

Barreras y facilitadores de la lactancia materna en mujeres trabajadoras basado en el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner

Barriers and facilitators of breastfeeding in worker women, using the Bronfenbrenner Ecological Model

Jessica Zaragoza Cortes^a, Rebeca M. E. Guzmán Saldaña^b

Abstract:

The low prevalence rates of breastfeeding reported worldwide indicate the need to analyze the influences that interact across different levels or environments in which women who must or want to return to work during their breastfeeding period develop. The objective of this review was to analyze how returning to work may constitute a significant barrier to exclusive and continued breastfeeding among employed women, using Bronfenbrenner's ecological model as an explanatory theoretical framework. This model allows us to visualize how various levels of influence are interconnected, thereby supporting or limiting this fundamental practice for infant and maternal health. First, the microsystem is examined, where the presence of a supportive family environment is essential for successful breastfeeding. In the mesosystem, the interactions between different settings—such as the home, healthcare services, and the workplace—are analyzed, as these affect breastfeeding mothers. The exosystem studies external factors, such as labor policies and institutional support, which indirectly influence women's capacity to breastfeed. The Baby-Friendly Hospital Initiative exemplifies how policies can improve breastfeeding rates. In the macrosystem, cultural and economic beliefs surrounding breastfeeding influence individual decisions. Ensuring the continuity and success of breastfeeding among working women requires an integrated approach that transcends individual discourse and considers the complexity of social contexts. This is a collective responsibility that involves not only the health system but also education, labor, and community sectors, as a condition to guarantee the right to dignified, healthy, and equitable parenting.

Keywords:

Breastfeeding, Bronfenbrenner, Worker Women, Barriers, Facilitators.

Resumen:

Las bajas prevalencias reportadas en la literatura a nivel mundial de lactancia materna muestran que es necesario analizar las influencias que interactúan entre niveles o entornos en los que se desarrolla una mujer que debe o quiere regresar a trabajar durante su periodo de lactancia. El objetivo de esta revisión fue analizar cómo el retorno al trabajo puede ser un obstáculo significativo para la lactancia materna exclusiva y continua en mujeres trabajadoras, de acuerdo con el modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico explicativo. El modelo permite visualizar la manera en que los distintos niveles de influencia se articulan, pudiendo así apoyar o limitar esta práctica fundamental para la salud infantil y materna. En primer lugar, se analiza el microsistema, donde la presencia de un ambiente familiar favorable es esencial para el éxito de la lactancia. En el mesosistema, se examinan las interacciones entre diferentes entornos, como el hogar, el servicio médico y el trabajo, que afectan a las madres lactantes. En el exosistema se estudian los factores externos, como políticas laborales y apoyo institucional, que influyen indirectamente la capacidad de las mujeres para amamantar. La iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) es un ejemplo de cómo las políticas pueden mejorar las tasas de lactancia. En el macrosistema, las creencias culturales y económicas en torno a la lactancia afectan las decisiones individuales. Garantizar la continuidad y éxito de la lactancia materna en mujeres trabajadoras requiere de una visión integral que trascienda el discurso individualista y asuma la complejidad de los contextos sociales en los que se asienta. Esto es una responsabilidad colectiva que interpela no solo al sistema de salud, sino también al educativo, al laboral y al comunitario, como condición para asegurar el derecho a una crianza digna, saludable y justa.

Palabras Clave:

Lactancia materna, Bronfenbrenner, Mujeres Trabajadoras, barreras, facilitadores.

^a Servicios de Salud de Hidalgo | Doctorado en Ciencias del Comportamiento Saludable, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo | Pachuca-Hidalgo | México, <https://orcid.org/0000-0002-0289-6037>, Email: jzaragoza@uaeh.edu.mx

^b Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo | Doctorado en Ciencias del Comportamiento Saludable, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo | Pachuca-Hidalgo | México, <https://orcid.org/0000-0003-0877-4871>, Email: rguzman@uaeh.edu.mx

Introducción

El modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner plantea que, para comprender el desarrollo humano, es indispensable considerar el sistema ecológico completo en el que una persona se desenvuelve. Este modelo surgió como respuesta a las teorías predominantes del desarrollo infantil que privilegiaban los factores biológicos en la explicación del desarrollo psicosocial. Bronfenbrenner propuso que dicho desarrollo es, en realidad, el resultado de la interacción dinámica entre el individuo y el ecosistema de instituciones, normas, interacciones y eventos que lo rodean, y no únicamente de los determinantes biológicos (Newman & Newman, 2020). Desde esta perspectiva, el modelo ecológico ofrece un marco teórico útil para analizar las barreras y los facilitadores que influyen en la práctica de la lactancia materna entre las mujeres que, tras concluir su embarazo, deben reincorporarse al trabajo, permitiendo así comprender los factores que determinan el éxito o el fracaso de su intento de amamantar (Pérez, 2004; Sallis et al., 2008).

El modelo ecológico de Bronfenbrenner se visualiza como una serie de círculos anidados, en el que entre más cerca esté un círculo o sistema del individuo, mayor será el grado de influencia inmediata que ejercerá sobre su desarrollo; descritos por el mismo Bronfenbrenner de la siguiente forma (Newman & Newman, 2020):

1. **Ontosistema:** Se refiere a características personales (actitudes, conocimientos, habilidades y creencias que afectan el comportamiento); cogniciones y motivaciones, factores demográficos (edad, género, etnicidad).
2. **Microsistema:** comprende el conjunto de interacciones directas que se establecen entre el individuo y las personas o instituciones de su entorno inmediato. Las relaciones en este nivel son de carácter cercano y bidireccional, como las que ocurren entre los miembros de la familia, los grupos de pares o el entorno laboral, y tienen una influencia significativa en el desarrollo y las conductas del sujeto.
3. **Mesosistema:** Comprende las interrelaciones entre dos o más entornos, en donde la persona en desarrollo participa activamente. Actúa como un espacio intermedio en el que los diversos microsistemas como la familia, trabajo, grupo de iguales, etc., interactúan entre sí y, a su vez, influyen en el individuo.

