonos, 6 de los cuales reflejan la incapacidad para un diálogo de consejería y acompañamiento de las decisiones maternas en torno a la AI. Esta tipología se utiliza en el análisis de cada caso, por si se quiere construir un marco descriptivo. Por lo pronto, es solo una primera aproximación.

Cuadro 3.7 Tipología de tonos médicos

Tono	Definición
Autoritario/Atemorizante/	Cuando se refiere a un mandato, imposición sin posibilidades de discusión. Cuando hay peligros
Moral/ Culpabilizador	Cuando emite juicios de valor sobre las prácticas maternas o se señala que las acciones maternas tendrán un costo negativo en la salud infantil
Explicativo confuso	Cuando el médico orienta equivocadamente, con un lenguaje <i>cantinflesco</i> y con <i>exceso de información irrelevante</i> .
Explicativo pertinente	Cuando <i>exponen el</i> tema con detalle y ejemplos adecuados a la situación.
Voluntarista	Cuando la solución se encuentra en la voluntad materna.
Transferencia de responsabilidad	Cuando la autoridad médica coloca en otra persona, en la madre o en nada ("Se dice...").
Generalizador	No toma en cuenta las particularidades de los casos.

Al buscar algo equivalente para la voz materna, resultaron cinco tipos de participación materna en la interacción, que tampoco resultan útiles para la definición de las decisiones alimentarias.

Cuadro 3.8 Tipología de tonos maternos

Tono	Definición
Conceder	Cuando la madre termina por aceptar verbalmente lo dicho por el médico
Asentir sin conceder	Cuando la madre a todo dice que sí con el fin de conseguir sus objetivos.
Monosilábico	Cuando responde a todas las preguntas con “sí”, “no”, “ahá” sin más interacción.
Resistencia	Cuando la madre interrumpe, interpela y cuestiona al médico.
Expresar dudas	Cuando la madre hace preguntas directas al médico, verbalizando sus dudas.

Se recomienda poner a prueba estas tipologías y procedimientos para validar su alcance descriptivo y analítico en estudios posteriores. Por lo pronto, son propuestas para ahondar en la relación médico-madre y encontrar caminos para una apertura social a la discusión sobre la AI. Con lo presentado en este capítulo de resultados, se ha mostrado un panorama general bastante precario en materia de la interacción necesaria entre un prestador de servicios públicos de salud, la consulta médica para menores de seis meses, en un CS en Xochimilco, DF, y una población que usa esos servicios para atender sus cuestiones de salud, algunas desde el embarazo. En el próximo capítulo se discuten estos hallazgos.

3.4 Bibliografía

- Ávila, H., Arroyo, P., García, D., Huerta, F., Díaz, R., Casanueva, E. (1978). Factores determinantes de la suspensión de la lactancia en un grupo de población urbana. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 84(5), 383-390.
- Contreras, J., Gracia, M. (2005). *Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel.
- Foster, G. (1955). Análisis de un programa de ayuda técnica (pp. 27). México DF: Instituto Nacional Indigenista.
- SEDESA. Portal Ciudadano del Distrito Federal. Retrieved Diciembre, 2013, from <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/hospitales/index.php>
- Verd, M. (2005). El uso de la teoría de redes sociales en la representación y análisis de textos de las redes semánticas al análisis de redes textuales. *Empiria: Revista de metodología de ciencias sociales*(10), 129-150.

Capítulo 4 **Discusión y Conclusiones**

Este último capítulo está integrado por la discusión y las conclusiones que ofrecen articular los elementos observados y analizados, mediante el uso de la información empírica de la interacción verbal entre médicos y madres sobre AI, en la consulta médica de primer nivel. Se parte del posicionamiento del quehacer clínico sobre AI, en un ambiente de consejería resolutiva que no acontece en las observaciones realizadas. Se establece una caracterización de lo manifestado por los médicos, que da cuenta de la confusión de nociones, acciones y procedimientos que tiene el grupo médico, sobre los agentes y los procesos involucrados en la AI, así como una caracterización de lo dicho por las madres. Se construye una lectura de esta interacción verbal MM, mediante lo manifestado en los casos.

También se presentan las conclusiones y recomendaciones derivadas de todo el proceso para la realización de esta tesis. Se plantea un acercamiento con herramientas de la nutrición y la epidemiología, derivadas de la experiencia profesional y de un interés personal por las humanidades, que tuvo cabida en este proyecto. Se propone que el tema de la AI adquiera estatus académico que alcance los niveles de discusión en los ámbitos político y social. Se formulan algunos desafíos teóricos, conceptuales y metodológicos vislumbrados.

4.1 Discusión

4.1.1 Balance del proceso de investigación

Se reconoce en la consulta médica para menores de seis meses, la que se ofrece en los servicios públicos de salud de primer nivel, el momento de interacción clínica entre el personal médico, el saber médico, frente al saber popular, representado en una pareja madre-bebé usuaria de los servicios asistenciales de salud públicos. Este momento materializa el espacio de la medicalización en el proceso de toma de decisiones maternas sobre la AI; es el lugar de intercambio e interacción médico-madre en cuestiones generales de salud infantil, identificado a nivel nacional como el programa *Control del Niño Sano*.

Lo encontrado en esta tesis y su proceso, no puede generalizarse a los centros de salud, al personal médico o a las poblaciones usuarias, precisamente por tratarse de un estudio de casos delimitado geográficamente y temporalmente. Cada caso expresa la

singularidad que da lugar a la variedad de situaciones y circunstancias para las posibilidades de las prácticas de AI, que permite una construcción del fenómeno alimentario de manera completa, mediante una propuesta que parece metodológica y analíticamente replicable.

El objetivo general quedó explicitado en el primer capítulo de la siguiente manera:

Contribuir al conocimiento sobre la alimentación infantil, articulando la información resultante del análisis de las interacciones verbal entre médicos y madres durante una consulta externa para menores de seis meses, en un Centro de Salud al sur de la Ciudad de México, en el marco de la epidemiología sociocultural, en un esfuerzo cuyos resultados puedan ser aplicados en la comprensión de problemas colectivos de salud.

Se puede establecer que la aproximación al tema resultó útil para los propósitos de este trabajo, que se cumplieron los objetivos general y específicos a través de la metodología utilizada, y que el análisis ofrece una descripción acertada del fenómeno estudiado.

Un balance crítico del proceso de investigación permite reconocer algunas de las omisiones para una discusión más avanzada. Una de ellas fue no haber identificado al personal de enfermería como un agente social significativo en el recorrido institucional de los *pacientes* en el CS, en este caso las madres con sus bebés. Es evidente que las enfermeras de alta jerarquía juegan un papel central en la asignación del consultorio y del médico; por lo tanto, su función es determinante de la relación médico-madre. Por ejemplo, algunas madres tienen acceso al mismo médico cada vez que acuden al CS, más en el estilo de un médico de familia, como lo indican los casos C3 y en el enigmático C12; o bien, identificar a cuál médico y por qué se asigna a los que van por primera vez, como el C1. En esta ocasión no se pudo distinguir cómo opera ni por qué resulta lo que resulta. Así, este asunto se constituye un nuevo tema de estudio. Durante el tiempo que tomó el trabajo de campo en el CS, se comenzó a instrumentar una asignación geográfica, por colonias, para cada consultorio médico. No se pudieron percibir sus procedimientos, resultados o alcances.

Una limitación más es que se observó solo un Centro de Salud, en servicio desde 1948, con personal médico y de enfermería de larga trayectoria, que constituye un caso en sí mismo. Además, la población que acude al CS tiene características sociodemográficas singulares, influenciadas por la condición de ser *pueblos originarios* y *vecinados* (Barbosa, 2004), en la delegación Xochimilco del D.F, muchos de ellos en condiciones de pobreza y pobreza extrema. Es una región de transición del territorio agrícola y rural hacia la megalópolis, que junto con otros condicionantes sociales, son los espacios para la conformación de las trayectorias alimentarias de los

bebés durante los primeros seis meses de vida (Salas, 2011). Esto puede resultar limitante para hacer comparaciones o generalizaciones.

Además, la interacción verbal entre médicos y madres sobre AI es solo una parte de la comunicación total que ocurre durante toda la consulta médica. La comunicación entre médicos y madres es mucho más que palabras registradas y contadas e incluye otras cuestiones que permanecen ocultas, o que por comunes juegan un papel fundamental en toda la expresión comunicativa, que no se pudieron dilucidar más allá de ser identificados y quedar registrados en la base de datos o en el diario de campo. Condiciones como los contactos previos, alguna valoración de las habilidades y competencias clínicas de los médicos para conducir la lactancia, en medio de todo lo demás que pudo estar aconteciendo durante de cada consulta médica, son elementos que tienen efecto en el desarrollo de las interacciones en cada consulta, y requieren ser tomados en cuenta para el análisis y en estudios posteriores.

Hay otros aspectos que tienen relación con el problema de investigación, en cuanto que son componentes del objeto de estudio, que no se alcanzaron a ver. Por ejemplo, no se registraron sistemáticamente las actitudes médicas que se manifestaron durante las consultas como desdén, desprecio, compasión y otras, por parte del médico; o bien, hartazgo, desafío, incomprensión o problemas clínicos y personales de la situación materna, que se registraron en el diario de campo, pero que no se analizaron como componentes de los casos. La identificación y el análisis de estos aspectos de la relación médico-madre pueden constituirse en mayor evidencia empírica y contribuir a las respuestas para las preguntas planteadas.

Otra omisión más, es que no se verificó lo anotado en los expedientes clínicos o en las hojas de reporte de consulta médica, para contrastarlo con lo acontecido en la consulta. En posteriores investigaciones, este documento tiene que ser revisado y convalidado de manera sistemática. La observación es una buena estrategia para acercarse a esos temas, y las entrevistas maternas, con mayor profundidad, pudiesen dar más rutas de interpretación en estudios próximos.

Uno de los desafíos conceptuales de este tema, es que el contacto de la población infantil con los servicios de salud no necesariamente responde al arquetipo de la relación, cara a cara, entre un médico y un paciente, uno sano y otro enfermo, ambos adultos. Este encuentro es entre un médico y un bebé, y está mediado por una madre quien es la voz del paciente durante la consulta, en un ambiente con mucho *ruido* y con pocas destrezas clínicas entre médicos y enfermeras sobre AI. Además, las consultas médicas de los bebés no siempre responden a una enfermedad, sino a las

actividades preventivas relacionadas con los programas de salud infantil que requieren registro. El motivo de la consulta en casi la mitad de los casos, 9, fue para abrir el expediente infantil. Son a los bebés a quienes se dirigen las indicaciones y prescripciones médicas, representan para los médicos el paciente pasivo a ser alimentado y cuidado por una madre naturalizada que debe comportarse como una madre natural.

Cada vez que usted se la pegue es suficiente para que sus senos produzcan la cantidad adecuada de leche para darle. C1

La propuesta metodológica para la aproximación a este hecho alimentario puede ser uno de los alcances de esta tesis. Partir de la delimitación de un objeto de estudio, reconocer la necesidad de un abordaje interdisciplinario asentado en la propuesta de la epidemiología sociocultural, optar por una aproximación cualitativa, escoger el estudio de casos como herramienta para la obtención de datos y el diseño del análisis, fueron las condiciones de posibilidad para realizar una tesis como ésta.

En torno al estudio de todo el fenómeno de la AI, esta metodología puede ampliarse al siguiente grupo de edad, de los 6 a los 12 meses, y hasta los 24, que es el periodo para ofrecer la alimentación complementaria, *ablactación*, le llaman la pediatría y la nutrición en México, y llegar al destete, o a *quitar el biberón*. En etapas subsecuentes el tema alimentario se vuelve más complejo y ambiguo, e intervienen muchos otros elementos. El hecho alimentario se va constituyendo de experiencias y prácticas cotidianas que, naturalizado, generalizado, medicalizado, individualizado y comercializado, opera en el sistema médico asistencial y social, y resulta desconcertante para una madre que tiene que criar un bebé. Estas cuestiones pueden ser explorados desde las humanidades y en contextos de la reflexión sobre Ciencia, Tecnología y Sociedad, el sentido de ampliar la discusión social sobre la AI, y sobre el alcance de las prácticas individuales, asistenciales y de las políticas públicas, que operan sobre el tema. Eso precisa dejar hablar a las mujeres, cosa que no sucede en las consultas médicas observadas.

