



Situación de la Lactancia Materna en la Argentina

Informe 2018

AUTORIDADES NACIONALES

Presidente de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Ministro de Salud

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos

Dr. Mario Kaler

Subsecretario de Programas de Promoción y Prevención de la Enfermedad

Dr. Daniel Horacio Espinosa

Directora Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia

Dra. Diana Fariña

**INFORME ELABORADO POR LA
DIRECCIÓN NACIONAL DE
MATERNIDAD, INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

Área de Nutrición
Área de Sistemas
Área de Monitoreo y Evaluación

Se agradece el asesoramiento estadístico ofrecido para este trabajo por el Ing. Sergio Defusto y a la Mag. Mónica Giuliano.

Sugerimos citar este documento como:

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia.
Situación de la lactancia materna en Argentina. Informe 2018.

Tabla de contenido

Mensaje de la Directora Nacional, Dra. Diana Fariña	5
La importancia de la lactancia materna.....	6
Datos epidemiológicos.....	8
La Encuesta Nacional de Lactancia Materna (ENaLac)	8
Metodología.....	8
Resultados.....	9
Datos de gestión.....	15
Hospital y el Centro de Salud Amigos de la Madre y el Niño.....	15
Espacios Amigos de la Lactancia Materna.....	15
Centros de Lactancia Materna.....	15
Atención a las familias - 0800 de Lactancia Materna	16
Conclusiones y sugerencias.....	16
Bibliografía	18

Mensaje de la Directora Nacional, Dra. Diana Fariña

La Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y Adolescencia (DiNaMIA) entiende la Lactancia Materna como una de las estrategias sanitarias más costo-efectivas para la reducción de la morbi-mortalidad infantil y neonatal. En consonancia con esta mirada, desde hace varias décadas se trabaja intensamente en la promoción, protección y apoyo a la lactancia mediante la implementación de un conjunto de acciones de probada eficacia.

Las Iniciativas Hospital y Centro de Salud Amigos de la Madre y el Niño, la legislación vigente, la capacitación de los equipos de salud, el trabajo en Centros de Lactancia Materna, son algunas de las estrategias impulsadas y acompañadas desde la DiNaMIA. Sin embargo, la Dirección Nacional por sí sola no puede lograr los cambios en las prácticas de lactancia; para ello necesita indudablemente del trabajo articulado de todos los Programas Materno Infantiles, los cuales logran en sus territorios el impulso y sostenimiento de las acciones adecuadas.

El relevamiento de datos epidemiológicos es una acción que permite monitorear los avances de los indicadores midiendo el impacto de las estrategias implementadas. El relevamiento sistemático de datos nacionales sobre prácticas de lactancia se registra desde el año 1998 y se han publicado informes de difusión desde el 2007. En este informe 2018, además de dar cuenta de los resultados de la Encuesta Nacional de Lactancia Materna (ENaLac) del 2017, se incluirán también otros resultados de gestión con el objetivo de difundir los mismos y profundizar el acompañamiento a las jurisdicciones y la promoción de estrategias en todo el territorio nacional.

Esperamos que este documento contribuya a fortalecer los vínculos entre todas las jurisdicciones profundizando estrategias de promoción, protección y apoyo a nivel nacional, entendiendo que los datos estadísticos nos marcan el camino a seguir y que su relevamiento y monitoreo son necesarios pero no suficientes para lograr el objetivo último: que más niños inicien y sostengan la lactancia materna según el ideal de alimentación del lactante.

Los invitamos a apropiarse de los datos de este informe para impulsar cambios acordes a la realidad puntual de cada provincia, contando siempre con el apoyo de la DiNaMIA.

La importancia de la Lactancia Materna

Está demostrado que la alimentación con leche humana es la forma ideal de alimentación del niño pequeño; no sólo desde el punto de vista nutricional –ya que contiene todos los nutrientes en la especificidad biológica y la cantidad que el niño necesita–, sino también desde una perspectiva integral de salud, ya que también posee otros componentes que contribuyen al crecimiento, desarrollo, la protección contra enfermedades y la reducción del riesgo de muerte⁽¹⁻³⁾.

El impacto positivo sobre la salud de los niños es tan evidente que hoy día no podemos seguir refiriéndonos a los beneficios de la lactancia, sino que tenemos que señalar los riesgos que conlleva su no práctica, o su práctica por debajo de los estándares recomendados⁽³⁾. La reducción del riesgo de enfermedad a corto plazo ya sea por otitis, gastroenteritis o infecciones respiratorias es uno de los efectos más visibles cuando comparamos poblaciones según su tipo de alimentación; sin embargo, otras manifestaciones menos evidentes hacen que la promoción y protección de la lactancia sea considerada una estrategia fundamental para la salud materno-infantil.⁽⁴⁻⁶⁾

El Ministerio de Salud de la Nación y otros organismos nacionales e internacionales recomiendan la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses de vida del niño y la continuación de la misma, aun luego de iniciada la alimentación complementaria, hasta por lo menos los dos años de vida⁽⁷⁻⁹⁾. El cumplimiento de este parámetro es importante ya que la relación dosis-respuesta de la lactancia se verifica tanto a mayor exclusividad de la misma como a su mayor duración en el tiempo⁽⁶⁾.

Recientemente se han cuantificado los efectos de la lactancia sobre la salud del niño observándose resultados rotundos en favor de su práctica. En los niños amamantados el riesgo de diarrea es la mitad, el riesgo de infecciones respiratorias se reduce en un tercio, y el riesgo de hospitalización por ambas patologías se ve drásticamente disminuido (72% y 57% respectivamente). A largo plazo también se observa su impacto, manifestándose en una reducción del 26% del sobrepeso y del 35% de la incidencia de la diabetes tipo II⁽³⁾. Otros efectos de la lactancia se han observado en la reducción de la maloclusión, de la leucemia y en la mejora de los puntajes de inteligencia⁽³⁾.