4. **Exosistema:** Complejo de interconexiones que se dan entre los ambientes en los que la persona no entra ni está presente, pero en los que se producen hechos o se toman decisiones que la afectan directamente. Tal es el caso de los medios de comunicación, las políticas de trabajo, los sistemas de apoyo social, los amigos de la familia y las políticas del gobierno local.
5. **Macrosistema.** Complejo de sistemas seriados e interconectados de una determinada cultura o subcultura. Incluye las condiciones económicas de la sociedad, las leyes, los tabúes, las costumbres y las creencias culturales.

Lactancia Materna

Además de los nutrientes que el lactante requiere para su crecimiento y desarrollo, la leche materna contiene una serie de compuestos bioactivos y componentes celulares con diferentes efectos biológicos, (Victora et al., 2016). Por ello, es necesario iniciar la lactancia materna de manera temprana (dentro de la primera hora posterior al parto) y exclusiva hasta el sexto mes de vida; y de ser posible, continuarla hasta los dos años, acompañada de una alimentación complementaria adecuada (Organización Mundial de la Salud, 2001). Salvo muy pocas que sufren trastornos médicos severamente limitantes, casi todas las mujeres son biológicamente capaces de amamantar. Sin embargo, las prácticas de lactancia materna se ven afectadas por una amplia gama de factores históricos, socioeconómicos, culturales, individuales y de mercado, los cuales moldean el contexto estructural para la lactancia materna (Rollins et al., 2016). Entre las madres trabajadoras que lactan pueden distinguirse tres condiciones laborales: mujeres que por trabajar de manera informal carecen de toda seguridad social, con pocas o nulas redes de apoyo a la lactancia; mujeres que cuentan con negocios propios o en esquemas flexibles en los cuales deben cubrir su propia atención médica; y mujeres que ocupan empleos formales con acceso a seguridad social (Barrera-Rojas, 2023). El ingreso de la mujer a la actividad productiva ha crecido notablemente en los últimos años. Mientras en la década de los setenta la tasa de participación femenina era de 16.4%, para 2018 esta cifra fue de 43.2% (Secretaría de Salud et al., 2018).

En México, la prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses fue de tan solo 34.2%, ubicándose por debajo de lo esperado; no obstante, sí tuvo un importante aumento respecto a lo reportado en 2012 (14.5%) (González-Castell et al., 2024). La meta trazada por la Organización Mundial de Salud para 2030 es que por lo menos 70% de los niños logren una lactancia óptima (WHO et al., 2023).

Material y métodos

Este trabajo se elaboró como una revisión narrativa de la literatura, con el propósito de analizar las principales barreras y

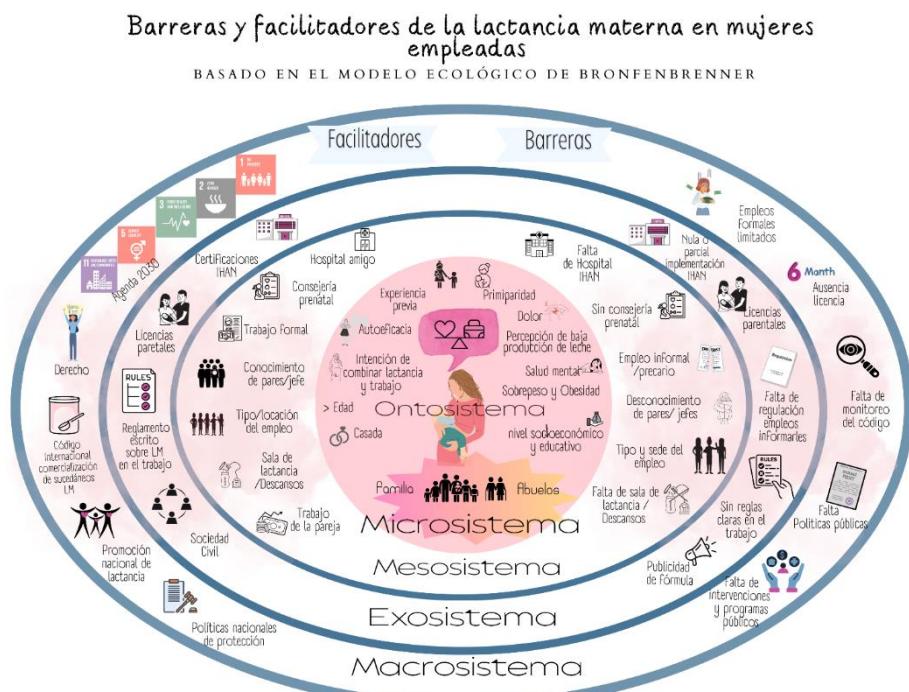
facilitadores de la lactancia materna en mujeres trabajadoras, organizando la evidencia según los niveles del modelo ecológico de Bronfenbrenner.

Se consultaron fuentes científicas y documentos institucionales disponibles en bases de datos electrónicas (PubMed, Scielo, Redalyc y Google Scholar), así como informes de organismos internacionales como la OMS, UNICEF y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Se priorizaron publicaciones recientes (2015–2024), con información sobre determinantes individuales, familiares, laborales, institucionales y socioculturales relacionados con la lactancia materna en contextos de empleo formal e informal.

Niveles de Bronfenbrenner y lactancia materna en mujeres empleadas

Las bajas prevalencias reportadas en la literatura a nivel mundial de lactancia materna exclusiva muestran que es necesario analizar las influencias que interactúan entre niveles o entornos en los que se desarrolla una mujer que debe o quiere regresar a laborar durante su periodo de lactancia (Figura 1).