Los 20 casos analizados resultaron suficientes para describir la variabilidad y la singularidad, por edad y por estatus alimentario, del proceso alimentario durante los primeros seis meses de vida, entre la población que acude al CS. Los casos también resultaron aptos para mostrar las características sociodemográfica de la población, al dar cuenta por ejemplo, del embarazo adolescente, la alta vulnerabilidad social, la baja escolaridad y el escaso o nulo ingreso personal de la mayoría de las madres. Estas situaciones reflejan las condiciones de vida en la pobreza, que son prevalentes en la

Delegación Xochimilco del DF. De los 4 casos que este estudio identificó con alta vulnerabilidad social, 2 fueron notados por los médicos pero no pasó de ahí. El caso C20 es demostrativo de la pobreza y requeriría de asistencia social. En los centros de salud esa ayuda pasa por otro sistema llamado *trabajo social*, que tiene poca conexión con la consulta médica. En este estudio no se buscó su alcance, aunque para la temática alimentaria infantil es un aspecto que conviene explorar.

Los 20 casos permiten acercarse a las epistemologías en juego, en la interacción médico-madre sobre AI, durante la consulta médica de primer nivel. Se tiene que reconocer que ésta es una relación manifiesta de autoridad/subordinación. Es la confrontación de un saber experto por parte del médico, con el saber materno tradicional, mediante la resistencia, el asentimiento o el acuerdo por parte de la madre. Estos casos integran la caracterización de las interacciones verbales MM, a diversas edades infantiles, y muestran los niveles de comunicación que se generan en torno a la AI, durante las consultas médicas. Es útil destacar la discrepancia que existe entre el estatus alimentario infantil manifestado en la consulta, con el estatus obtenido mediante las entrevistas maternas post consulta, 50%.

El tema y los casos dan para más. Lo aprendido permite proponer nuevas cuestiones y otros análisis. Con el uso de tecnologías analíticas se pueden ampliar los significados y las interacciones semánticas, para entender mejor el objeto de estudio. Es viable proponer nuevas investigaciones que ofrezcan más información para comprender y cuestionar la prácticas y los significados sociales sobre la AI. Es oportuno recordar que la unidad de observación es la consulta médica de primer nivel, para menores de seis meses, en el CS de Xochimilco; y que la unidad de análisis es la conversación sobre AI entre médicos y madres. El análisis semántico realizado permite plantear algunos elementos a considerar para ofrecer pautas de discusión sobre la AI, en distintos ámbitos sociales. Además de mostrar que los médicos hablan más, se pudieron identificar tres redes textuales que agrupan las conversaciones sobre AI entre médicos y madres: una sobre el consumo, otra sobre el esquema y la otra sobre el proceso alimentario. Estas redes textuales, y los grupos semánticos que las integran, pueden ser guías para el diseño de modelos educativos y de capacitación que, como muestran estos casos, se requieren inminentemente. Es otra ruta para próximos proyectos.

Sobre el análisis se puede argumentar que es una estructura descriptiva encontrada, y que puede haber muchas otras lecturas y formas de agrupar las conversaciones entre médicos y madres. Entonces, surgen nuevas preguntas y nuevos desafíos. Por ejemplo, si las interacciones verbales identificadas son suficientes para dotar de

significado la autoridad médica sobre las prescripciones de la AI; cabe la misma pregunta para establecer la autoridad materna más allá de el estatus alimentario infantil, consistente o no, con el estatus alimentario verbalizado en la consulta.

Estas cuestiones, en el sentido dado por Fleck a la noción de *usos lingüísticos* que penetran hasta la vida diaria. O el que propone Fuller (2002) en la Epistemología Social, como diferentes formas de saber social, saber médico y saber materno, saber científico frente saber tradicional o popular, en el terreno de la consulta médica en esta población. Es decir, establecer el nivel de equivalencia entre el descriptor, o si se quiere, la variable dependiente, aquí presentada como *interacción verbal MM*, con el estilo de pensamiento de cada uno de los colectivos involucrados, tanto médicos como madres, en una relación ritualde autoridad/subordinación, sobre una entidad nosológica, la AI.

4.1.2 Sobre lo observado en las consultas

La observación y los registros de todas las consultas ofrecen un panorama que genera cuestionamientos sobre la manera como se hacen las cosas en el CS. Se revelaron deficiencias conceptuales, clínicas y prácticas sobre la AI entre muchos médicos, y cierta incapacidad para establecer la empatía que requiere la consejería y el proceso de acompañamiento de las decisiones maternas en materia de AI (OMS/OPS, 2010; Wellstart, 2003).

Aunque no era de interés en este estudio juzgar la calidad y la pertinencia de las prácticas médicas y de enfermería en los servicios de salud, hay un asunto no se puede dejar pasar por ser un aspecto fundamental del tema alimentario: la baja calidad en la obtención, registro e interpretación de las mediciones antropométricas y de la evaluación del crecimiento infantil. En primer lugar, no hay un procedimiento estandarizado para la obtención del peso y la longitud de los bebés, que es un requisito indispensable para la precisión de los datos (Peláez, Torre, e Ysunza, 1993). Son mayoritariamente las enfermeras, muchas veces estudiantes en servicio social, quienes realizan la antropometría, solo en 2 casos los médicos realizaron las mediciones como parte de la exploración del bebé. Cada quien hace lo que puede o lo que cree que está bien. A los bebés se les puede pesar con cobijas y hasta con zapatos; en la báscula apropiada, o cargado por la madre en la báscula para adultos y por diferencia se obtiene el peso del bebé. Sólo un consultorio cuenta con el instrumento para medir la longitud, el infantómetro, como mandan las normas. Entonces, ésta se mide de diferentes maneras: con una cinta métrica flexible que

recorre todo el cuerpo del bebé, o sobre la mesa de exploración en paralelo a una cinta métrica colocada sobre el barandal, se pueden usar o no topes en la cabeza y en los pies. Adicionalmente, medir bien la longitud de un bebé requiere de dos personas, hay que estirarlo y puede no gustarle, en ninguna ocasión se observó que se realizara la medición de la longitud de manera adecuada. También es muy común que las cifras no se anoten inmediatamente y se cometen errores numéricos leves y mayores. Por lo tanto, las conclusiones a las que llegan también pueden ser erróneas, como en los C7 y C9.

Adicionalmente, la mayoría de los médicos tiene dificultad para comprender la relación entre los tres indicadores del estado de nutrición: el peso para la edad, el peso para la longitud y la longitud para la edad, pues cada uno muestra diferentes aspectos del crecimiento infantil, que pocos médicos alcanzan a distinguir. Además, cada médico puede tomar el referente que decida para valorar el estado de nutrición infantil; algunos usan las gráficas del programa de *Control del Niño Sano*, otros el cartel de Gerber® con el peso y la longitud para la edad por sexo, otros sus propias cuentas, y otros de plano se declaran incompetentes para la interpretación de los datos, como en el caso C13. Entonces, la precisión de los juicios clínicos está comprometida por errores de procedimientos que tienen fácil solución. En conclusión, la calidad de los datos antropométricos en este CS es muy deficiente y la capacidad del personal de salud para hacer diagnósticos es insuficiente y se requiere hacer algo.

Una conversación surgida durante una consulta entre la observadora y la doctora –no presentada aunque sí registrada–, mostró que algunos médicos no saben interpretar acertadamente los índices de la evaluación del crecimiento infantil. La cuestión es que manifestaron sobrepeso para 2 bebés con LME, C10 y C13, de 8 y 10 semanas de edad respectivamente, que no es sensato caracterizar como tal sin tomar en consideración otros referentes como el peso al nacer, y sin tener certeza en la precisión de los datos y en el alcance de los indicadores. Algunos médicos toman la cifra de la referencia como definitoria y no como un indicador con rango amplio. En el C7 hay error en el registro de la longitud infantil del orden de 7 cm. Esto muestra que hay incompetencia entre el personal de salud, para evaluar el crecimiento y el estado de nutrición infantil. Se juntan la baja calidad de los datos y la incapacidad para entender el proceso alimentario. Es pertinente tomar acciones que resuelvan estas carencias lo que involucra muchos niveles de decisión, comenzando por la dirección del CS, hasta las autoridades administrativas.

Otro ejemplo. Durante la etapa de observación llegaron al CS, y a los médicos en los consultorios, nuevos estándares antropométricos basados en las normas

internacionales de 2006 (WHO, 2006), enviados por la autoridad de salud local. No se realizaron acciones de presentación, información o capacitación de los nuevos referentes para el personal en servicio. Se asume que los médicos y las enfermeras saben cómo se hace y que lo hacen bien. Este estudio muestra que no es así. Es recomendable que el CS, la jurisdicción sanitaria, la SEDESA y hasta la SSA a nivel federal, implementen un programa de sensibilización y capacitación sobre la calidad de los registros antropométricos y su alcance, que incluya la verificación de los instrumentos y procedimientos. Es pertinente proponer un esquema de capacitación y estandarización antropométrica, entre el personal médico y de enfermería, en aras de la calidad de la información y de sus alcances clínicos y epidemiológicos.

4.1.3 Caracterización de la epistemología médica sobre la AI.

El marco general en el que ocurren las consultas médicas, muestra una epistemología médica que separa a los sujetos involucrados, madre y bebé, y los toma como dos *pacientes* y dos *padecimientos* distintos. Se trata la alimentación infantil por un lado y casi no se habla de la alimentación materna, algún doctor terminó la consulta diciéndole a la madre,

Usted va a comer bien ¿eh? C1

Se separa la consulta postnatal del bebé de la consulta materna postparto, y se disocia así la acción médica en dos sujetos por separado. Por un lado, las madres en postparto reciben atención y revisiones ginecológicas; por el otro, un bebé que crece se examina de manera frecuente mediante los alcances del programa *Control del Niño Sano*. Ambas cosas ocurren en el mismo CS y, cuando hay, se registran en el mismo expediente familiar, a veces hasta las realiza el mismo médico.

No se reconoce en la crianza infantil la interacción de al menos dos sujetos, una madre y un bebé, sino que se focaliza la atención en el bebé y se ignora a la madre. Ambos agentes sociales están separados epistémicamente, en la medicina mexicana, por la ginecología, que mira hacia la madre, y la pediatría, o si se quiere, la neonatología, que atiende al bebé. Esta disociación está influenciada por el desarrollo de las instituciones médicas mexicanas, que florecen en los años 40, con énfasis en especialidades médicas, que se manifiesta hasta ahora en la consulta médica de primer nivel. El C3 revela esta separación, cuando la doctora pregunta,

¿Por qué me lo traes? C3

Y la madre responde

Me dijo que a los diez días para checarlo. Hace ocho días vine y ya me checó a mi y me dijo que se lo trajera. C3

O bien el C6, cuando una madre que amamanta, identificada como socialmente vulnerada, a las 4 semanas postparto pide,

¿Y qué me receta a mi? C6

La doctora responde

Tiene que pasar a consulta, esa es otra ficha. C6

La posición de autoridad del médico, independientemente del género (Salas, 1998), y la certeza sobre su conocimiento, aunque esté errado, se manifiestan en muchos casos. En el C1 llega a ser inútil, en una discusión sobre la noción materna de “aliviarse” como sinónimo de parto, muy común en México; en el C12 se exhibe en extremo; en la doctora en servicio social del C5, en el ejercicio de su función y acción sobre el tema, no se distingue de los médicos con muchos más años de servicio. Hay un médico que se enreda con la preparación de las fórmulas, al confundir las onzas líquidas de preparación, de lo que hablaba la madre, con las *medidas*, que son las cucharitas que vienen en las latas de leche en polvo para dosificar la preparación, pero aun así deja clara su posición de autoridad.

Desde la perspectiva médica hay un bebé que necesita comer y ser alimentado con LME, pero hay una ceguera epistémica hacia una madre que tiene que producir leche. O más bien, hay un estereotipo naturalizado sobre lo que deber ser la madre de un bebé. Dice el doctor en el C1.

Digo, a lo mejor se vaya a escuchar mal pero es cierto. Yo nunca he visto a una gatita o a una perrita dándole NAN1® a sus cachorros. C1

Se asume que por el hecho de ser mujer y madre, la madre debe hacer lo que corresponde. En este caso, producir leche, dar de mamar y cuidar amorosamente a su bebé. La madre es un pecho que debería estar produciendo leche y amamantando a un bebé, que *se pega* porque sí, por instinto. Los médicos no ven a la madre como la contraparte necesaria en la interacción fisiológica para la lactancia, donde ella toma

decisiones diariamente con los conocimientos y saberes a su alcance, en un entorno familiar con condiciones específicas. Dice una doctora,

Un mecanismo por hormonas. Si la bebé está llorando se empieza a estimular la producción de leche. O sea que, mientras tu te la vas pegando más se va a seguir produciendo leche, si dejas de ponértelo sin darle pecho va a llegar un punto donde ya no va a salir, vas a tener que darle pura fórmula. Yo te recomiendo que le des puro pecho. C5.