La asociación entre menor riesgo de cáncer de mama y duración de la lactancia es un beneficio directo para las mujeres, como también lo es el menor riesgo de cáncer de ovarios. En ambos casos, no se observa únicamente la reducción del riesgo con la práctica en sí, sino también con su sostenimiento en el tiempo⁽³⁾.

La práctica de la lactancia materna exclusiva o continuada no sólo tiene impacto sobre la salud de los niños pequeños; existe evidencia suficiente que asocia el momento de inicio de la lactancia con la reducción de la mortalidad neonatal, incluso en una relación riesgo-tiempo de ocurrencia, ya que a mayor demora en el inicio, mayor es el riesgo de mortalidad que se ha observado^(10,11).

La República Argentina cuenta con un conjunto de instrumentos legales que protegen la lactancia mediante el cuidado del binomio madre-hijo desde diferentes perspectivas. La protección de la mujer que amamanta está contemplada ya desde la Constitución Nacional (art.75° inc. 23)⁽¹²⁾; la protección del lactante, en la Convención de los Derechos del Niño⁽¹³⁾; y la protección de ambos durante el proceso del nacimiento, en la Ley 25.929⁽¹⁴⁾; el cuidado posparto mediante licencias de maternidad y descansos por lactancia en la Ley de Contrato de Trabajo⁽¹⁵⁾; y la protección frente a la comercialización inadecuada de sucedáneos de la leche materna fue incorporada al Código Alimentario⁽¹⁶⁾.

Todos estos instrumentos de protección son necesarios pero no suficientes para garantizar una práctica adecuada de la lactancia, ya que son numerosos los factores que pueden interferir en la misma como las prácticas de los servicios de salud, la información recibida por las familias o los lugares donde las mujeres trabajan⁽¹⁷⁾.

Prácticamente todos los lactantes pueden recibir leche materna y todas las mujeres pueden amamantar; solamente existen algunas contraindicaciones documentadas (totales o parciales) como la galactosemia, el VIH o la fenilcetonuria, por lo cual el equipo de salud debe estar alerta y capacitado para no interferir innecesariamente con la lactancia⁽¹⁸⁾.

Para garantizar el pleno ejercicio de la lactancia materna en la sociedad resulta indispensable realizar un análisis exhaustivo de los datos epidemiológicos y ponerlos a disposición de los diferentes actores para que con éstos monitoreen sus prácticas y propongan nuevas líneas de acción según se considere necesario.

Datos epidemiológicos

La Encuesta Nacional de Lactancia Materna (ENaLac)

Desde el año 1998 se tiene registro de datos estadísticos a nivel nacional sobre indicadores de Lactancia Materna exclusiva. A partir del año 2007 se empezó a compilar esos datos estadísticos en informes anuales que dan cuenta de la Situación de la Lactancia Materna en nuestro país. Con el correr del tiempo y gracias al apoyo de los equipos de salud de las jurisdicciones, la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia (DiNaMIA) ha complejizado y sistematizado el relevamiento de los datos provinciales hasta alcanzar, al día de hoy, una Encuesta que pretende dar respuesta a algunas de las situaciones más relevantes relacionadas con la lactancia materna en nuestro país.

Por tal motivo, más allá de los indicadores relevados tradicionalmente, se han incorporado otras preguntas con el objetivo de complementar la información obtenida y permitir el desarrollo de políticas más acabadas. A continuación se describe la metodología propuesta para la ENaLac 2017 y los resultados obtenidos.

Metodología

La ENaLac es un estudio de corte transversal cuyo objetivo fue el de evaluar la prevalencia de la lactancia materna en los niños que demandan al sistema público de salud en función de variables socio-demográficas y de salud seleccionadas. Dicho estudio se aplicó en dos grupos muestrales: niños con menos de 6 meses de vida y niños de 12 a 15 meses de edad.

Para su implementación se capacitó a las jurisdicciones por medio de videoconferencias en el relevamiento de información, utilizando un cuestionario especialmente elaborado, que fue aplicado durante el último trimestre del año 2017 en los Centros de Atención Primaria públicos (provinciales o municipales) que realizan controles programados o reciben demanda espontánea de niños sanos; en los hospitales públicos que reciben demanda espontánea para control de niños sanos; o en los consultorios públicos de vacunación de todas las jurisdicciones.

Por medio del cuestionario se relevó información del día anterior sobre lactancia materna, consumo de otro tipo de leches, alimentos o bebidas, para elaborar los indicadores de lactancia materna exclusiva, parcial, predominante, continua y destete. Adicionalmente se relevó información sobre educación de la madre, tiempo que el binomio pasa separado por día, peso al nacer, tipo de parto y primer momento de puesta al pecho del niño o niña.

Los criterios de exclusión fueron: patologías de la madre o el niño que interfieran o contraindiquen la alimentación con leche materna (enfermedades metabólicas, neurológicas, VIH, etc.); niño enfermo en el momento de la encuesta, con una patología que interfiera en la alimentación (enfermedad respiratoria, enfermedad gastrointestinal, etc.) o que el adulto que se niega a participar por cualquier motivo.

A partir de los porcentajes obtenidos en cada jurisdicción según los datos de la Encuesta Nacional anterior y del número de recién nacidos vivos 2015, se calculó el tamaño muestral para que el indicador de Lactancia Materna Exclusiva antes de los 6 meses fuera representativo para cada jurisdicción y para que el indicador de LM continuada fuera representativo a nivel nacional (en el Anexo 1 se puede observar la cantidad de encuestas solicitadas a cada jurisdicción y el número recibido para cada grupo muestral).

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Organización Panamericana de la Salud (*Pan American Health Organization Ethics Review Committee -PAHOERC-*) y los resultados de cada entrevista fueron ingresados por un responsable de la jurisdicción en un sistema informático *on-line* diseñado a tal fin por el Ministerio de Salud de la Nación.

Los resultados obtenidos fueron ponderados sobre la base de los nacidos vivos de cada provincia reportados por la DEIS del año 2016 ⁽¹⁹⁾ y la significancia estadística se verificó mediante la comparación de intervalos de confianza y del *test* de diferencia de proporciones a dos colas con un $p_{valor} < 0,01$ como mínimo ⁽²⁰⁾.