Figura 1
Barreras y facilitadores de la lactancia materna en mujeres empleadas



Nota: Elaboración propia, basado en Bronfenbrenner (1994) y Pérez (2004)

Ontosistema

En la práctica de lactancia materna, la evidencia sugiere que existen disparidades por grupos de edad. Las madres más jóvenes muestran tasas más bajas de inicio, continuación y exclusividad de la lactancia, en comparación con las madres de mayor edad (Benova et al., 2020; Nuñez & Riesco, 2022). La percepción de insuficiencia de leche es una de las principales razones que las mujeres dan para interrumpir de forma prematura la lactancia, a pesar de que sólo 5% son incapaces de producir leche por razones fisiológicas a nivel mundial (Cabedo et al., 2019; Cortés-Rúa & Díaz-Grávalos, 2019). En ocasiones, esta percepción suele interpretarse como una justificación para no amamantar; sin embargo, la evidencia sugiere que existen factores de riesgo biológicos como el estrés y la obesidad, que pueden incidir de forma negativa en la producción de leche (Gonzalez De Cosío & Hernández, 2016).

La primiparidad y el experimentar dolor o molestias en los senos o pezones, han sido reportados como importantes factores que determinan una menor probabilidad de lactar de manera exclusiva. Inversamente, vivir con el padre del bebé aumenta su probabilidad (Vázquez-Osorio et al., 2022).

Tener conocimiento sobre la lactancia materna es también un factor importante y necesario para una práctica exitosa. Los estudios sugieren que la disminución en la tasa mundial de lactancia materna puede estar relacionada con la falta de educación adecuada durante la etapa prenatal (Kehinde et al., 2023). Por otro lado, se ha encontrado que la intención de amamantar se establece en el tercer trimestre de embarazo y es un fuerte predictor de abandono. La intención se ha encontrado determinada por normas subjetivas como el llanto o inquietud del bebé, el hambre percibida y la incapacidad para calmar a su bebé, que a menudo hacen que una madre, al suponer que tiene leche insuficiente, introduzca sustitutos de leche materna (Rollins et al., 2016). Se ha descrito también que la diferencia entre las mujeres que amamantaron a largo plazo y aquellas que lo hicieron durante un periodo más corto o que no lo hicieron, estaba relacionada con una clara intención de amamantar, con experiencias positivas en el hospital y con programas de nutrición, así como con una mayor comodidad para amamantar en público. Otros factores identificados fueron un mayor nivel educativo y el ingreso económico (Barbosa et al., 2017).

La intención de una madre de combinar la lactancia y el trabajo está influenciada por la creencia de que la puede combinar con éxito (autoeficacia) y por su motivación para hacerlo. También está influenciada por la actitud de la madre hacia la lactancia prolongada y por el apoyo que recibe de los supervisores, compañeros y colegas en el lugar de trabajo (Daniels et al., 2024). Otro constructo asociado es tener un bajo nivel de autoeficacia en el posparto temprano. Se ha observado que el nivel de autoeficacia se ve influenciado por factores como la resiliencia, las experiencias pasadas e incluso la presencia de dolor durante la lactancia (García et al., 2024). La autoeficacia se ha encontrado mediada también por una mala posición y agarre de bebé, por el apoyo inadecuado en las primeras semanas después del parto y por la no anticipación oportuna de dificultades. Así mismo, el sobrepeso, la obesidad y la depresión se han identificado como determinantes importantes, debido al gran número de mujeres afectadas (Rollins et al., 2016). Una de las razones más importantes por las que una madre debe regresar al trabajo es de índole económica o financiera. También se ha reportado que las mujeres no sienten el apoyo en su lugar de trabajo para continuar con la lactancia (gestión, organización, compañeros de trabajo, tiempo y entorno físico) (Ross & Woszidlo, 2022). La lactancia materna es un comportamiento valorado; sin embargo, las mujeres se ven obstaculizadas por el agotamiento, el aislamiento y el compromiso de tiempo que implica la lactancia.

El ontosistema es el nivel más íntimo del modelo ecológico, donde factores personales como la edad, la autoeficacia, la salud y las creencias influyen directamente en la práctica de amamantar. Fortalecer el conocimiento y la confianza de la madre es clave para mantener la lactancia.

Microsistema

El ambiente familiar amigable con la lactancia es clave en el éxito, mientras que la falta de apoyo familiar es una barrera (Hernández-Cordero et al., 2022; Snyder et al., 2021). Se ha identificado, por ejemplo, la importancia del rol y la influencia de los padres y las abuelas, sobre todo las maternas, estableciendo un antecedente para analizar la relación entre la actividad laboral y la crianza de niños, y en especial con la alimentación de los niños y niñas (Barrera-Rojas, 2023; Tomori et al., 2022). Las conductas de apoyo por parte de los padres para brindar apoyo durante la lactancia son:

1. Padres que se volvieron expertos en lactancia materna y usaron ese conocimiento para alentar a la madre y sugerir soluciones a los problemas de la lactancia.
2. Apoyo directo al momento de la lactancia, haciendo que la madre se sienta cómoda, llevándole comida o bebida o reduciendo las distracciones.
3. Apoyo instrumental: cuidar de las tareas domésticas, asegurar la alimentación y el descanso adecuado de la madre, o brindar atención directa a los bebés o niños mayores.
4. Expresiones directas de aprecio y afirmación, alentando la perseverancia y actuando como una caja de resonancia para las frustraciones de la madre.
5. Siendo sensibles al sentir de la madre, no imponiendo exigencias poco realistas de su tiempo y energía y respetando sus decisiones de amamantamiento (Rempel et al., 2017).

Se sabe también que las madres que percibieron que el padre prefería la LME (frente a ninguna preferencia) tuvieron más probabilidad de iniciar la lactancia materna y un menor riesgo de abandonar la lactancia materna exclusiva. Cuando ambos (madre y padre) preferían la lactancia, el riesgo de abandono también fue más bajo, manteniéndose menor incluso cuando sólo el padre la prefería (Wang et al., 2018).

El microsistema constituye el entorno inmediato de la mujer y refleja la influencia directa de las relaciones cotidianas. La interacción con la pareja, la familia, los compañeros de trabajo y las redes de apoyo puede facilitar o dificultar la práctica de la lactancia. Un microsistema que promueva la corresponsabilidad y el apoyo emocional actúa como un factor protector decisivo para sostener la lactancia.

Mesosistema

Dentro de las instituciones de salud existe un facilitador sobre el cual las madres no tienen injerencia, pero cuya ausencia o presencia sí las afecta de manera importante: la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña (IHAN), iniciativa que ha dado evidencia sólida de que mejorar

significativamente las tasas de lactancia materna es posible (Fan et al., 2025; Tomori et al., 2022).