Otro de los argumentos médicos y de la medicalización es la naturalización de la lactancia como un deber materno y no como una práctica alimentaria en la intervienen una madre que produce leche y un bebé que la consume, en un entorno social y familiar dado. La LM se abstrae de todo el proceso de la crianza y del entorno familiar y se torna como un proceso fisiológico gobernado por las hormonas y el instinto, se generaliza en su fisiología y se impone como mandato natural casi divino, materno, sin comprender bien lo que las madres hacen y por qué lo hacen. El médico del C1 dice,

Se supone que la alimentación que le proporcionan los senos de usted debe ser lo suficiente para llenarla. ¿Cómo se puede hacer para que usted produzca más leche? Tomando bastantes líquidos y favoreciendo el darse un masaje en los senos cada vez, antes de que usted le vaya a dar pecho ¿aja? C1.

La imagen médica sobre la producción y entrega de leche materna parece describirse con la metáfora de la bomba de agua en los pozos de las películas oeste: una manija que se mueve, “masaje” y “tomar agua”, y un grifo que entrega “leche”. “Mala técnica de administración” diagnostica la doctora en el C5, pero no sabe corregirla y propone una alimentación combinada, a una madre que trabaja en una estética pequeña.

El C17 ofrece la narrativa de la trayectoria del uso de fórmulas en un bebé de 5 meses, 22 semanas de edad, que ya no toma leche materna, pero lo intentó durante dos meses. El doctor comienza con un

No hija. El pezón se debe poner en la mejilla y el bebé por instinto agarra el pezón. C17.

El doctor se refiere al reflejo de búsqueda que opera en la etapa neonatal, que en este bebé de 5 meses, alimentado con fórmulas y biberón desde que nació, ya no aplica. El caso reseña que se usaron fórmulas en el hospital al nacimiento y que la madre

intentó amamantar durante dos meses. Al día de la consulta, a los cinco meses, su alimentación consiste en fórmula, agua, té con azúcar, y el doctor manifiesta,

Mira hija, lo ideal es darle pecho a los bebés cuando menos de cuatro a seis meses, cuando menos. Ya después le puedes dar lo que quieras. C17.

Con esta frase se juzga a una madre que intentó amamantar durante dos meses pero que no consiguió establecer la LME y terminó utilizando únicamente fórmulas, como una madre que no cumplió con el mandato materno. El C18 es otro bebé de la misma edad y en las mismas circunstancias, que muestra la asignación reiterada de la culpa materna. Dice el médico

Bueno, si te comento esto de que le va a hacer falta. Los bebés lo necesitan por lo menos hasta el año darle su pecho. Porque están pasando muchas cosas, defensas, proteínas, vitaminas, .pero ahora le va a hacer falta eso. C18

Más adelante insiste el doctor,

Porque te vuelvo a decir. El hecho de que tú le hayas quitado el pecho le va a afectar, desgraciadamente pues ya no podemos hacer nada. Lo que sí podemos recomendarte eso que te decía, alimentos frescos. Yo no estoy en contra de la compañía Gerber®, pero mejor no le des esos alimentos. C18

En la consulta los médicos plantean dilemas clínicos que se resuelven con la voluntad materna y regañan, acorralan, callan o ignoran, a las madres mediante un “Yo te recomiendo...” que aplaca la conciencia, porque hay que hablar de que la lactancia es buena para el bebé, pero terminan juzgando y censurando a las madres, proponiendo situaciones imposibles, ideales naturalizados, que ya no tienen nada que ver con la alimentación que lleva el bebé, Hay médicos que llegan a entender el problema clínico, como la doctora del C12, aunque lo que dicen puede no tener sentido para esa madre que ya no amamanta, que se defiende, pero que es obligada a amamantar al bebé en la consulta. Hay un sometimiento de la autonomía materna que no ayuda a solventar una recuperación de la lactancia, en una pareja madre-bebé en crisis de lactancia. En la entrevista post consulta, la madre manifestó su confusión y enojo. La doctora dice.

Yo ya desde que estabas embarazada te dije que lo que hagas va a ser decisión tuya. Si le quieres seguir dando de comer pues tienes que darle. C12

Un ejemplo sobre la falta de argumentos clínicos se refleja en la incomprensión de los médicos sobre lo que implica el modelo “lactancia materna a libre demanda”(Laurence, 1980) ya que es sistemática la mención de horarios y estructuras alimentarias “cada 3 a 4 horas” o “15 minutos de cada seno”. Los casos C4 y C5, ambos de un mes de edad, muestran esta confusión por parte de los médicos y cierta incertidumbre por parte de las madres.

Yo siento que no se llena. C5

Dice la madre en el C5, y la doctora responde,

Si tú te acomodas a darle a libre demanda, pero por eso no se está llenando. Yo creo que es conveniente darle cada cierto horario. C5

Este caso es ilustrativo del momento, al mes de edad, en que la madre pide autorización para utilizar fórmulas, y la doctora ofrece un dilema,

Las dos son voluntarias, pero es que bueno, depende, ¿qué prefieres, dar pecho o fórmula. O los vas a combinar?. C5

Otro asunto insuficientemente identificado por los médicos se refiere a las condiciones que requiere la LME, pues se reconoce y se acepta francamente la utilidad de las fórmulas infantiles, como en los casos C5, C8 y C15. Asimismo, hay aceptación del uso de biberones en la crianza infantil, como lo muestra el doctor al final del C1.

Ay, a mi no me gusta, pero luego es inevitable. Si le va a dar biberón, tratar de que sea biberón que tenga forma anatómica C1

El mismo médico poco después dice,

O, no es para hacerle publicidad, pero es para que usted se fije de qué tipo de biberones son, se llaman Avent ®” C1 ,

O el C9, que los pone en igualdad de condición y termina diciendo,

Cada vez que le dé el pecho o le dé la mamila, sáquele el aire. C9.

O el médico en el C20, que termina la consulta diciendo,

Mucha limpieza con sus cositas, cada vez que le lave la mamila y eso. C20

Además, las indicaciones para dar líquidos y fórmulas son en onzas como en el C7, que para prescribir suero oral para un bebé de 5 semanas de edad que tiene diarrea, que se alimenta con LME, a una madre de 16 años con escolaridad secundaria, la doctora llega a una metáfora del ámbito hospitalario que le pone palabras a la medicalización:

Cuando haga del baño le vas a dar tres onzas, con cucharadita. No se lo des así todo de una vez porque se va a vomitar. Tiene que entrar así como entra... ¿Has visto cómo entra por la vena. Viste que por la vena entra a gotitas, así se lo das por la boca, así muy muy poquito. C7

La pregunta médica ¿qué come el bebé? es rutinaria, superficial y no tiene la intención de identificar el estatus alimentario infantil. Es más bien, el argumento para comenzar una letanía en torno a cómo debe de ser la lactancia materna, que la madre sólo escucha, pero que puede identificar o no con su práctica cotidiana. En dos casos la pregunta ni siquiera se hace: C8 y C9. Algunos médicos se pronuncian por la alimentación complementaria a los 4 meses y las fórmulas resultan un recurso para echar mano,

Solamente si no aumenta de peso de aquí a quince días, pues entonces si ya le agregamos una leche, pero lo más común ahorita es que tengas que tomar mucho agua para que tengas más lechita. C3

La precisión descriptiva de la modalidad de AI entre estos médicos es del 50%. Esto indica que no hacen las preguntas pertinentes y que no todos tienen la claridad necesaria sobre la relación entre la demanda y la producción de leche materna y sobre lo que se necesita para lograr un buen agarre, entre un bebé que succiona y una madre que produce y ofrece leche, a través del amamantamiento. Todo se reduce a un modelo naturalizado y a una madre que no quiere amamantar y que prefiere dar biberón. El C2 es ilustrativo de que la pregunta que hace el médico tiene una respuesta, pero no describe el estatus alimentario infantil; el C8 es extremo pues ni siquiera se pregunta.

Los médicos tampoco tienen la noción de “crisis de lactancia”, C12, “síndrome de confusión infantil”, C17, o de incertidumbre materna ante la “insuficiente producción de leche”, todos ellos problemas asociados al uso de fórmulas y biberón, que son invisibles o menospreciados, mientras se asume que la alimentación mixta es posible,

como en el C5. Lo que se percibe es una madre que no quiere amamantar, el C12 lo muestra con crudeza.

Pues sí te digo, aquí no hay mas que de dos sopas: o le das para que sigas estimulando tu seno o ya no te va a bajar. Si eso es lo que tu quieres pues no te va a bajar. Pero sí, con la fórmula los niños se estriñen C12.

La producción de leche materna está asociada al consumo de agua por parte de la madre, a los masajes, a *pegarse* al bebé, a darle, a la estimulación y al establecimiento de horarios; pocas veces se relaciona con la succión efectiva, el número de tetadas en 24 horas, las sensaciones de vaciamiento y llenado de los pechos maternos, el sueño y el llanto del bebé, al buen agarre, no dar líquidos, a la confianza materna, al entendimiento entre ambos.

Los médicos esperan que las madres escuchen, entiendan y practiquen lo que ellos indican; si las madres no lo hacen, es por negligencia o por ignorancia. De nuevo, el C12 es ilustrativo de esta imagen, también los casos C17 y C18. Esta opinión también fue manifestada frecuentemente en las entrevistas médicas. Los médicos se perciben a sí mismos como educadores de una población analfabeta en cuestiones de alimentación infantil, argumentando que la medicina tienen la razón. En el C15, la doctora desacredita el uso de una preparación a base avena y leche entera de marca Nido®, que reconoce como inadecuada para la alimentación de un bebé de 3 meses y medio, y pregunta,

¿Quién le dijo que le diera leche Nido®? C15

La madre responde,

Mi suegro. C15

La doctora replica,

¿Su suegro? Si él no es doctor. C15

Con varios casos, se puede trazar la trayectoria de las interacciones MM y rastrear el papel médico en la alimentación con fórmulas. Comienza con el C1, que le dan fórmulas durante la estancia hospitalaria de un parto por cesárea. Sigue en el C5, en que la madre recibe la sugerencia médica de la combinación de LM y fórmulas, a las 4 semanas. Más adelante, el C8 recibe la siguiente prescripción médica,

Hay que alimentarlo con leche materna, de preferencia hasta los cuatro meses de edad ¿de acuerdo? Pero si no le alcanza la leche materna le puede dar leche NAN1®. ¿De acuerdo? C8

El C14 muestra el momento del destete inminente a las 13 semanas, y el C17 y C18 son alimentados únicamente con fórmula. La trayectoria para el uso de fórmulas comienza en el hospital, lo que desencadena muchos problemas de la relación madre-bebé para el amamantamiento. Sin embargo, no hay en el entendimiento médico elementos que ayuden a identificar el uso de fórmulas en el hospital como un obstáculo a la LM, ni una aproximación que ayude a revertirlo, como pretende la consejería, sino que censura el quehacer materno hasta de lo que les hacen en los hospitales, o de los medicamentos que les prescriben.

Por parte de los médicos, hay desconocimiento de cómo funciona la relación madre-bebé en el amamantamiento. Por ejemplo, se habla poco y mal de las condiciones necesarias para que la relación la demanda-producción de leche materna llegue a un equilibrio. Quien mejor lo explica es la doctora en el C12, pero con un nivel de violencia elevado, que la madre resiste. Los médicos no saben observar, distinguir ni hablar sobre un buen agarre y uno malo. Ven a una madre que le quitó el pecho a su hijo por negligente, C18, y no un síndrome de confusión infantil o crisis de lactancia. Parte del problema es que muchos médicos están influenciados por la industria de alimentos infantiles y algunos tienen como equivalentes a la lactancia materna y las fórmulas; otros confunden la lactancia a libre demanda con seguir horarios de cada 3 a 4 horas; unos no preguntan si el bebé toma leche materna, fórmula y/o agua, ni cómo se le dan. Otros médicos insisten en dar agua, otros poquita agua y otros “ni agua”.