Resultados

Se recibieron encuestas de todas las jurisdicciones del país contabilizando un total de 23.275 casos ponderados, de los cuales el 66% correspondió a menores de 6 meses (15.322 casos), el 14% a niños¹ de 12 a 15 meses (3.244 casos) y el resto estaba fuera del rango etéreo solicitado a las provincias o no poseían datos de ingesta del día anterior. La muestra final a analizar fue de 18.566 casos de niños menores de 6 meses y de entre 12 y 15 meses. (Para consultar la composición de la muestra recibida previo a la ponderación según provincia y grupo etéreo, ver Anexo 1).

Del total de la muestra, el 9,3% de las madres de los niños incluidos poseía hasta primario incompleto (IC al 95%: 8,8-9,7); el 50,8% (IC al 95%: 50,0-51,5) reportó tener primario completo o secundario incompleto; y el 39,9% de la muestra tenía al menos secundario completo o más nivel educativo (IC al 95%: 39,2-40,6).

A partir de los datos recolectados sobre la ingesta del día anterior se construyeron los indicadores básicos de LM que se presentan a continuación ⁽²¹⁾:

Tabla 1: Porcentaje de lactancia materna. Total país. ENaLac, 2017.

Indicador	Porcentaje de Lactancia Materna					
	Antes de los 6 meses (n=15.322)	A los 2 meses (n=2.194)	A los 4 meses (n=2.724)	A los 6 meses (n=2.773)	Entre 12 y 15 meses (n=3.243)	
LME	54	58	51	42	NA	
LM Predominante	NA	2	5	10		
LM Parcial		33	33	36		
LM Continuada		NA				78
Destete		7	11	12		22

Elaboración propia (DiNaMIA).
NA = no aplicable

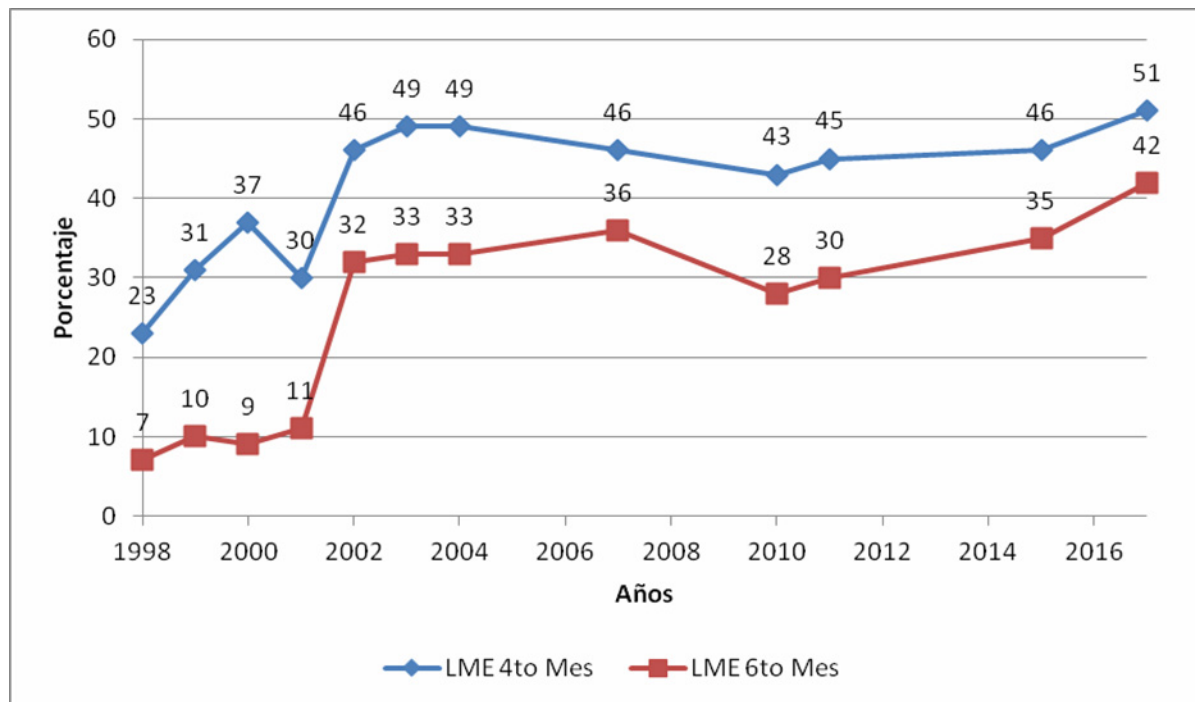
Como se puede observar en la Tabla 1, el porcentaje de lactancia materna exclusiva (LME) desciende a medida que aumenta la edad de los niños, siendo del 58% a los dos meses y del 42% a los 6. En sentido inverso, se observa cómo el porcentaje de destete aumenta a medida que los niños crecen (para un detalle de los respectivos indicadores con sus intervalos de confianza al 95%, referirse al Anexo 2).

El valor del indicador global de LME antes del sexto mes es levemente superior al de la encuesta anterior pero no presenta significancia estadística ($p > 0,01$) ⁽²²⁾. Se advierte un aumento estadísticamente significativo en los indicadores de LME a los 4 y 6 meses como se puede observar en el Gráfico 1.

¹ A lo largo del informe se entiende por "niño" a todos los niños y niñas.

La LME al 4to mes presentó un aumento del 5% ($p < 0,001$) mientras que la LME al 6to mes mostró un aumento del 7% ($p < 0,001$). Debido a que en la versión 2015 de la ENaLac no participaron cuatro provincias (Catamarca, Corrientes, Santa Cruz y Santiago del Estero) se reanalizaron los datos de la encuesta 2017 eliminándolas del análisis para maximizar la comparabilidad de ambas encuestas, y los resultados obtenidos fueron similares a los datos con la base completa.