La IHAN, lanzada en 1991 por la UNICEF y la OMS, anima a los hospitales y centros de salud a apoyar la lactancia materna a través de 10 pasos para una lactancia exitosa (Tabla 1). De muchas maneras, la IHAN es un sistema de control de calidad que permite a las instalaciones de maternidad apoyar eficazmente la lactancia materna. Cada instalación que cumple con los Diez Pasos que propone la IHAN puede eventualmente ser acreditada o certificada como "Hospital Amigo del Bebé" siempre y cuando cumpla con los criterios estrictos establecidos, incluido el ser sujeto a una evaluación externa (Bueno et al., 2023).

Tabla 1

10 pasos para una lactancia exitosa IHAN

10 pasos para una lactancia exitosa IHAN	
1	Cumplir y comunicar por escrito y periódicamente al personal y a los padres las políticas de alimentación infantil. Establecer sistemas continuos de seguimiento.
2	Capacitar y asegurar que el personal tenga suficientes conocimientos, competencias y habilidades para apoyar la lactancia materna.
3	Establecer el manejo de la lactancia materna con las mujeres embarazadas y sus familias.
4	Facilitar el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido y apoyar a las madres para que inicien la lactancia materna lo antes posible después del parto.
5	Apoyar a las madres para iniciar y mantener la lactancia materna y gestionar las dificultades comunes.
6	No proporcionar a los recién nacidos amamantados ningún alimento ni líquido que no sea leche materna, a menos que exista una indicación médica.
7	Permitir el alojamiento conjunto las 24 horas del día.
8	Apoyar a las madres a reconocer y responder a las señales de alimentación de sus bebés.
9	Asesorar a las madres sobre el uso y los riesgos de los biberones, tetinas y chupetes.
10	Coordinar el alta para que los padres y sus bebés tengan acceso oportuno a apoyo y atención continuos

Nota: Tomado de WHO & UNICEF, 2018.

En el mesosistema, respecto a las barreras y facilitadores en el ámbito laboral para mantener la lactancia materna se han citado: problemas de horarios en trabajos de tiempo completo y/o con descansos inadecuados, sede o locación del empleo y tipo de trabajo. Por ejemplo, los empleos de tipo industrial, profesional y gerencial han reportado mayores probabilidades de proporcionar apoyo al regresar al trabajo. En cambio, los empleos relacionados a la industria de servicios y a la industria de producción/transporte recibieron niveles más bajos de

apoyo (Snyder et al., 2018). Se ha documentado que la falta de apoyo del gerente, reacciones negativas de los colegas, falta de políticas escritas que regulen y apoyen la lactancia materna en el lugar de trabajo, falta de privacidad e incapacidad de la madre para encontrar suficiente tiempo y lugar para extraerse la leche son barreras importantes para que la madre abandone la lactancia (Sağlam et al., 2023). En países de América Latina y el Caribe se ha identificado que las diferencias predictoras de abandono de la lactancia dependen de si el empleo es formal o informal (Santos et al., 2022). Empleos precarios (sin contrato formal, sin prestaciones y salarios variables) son condiciones que propician el abandono de la lactancia, donde la falta de acceso a la licencia por maternidad, la inexistencia de salas de lactancia y descansos para amamantar o extraerse leche durante su jornada laboral son una barrera clara (Goodman et al., 2024; Taylor, 2023). El retorno a la actividad laboral sin licencia de maternidad puede explicar el alto porcentaje del fin de la lactancia antes del mes (Barrera-Rojas, 2023). La situación laboral de estas mujeres representa un gran reto puesto que suman más del 60% de la fuerza laboral global (Perez-Escamilla, 2020).

El mesosistema articula la relación entre los distintos microsistemas en los que participa la mujer, hogar, trabajo, servicios de salud y comunidad. Su adecuada coordinación permite crear entornos coherentes que facilitan la lactancia materna, mientras que la falta de conexión entre ellos genera barreras estructurales. Este sistema evidencia la necesidad de fortalecer la comunicación y colaboración entre los ámbitos familiar, laboral y sanitario.

Exosistema

La IHAN ha sido un esfuerzo mundial para mejorar los resultados de la lactancia. Se estima que más de 20.000 hospitales o instituciones de maternidad en 160 países han sido certificados como Amigos del Niño, dando resultados alentadores, aun cuando se implementa parcialmente. Incluso algunos centros no certificados, pero que han iniciado el proceso para ello (comenzando con la capacitación), mostraron buenos resultados (Fan et al., 2025). No obstante, es importante resaltar que aún son numerosos los desafíos para una implementación exitosa, entre ellos la carencia de personal suficiente con experiencia en lactancia, así como los desacuerdos o la falta de colaboración entre los profesionales de la salud (Snyder et al., 2021).

El décimo paso se ha identificado como uno de los más difíciles de implementar, mantener la atención y apoyo continuos de seguimiento post hospitalización. Algunos hospitales tienen dificultades para garantizar el apoyo continuo después del alta, incluyendo una insuficiencia de personal para trabajar fuera de sus propias instalaciones. Algunos estudios han encontrado que el cumplimiento de

pasos específicos de la IHAN puede disminuir con el tiempo, lo que hace necesario ofrecer un apoyo, monitoreo y refuerzo continuos, con el fin de asegurar la adherencia sostenida a sus prácticas. Para garantizar los efectos positivos a largo plazo, es crucial que los proveedores de servicios de maternidad y neonatología establezcan fuertes conexiones entre los centros de salud y las comunidades, mediante la implementación de un plan de alta coordinado. Otras acciones para garantizar una atención adecuada a los padres y sus bebés son el establecimiento de promotores de salud comunitarios, visitadores domiciliarios, clínicas de lactancia materna, enfermeras, matronas, consultores de lactancia, consejeras de pares, grupos de apoyo entre pares y líneas telefónicas de ayuda (Fan et al., 2025; WHO & UNICEF, 2018). En este sentido, resulta esencial que México posicione la IHAN como una prioridad máxima en la agenda de políticas públicas del país (Bueno et al., 2023).