Entonces, hay argumentos para identificar serios problemas en el alcance de la epistemología médica sobre la AI, al menos en estos casos, y es posible identificar muchas deficiencias y errores sobre aspectos fundamentales, que merecen una revisión a la luz del conocimiento actual y de los consensos internacionales. En este colectivo médico, el modo de pensamiento sobre la AI se puede caracterizar como arcaico, anacrónico, medicalizado e insuficiente para ofrecer servicios a la población que acude al CS. Todo eso puede mejorar con información y con voluntad política.

Para lograr que la prescripción alimentaria se constituya en el núcleo de la medicalización, el saber biomédico requiere estandarizar a los sujetos para concentrarse en los procesos. Es decir, tiende a omitir la función diversidad social, económica, política, cultural y psíquica de los sujetos sociales, en este caso la madre

que cría un bebé y un bebé que es criado, para concentrarse en la adecuación hacia una práctica alimentaria, la lactancia materna, y su prevalencia en el tiempo.

En el caso de la AI, la estandarización se asienta en argumentos como que la leche materna es el alimento con más alto valor para la salud infantil, que los bebés comen cada tres a cuatro horas y que todas las madres deben amamantar; que si no lo hacen es porque no quieren o por ignorancia. Estos supuestos adquieren una fuerza ideológica de tal magnitud, que avalan que el personal de salud se permita censurar prácticas de las mujeres y las familias sin reconocer que dar de comer a un bebé no es sólo una actividad biológica. Se naturaliza la práctica y se ignora a los agentes sociales significativos, es decir, la condición de la relación madre-bebé en el proceso del amamantamiento, que se requiere para que la LM ocurra. Se toma la lactancia como un hecho dado por la naturaleza de la madre y no como una conquista de la naturaleza materna de la madre en cuestión.

4.1.4 Caracterización de la epistemología materna sobre AI.

Es ineludible considerar que para que la LME ocurra, se requiere un cuerpo materno que llegue a producir alrededor de 750 ml de leche materna diariamente. Esta leche tiene que ser *entregada* a un bebé singular mediante 8 a 12 tetadas por día, durante los primeros seis meses de vida. La lactancia puede continuarse, agregando alimentos complementarios, hasta al rededor de los 2 años en que ocurre el destete. Eso es un trabajo duro y toma mucho tiempo. La LME conlleva muchas horas diarias de interacción madre-bebé, para conseguir producir, ofrecer y mantener la cantidad de leche materna suficiente para soportar el crecimiento y el desarrollo infantil durante los primeros 6 meses. Requiere que dos sujetos, una madre y un bebé, se entiendan en un proceso fisiológico de altísima complejidad, muy sensible a los ambientes social, familiar y personal, lleno de obstáculos en los servicios médicos durante la atención del parto, y en la consulta médica de primer nivel se topan con un discurso autoritario, moralista, voluntarista y poco útil para resolver los diversos problemas y decisiones en el transcurso de la crianza infantil. Resulta heroico conseguir amamantar a un bebé, a menos que todo ocurra fácilmente, como en los casos C3, C4 y C13, o las que solo lo consiguen por dos meses como en el C17 y C18. Para los médicos, la madre que amamanta es la parte invisible de la ecuación demanda = producción, aunque algunos médicos saben sobre la fisiología de lactancia, como en el emblemático C12, no conciben a la madre lactando.

Las madres enfrentan la consulta médica de sus bebés en franca desventaja y ante un pensamiento médico como el descrito anteriormente. Muchas son mujeres jóvenes, pobres y algunas con muy alta vulnerabilidad social y baja escolaridad. Su condición está de manifiesto, de alguna manera, por ser usuarias de ese CS, que ofrece servicios preventivos y de atención a la enfermedad, hasta de manera gratuita, a la población que lo necesita. Una de ellas tenía mejor nivel socioeconómico, llegó en coche personal y estudió una licenciatura.

17 de las 20 mujeres dijeron dar algo leche materna a sus bebés el día de la consulta; solo 3 madres, C12, C17 y C18, no daban leche materna. Las demás intentan la LM en diferentes modalidades. 6 de con LME y 2 más, ofrecen además pequeñas cantidades de agua simple. 9 madres dan lactancia materna no exclusiva (LMNE), en diferentes esquemas. Además, los tres casos que al día de la consulta solo utilizan fórmulas, intentaron la lactancia, el C12, al parecer con LME hasta las 7 semanas, y en una crisis de lactancia de dos semanas de evolución, a las 9 semanas de edad infantil, le dice la madre al doctor,

No, ya no tengo leche. C17

Lo mismo ocurrió, en el C18, la madre dice,

No, es que no lo llenaba y le seguí dando pecho pero después ya no. C18

Esta es una ruta que sigue la alimentación combinada o mixta, es decir, cuando se utiliza leche materna y fórmulas infantiles. El caso 17 muestra el rechazo del pecho por parte del bebé y su predilección por el biberón, identificado como “síndrome de confusión infantil”.

Es que luego se voltea, yo le hago así solito, pero como ve que no es el chupón grande de la mamila, o algo así, se me voltea y no y no quiere y no. C17.

Es el camino que se puede esperar en el C5, en un bebé de 4 semanas, la madre establece,

Yo siento que no se llena. C5

Y más adelante pregunta,

Entonces ¿no importa fórmula, si le doy fórmula? C5.

Ante la sugerencia médica, la madre propone una alimentación combinada, pecho y fórmula, y ahí termina esa conversación y se pasa a otro tema. Es de esperarse que en un mes más se utilicen solamente fórmulas; la alimentación mixta no es fácil de mantener, aunque parece operar bien en algunos casos como el C19.

En este grupo social, todas las mujeres tuvieron la experiencia de la LM. 17 madres amamantaban el día de la consulta y tres ya no. La LME la realizan 8 de las 20 mujeres entrevistadas, equivalente al 40%¹, mientras que la media nacional es 14%, (INSP, 2012). 9 madres intentaban dar LM y además utilizaban fórmulas y otros alimentos, en diferentes proporciones. Hay evidencias del síndrome de confusión infantil y de insuficiente producción láctea, efectos asociados al uso de formulas, agua y tés. De diferentes maneras, en la consulta médica las madres expresan desconfianza sobre la satisfacción del bebé, y al acudir al médico va implícita la solicitud de autorización para realizar cambios importantes, como aumentar la cantidad de fórmula, ofrecer agua o dar otros alimentos.

Porque no se me daba la producción de leche. Cuando lo llevé a revisión me dijeron de la fórmula. Tenía un mes. C14

Este C14 es ilustrativo de la manera en que una madre de 16 años expresa el momento de la transición hacia al uso de fórmulas únicamente, por lo tanto hacia el destete en la semana 13.

De por sí, casi toma es más leche en polvo. C14.

Más adelante, de una manera tímida, esta madre pide autorización para utilizar la leche de la ayuda social, que es su pregunta de interés. El médico no la autoriza y recomienda continuar con la marca utilizada y ofrece el argumento de que esa es *maternizada*. El adjetivo maternizada no debe utilizarse para describir las fórmulas, según el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (OMS/UNICEF, 1981). En todo caso, es pertinente distinguir entre fórmulas de inicio para menores de 6 meses, y fórmulas de continuación de los 6 a los 12 meses. Del año en adelante este modelo alimentario seguiría con la leche Nido® kínder y luego la del preescolar y así, para toda la vida.

¹ Solo con fines comparativos se utiliza la cifra porcentual de las modalidades de AI, para la construcción de dos indicadores. Inicio temprano y porcentaje de <6 meses con LME.

El C19 muestra una madre con un bebé de 5 meses y medio, en transición a la alimentación variada que inició con alimentos complementarios alrededor de la semana 19, que a la fecha lleva una alimentación que consiste en

Pecho y fórmula y ya le doy papillas. C19

Durante las consultas, las madres dicen poco sobre lo que hacen para dar de comer a los bebés, y cuando van a decir algo los médicos las interrumpen, les hacen preguntas innecesarias o confusas, y les recitan modelos ideales que no necesariamente practican, como en el C1, y en el C12 en extremo. En los casos C8 y C9 ni siquiera preguntan, prescriben un modelo alimentario; las madres responden casi con monosílabos. Son las madres, en un ambiente familiar propio, la que ponen en práctica las actividades alimentarias cotidianas, guiadas por su saber y experiencia, las que interactúan con los médicos en las consultas, las que toman ciertos elementos de significación provenientes del saber médico, aunque siempre posicionadas en la subordinación social de la relación médico-paciente. (Salas, Torre, y Pérez-Gil, 2011).

El dilema sobre cómo alimentar a un bebé se libra también en dos frentes: en los servicios de salud y en el mercado. Las decisiones maternas que establecen las prácticas de AI, tendrán que lidiar con ambos y resolver el asunto como buenamente puedan. Hay muchos obstáculos en el mundo cotidiano para amamantar, hay complicaciones anatómicas, fisiológicas, funcionales o inexperiencia, que hacen difícil su instalación y su práctica; hay presiones en el mundo laboral y social para no amamantar; hay una sociedad que desconoce y hasta rechaza con cierto desprecio la LM, y considera al biberón como un instrumento liberador.

Sin embargo, en este grupo todas las mujeres intentaron practicar la LM, aunque menos de la mitad, 8, lo consiguen de manera exclusiva. En 6 casos las madres hacen referencia a la capacidad de *llenar* al bebé, mostrando el camino de la desconfianza materna en el uso formulas en diferentes proporciones, desde 2 onzas después de la *tetada*, o comida, hasta 7 onzas cada 4 horas, para los que no toman leche materna. La expresión materna, “no se llena”, merece una discusión teórica y una aproximación cualitativa, pues es una frase que tiene muchos componentes y diferentes caminos en diferentes mujeres, ante diferentes médicos. El alcance de las intervenciones maternas sobre la AI es restringido, pues casi se limita a contestar las preguntas médicas que, como se vio, no saben qué ni cómo preguntar.

Una propuesta más integradora de un tema como éste, obliga a ver a la madre y al bebé al mismo tiempo, en un asunto más general, la crianza infantil, que es mucho

más que la alimentación. Es necesario reconocer que la crianza acontece en el espacio doméstico y que involucra a mujeres-madres singulares, y no a las mujeres en general. Son las madres, en un ambiente familiar propio, quienes son tomadas físicamente por la reproducción y la crianza, en lo que Breilh (Breilh, 1991) llama la triple carga, que se refiere al desgaste femenino asociado a la reproducción, digamos biológica, de la descendencia. Las otras dos cargas de la reproducción social asignadas al cuerpo femenino son, el trabajo doméstico y el trabajo asalariado. Por lo tanto, la crianza y los agentes sociales involucrados, merecen acercamientos desde la base de los derechos humanos y constitucionales, hasta la especificidad de los derechos reproductivos o a una vida sin violencia.

4.1.5 Elementos para dialogar sobre la AI.

La temática alimentaria del siglo XXI plantea desafíos de diversa naturaleza. En México la alimentación adquiere relevancia por su problemática, por su magnitud y por los efectos en la salud y en la economía de la población. Sin embargo, las políticas públicas resultan inconsistentes e inadecuadas, ya que aunque se reconoce que muchos mexicanos padecen hambre, la producción y distribución de alimentos está en muy pocas manos y cada vez es más *global*. Los alimentos suben de precio y se está chatarrizando la alimentación general. La producción de alimentos es un desbarajuste y se importan grandes cantidades de alimentos básicos, disminuye el poder adquisitivo del salario y aumenta el número de pobres. Paradójicamente, con una de las mejores cocinas del mundo, comemos muy mal. La obesidad y sus consecuencias se extienden entre los sectores pobres, urbanos y rurales, y en todos los grupos de edad; millones de personas aún tienen hambre o incertidumbre alimentaria y la desnutrición no es cosa del pasado. La obesidad y la desnutrición son las dos caras del serio problema alimentario que tiene México. La AI es solo el principio de toda la trayectoria alimentaria de cada quien y tiene carácter fundamental.

La aceptación del uso de fórmulas en biberón para alimentar a los bebés ha permeado a todos los sectores de la sociedad mexicana, comenzando por el gremio médico. Muchas familias consideran adecuado alimentar a los bebés con fórmulas pues resulta moderno, fácil y conveniente. Para muchos médicos, la leche materna y las fórmulas son equivalentes, y en muchas ocasiones las fórmulas son útiles o necesarias. Constituyen una posibilidad para alimentar a los bebés que lo necesitan (OMS/UNICEF, 2009).