Gráfico 1: Evolución de los porcentajes de LME al 4to y 6to mes de edad. ENaLac, 1998-2017.



Ocho provincias presentaron modificaciones estadísticamente significativas en sus indicadores de LME en menores de 6 meses entre ambas ediciones de la ENaLac: Buenos Aires, Jujuy, La Pampa, Misiones, San Juan, San Luis, Santa Fe y Tierra del Fuego. De las provincias mencionadas Buenos Aires, Jujuy, La Pampa, San Luis y Tierra del Fuego aumentaron el porcentaje de LME, mientras que en el resto ese porcentaje disminuyó (Tabla 2).

Cabe destacar que del total de las provincias, solo 9 lograron cubrir la cuota necesaria para la estimación de un indicador de LME representativo de la jurisdicción para el año 2017 (Anexo 1). Independientemente de ese hecho, se estima el indicador LME para todas las provincias y se adjunta el respectivo p_{valor} para la diferencia de proporciones permitiendo la comparación estadística con la encuesta anterior. Sin embargo, es necesario resaltar que el indicador debe ser interpretado con cautela en aquellas provincias cuya muestra no fuera suficiente en cualquier de los dos períodos.

Tabla 2: Porcentaje de LME en menores de 6 meses por provincia y año. ENaLac. 2015 y 2017.

Jurisdicción	Porcentaje LME año 2017	Porcentaje LME año 2015	Test de diferencia de proporciones (p_{valor})
Buenos Aires*	58	52	0,000
CABA*	58	58	0,500
Catamarca	42	Sin dato	-
Chaco*	67	73	0,031
Chubut	61	54	0,023
Córdoba*	36	34	0,248
Corrientes	63	Sin dato	-
Entre Ríos*	54	53	0,735
Formosa	56	52	0,216
Jujuy	56	48	0,004
La Pampa	62	47	0,001
La Rioja	35	46	0,010
Mendoza*	64	59	0,036
Misiones	42	50	0,003
Neuquén	66	71	0,143
Río Negro	72	74	0,463
Salta*	67	70	0,151
San Juan	49	61	0,000
San Luis	62	50	0,002
Santa Cruz	40	Sin dato	-
Santa Fe*	41	48	0,000
Santiago del Estero	35	Sin dato	-
Tierra del Fuego	68	43	0,001
Tucumán*	45	49	0,148
TOTAL	54	53	0,040

*Jurisdicción con muestra suficiente para la estimación del indicador LME antes de los 6 meses del año 2017.

A la hora de iniciar y continuar la LM en el tiempo, los niños nacidos con bajo peso enfrentan más desafíos que los niños nacidos con peso adecuado. Sin embargo, desde el sistema de salud, trabajar para que esta población acceda a la leche humana es un importante desafío, dados los beneficios que la misma conlleva para los niños más vulnerables⁽²³⁾. Para estimar la prevalencia de LME según el peso al nacer, la ENaLac indagó sobre el peso de nacimiento de cada niño y, a partir de análisis de los datos, se observó que la prevalencia de LME en menores de 6 meses estuvo afectada por el peso al na-

cer, siendo de 54,7% (IC al 95%: 53,9-55,5) para los niños nacidos con más de 2500 g y de 34,7% (IC al 95%: 31,5-37,8) para aquellos con peso inferior a 2500 g. Esta misma tendencia de menor porcentaje de LM en niños nacidos con menos de 2500 g se observó también en todos los sub-grupos etarios, excepto para el grupo de niños de 12 a 15 meses de edad, tal como se presenta en la Tabla 3.

Tabla 3: Porcentaje de lactancia materna e IC al 95% según peso al nacer y tramos de edad. Total país. ENaLac, 2017.

Tramos de edad	Porcentaje e IC al 95% de LM	
	Peso al nacer	
	2500 gramos o más (n=17.522)	Menos de 2500 gramos (n=1.044)
Menores de 6 meses ^a	91,3 (90,8-91,8)	80,9 (78,3-83,5)
2 meses ^a	93,9 (92,9-94,9)	83,7 (77,3-90,1)
4 meses ^a	89,6 (88,4-90,8)	83,7 (78,3-89,2)
6 meses ^a	89,2 (88,0-90,4)	73,5 (66,6-80,4)
Entre 12 y 15 meses	78,2 (76,7-79,7)	71,1 (64,2-78,1)

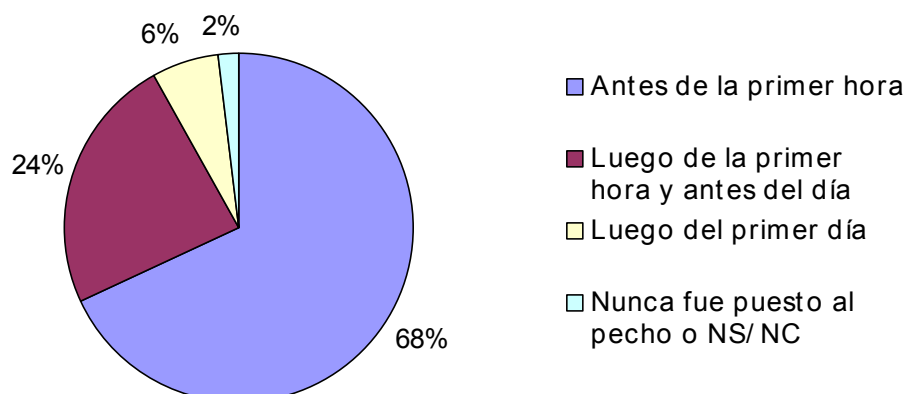
Elaboración propia (DiNaMIA).

a = diferencia de proporciones estadísticamente significativa según peso al nacer con $p < 0,001$

En aquellos niños que no reciben leche materna, es crucial conocer qué tipo de leche reciben, ya que la misma impactará sobre el estado nutricional de la población. En tal sentido, la ENaLac relevó información sobre el tipo de leche consumida por la población encuestada, observándose que entre los niños sin LME menores de 6 meses, la opción más frecuente fue la leche de fórmula, seguida por la leche del Programa Materno Infantil (PMI) (59% y 20% respectivamente) y por último la leche de vaca con un 8%. Sin embargo, cuando los niños llegan al año de vida, el tipo de leche elegida se modifica siendo la leche del PMI la más consumida (40%), seguida por la leche de vaca u otro animal (21%) y, finalmente, la leche de fórmula (16%).