Brauner-Otto y colaboradores (2019) concluyeron que el empleo de la madre se ha asociado con una peor salud infantil, que el trabajo asalariado fue el más común y el de menor remuneración, y que las madres que trabajaron durante los primeros seis meses de vida del niño tuvieron menos probabilidades de amamantar a sus hijos hasta los seis meses. Aunque la lactancia materna se ha citado como una de las razones por las que las mujeres abandonan el mercado laboral, la evidencia muestra lo contrario: las mujeres permanecen en el trabajo y, al usar sustitutos de la leche materna, dejan de amamantar (Victora et al., 2016). Respecto a las políticas y legislaciones organizacionales y laborales, la UNICEF y Deloitte (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia & Deloitte, 2022) han reportado que de 305 empresas en la región de América Latina, se ofrecen en promedio 13 semanas de maternidad remunerada a las trabajadoras de tiempo completo. Para la licencia de paternidad, las grandes empresas garantizan en promedio 11 días, mientras que las pequeñas y medianas (pymes) otorgan alrededor de 9 días. En cuanto a la disposición y uso de salas de lactancia para las madres, el 68% de las grandes empresas consultadas contaban con ellas; mientras que en las pymes sólo el 29%. Como se ha comentado, el apoyo de los empleadores es un factor determinante en la decisión de la mujer para continuar lactando, mediante la creación de entornos que permitan combinar la lactancia y el trabajo de una forma práctica y satisfactoria (Taylor, 2023). Cabe señalar que, para las empresas la lactancia materna tiene múltiples beneficios, entre los que se encuentran: retención de talento, incremento en la productividad por la disminución en la tasa de ausentismo, aumento en la tasa de retorno al trabajo después del parto, mayor compromiso de las colaboradoras y satisfacción laboral (Secretaría de Salud et al., 2018).

Por otro lado, el marketing poco ético de la fórmula infantil que han desarrollado los proveedores de atención médica

durante décadas llevó a los defensores de la lactancia materna a solicitar acciones concretas. Así, en 1981 se publica el Código de la OMS para la comercialización de sustitutos de la leche materna, en 1991 surge la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño de UNICEF/OMS y, más recientemente, la OMS publicó la Directriz sobre asesoramiento en lactancia materna. Coincidiendo en que la comercialización agresiva de los sucedáneos de la LM es dañina, desalienta a las mujeres a amamantar a sus bebés y socava la salud, el crecimiento y el desarrollo de los infantes (WHO et al., 2023). En México, dentro de las 17 organizaciones con amplio conocimiento en lactancia materna involucradas en la política y la programación de la lactancia materna, se encontraron a dos entidades gran influencia con graves conflictos de interés (BMSC y ConMéxico) (Rothstein et al., 2020).

El exosistema integra los contextos en los que la mujer no participa directamente, pero cuyas decisiones o dinámicas la afectan. Las políticas institucionales, las condiciones laborales, los medios de comunicación y los marcos normativos determinan las oportunidades reales para amamantar. Un exosistema favorable, con licencias, espacios y apoyo institucional, amplía la posibilidad de conciliar lactancia y empleo.

Macrosistema

Los tres pilares del desarrollo sostenible económico, social y ambiental se encuentran incluidos en este macrosistema. Al hablar de lactancia materna, se puede identificar su influencia directa en 5 de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030. ODS1, fin de la pobreza, la lactancia materna es una forma natural de alimentación, su práctica no supone ningún costo al presupuesto familiar, disminuye el gasto social y sanitario y asegura la igualdad de acceso a una mejor salud en todas las franjas sociales, lo que supone una importante contribución a la reducción de la pobreza. ODS2, hambre cero, la lactancia materna provee de nutrientes de alta calidad y una adecuada energía, evitando la desnutrición. Mundialmente, la desnutrición, incluyendo la lactancia materna subóptima, subyace en el 45% de todas las muertes de niños menores de 5 años. ODS3, Salud y bienestar, la lactancia materna es una de las intervenciones más costo-efectivas para promover la salud materno-infantil, al reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas, favorecer el desarrollo cognitivo y disminuir el riesgo de enfermedades crónicas tanto en la madre como en el hijo. ODS 5, Igualdad de género, la lactancia materna contribuye a lograr la igualdad de género, pues no distingue entre niños y niñas al ofrecer un comienzo justo en la vida. Es un derecho único de las mujeres que debe ser apoyado por la sociedad para que puedan amamantar en forma óptima (IHAN & Unicef). Desafortunadamente, en el 51% de los países aún existe al

menos una restricción que impide a las mujeres acceder a los mismos empleos que los hombres, siendo que ellas destinan 2.5 veces más horas por día al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado que los hombres (CEPAL, 2025). ODS11, ciudades y comunidades sostenibles (Naciones Unidas, 2015). La leche materna es ambientalmente segura y dada al consumidor sin contaminar, no genera residuos y evita el elevado consumo energético y la generación de gases de efecto invernadero (IHAN & Unicef). No amamantar se asocia con pérdidas económicas de alrededor de 300.000 millones de dólares al año. Las familias que no amamantan gastan mundialmente unos 54.000 millones de dólares al año en la compra de fórmulas infantiles.