El desafío actual, es que las nociones y preceptos sobre la AI se han medicalizado y ya no pertenecen al saber popular y doméstico, al sentido común, pues van tres generaciones de mexicanos que se han alimentado con fórmulas de manera masiva (Pilar Torre, 1993), y han crecido las coberturas institucionales de atención a la salud materna e infantil, lo que coloca en el espacio médico el reconocimiento del saber sobre el tema de la AI. Ahora las prescripciones y recomendaciones alimentarias están en los contactos de las familias con el sistema de salud, y las madres consultan la opinión del médico para grandes decisiones alimentarias (Salas, 2011). Al parecer, se ha cumplido la profecía de Illich (Illich, 2006), la medicalización despoja a la sociedad del conocimiento sobre cómo alimentarse y se produce una iatrogenia social. Una sociedad que no sabe alimentarse tiene mucho que perder.

Las empresas productoras de alimentos infantiles son las que dictan la pauta, con un margen de tolerancia por parte del Estado mexicano, que alcanza dilemas éticos. Además, son pocas las acciones ciudadanas como El Poder del Consumidor y La Liga de la Leche, para que lleguen a incidir en la formulación de políticas públicas que incorporen las demandas ciudadanas. Sin embargo, es posible imaginar escenarios futuros con políticas públicas sensatas, realizadas por instituciones y operadores efectivos, que aspiren al cumplimiento de los derechos constitucionales a la salud y a la alimentación.

Los diálogos sobre alimentación y nutrición infantil deben volverse temas académicos, clínicos y de discusión social, en el marco de la epidemiología sociocultural, con el desafío de alcanzar a las políticas públicas y las acciones ciudadanas. Las gestiones del Estado han sido poco acertadas y se sigue culpabilizando a las madres de su ignorancia y de alimentar mal a sus familias, como se observa en la gran mayoría de los materiales educativos gubernamentales, aunque estamos frente a políticas estatales que no afrontan adecuadamente los problemas alimentarios. Se requieren acciones asistenciales, normativas y legislativas para contener los daños de la alimentación chatarra (*junkfood*), en la salud de la población. Producir, distribuir y consumir alimentos saludables es una tarea monumental que no se reduce a juzgar las prácticas individuales frente a un mercado obesogénico y depredador (Lang y Heasman, 2004). La función del Estado tendría que imponer el bienestar general por encima de la ganancia y el despojo, lograr que las empresas asuman su responsabilidad social y que la mercadotecnia y la comercialización se orienten hacia un comercio justo, con alimentos de calidad para el consumo saludable y sustentable.

Optar socialmente por un modelo alimentario para la infancia acorde con las recomendaciones de la OMS, involucra a todos los sectores de la sociedad. Ciudadanos, familias y madres tendrían que poder tomar decisiones de manera informada, y eso tiene relación con los determinantes sociales de salud, incluido el capital social, como mostraron estos casos. México cuenta con edictos suficiente para sustentar acciones de gran alcance en políticas públicas. También ha suscrito todos los pronunciamientos de la ONU y sus agencias. Se necesitan menos leyes y más acción. El marco normativo debe ser consistente, más simple y menos anacrónico. El sector académico en México discute muy poco el tema, y los que más publican sobre AI están vinculados con el gobierno, con las grandes empresas alimentarias y con grupos de poder local, por lo que se pueden presentar conflictos de interés (Torre y Salas, 2013).

El alcance de las políticas públicas a favor de la LM se puede ver comparando los informes de UNICEF para México y diferentes países de la región, mediante los dos indicadores básicos: inicio temprano de la LM, en la primera hora postnatal; y la prevalencia porcentual de LME en menores de 6 meses. México tiene niveles muy bajos en ambos indicadores, 39% de inicio temprano y 14% de LME. En los años 80, Brasil desarrolló una acción política, académica y ciudadana a favor de la LM de gran alcance; actualmente en Brasil el inicio temprano se hace en el 43% de los nacimientos, y la prevalencia de la LME es de 39%, más del doble que en México. En Colombia las cosas están mucho mejor, el inicio temprano se da en el 57% de los partos, y la exclusividad en 43% de los menores de 6 meses. Argentina 53 y 33% comparativamente (UNICEF, 2014). Es evidente que México lo que se ha hecho no se hizo bien y el alcance de los programas y las acciones es nulo, pues no ha logrado contener, ya no se diga revertir, la tendencia hacia el uso de fórmulas infantiles y biberón. La formación médica, la omnipresencia de fórmulas en el sistema de salud, los vínculos de la industria con grupo académicos y hospitalarios, la baja regulación del mercado fórmulas, han colaborado en la percepción social sobre la utilidad de las fórmulas y han colocado a México en esta situación. El camino de una política pública efectiva todavía no se ve.

La LM es un evento muy complicado, pero para los médicos la lactancia ocurre porque sí. Las madres producen leche porque son madres, y si no lo hacen es porque no quieren o porque hacen todo mal, como en el emblemático C12. Sin embargo, en ninguna de las consultas se pueden identificar eventos pertinentes a la AI, como serían la frecuencia y la eficacia de las tetadas, la cantidad y la marca de la fórmula, y qué otras cosas come o toma el bebé en 24 horas, incluidas agua, vitaminas y

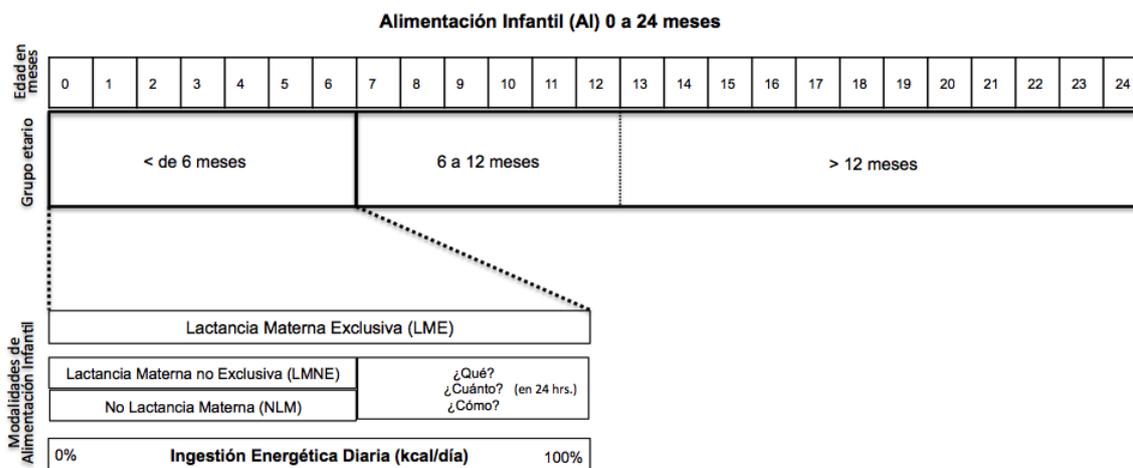
alimentos, en biberón o cómo. Esas serían las preguntas a hacer durante la consulta médica para caracterizar el estatus alimentario infantil, al menos en menores de 6 meses. En este grupo, las madres ponen en práctica un esquema alimentario singular en función de las situaciones que enfrentan, 8 practican la LME, 9 más combinan las fórmulas con la LM, 3 ellas ya no amamantan, pero lo intentaron. Algunas ofrecen agua, tés, y/o alimentos, antes de los 6 meses, sin embargo no parecen temas de interés en las interacciones verbales sobre AI.

Desde el enfoque metodológico de la nutrición, entendida como disciplina que estudia la alimentación humana, las preguntas que permiten asentar el estatus alimentario infantil y hacer recomendaciones eficaces y no generales, serían: qué, cuánto y cómo *comió* el bebé en 24 horas, y cuál ha sido su trayectoria alimentaria (Salas, 2011) desde el nacimiento, o desde algún momento significativo, según las particularidades de cada caso, bien preguntado y de manera sistemática. Hay que indagar sobre el número de tetadas y sus características, sobre la cantidad y el tipo de fórmulas, agua y tés, con o sin azúcar, jugos, sueros y qué otros alimentos, sobre el uso de biberón, cuchara, vaso y chupón, los patrones de sueño y vigilia y la frecuencia de excretas, todo eso en 24 horas. Pero sobretodo, hay que explorar las condiciones maternas para llevarlo a cabo. La crianza alcanza aspectos de la autonomía materna, de los derechos reproductivos y de la infancia, de las condiciones de vida y el capital social de cada grupo familiar, que la epistemología médica sobre la AI no alcanza a percibir. Estas cuestiones merecen una discusión pública, y aquí se ha presentado una caracterización de esas epistemologías en juego, para tener puntos de partida.

Por lo que los médicos preguntan, como por lo que no preguntan, se puede decir que en la consulta médica de primer nivel en este CS no se logra la comunicación necesaria para caracterizar el estatus alimentario infantil, ni los problemas para la LM. Esto constituye la base para señalar los temas y espacios para la consejería, que serían de utilidad para lograr mayor apego a las prácticas alimentarias consistentes con el modelo de referencia de la OMS. El C5 y el C12 son ilustrativos de que las madres necesitan consejería y no regaños, y que las cosas se pueden hacer mejor.

Se propone un modelo descriptivo para la lectura del estatus alimentario infantil, a probar en los servicios de salud y también en la descripción epidemiológica, para caracterizar las modalidades alimentarias. Estudios posteriores, de mayor alcance y presupuesto, pueden validar empíricamente las categorías propuestas y sus indicadores. Por lo pronto es una sugerencia que resulta de lo observado y analizado en esta tesis.

Figura 4.1 Categorías descriptivas del Estatus Alimentario Infantil



Al aplicar el modelo a los 20 casos de este estudio, el resultado es que hay 9 modalidades alimentarias distintas, que se pueden agrupar en las tres categorías básicas, de la siguiente manera: 8 con LME; 9 con LMNE; y 3 con NLM. Es oportuno recordar que a menor número de caso menor edad infantil. Parece un modelo apropiado al primer nivel de atención en salud, pero para que resulte útil tendría que gestionarse desde las unidades básicas de atención, los centros de salud, que como se vio tienen muchos problemas prácticos y epistémicos, que limitan su alcance como unidades de información básica en AI.

Figura 4.2 Modalidades de Alimentación infantil para los 20 casos

20 CASOS		MODALIDAD
LME	C3	LME n=8
LME	C4	
LME	C7	
LME	C10	
LME	C11	
LME	C13	
LME+A	C6	
LME+A	C9	
LM+F	C1	LM no E n=9
LM+F	C5	
LM+F	C8	
LM+F	C16	
LM+F+Liq	C2	
LM+F+Liq	C14	
LM+F+Alim	C19	
LM+Alim+Liq	C20	
LM+F+Av	C15	
F+Liq	C12	No LM n=3
F+Alim	C17	
F+Alim	C18	
LM=Lactancia Materna A=Agua F=Fórmula Liq=Líquidos Alim=Alimentación Av=Alimentación variada		

Los 9 casos que tienen LMNE se pudieran beneficiar con una recomendación adecuada, y con la consejería pertinente podrían mejorar sus prácticas. Los tres casos con NLM, muestran que en los servicios de salud de primer nivel no se resuelven acertadamente y a tiempo las dudas alimentarias, que los médicos plantean dilemas y que las madres no pueden construir decisiones favorables a la LME, aunque lo intenten. Por lo tanto, los centros de salud no se han constituido en espacios para que se cumpla la última recomendación de los 10^º pasos de la IHAN, que establece:

10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las mujeres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica. (OMS/UNICEF, 1981)

Poner en operación estos grupos de apoyo facilitaría la LME, con madres guiadas por otras madres que han tenido experiencias positivas y por personal capacitado. Un médico vislumbra esto, pero que reconoce que no funciona y que no le toca a él hablar de eso.

A veces tenemos una plática para los bebés y el pezón C17.

Entonces, no se ha institucionalizado el espacio de la consejería grupal, madre a madre, en los CS. Una aproximación útil sería la unión entre la partería, como práctica profesional encaminada a la atención del embarazo y del parto, en México llamada obstetricia, junto con la puericultura, que no existe como campo disciplinario en México, pues prevalece la pediatría y la neonatología, para dar sentido práctico a la noción de salud reproductiva, ya que requiere contemplar tanto la salud materna como los requerimientos de la crianza infantil. Una práctica médica que integre la atención del embarazo, parto y puerperio, con la consejería en lactancia materna y salud infantil, es una mirada de la que se carece en la consulta médica en las unidades de primer nivel, como lo muestran los 20 casos en este CS.