El momento del inicio de la lactancia es determinante para su continuidad y para la reducción del riesgo de mortalidad neonatal⁽¹¹⁾. Por ese motivo, la ENaLac indagó sobre el momento de la primera puesta al pecho y, tal como se puede observar en el Gráfico 2, la mayoría de los niños menores de 6 meses fueron puestos al pecho antes de la primera hora de vida (68%, IC al 95%: 64-69); valor seguido por la puesta al pecho entre la hora y el día de vida (24%, IC al 95%: 22-25) y por la puesta al pecho luego del primer día (6,3%: IC al 95%: 6,0-6,8). En el análisis entre los niños de 12 a 15 meses, se observan porcentajes similares a los anteriores: el 69% (IC al 95%: 65-72) de niños fueron puestos al pecho antes de la primera hora de vida; el 24% (IC al 95%: 21-27) luego de la primera hora pero antes del día; y 5% (IC al 95%: 4-6) luego del primer día.

Gráfico 2: Momento de la primera puesta al pecho. Menores de 6 meses. Total país. ENaLac, 2017.



El momento de la primera puesta al pecho está altamente condicionado por el peso al nacer del niño, tal como se muestra en la Tabla 4. En aquellos niños menores de 6 meses nacidos con un peso inferior a los 2500 gramos, la proporción de niños puestos al pecho antes de la primera hora fue sustancialmente inferior que a la de aquellos niños nacidos con al menos 2500 gramos. Por otra parte, la puesta al pecho de los nacidos con menos de 2500 gramos luego transcurrido del primer día, fue cinco veces mayor que la observada en los niños con 2500 gramos o más.

Tabla 4: Momento de primera puesta al pecho según peso al nacer en menores de 6 meses. Total país. ENaLac, 2017.

Primera puesta al pecho	Porcentaje e IC al 95% de LM	
	Peso al nacer	
	2500 gramos o más (n=17.522)	Menos de 2500 gramos (n=1.044)
Antes de la hora ^a	69,6 (68,8-70,3)	40,1 (36,9-43,4)
Luego de la primer hora y antes del día ^a	23,8 (23,1-24,5)	20,6 (18,0-23,4)
Luego del primer día ^a	5,0 (4,7-5,4)	28,3 (25,3-31,3)
Nunca fue puesto al pecho ^a	1,0 (0,0-1,2)	9,3 (7,4-11,2)

Elaboración propia (DiNaMIA).

^a = diferencia de proporciones estadísticamente significativa según peso al nacer con $p < 0,001$

La práctica de la lactancia puede también verse afectada por el tiempo de separación entre madre e hijo/a. Por tal motivo, se indagó sobre el tiempo de separación diario del binomio en promedio, tomando como valor de referencia al menos cuatro horas diarias de separación. Del total de la muestra, el 18,5% de los niños (IC al 95%: 17,9-19,0) pasa al menos cuatro horas por día separado de su madre. Al dividir la muestra entre menores de 6 meses y niños de 12 a 15 meses, se pudo observar que en el grupo de niños más pequeños ese porcentaje fue de 16,1% (IC al 95%: 15,5-16,7) mientras que en el grupo de 12 a 15 es de 29,6% (IC al 95%: 28,0-31,1).

Entre los niños que pasan cuatro o más horas separados de sus madres, el porcentaje de LM fue de 82,2% (IC al 95%: 81,0-83,5) mientras que en aquellos que pasan menos tiempo separados el porcentaje aumenta a 89,9% (IC al 95%: 89,4-90,4). Al separar los niños por grupo etario, en los menores de

6 meses que pasan al menos cuatro horas separados de sus madres, el porcentaje de LM fue de 85,9% (IC al 95%: 84,5-87,3) mientras que entre los que pasan menos tiempo separados ese porcentaje aumenta a 91,6% (IC al 95%: 91,1-92,1). La tendencia se mantiene aun en niños más grandes, siendo el porcentaje de LM 72,7% (IC al 95%: 69,9-75,6) entre los que pasan al menos cuatro horas separados de sus madres, y de 79,9% (IC al 95%: 78,2-81,5) en aquellos que pasan más tiempo con ellas.

En la muestra analizada, el tipo de parto predominante fue el vaginal 60,9% (IC al 95%: 60,2-61,6) mientras que la cesárea se encontró un par de puntos por debajo de ese valor 38,9% (IC al 95%: 38,3-39,7). En el conjunto de los niños nacidos por parto vaginal, el porcentaje de LM fue de 90,5% (IC al 95%: 90,0-91,1) mientras que en los niños nacidos por cesárea el porcentaje fue de 85,2% (IC al 95%: 84,4-86,0). Al subdividir la muestra por grupos etarios, se observa que entre los niños de 0 a 6 meses nacidos por parto vaginal el porcentaje de LM también fue más elevado que entre aquellos nacidos por cesárea (92,6%, IC al 95%: 92,0-93,1 y 87,8%, IC al 95%: 86,9-89,6 respectivamente).

La misma tendencia se observó al analizar el grupo de niños de 12 a 15 meses, siendo el porcentaje de LM en niños nacidos por parto vaginal de 80,9% mientras que el de niños nacidos por cesárea fue de 73,1% (IC al 95%: 79,2-82,6 y 70,6-75,5 respectivamente). El porcentaje de LME en menores de 6 meses también se vio influenciado por el tipo de parto, siendo de 59,1% (IC al 95%: 58,1-60,1) entre los menores de 6 meses nacidos por parto vaginal y de 44,8% (IC al 95%: 43,5-46,0) entre los niños nacidos por cesárea. Todas las diferencias de proporciones analizadas según tipo de parto fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

La educación de la madre también fue un factor que influyó en la prevalencia de LM en la población estudiada. Tal como puede observarse en la Tabla 5, los indicadores de LM como los de LME fueron menos favorables en el grupo con menor instrucción educativa al ser comparado con los otros dos grupos siendo las diferencias de proporciones estadísticamente significativas ($p < 0,001$), excepto para el tramo de edad de niños de 12 a 15 meses.