En el macrosistema, los programas nacionales y las mejoras correspondientes en las prácticas de lactancia son factores importantes para discutir. Se ha descrito la abogacía basada en evidencia, la voluntad política multisectorial, la financiación, la investigación, la evaluación y la coordinación, como elementos importantes para favorecer la lactancia (González de Cosío et al., 2017). Algunos países han dado evidencia de que medidas legislativas innovadoras, sistemas de monitoreo y evaluación, compromiso de la sociedad civil y las iniciativas de comunicación para cambiar el comportamiento en la promoción de la lactancia, funcionan (Hernández-Cordero et al., 2022). Dentro de este marco, surge la necesidad apremiante de hacer cumplir el Código de Marketing de Sustitutos de Leche Materna de la OMS, ya que las mujeres embarazadas y madres son altamente expuestas a la publicidad de estos productos, socavando las inversiones en programas de lactancia (Vilar-Compte et al., 2022). En México, las políticas están moderadamente alineadas a este Código, pero no cuenta con un sistema de monitoreo claro y definido, ni con algún tipo de sanción (Hernández-Cordero et al., 2022; OMS, 2017). Y a pesar de que ha adoptado los compromisos de la Cumbre Mundial para la Infancia como parte de la IHAN en 1991, creando el programa nacional Hospital Amigo del Niño y la Madre, que incorporó los Diez Pasos, se ha enfrentado a diversos desafíos relativos a su implementación, difusión, monitoreo y un plan de mantenimiento, así como a la falta sustancial de evidencia sobre sus desafíos y resultados, escritos y oficiales (Bueno et al., 2023). A nivel internacional se sabe, por ejemplo, que la implementación del paso 2 exige la capacitación del personal sanitario en habilidades de apoyo a la lactancia, y que los pasos 3-10 dependen justamente de su éxito. La capacitación es un paso costoso, por lo tanto, es un desafío clave (WHO & UNICEF, 2018). Entre las principales recomendaciones está que las habilidades de apoyo a la lactancia materna se enseñen antes del ejercicio profesional, tanto en las escuelas de medicina como en las de ciencias de la salud (Arslanian et al., 2022).

Mejorar la nutrición a nivel global es una cuestión de justicia social y salud pública. Las políticas amigables con la familia

son críticas para asegurar que la LM y el trabajo materno no sean mutuamente excluyentes (Hernández-Cordero et al., 2022). Aunque persisten disparidades en su acceso y utilización, el permiso de maternidad pagado es una política clave con impactos significativos en la prevalencia y duración de la lactancia materna. Cuando las mujeres regresan de una licencia remunerada, las políticas y prácticas de apoyo en el lugar de trabajo, así como los espacios para la lactancia y descansos, resultan ser mucho más efectivos que simplemente centrarse en políticas individuales. Por lo tanto, es necesario realizar cambios organizacionales e interpersonales para lograr condiciones laborales equitativas (World Health Organization, 2019). Actualmente, la Organización Internacional del Trabajo recomienda 18 semanas de licencia de maternidad con salario 100%, cubierto con fondos públicos (World Health Organization et al., 2019). En México la licencia de maternidad es de 12 semanas, y la Ley General del Trabajo señala, en el artículo 170, que las madres trabajadoras tienen derecho a descansos extraordinarios por día para amamantar a sus hijos <1 año, sin afectar su salario. En este sentido, resulta indispensable establecer mecanismos y monitoreos que garanticen el cumplimiento de la ley por parte de los empleadores, extendiendo idealmente la licencia de maternidad a seis meses para garantizar el período de lactancia materna exclusiva; o por lo menos pasar de 12 a 14 semanas, como lo establece la OIT (Gobierno de México y Secretaría de Salud, 2023).

La Semana Mundial de la Lactancia Materna se celebra todos los años en México del 1 al 7 de agosto, siendo su principal objetivo el fomento de su práctica. El evento se realiza en conmemoración de la Declaración de Innocenti, firmada en 1990 por la OMS y UNICEF. Esta declaratoria hace un llamado a los gobiernos y a los servicios de maternidad para que la lactancia materna sea protegida, promocionada y fuertemente apoyada, adoptando para ello las medidas pertinentes y fortaleciendo su práctica, a la cual México se sumó. También es importante mantener el tema en la agenda política de cada país, a fin de continuar avanzando y rompiendo barreras en el nivel macro de la lactancia. En México, por ejemplo, el pleno de la cámara de (2 de diciembre, 2020), tras considerar que discriminar, prohibir, negar, limitar o restringir el acto de amamantar en espacios públicos vulneraba el derecho de las mujeres para amamantar a sus hijos, adicionó en el Artículo 9, Fracción XXXIV, de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, reconociendo así el derecho de las mujeres para amamantar a sus hijos en lugares públicos (Diario Oficial de la Federación, 2024).

El macrosistema abarca los valores culturales, las creencias, las políticas nacionales y las condiciones económicas que definen la posición social de la lactancia. Este nivel revela cómo las normas sociales y las estructuras económicas pueden perpetuar desigualdades o, por el contrario, impulsar su reconocimiento como un derecho

humano. Un macrosistema que valore la lactancia como parte del bienestar, la equidad de género y el desarrollo sostenible es indispensable para garantizar su protección.

Conclusiones

El análisis de las barreras y facilitadores de la lactancia materna en mujeres empleadas, desde la perspectiva del Modelo Ecológico de Bronfenbrenner, permite visualizar la manera en que los distintos niveles de influencia se articulan, pudiendo así apoyar o limitar esta práctica fundamental para la salud infantil y materna.

En el ontosistema, los factores individuales como la edad materna, el nivel de autoeficacia, el estrés, el dolor, la obesidad o la percepción de insuficiencia de leche, son determinantes críticos. Por tal razón, resulta fundamental diseñar intervenciones centradas en la madre que refuercen su confianza, le brinden acompañamiento desde el embarazo y la preparen para manejar con éxito los retos del posparto. La educación prenatal debe incluir contenidos orientados al fortalecimiento de la autoeficacia y la anticipación de obstáculos reales.

Desde el microsistema, el entorno inmediato de la mujer, especialmente el apoyo de la pareja, la familia y redes afectivas, desempeña un papel crucial en el inicio y sostenimiento de la lactancia. Promover la corresponsabilidad familiar en el cuidado del recién nacido, así como incluir a los padres y figuras clave en programas de educación perinatal, es una línea de acción que debe fortalecerse.

El mesosistema, que comprende la interacción entre la familia, el entorno laboral y los servicios de salud, exige una coordinación efectiva entre sus esferas. La implementación de iniciativas como la IHAN debe estar acompañada por políticas laborales sensibles a las necesidades de las madres lactantes: licencias ampliadas, horarios flexibles y espacios seguros para la extracción y conservación de la leche.