Asimismo, se requiere caracterizar la LM tanto en sus aspectos biológicos como socioculturales desde una perspectiva de salud pública, poniendo énfasis en que se trata de procesos que suceden en cuerpos femeninos sexuados (Van Esterik, 2002), que comprometen la neurohormonalidad y la biología, pero no solamente eso. Las narraciones de las mujeres (Salas y Torre, 2009) muestran que la lactancia no es un hecho dado, no siempre es fácil ni se debe dar por supuesto su funcionamiento. La voluntad de las mujeres es fundamental para lograr que la lactancia materna sea posible, pero también lo son sus condiciones familiares, laborales, económicas, de contacto con los servicios de salud y en general de las condiciones de vida. Aplicar las recomendaciones internacionales sobre AI en las políticas públicas, requiere criterios flexibles y considerar los aspectos socioculturales de las prácticas alimentarias domésticas con aproximaciones interdisciplinarias, tanto para ser estudiada clínica y epidemiológicamente, como para diseñar acciones y programas de acción pública.

Una advertencia metodológica que vale la pena hacer, es que el grupo de edad que nos ocupa, desde el nacimiento hasta los 6 meses, no aparece como tal en la información demográfica del país, pues la información se presenta por grupos quinquenales de edad. El dato disponible de mejor calidad, relevante a esta temática, es el número de nacidos vivos registrados en un año; que, aunque contiene a los menores de 6 meses, no es la misma cifra, pero es la cifra mejor documentada.

Cada caso es un universo del que se puede sacar una conclusión. Cada caso aporta algún elemento para indagar. Cada caso es una lección. Son un grupo de 20 mujeres en edad reproductiva, 5 de ellas menores de 20 años, 3 de tan solo 16, muchas de ellas viviendo en condiciones de pobreza y marginación social. Es deseable que durante la consulta médica las madres pudieran describir, o mejor todavía, hacer en el consultorio lo que hacen para alimentar al bebé. Es decir, cuando hay problemas y

crisis de lactancia es conveniente observar una *tetada*, pero no se hace en ninguna de las consultas observadas. Lo que sí se vio fueron madres amamantando en la sala de espera del CS. Más bien, en la consulta médica las madres se enfrentan a la autoridad, la intolerancia y la incompetencia médica, que juzga, califica y culpabiliza a las madres hasta de lo que les hacen y les dicen en los hospitales, como en el C17, o porque los medicamentos que tomaron para una infección gastrointestinal eran incompatibles con la lactancia, C12. Es pertinente identificar los requerimientos maternos en términos de consejería, que bien hecha puede apoyar la LME en, al menos, 4 casos más, así como reforzar la confianza de las madres que amamantan, resolver dudas y compartir experiencias.

Cabe la reflexión sobre si la AI forma parte de la salud sexual y reproductiva, bajo la perspectiva de los derechos humanos. La AI está contenida en los argumentos de la supervivencia infantil aunque tiene repercusiones maternas, en el sentido de la crianza y la reproducción social, y ésta puede tener correspondencia con el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos (ONU, 1996). Lo que sí se puede proponer, es que la AI es un objeto de estudio multidisciplinario, porque incluye aspectos de la biología, la autonomía materna, las prácticas y las representaciones sociales, y la polarización social, que requiere del diálogo entre las disciplinas biomédicas y sociales. Las prácticas médicas relacionadas con la atención al embarazo, parto y puerperio, así como las prácticas sociales que se relacionan con la crianza infantil, las profesiones biomédicas y su dictado epistémico, tienen pendiente un diálogo sobre las formas en como se hacen las cosas en el Sistema Nacional de Salud de México, pues las maneras en que se atienden los partos y se trata a las mujeres en los hospitales públicos, con intervenciones altamente medicalizadas que rayan en la violencia obstétrica (Castro, 2014) son asuntos que tienen que alcanzar el debate social, las políticas públicas de población y salud el quehacer ciudadano. Esta tesis es un acercamiento al *habitus médico*, de una fracción del *campo médico*, la AI, que se tiene cabida en los derechos reproductivos, si se considera a la crianza como parte necesaria de la reproducción social. El *habitus* también puede ser materno, en el sentido de poner el cuerpo para la maternidad y la crianza como componente de la autoatención a la salud.

4.2 Conclusiones

El desarrollo de esta tesis permite aportar algunas conclusiones en torno a los procesos metodológicos, a los hallazgos y a los análisis, que sintetizan el alcance de este trabajo.

La definición de un objeto de estudio en aspectos de salud, como parte de los PSEAP de los grupos humanos, en este caso la AI, ofrece la posibilidad de abordarlo con una metodología cualitativa que resultó apropiada para caracterizarlo. Es posible replicar el modelo en otras instituciones, grupos sociales o grupos etarios, bajo los preceptos de la epidemiología sociocultural.

El estudio de casos, como herramienta para obtener la información empírica, fue útil para mostrar y analizar las interacciones verbales MM, muy cercanos a lo que sucede en el medio natural de la consulta externa. Este diseño también logró ofrecer una serie de materiales textuales, que pueden ser utilizados en otras discusiones y análisis, en esquemas de capacitación y de educación formal para profesionales de la salud.

La recuperación de estas interacciones verbales contribuye a un abordaje interpretativo, constructivista y hermenéutico de la AI en los servicios de salud. Tales interacciones ponen de manifiesto las relaciones de autoridad/subordinación propias de la relación médico-paciente en los sistemas de salud contemporáneos.

Los procesos de medicalización de la AI ocurren en el contacto de la población con los servicios asistenciales y preventivos que se ofrecen en los Centros de Salud. Se puede afirmar que el desarrollo de la consulta médica para menores de seis meses está influenciado por los programas operativos de las políticas de salud, como el de *Control del Niño Sano*, y por las normas de salud correspondientes, NOM, como era de esperarse.

Las opiniones y prescripciones emitidas por los médicos en torno a la AI, no pasan de pregonar los beneficios de la lactancia, pero los médicos carecen de las habilidades de consejería y soporte personal, para comprender un problema. El C12 es revelador de la falta de entendimiento entre una madre de 18 años, que reporta serios problemas con la producción de leche y que refiere claramente un momento que puede ser caracterizado como una *crisis de lactancia*, que la doctora juzga como una madre que no quiere amamantar y se desata casi un combate.

Se puede asentar que muchos médicos tienen carencias conceptuales y clínicas sobre los procesos fundamentales de AI, y que no hay consenso sobre sus características y

alcances. Los temas que se identifican como pertinentes para ser incluidos en procesos de capacitación y de formación universitaria son, inicialmente, los siguientes:

- Antropometría, estado de nutrición y crecimiento infantil
- Estatus alimentario infantil
- LME y alimentación a *libre demanda*: fisiología
- Fórmulas infantiles
- Agua y sueros
- Alimentación complementaria

Los médicos no distinguen a las mujeres como agentes sociales significativos que enfrentan la reproducción y la crianza en un entorno familiar y social singular, con condiciones de vida y prácticas sociales específicas. Naturalizan y generalizan a las madres que asisten a consulta, pero no llegan a distinguir los problemas relacionados con el uso de fórmulas y biberones Aspectos poco reconocidos y explorados por la práctica médica, pero que tienen un papel determinante en las prácticas de AI.

Por parte de los médicos, el saber materno se descalifica como prácticas y costumbres tradicionales, que son erróneas. Se asume que las madres son ignorantes en lo relativo al cuidado y la alimentación infantil, por lo que describen exhaustivamente las prácticas a manera de rituales que deben ser observados por las madres y sus familias. Es una interacción desigual en la que los médicos hablan mucho más que las madres, pero no se alcanza un diálogo equilibrado que pudiera tener efectos favorables en la construcción de las decisiones maternas.

Si se reconoce el alcance de las recomendaciones médicas en las prácticas de la población, y que las prácticas alimentarias se deterioran rápidamente, se puede argumentar que muchos de los médicos no cuentan con las habilidades y competencias necesarias para conducir mejor la AI. Entonces, es útil diseñar herramientas clínicas y metodológicas sobre este tema particular.

4.3 Bibliografía

- Barbosa, M. (2004). Entre naturales, ajenos y vecindados. Crecimiento urbano en Xochimilco 1929-2004. In M. E. Terrones (Ed.), *A la orilla del agua. Política, urbanización y medio ambiente. Historia de Xochimilco en el Siglo XX* (pp. 153-210). México: GDF, Delegación Xochimilco, Instituto Mora.
- Breilh, J. (1991). *La triple carga; trabajo, práctica doméstica y procreación: deterioro prematuro de la mujer en el neoliberalismo*. Quito: CEAS.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197.
- Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna (1981).
- Illich, I. (2006). *Obras Reunidas I* (Vol. I). México: FONDO DE CULTURA ECONÓMICA.
- INSP. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2012 *Resultados Generales*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Lang, T., Heasman, M. (2004). *Food Wars. The Global Battle for Mouths, Minds and Markets*. London: Earthscan.
- Laurence, R. (1980). *Breastfeeding. A guide for the medical profession*. St. Louis Missouri: The C.V.Mosby Company.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. (1994).
- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. (2006).
- Norma Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012, Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutricionales. Etiquetado y métodos de prueba (Continúa en la Quinta Sección) (2012a).
- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. (2013).
- OMS/OPS. (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. Washington, D.C.: OMS/OPS.
- OMS/UNICEF. (2009). Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna. (pp. 1-6): Organización Mundial de la Salud.
- ONU. (1996). Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (pp. 232). Nueva York.
- Peláez, M. L., Torre, P., Ysunza, A. (1993). Elementos prácticos para el diagnóstico de la desnutrición (pp. 70). México: Instituto Nacional de la Nutrición "Dr. Salvador Zubirán" (INNSZ) Centro de Capacitación Integral para Promotores Comunitarios (CECIPROC).
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. (2012b).
- Salas, M. (1998). *Flojita, flojita: Etnografía de las consultas de medicina familiar con contenidos de salud sexual y reproductiva*. (Maestría en Antropología Social), Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social., México DF.
- Salas, M. (2011). *La alimentación de un grupo de bebés menores de seis meses en Xochimilco, México: relaciones entre el saber materno/doméstico y el saber médico*. (Doctorado), El Colegio de Michoacán, Zamora, Michoacán.

- Salas, M., Torre, P. (2009). Alimentación infantil: voces maternas. In A. E. Castro (Ed.), *Salud, nutrición y alimentación: investigación cualitativa* (pp. 151-183). Nuevo León, México: Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León / Plaza y Valdés Editores.
- Salas, M., Torre, P., Pérez-Gil, S. (2011). Hacia una propuesta de epidemiología sociocultural en alimentación infantil. In A. Haro (Ed.), *Epidemiología sociocultural Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances* (pp. 349-370). Buenos Aires: Editorial Lugar, El Colegio de Sonora.
- Torre, P. (1993). Los sucedáneos de la leche materna en la Seguridad Social mexicana durante 1990. *Salud Pública Mex*, 35(6), 700-708.
- Torre, P., Salas, M. (2013). Una revisión bibliométrica de la alimentación infantil en México. *Gaceta Médica de México*, 149(1), 53-60.
- UNICEF. (2014). El Estado Mundial de la Infancia de 2014. En cifras. Todas las niñas y niños cuentan. Revelando las disparidades para impulsar los derechos de la niñez. (Vol. 2014, pp. 110). Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Van Esterik, P. (2002). Contemporary Trends in Infant Feeding Research. *Annual Review of Anthropology*, 31, 257-278.
- Wellstart, I. (2003). Lactation Management Education: Summary of Late Outcomes of Wellstart International's Faculty Development Program to Promote, Protect and Support Optimal Infant and Young Child Feeding. Retrieved 28 de Diciembre de 2013, 2013, from <http://www.wellstart.org/lam.html>
- WHO. (2006). Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development (pp. 312). France: World Health Organization.

Anexos

1. Guía de observación para la consulta médica
2. Guía de entrevista materna
3. Guía de entrevista médica
4. Fisiología de la Lactancia
 - a) Anatomía de la glándula mamaria
 - b) Regulación hormonal de la Lactancia.
 - c) Buen agarre y agarre deficiente.
5. Programa Curso Nestlé
6. Cuadro comparativo de las NOM sobre AI.