Tabla 5: Porcentaje y tipo de lactancia materna según nivel educacional y tramos de edad. Total país. ENaLac, 2017.

Tramos de edad	Porcentaje e IC al 95%		
	Nivel educativo		
	Hasta primario incompleto (n=1.691)	Primario completo y secundario incompleto (n=9.218)	Desde secundario completo (n=7.245)
LME en menores de 6 meses	47,3 (44,7-49,9)	54,0 (52,9-55,1)	53,7 (52,5-55,0)
LM en todos los grupos etarios	86,0 (83,8-87,2)	88,6 (88,0-89,3)	89,0 (88,3-89,8)
LM en menores de 6 meses	86,9 (85,1-88,6)	90,5 (89,9-91,2)	91,7 (91,0-92,4)
LM en niños de 12 a 15 meses	78,5 (73,5-83,4)	79,1 (77,0-81,1)	76,6 (74,2-78,9)

Elaboración propia (DiNaMIA).

Datos de gestión

Hospital y Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño

La Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMyN), tiene más de veinte años de trayectoria en nuestro país y fue adoptada a partir de una propuesta de OMS/UNICEF que tiene como objetivo trabajar sobre las barreras institucionales en las maternidades que pudieran dificultar el adecuado desarrollo e instalación de la LM⁽²⁴⁾. A la fecha, en todo el territorio se han acreditado 69 hospitales de los cuales sólo 65 siguen haciendo partos o estando activos. Sin embargo, debe destacarse que aún hay seis jurisdicciones que no cuentan con ningún HAMyN y que en un 20% de los hospitales acreditados transcurrieron más de cinco años desde la última evaluación². En total, estos hospitales concentran aproximadamente el 20% de los partos de del sector público (para un listado actualizado de los HA, dirigirse al Anexo 3).

A diferencia de la Iniciativa HAMyN, la Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño (CSAMyN) es una más reciente y de origen nacional. La misma pretende dar continuidad a la de HAMyN en lo referente a la promoción y protección de la LM en los centros de salud, una vez que los niños fueron dados de alta en las maternidades. Argentina a la fecha cuenta únicamente con veinte Centros acreditados de los cuales sólo uno, en la provincia de Neuquén, realizó una reacreditación. Son diez las provincias que tienen al menos un CSAMyN y dos (San Juan y San Luis) las que cuentan con más de dos Centros certificados.

Espacios Amigos de la Lactancia Materna

La Ley de Contrato de Trabajo (N° 20.744 y sus modificatorias) protege a las mujeres trabajadoras durante el embarazo y el posparto garantizando días de licencia para poder cuidar del bebé durante los primeros días de vida. La misma ley, en su Art. 179°, establece que toda trabajadora madre de lactante disponga de dos (2) descansos de media hora para amamantar a su hijo, en el transcurso de la jornada de trabajo con el objeto de contribuir a mejorar la transición de la mujer entre la licencia por maternidad y el regreso a sus obligaciones laborales. Sin embargo, a la luz de las recomendaciones de LME, el tiempo otorgado por la ley resulta insuficiente y podría atentar contra la continuidad de la misma.

En vistas de este escenario, el MSAL impulsa el desarrollo de Espacios Amigos de la LM en instituciones laborales mediante la capacitación a empleadores, la distribución de recomendaciones y la acreditación de espacios instalados. En este contexto, desde el año 2014 en cada celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna, el Ministro de Salud de la Nación otorga placas de reconocimiento, habiéndose entregado al 2017, veinticinco placas y habiendo quedado comprometidas otras diez para entregar en 2018.

Centros de Lactancia Materna (CLM)

Para acortar la brecha de inicio de la LM entre los niños con bajo peso al nacer y los niños nacidos con 2500 g o más, la estrategia implementada en Argentina es el desarrollo de Centros de Lactancia Materna en todas las instituciones con internación neonatal o pediátrica.

² El Ministerio de Salud de la Nación exige que los Hospitales Amigos de la Madre y el Niño sean reacreditados en tal carácter cada cinco años.

Para ello se cuenta con la Ley 25.929 que en su art.4° indica que toda persona recién nacida tiene derecho a que *“se facilite la lactancia materna siempre que no incida desfavorablemente en su salud”*; y en su decreto reglamentario determina que *“Los establecimientos de salud deberán adecuar sus instalaciones de manera de contar con CLM conforme a la normativa nacional vigente. El equipo de salud deberá brindar información y apoyo suficiente a la mujer para los casos en que sea necesaria la extracción de su leche para ser administrada al/la recién nacido/a.”*

Para poder implementar y desarrollar estos CLM, las jurisdicciones cuentan con Directrices Nacionales elaboradas con grupos de expertos que dan cuenta no sólo de cómo desarrollar el espacio físico, sino también de las pautas de procedimiento dentro de ellos. A la fecha no se cuenta con información oficial sobre la cantidad de CLM adecuados en las maternidades del país; sin embargo, actualmente se está trabajando en un relevamiento que permitirá acompañar mejor a las jurisdicciones en su desarrollo.

La DiNaMIA procura apoyar a las jurisdicciones en el desarrollo de los CLM desde diferentes perspectivas. Como se mencionó se cuenta con legislación, directrices y también, desde el año 2011 en forma ininterrumpida realiza capacitaciones a equipos de salud conjuntamente con el Hospital Garrahan. Desde el inicio del curso a la fecha se han capacitado, por medio de teleconferencias, a casi 600 miembros del equipo de salud que desarrollan tareas en diferentes CLM del país.