En el exosistema, el diseño y aplicación de políticas públicas, los marcos normativos y los entornos institucionales, deben propiciar condiciones estructurales favorables. Urge también fortalecer los mecanismos de monitoreo, hacer cumplir las normativas, capacitar a profesionales de la salud, comunicadores y empleadores en buenas prácticas, y hacer cumplir el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

En cuanto al Macrosistema (valores culturales, políticas, economía), es necesario posicionar la lactancia como un

derecho humano y un bien colectivo, a través de campañas nacionales que desafíen estigmas y promuevan una visión inclusiva y realista. Acorde a ello, se debe incorporar el tema de lactancia en las agendas de desarrollo sustentable, género y justicia social, estableciendo metas evaluables en políticas públicas.

Resulta también fundamental promover la equidad laboral para mujeres, garantizando que la maternidad no sea causa de discriminación o exclusión en el mercado de trabajo, para lo cual se requiere capacitar a los profesionales de salud, a comunicadores y a empleadores en buenas prácticas, así como en el respeto al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

Garantizar la continuidad y éxito de la lactancia materna en mujeres trabajadoras requiere de una visión integral que trascienda el discurso individualista y asuma la complejidad de los contextos sociales en los que se inscribe. Sólo a través de la articulación intersectorial, la implementación de políticas laborales equitativas, la transformación cultural en torno al rol materno y el compromiso de todos los niveles de gobierno se podrá avanzar hacia entornos verdaderamente protectores y promotores de la lactancia. Esta es una responsabilidad colectiva que interpela no solo al sistema de salud, sino también al educativo, al laboral y al comunitario, como condición para asegurar el derecho a una crianza digna, saludable y justa.

Referencias

- Barbosa, C. E., Masho, S. W., Carlyle, K. E., & Mosavel, M. (2017). Factors distinguishing positive deviance among low-income African American women: a qualitative study on infant feeding. *Journal of Human Lactation*, 33(2), 368-378. <https://doi.org/DOI: 10.1177/0890334416673048 jhl.sagepub.com>
- Barrera-Rojas, M. Á. (2023). Abandono de la Lactancia Materna Exclusiva (LME) en madres trabajadoras del sector turístico en Riviera Maya, México. Estudios sociales. Revista de alimentación contemporánea y desarrollo regional, 33(62).
- Benova, L., Siddiqi, M., Abejirinde, I.-O. O., & Badejo, O. (2020). Time trends and determinants of breastfeeding practices among adolescents and young women in Nigeria, 2003–2018. *BMJ global health*, 5(8), e002516.
- Brauner-Otto, S., Baird, S., & Ghimire, D. (2019). Maternal employment and child health in Nepal: The importance of job type and timing across the child's first five years. *Social Science & Medicine*, 224, 94-105.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological Models of Human Development. In B. Urie (Ed.), *International Encyclopedia of Education* (2nd ed., Vol. 3). Elsevier.
- Bueno, A. K., Vilar-Compte, M., Cruz-Villalba, V., Rovelo-Velázquez, N., Rhodes, E. C., & Pérez-Escamilla, R. (2023). Implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative in Mexico: a systematic literature review using the RE-AIM framework. *Frontiers in Public Health*, 11, 1251981.
- Cabedo, R., Manresa, J. M., Cambredó, M., Montero, L., Reyes, A., Gol, R., & Falguera, G. (2019). Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. Estudio LACTEM.