1. Guía de observación para la consulta médica.

GUÍA DE OBSERVACIÓN	Folio:
Hora de llegada al CS:	Fecha:
Número de madres con hijos menores de seis meses en sala de espera ¹	
Descripción del ambiente general:	
En consulta (solicitar la autorización médica)²:	
Nombre del médico: _____	
Duración de la consulta: _____	
Número y tipo de personas presentes en el consultorio:	
Uso del expediente clínico (o alguna otra herramienta para el registro):	
Número de interrupciones o eventos, y el tipo de ellos:	
Descripción general del desarrollo de la consulta:	
¹ A la siguiente madre con bebé menor de 6 meses que llamen a consulta médica, solicitarle autorización para observar y audio grabar la consulta. Una vez finalizada la consulta médica, solicitarle autorización para realizar entrevista materna. ² Se inicia la audio grabación. - Salir del consultorio después de la madre y el bebé.	

Las situaciones observadas en cada consulta se registran en el Diario de Campo y toda la dinámica de la consulta quedó audiograbada y transcrita.

2. Guía de entrevista materna

GUÍA DE ENTREVISTA MATERNA	
Fecha:	Folio:
MADRE	
Edad:	Escolaridad:
¿Con quién vive?	
Acompañada por:	
Ocupación:	
Trabajo, tipo e ingreso mensual:	
Tiempo de traslado de vivienda a CS:	
Tipo de transporte:	
Paridad:	Lugar y Tipo de parto:
Semanas postparto (igual a edad infantil):	
HIJO	
Fecha de nacimiento:	Edad en semanas:
Sexo:	Lugar y tipo de nacimiento:
Peso al nacer:	Peso en consulta:
Longitud al nacer:	Longitud en consulta:
¿Qué come el bebé? ¹	
¹ Se puede puntualizar al día de ayer o se puede abordar de manera general, pero siempre hay que preguntar si le han dado fórmula, agua, té, azucarados, con hiervas, otros alimentos y con qué utensilios.	

La entrevista materna tiene como objetivo obtener los descriptores seleccionados para presentar los perfiles materno e infantil. Cierta información a obtener puede haber sido manifestada durante la consulta y anotada en el diario de campo, por lo que no se vuelve a preguntar.

Estatus alimentario ¿Qué come el bebé? Se puede puntualizar al día de ayer o se puede abordar de manera general, pero siempre hay que preguntar si le han dado fórmula, agua, té, azucarados, con hiervas, otros alimentos y con qué utensilios. No se preguntó, pero hay que indagar si se utiliza chupón.

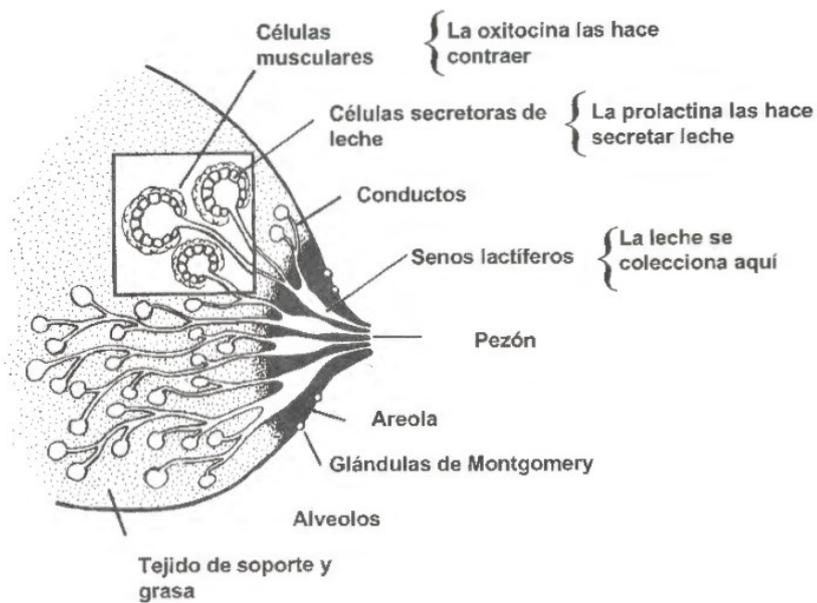
3. Guía de entrevista médica

GUÍA DE ENTREVISTA MÉDICA		
Folio:	Fecha:	Sexo:
Universidad donde estudió la Licenciatura:		
Especialidad:		
Cursos sobre AI:		
¿Recuerda algún autor que hable sobre el tema?:		
Opinión sobre lo que ve en la consulta sobre AI:		
Opinión sobre el papel del médico en la AI:		
El alcance de los servicios de salud en la AI		
¿Qué hacer?:		

Las entrevistas realizadas al personal médico fueron para conseguir los descriptores de su perfil y recoger algunas opiniones sobre la AI, que se expresaron en una conversación personal. Las respuestas son muy reveladoras de la opinión de los médicos, y se utilizan en la interpretación de los casos.

4. Fisiología de la Lactancia

a) Anatomía de la glándula mamaria

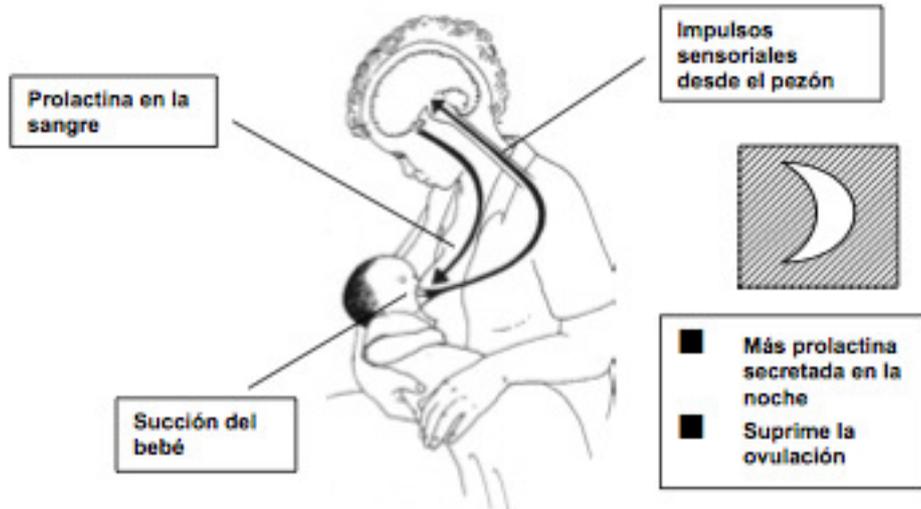


Fuente: OMS/OPS/UNICEF. Consejería en la Lactancia Materna: Curso de Capacitación. Manual del Participante. 1993:12.

b) Regulación hormonal de la Lactancia.

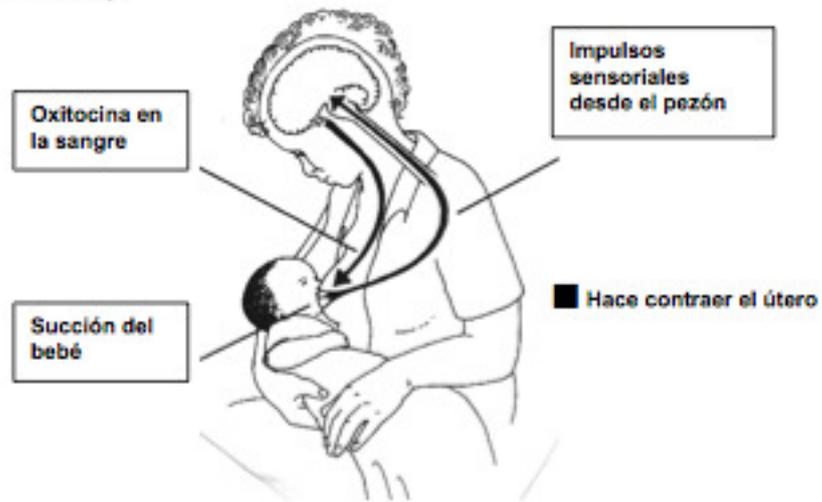
PROLACTINA

Secretada DESPUES de la mamada para producir la PRÓXIMA mamada.



REFLEJO DE OXITOCINA

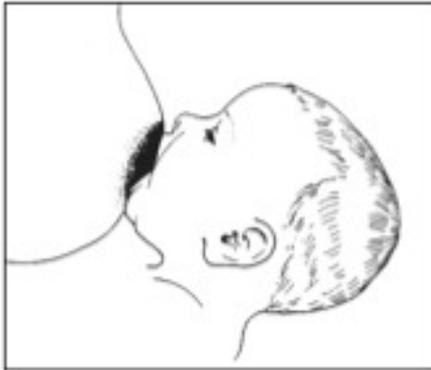
Trabaja ANTES o DURANTE la mamada para hacer que la leche fluya



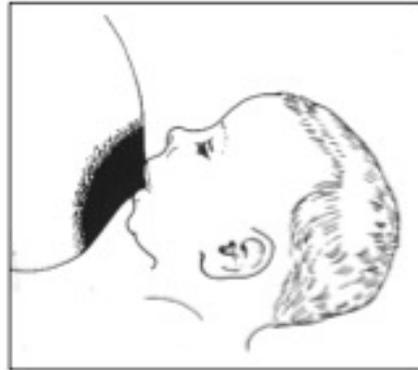
Fuente: OMS/OPS/UNICEF. Consejería en la Lactancia Materna: Curso de Capacitación. Manual del Participante. 1993:13.

c) Buen agarre y agarre deficiente.

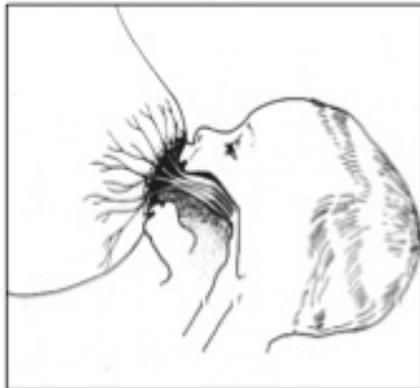
Buen agarre



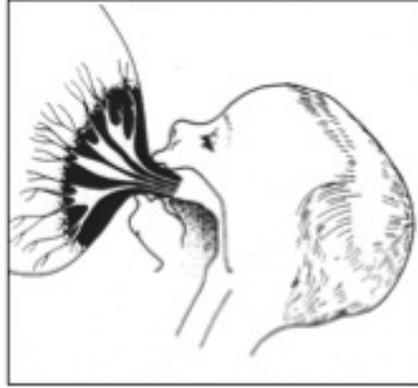
Agarre deficiente



Buen agarre



Agarre deficiente



Fuente: OMS/OPS/UNICEF. Consejería en la Lactancia Materna: Curso de Capacitación. Manual del Participante. 1993: 16.

5. Programa Curso Nestlé

Programa



Temas Selectos en Nutrición Pediátrica

22-23 de agosto 2012. Auditorio Nacional


Comienzo Sano
Vida Sana



Estimados Colegas,

Me es grato compartir con ustedes este Congreso que organiza Nestlé dirigido a Profesionales de la Salud, para el cual hemos seleccionado cuatro bloques temáticos muy interesantes: alimentación saludable en los diferentes grupos etarios: lactantes, preescolares, escolares y adolescentes; inmunología de la mucosa

intestinal e implicaciones para los lactantes; las enfermedades agudas y crónicas relacionadas con la nutrición; y la nutrición en padecimientos comunes del aparato digestivo en niños. Cerramos el programa con una conferencia sobre la situación actual del estado nutricio en México.

Como ustedes saben, es indispensable asegurar una alimentación saludable y una nutrición adecuada especialmente en los primeros 1,000 días de vida, ya que desde la concepción y hasta los 2 años de edad se determina y programa la salud de los niños. Asimismo, se ha demostrado, en innumerables evidencias reportadas en la literatura científica, la importancia de los efectos benéficos de los probióticos, especialmente en niños que no han recibido el privilegio de la lactancia materna.

Otros temas de gran interés por su frecuencia, son el manejo dietético de la diarrea aguda y persistente; el manejo dietético del reflujo gastro-esofágico fisiológico y de la enfermedad por reflujo gastro-esofágico y el manejo dietético de la constipación. Por otra parte, cada vez existe más información sobre la importancia de la nutrición en las enfermedades crónicas que se benefician de una nutrición correcta y adecuada, por ejemplo, el diagnóstico y la prevención de las reacciones adversas más frecuentes a los alimentos y su manejo nutricional. También se ha avanzado de manera significativa en aspectos importantes del manejo y la adherencia al tratamiento médico y dietético en pacientes con Diabetes Mellitus, entre otros.