Atención a las familias - 0800 de Lactancia Materna

A partir de los datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) se evidenció que el motivo más frecuente de abandono de la LM en menores de 6 meses era porque sus madres percibían que *“se quedaban sin leche”* ⁽²⁵⁾. Dado que la gran mayoría de las mujeres pueden amamantar, es de suponer que el hecho de *“quedarse sin leche”* referido por aproximadamente el 50% de esas mujeres debe estar relacionado a falta de información sobre signos de hambre y saciedad del niño, malas técnicas de lactancia o falta de apoyo del equipo de salud en momentos clave durante los primeros meses de vida del niño. Con el objeto de acercar información a las familias y mejorar el acceso a los equipos de salud especializados, en el año 2014 el Ministerio de Salud de la Nación inauguró un número 0-800 sobre Lactancia Materna. Esta línea telefónica –gratuita y de alcance nacional– procura responder a cuestiones básicas sobre LM y vincular a las familias con los equipos de salud cercanos a sus respectivos domicilios. A la fecha, se cuenta únicamente con 51 efectores que corresponden a hospitales públicos o consultorios particulares distribuidos en 15 provincias.

A la fecha, se han recibido solamente 184 llamados al 0-800 lo cual denota una importante subutilización de esta herramienta. Entre las preguntas más frecuentes que se responden se encuentran las relacionadas con la baja producción de leche, el modo correcto de amamantar, la donación de leche materna, dolor en los pechos, derechos laborales relacionados con la LM, alimentación complementaria, lactancia y medicamentos, edad ideal para el destete, lactancia en momentos de separación madre-hijo y conservación de la leche. Cuando las preguntas no pueden ser respondidas por las personas que atienden el 0-800 –que fueron capacitadas y cuentan con un listado de preguntas frecuentes–, se elabora una consulta a la DiNaMIA para que sea respondida por expertos.

Conclusiones y sugerencias

Si bien los datos de LME al 4to y 6to mes han mejorado desde la última medición, cabe destacar que todavía una elevada proporción de niños sigue sin beneficiarse de la LME, a pesar de que existe suficiente evidencia que vincula la misma con menor riesgo de morbi-mortalidad en este grupo de niños.

En consecuencia, es necesario redoblar los esfuerzos para lograr mejoras permanentes en estos indicadores y lograr, en un futuro no lejano, que todos los niños se beneficien de su práctica.

Teniendo en cuenta que más del 99% de los partos que ocurren en nuestro país son institucionalizados⁽¹⁹⁾, cabe una gran responsabilidad en el trabajo del momento de puesta al pecho de los niños. Si bien una alta proporción de niños inicia la LM, es elevado también el porcentaje de niños que no practican LME. En tal sentido se debe trabajar en la Estrategia Hospital Amigo de la Madre y el Niño, no solo con miras a una certificación, sino como estrategia integral que mejora las oportunidades de lactancia de la población asistida. Cualquier avance que se haga en este sentido será de gran beneficio para la lactancia. En este contexto, parámetros como el momento de la primera puesta al pecho, o de LM luego de una cesárea dan cuenta del compromiso de las maternidades para garantizar la LM en todos los escenarios.

Por otro lado, el marcado descenso de los indicadores hacia el sexto mes pone de manifiesto la importancia de contar con más centros de salud atentos a trabajar en LM (idealmente siendo CSAMyN) para contribuir a sus sostenimiento en el tiempo. Del mismo modo, es necesario impulsar sustancialmente desde todas las jurisdicciones el uso del 0-800 de lactancia habiendo identificado, para la referencia, aquellos efectores capaces de atender situaciones problemáticas en todas las provincias y sus localidades. Idealmente, este puede ser un canal válido y permanente de comunicación entre el sistema de salud y la población donde se resuelvan cuestiones básicas y se derive a la población cuando sea necesario.

Las instituciones con internación neonatal tienen especial responsabilidad en la promoción y protección de la LM en aquellos niños internados. Deben contar con CLM adecuados, no solo con el objetivo de cumplir con la ley sino también para proteger los derechos de esta población vulnerable, para la cual la leche humana pasa a ser un elemento indispensable que condiciona la sobrevivencia y el desarrollo a futuro. Argentina cuenta con todos los elementos necesarios para su instalación: legislación (14), directrices⁽²⁶⁾, capacitación, etc. por lo cual las jurisdicciones deben arbitrar los medios necesarios para que cada efector en su territorio trabaje en concordancia con este objetivo.

Finalmente, un aspecto que no debe desatenderse desde cada jurisdicción es el impulso de Espacios Amigos de la LM en instituciones laborales para evitar que el regreso de la mujer al trabajo se transforme en una barrera más para su continuidad⁽²⁷⁾.

Todo lo propuesto en este documento atiende a la realidad epidemiológica de la LM en nuestro país. Sin embargo, tal como se expresó más arriba, nada de esto puede ser un logro exclusivo de un sector de la población. Hace falta el trabajo mancomunado de las jurisdicciones, del Estado nacional, de los efectores y sus equipos técnicos para que cada uno desde su rol de pertenencia aporten su esfuerzo para el logro último de los objetivos: práctica plena de la Lactancia Materna Exclusiva hasta el sexto mes de vida y Lactancia Materna continuada en todos los niños hasta los dos años de vida o más.