- Matronas profesión, 20(2).
- Cortés-Rúa, L., & Díaz-Grávalos, G. J. (2019). Interrupción temprana de la lactancia materna. Un estudio cualitativo. *Enfermería clínica*, 29(4), 207-215.
- Daniels, L. C., Mbhenyane, X. G., & Du Plessis, L. M. (2024). Development of a workplace breastfeeding support practice model in South Africa. *International breastfeeding journal*, 19(1), 32.
- Fan, Y. W., Fan, H. S. L., Shing, J. S. Y., Ip, H. L., Fong, D. Y. T., & Lok, K. Y. W. (2025). Impact of baby-friendly hospital initiatives on breastfeeding outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Women and Birth*, 38(2), 101881.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), & Deloitte. (2022). ¿Qué están haciendo las empresas por la niñez y adolescencia? Informe sobre la relación entre el sector privado y la niñez y adolescencia en América Latina.
- García, J., Martínez, M., & Hernández, F. (2024). Self-efficacy and its association with breastfeeding among women in a family medicine unit in México: prospective cohort study. *Int J Fam Commun Med*, 8(4), 106-111.
- Gobierno de México, & Secretaría de la Salud. (2023). Políticas públicas en materia laboral fortalecen lactancia materna. Gobierno de México. Retrieved Julio 8 from <https://www.gob.mx/salud/prensa/235-politicas-publicas-en-materia-laboral-fortalecen-lactancia-materna>
- González de Cosío, M. T., Hernández-Cordero, S., Rivera-Dommarco, J., & Hernández-Ávila, M. (2017). Recomendaciones para una política nacional de promoción de la lactancia materna en México: postura de la Academia Nacional de Medicina. *salud pública de México*, 59(1), 106-113.
- González-Castell, L. D., Unar-Munguía, M., Bonveccchio-Arenas, A., Rivera-Pasquel, M., Lozada-Tequeanes, A. L., Ramírez-Silva, C. I., Álvarez-Peña, I. J., Cobo-Armijo, F., & Rivera-Dommarco, J. Á. (2024). Lactancia materna. *salud pública de México*, 66(4), 500-510.
- Goodman, J. M., Lara-Mejía, V., Hernández-Cordero, S., & Vilar-Compte, M. (2024). Breastfeeding among women employed in Mexico's informal sector: strategies to overcome key barriers. *International Journal for Equity in Health*, 23(1), 144.
- Hernández-Cordero, S., Vilar-Compte, M., Litwan, K., Lara-Mejía, V., Rovelo-Velázquez, N., Ancira-Moreno, M., Sachse-Aguilera, M., & Cobo-Armijo, F. (2022). Implementation of breastfeeding policies at workplace in Mexico: analysis of context using a realist approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2315.
- Hernández-Cordero, S., Pérez-Escamilla, R., Zambrano, P., Michaud-Létourneau, I., Lara-Mejía, V., & Franco-Lares, B. (2022). Countries' experiences scaling up national breastfeeding, protection, promotion and support programmes: Comparative case studies analysis. *Maternal & child nutrition*, 18, e13358.
- Kehinde, J., O'Donnell, C., & Grealish, A. (2023). The effectiveness of prenatal breastfeeding education on breastfeeding uptake postpartum: A systematic review. *Midwifery*, 118, 103579.
- Naciones Unidas. (2015). La Agenda para el Desarrollo Sostenible. Retrieved Abril, 16 from <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>
- Newman, B. M., & Newman, P. R. (2020). Ecological Theories. In Elsevier (Ed.), *Theories of adolescent development* (pp. 313-335). Academic Press.
- Nuñez, H. M. I., & Riesco, M. L. (2022). Abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes: un estudio de cohorte en los servicios de atención primaria de salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30, e3786.
- OMS. (2017). Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna: preguntas frecuentes (actualización de 2017) (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA54/sa54id4.pdf
- Pérez, F. F. (2004). El medio social como estructura psicológica: reflexiones del modelo ecológico de Bronfenbrenner. *EduPsykhé: Revista de psicología y educación*, 3(2), 161-177.
- Pérez-Escamilla, R. (2020). Breastfeeding in the 21st century: How we can make it work. *Social Science & Medicine*, 244, 112331.
- Rempel, L. A., Rempel, J. K., & Moore, K. C. (2017). Relationships between types of father breastfeeding support and breastfeeding outcomes. *Maternal & child nutrition*, 13(3), e12337.
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., Piwaz, E., Richter, L. M., & Victora, C. G. (2016). Breastfeeding 2: Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices. *Lancet*, 387(10017), 491-504.
- Ross, E., & Woszidlo, A. (2022). Breastfeeding in the workplace: attitudes toward multiple roles, perceptions of support, and workplace outcomes. *Breastfeeding Medicine*, 17(1), 38-45.
- Rothstein, J. D., Caulfield, L. E., Broaddus-Shea, E. T., Muschelli, J., Gilman, R. H., & Winch, P. J. (2020). "The doctor said formula would help me": Health sector influences on use of infant formula in peri-urban Lima, Peru. *Social Science & Medicine*, 244, 112324.
- Sağlam, H. Y., Özerdoğan, N., Şahin, B. M., & Gürsoy, E. (2023). Workplace breastfeeding support for working women: A scale development study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*: X, 20, 100239.
- Sallis, J. F., Owen, N., & Fisher, E. B. (2008). Ecological Models of Health Behaviour. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health Behavior and Health Education* (4 ed., pp. 465-485). Jossey-Bass.
- Santos, M. N., Azeredo, C. M., & Rinaldi, A. E. M. (2022). Association between maternal work and exclusive breastfeeding in countries of Latin America and Caribbean. *Maternal and child health journal*, 26(7), 1496-1506.
- Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), & Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS). (2018). Guía Fomento de una cultura de lactancia materna en los centros de trabajo. Instalación y funcionamiento de salas de lactancia. México
- Snyder, K., Hansen, K., Brown, S., Portratz, A., White, K., & Dinkel, D. (2018). Workplace breastfeeding support varies by employment type: the service workplace disadvantage. *Breastfeeding Medicine*, 13(1), 23-27.
- Snyder, K., Hulse, E., Dingman, H., Cantrell, A., Hanson, C., & Dinkel, D. (2021). Examining supports and barriers to breastfeeding through a socio-ecological lens: a qualitative study. *International breastfeeding journal*, 16, 1-8.
- Taylor, H. (2023). Enablers and barriers to workplace breastfeeding in the Armed Forces: a systematic review. *BMJ Mil Health*, 169(4), 373-384.
- Tomori, C., Hernández-Cordero, S., Busath, N., Menon, P., & Pérez-Escamilla, R. (2022). What works to protect, promote and support breastfeeding on a large scale: a review of reviews. *Maternal & child nutrition*, 18, e13344.
- Vázquez-Osorio, I. M., Vega-Sánchez, R., Maas-Mendoza, E., Heller Rouassant, S., & Flores-Quijano, M. E. (2022). Exclusive breastfeeding and factors influencing its abandonment during the 1st month postpartum among women from semi-rural communities in Southeast Mexico. *Frontiers in pediatrics*, 10, 826295.
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krusevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., & Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490.
- Vilar-Compte, M., Hernandez Cordero, S., Castañeda-Márquez, A. C., Rollins, N., Kingston, G., & Pérez-Escamilla, R. (2022). Follow-

- up and growing-up formula promotion among Mexican pregnant women and mothers of children under 18 months old. *Maternal & child nutrition*, 18, e13337.
- Wang, S., Guendelman, S., Harley, K., & Eskenazi, B. (2018). When fathers are perceived to share in the maternal decision to breastfeed: outcomes from the infant feeding practices study II. *Maternal and child health journal*, 22, 1676-1684.
- WHO, & UNICEF. (2018). Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative. World Health Organization.
- WHO, United Nations Children's Fund (UNICEF), & GLOBAL BREASTFEEDING COLLECTIVE. (2023). Global Breastfeeding Scorecard 2023. Rates Of Breastfeeding Increase Around The World Through Improved Protection And Support.
- World Health Organization. (2019). Global breastfeeding scorecard, 2019: increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programmes.
- World Health Organization, Global Breastfeeding Collective, & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2019). Maternity leave legislation in support of breastfeeding: case studies around the world.
- CEPAL. (2025). América Latina y el Caribe y la Agenda 2030 a cinco años de la meta: ¿cómo gestionar las transformaciones para acelerar el progreso? Santiago
- DECRETO por el que se adiciona una fracción XXXIV al artículo 9 de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (2024). <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lfped.htm>
- Gonzalez De Cosío, M. T., & Hernández, C. S. (2016). Lactancia materna en México.
- IHAN, & Unicef. Objetivos de Desarrollo Sostenible y lactancia materna. Retrieved abril, 18 from <https://www.ghan.es/objetivos-de-desarrollo-sostenible-y-lactancia-materna/>