Por ello, es necesario, realizar esfuerzos conjuntos para mantener la Salud del niño Mexicano, a través de asegurar una buena nutrición y alimentación y, combatir las enfermedades agudas y crónicas ofreciendo un manejo adecuado.

¡Bienvenidos!

Dr. Edgar M. Vázquez Garibay
Coordinador Científico del Congreso

Programa General: 2^{do} Congreso Nestlé Temas Selectos en Nutrición Pediátrica

Miércoles 22 de agosto	Tema General	Horario	Ponencia	Ponente
	Registro	07:00 - 08:15	Explanada del Auditorio	
	Bienvenida	8:20 - 08:25	Auditorio Nacional / Paola Rojas y Dr. Edgar Vásquez Garibay	
	Alimentación Saludable		Moderador	Dr. Edgar Vásquez Garibay
		08:30 - 08:50	Importancia de la Lactancia Materna	Dra. María Irene Santos Torres
		08:55 - 09:15	Importancia de la Alimentación en los primeros 1,000 días de vida	Dr. Salvador Villalpando Carrión
		09:20 - 09:40	Alimentación del Preescolar y Escolar	MC. Ana Bertha Pérez Lizaur
		09:45 - 10:05	Enfoques dietéticos en la alimentación del adolescente	Dra. Clio Chávez Palencia
		10:10 - 10:40	Mesa Redonda	Moderador + 4 Ponentes
	Receso	10:40 - 11:20	Explanada del Auditorio	
Inauguración Oficial / Secretario de Salud	11:30 - 12:00	Auditorio Nacional		
Inmunología de la Mucosa Intestinal e Implicaciones para los Lactantes		Moderador	Dr. Edgar Vásquez Garibay	
	12:05 - 12:25	Diferencia entre probióticos y prebióticos y beneficios para la salud	Dr. Guillermo Meléndez	
	12:30 - 12:50	Probióticos, impacto en el sistema digestivo de los lactantes	Dr. Wilson Daza	
	12:55 - 13:15	Bebés nacidos por cesárea y la necesidad de reforzar sus defensas naturales	Dr. Carlos Lifschitz	
		13:20 - 13:50	Mesa Redonda	Moderador + 3 Ponentes
Receso	13:50 - 14:30	Explanada del Auditorio		

Información exclusiva para el Profesional de la Salud.

5

Programa General: 2^{do} Congreso Nestlé Temas Selectos en Nutrición Pediátrica

Jueves 23 de agosto	Tema General	Horario	Ponencia	Ponente	
	Manejo Nutricio de Enfermedades Agudas y Crónicas			Moderador	Dr. Edgar Vásquez Garibay
		08:30 - 08:50	Manejo, tratamiento y adherencia en pacientes con Diabetes Mellitus		Dra. Ninel Coyote Estrada
		08:55 - 09:15	Pruebas diagnósticas en alergias a los alimentos		Dr. Arturo Castro Cué
		09:20 - 09:40	Mesa Redonda	Moderador + 2 Ponentes	
	Receso	09:40 - 10:20	Explanada del Auditorio		
	Nutrición y Padecimientos Comunes del Aparato Digestivo en Niños			Moderador	Dr. Edgar Vásquez Garibay
		10:30 - 10:50	Manejo dietético de la diarrea aguda y persistente		Dra. Carmen Alicia Sánchez Ramírez
		10:55 - 11:15	Manejo dietético del reflujo gastroesofágico fisiológico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico		Dr. José Alberto García Aranda
		11:20 - 11:40	Manejo dietético de la constipación		Dr. Alfredo Larrosa Haro
		11:45 - 12:15	Mesa Redonda	Moderador + 3 Ponentes	
Receso	12:15 - 12:55	Explanada del Auditorio			
Situación actual del estado nutricio en México			Moderador	Dr. Edgar Vásquez Garibay	
	13:05 - 13:35	Situación Nutricia en México		Dr. Juan Rivera Dommarco	
	13:40 - 14:00	Mesa Redonda		Moderador + 1 Ponente	
Clausura	14:00 - 14:10				
Receso	14:10 - 15:00	Explanada del Auditorio			

Información exclusiva para el Profesional de la Salud.

7

**Programa Talleres:
2^{do} Congreso Nestlé
Temas Selectos en Nutrición Pediátrica
Sede: Hotel Presidente Intercontinental**

Talleres 22 y 23 de agosto	Nombre y Número de Taller	Horario	Profesores
	Taller 1: Alimentación en el 1^{er} año de vida	16:00 - 19:30	Dra. Yael Encinas Bravo Dr.Fernando Michel Penichet
	Taller 2: Sobrepeso y Obesidad Pediátrica	16:00 - 19:00	Dr.Enrique Romero Velarde
	Taller 3: El Juego promotor de actividad física en los niños	16:00 - 19:00	MN. Luz Irene Moreno Landa
	Taller 4: Evaluación del estado nutricional	16:00 - 19:00	Dra. Teresa Shamah Levy
	Taller 5: CAALMA - Lactancia Materna	16:00 - 20:00	Dra.Aurora Martínez González
	Taller 6: La importancia de la Alimentación en la Estimulación Neurológica	16:00 - 19:00	ENCP. Isela Nuñez Barrera

El registro a los seis talleres ha sido cerrado, debido a que el cupo máximo ha sido alcanzado.

6. Cuadro comparativo de las NOM sobre AI.

Norma-Categoría	NOM-007-SSA2-1993	PROYECTO NOM-007-SSA2-2010	La NOM-031-SSA2-1999	La NOM-043-SSA2-2012	La NOM-131-SSA1-2012
Año de presentación de entrada en vigor de última modificación	1993 1994 --	2010 2012 ç--	1999 2001 2006	2005 2006 2013	1995 1997 2012
Nombre	Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio	Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.	Para la atención de la salud del niño	Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación	Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba
Objetivo y campo de aplicación	Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales. Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos.	Esta Norma Mexicana tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal, y del recién nacido sano. Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas normales y a los recién nacidos sanos.	Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los requisitos que deben seguirse para asegurar la atención integrada, el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación; la prevención y el control de las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, vigilancia del estado de nutrición y crecimiento, y el desarrollo de los niños menores de 5 años. Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todas las instituciones que prestan servicios de atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema	La presente norma es de observancia obligatoria para las personas físicas o morales de los sectores público, social y privado, que forman parte del Sistema Nacional de Salud, que ejercen actividades en materia de orientación alimentaria.	Esta norma establece las disposiciones y especificaciones sanitarias, nutrimentales y de etiquetado que deben cumplir: -las fórmulas para lactantes, -las fórmulas para lactantes con necesidades especiales de nutrición, -las fórmulas de continuación, -las fórmulas de continuación para necesidades especiales de nutrición, y -los alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad.

<p>Definiciones sobre a AI</p>	<p>Número de definiciones: 26</p> <p>Lactancia materna: La alimentación del niño con leche de la madre.</p> <p>Lactancia materna exclusiva: La alimentación del niño con leche materna sin la adición de otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones y biberones.</p> <p>Lactancia materna mixta: La alimentación proporcionada al niño a base de leche procedente de la madre, más otro tipo de leche o alimento proteico lácteo.</p> <p>Sucedáneo de la leche materna: todo alimento comercializado presentado como sustituto parcial o total de la leche materna.</p> <p>Alojamiento conjunto: la ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación, para favorecer el contacto precoz y permanente y la lactancia materna exclusiva.</p> <p>Recién nacido: Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.</p>	<p>Número de definiciones:56</p> <p>Alimentación mixta, a la proporcionada al recién nacido, con base en la leche humana, más otro tipo de leches o alimento proteico.</p> <p>Alojamiento conjunto, a la ubicación y convivencia del recién nacido y su madre en la misma habitación para favorecer el contacto precoz y permanente y la práctica de la lactancia materna exclusiva.</p> <p>Lactancia materna, a la proporcionada al recién nacido con leche humana sin adición de otros líquidos o alimentos.</p> <p>Sucedáneo de la leche materna, a toda fórmula alimenticia que sustituya parcial o totalmente a la leche humana</p>	<p>Nacional de Salud.</p> <p>Número de definiciones:96</p> <p>Ablactación, a la incorporación de alimentos diferentes a la leche.</p> <p>Antropometría, a la medición de las dimensiones físicas del cuerpo humano.</p> <p>Atención integrada, al conjunto de acciones que se proporciona al menor de cinco años en la unidad de salud, independientemente del motivo de la consulta e incluyen: vigilancia de la vacunación, vigilancia de la nutrición, atención motivo de la consulta, capacitación de la madre y atención a la salud de la madre.</p> <p>Lactancia materna exclusiva, a la alimentación de los niños con leche materna, como único alimento, durante los primeros cuatro meses de vida.</p> <p>Lactante, al niño menor de dos años</p> <p>Recién nacido, a todo niño menor de 30 días de vida.</p> <p>Somatometría, a la medición de las dimensiones físicas del cuerpo humano.</p> <p>Sucedáneo, a la sustancia que por tener propiedades parecidas a otra, puede reemplazarla.</p>	<p>Número de definiciones48</p> <p>Alimentación complementaria: al proceso que se inicia con la introducción gradual y paulatina de alimentos diferentes a la leche humana, para satisfacer las necesidades nutricionales del niño o niña, se recomienda después de los 6 meses de edad.</p> <p>Alimentación: al conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrientes que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena.</p> <p>Lactancia materna exclusiva: a la alimentación de los niños o niñas con leche materna, como único alimento durante los primeros seis meses de vida.</p> <p>Leche: a la secreción natural de las glándulas mamarias de las vacas sanas o de cualquier otra especie animal, excluido el calostro.</p> <p>Leche materna o leche humana: a la secreción producida por las glándulas mamarias después del calostro y cuya función es alimentar al lactante; contiene todos los nutrientes que el niño o niña requiere para su crecimiento y desarrollo en los primeros meses de la vida, y le proporciona los anticuerpos o</p>	<p>Número de definiciones:136</p> <p>Ablactación o alimentación complementaria, a la incorporación a la dieta del lactante de alimentos distintos a la leche materna o su sucedáneo, realizándose gradual y progresivamente a partir de los 6 meses de edad o de acuerdo con las necesidades específicas de cada lactante.</p> <p>Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad, son los productos industrializados que se utilizan principalmente durante el periodo normal de ablactación de los lactantes o en la alimentación de los niños de corta edad. Se preparan para ser consumidos directamente o deshidratados para ser reconstituídos.</p> <p>Destete, a la suspensión de la lactancia al pecho.</p> <p>Formula para lactantes, al sucedáneo de la leche materna especialmente fabricado para satisfacer, por sí solo, las necesidades nutricionales de los lactantes durante sus primeros meses de vida hasta la introducción de la ablactación o alimentación complementaria correspondiente.</p> <p>Formula para lactantes con necesidades especiales de nutrición, al sucedáneo de la leche materna o de la formula para lactantes, especialmente fabricado para satisfacer, por sí solo, las necesidades nutricionales de los lactantes con trastornos, enfermedades o</p>
---------------------------------------	---	--	--	--	---

				<p>sustancias que lo protegen de las infecciones.</p> <p>condiciones medicas especificas durante sus primeros meses de vida hasta la introducción de la ablactación o alimentación complementaria correspondiente. Incluye a los fortificadores de leche materna o humana.</p> <p>Fortificador de leche materna o humana, al producto que puede añadirse a la leche de la especie humana para proporcionar nutrimentos adicionales en la alimentación de los lactantes con bajo peso al nacer y recién nacidos pretérmino.</p> <p>Lactantes, a los niños hasta los doce meses de edad.</p> <p>Leche materna o humana, a la secreción producida por las glándulas mamarias de la especie humana después del calostro y cuya función es alimentar al lactante. Esta leche contiene los nutrimentos, así como una serie de compuestos bioactivos y componentes celulares que ejercen diferentes efectos biológicos que el lactante requiere para su crecimiento y desarrollo. Representa el único alimento del lactante en los primeros meses de vida.</p> <p>Recién nacido pretérmino, al producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.</p> <p>Sucedáneo de la leche materna o humana, a las fórmulas comercializadas presentadas como sustituto parciales o totales de la leche materna o humana.</p>
--	--	--	--	---

Fuentes:(DOF, 1994, 2006, 2012a, 2012b, 2013) Vigencia a febrero de 2014.