Bibliografía

1. Lawrence RA LR. *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. 8th ed. Saunders, editor. Piladelphia; 2016.
2. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. *How many child deaths can we prevent this year?* Lancet. 2003;362(9377):65-71.
3. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. *Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect*. Lancet [Internet]. 2016;387(10017):475-90. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
4. Horta B., Victora C. *Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality*. World Heal Organ [Internet]. 2013;1-54. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/breastfeeding_short_term_effects/en/
5. Horta BL, Victora CG. *Long-term effects of breastfeeding ... A SYSTEMATIC REVIEW ...* [cited 2017 Apr 19]; Disponible en: www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
6. American Academy of Pediatrics. *Breastfeeding and the Use of Human Milk*. Pediatrics [Internet]. 2012 Mar 1;129(3):e827-41. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/129/3/e827.full.pdf>
7. ramer MS, Kakuma R. *Optimal duration of exclusive breastfeeding*. Cochrane database Syst Rev [Internet]. 2012;(8):CD003517. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003517.pub2/full>
8. Ley 26.873. Lactancia Materna. *Promoción y Concientización Pública*. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/218212/norma.htm>
9. WHO. *Essential Nutrition Actions. Essential nutirittion actions*. Geneva; 2013.
10. Debes AK, Kohli A, Walker N, Edmond K, Mullany LC, Lozano R, et al. *Time to initiation of breastfeeding and neonatal mortality and morbidity: a systematic review*. BMC Public Health [Internet]. 2013;13(Suppl 3):S19. Disponible en: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-S3-S19>
11. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. *Delayed Breastfeeding Initiation Increase Risk of Neonatal Mortality*. Pediatrics. 2006;117(3):e380-6.
12. Ley No. 24.430. Constitución de la Nación Argentina. 1994.
13. UNICEF. *Convención sobre los Derechos del Niño* [Internet]. Unicef. 1989. Disponible en: <https://www.unicef.es/causas/derechos-ninos/convencion-derechos-ninos>
14. Ley No. 25.929. *Derechos de los padres y de la persona recién nacida*. [Internet]. 2004. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>
15. Ley No. 20.744. *Régimen de Contrato de Trabajo*. [Internet]. 1976. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25552/texact.htm>
16. *Código Alimentario Argentino*. Capítulo XVII. RESOLUCIÓN N° 54/97 MSyAS. 1997.
17. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. *Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?* Lancet [Internet]. 2016;387(10017):491-504. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
18. OMS. OMS | *Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna* [Internet]. 2009. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_FCH_CAH_09.01/es/
19. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. *Estadísticas Vitales. Información básica, Año 2016*. [Internet]. Buenos Aires; 2016. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/09/Estadisticasvital2016.pdf>
20. Newcombe RG, Merino Soto C. *Intervalos de confianza para las estimaciones de proporciones y las*

- diferencias entre ellas*. Interdisciplinaria [Internet]. 2006;23(2):141-54. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/180/18023201.pdf>
21. UNICEF, World Health Organization (WHO). *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño*. Parte 1, definiciones. Washington, DC; 2007.
 22. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad I y A. *Situación de la lactancia materna en la Argentina* [Internet]. Buenos Aires; 2015. Disponible en:
<http://datos.dinami.gov.ar/produccion/nutricion/material/Encuesta-Nacional-de-Lactancia-Materna-2015.pdf>
 23. Lawrence RA LR. *Premature infants and breastfeeding*. In: *Breastfeeding A guide for the Medical Profession*. Eighth. Philadelphia: Elsevier; 2016. p. 424-562.
 24. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia., UNICEF. *Lactancia, promoción y apoyo en un hospital amigo de la madre y del niño. Módulo 3*. [Internet]. Buenos Aires; 2013. Disponible en:
https://datos.dinami.gov.ar/nutricion/material/modulo_3.pdf
 25. Ministerio de Salud de la Nación. *La alimentación de los niños menores de dos años. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud -ENNyS 2010*. [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2010. 60 p. Disponible en:
<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000258cnt-a09-alimentacion-de-ninos-menores-de-2-anos.pdf>
 26. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad I y A. *Directrices para la organización y el funcionamiento de los Centros de Lactancia Materna en establecimientos asistenciales*. [Internet]. Buenos Aires; 2012. Disponible en: <http://datos.dinami.gov.ar/produccion/nutricion/legislacion/809-2014.pdf>
 27. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad I y A. *La Lactancia Materna y las mamás que trabajan. Recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación para empresas y empleadores*. [Internet]. Buenos Aires; 2010. Disponible en:
[http://datos.dinami.gov.ar/produccion/nutricion/material/TrabajoyLactanciaMaterna\(Empresas\).pdf](http://datos.dinami.gov.ar/produccion/nutricion/material/TrabajoyLactanciaMaterna(Empresas).pdf)

ANEXO 1

Muestra solicitada y recibida por jurisdicción

Cantidad de casos por provincia y edad solicitados y recibidos para análisis. ENaLac, 2017.

Jurisdicción	Encuestas 0 a 6 meses		Encuestas 12 a 15 meses	
	Recibido	Solicitado	Recibido	Solicitado
Buenos Aires	529	700	131	200
CABA	1430	600	233	200
Catamarca	1034	450	418	100
Chaco	502	450	107	100
Chubut	716	500	132	150
Córdoba	671	600	107	200
Corrientes	695	700	120	100
Entre Ríos	562	550	153	150
Formosa	747	550	134	100
Jujuy	773	550	169	100
La Pampa	359	450	55	100
La Rioja	775	450	282	100
Mendoza	641	600	156	150
Misiones	687	600	161	150
Neuquén	322	450	40	100
Río Negro	793	450	80	100
Salta	1441	500	230	100
San Juan	552	550	100	100
San Luis	490	500	73	100
Santa Cruz	462	500	87	100
Santa Fe	323	600	68	150
Santiago del Estero	663	700	97	100
Tierra del Fuego	331	400	90	100
Tucumán	595	600	132	150
TOTAL	16.093	13.000	3.355	3.000

ANEXO 2

Indicadores de LM con Intervalos de Confianza al 95%

Porcentaje de lactancia materna e IC al 95%. Total país. ENaLac, 2017.

Indicador	Porcentaje de Lactancia Materna					
	Antes de los 6 meses	A los 2 meses	A los 4 meses	A los 6 meses	Entre 12 y 15 meses	
LME	53,5	57,9	51,5	41,7	NA	
IC al 95%	(52,7-54,3)	(55,9-60,0)	(49,7-53,4)	(39,8-43,5)		
LM Predominante	NA	2,1	4,7	10,5		
IC al 95%		(1,5-2,7)	(3,9-5,5)	(9,4-11,7)		
LM Parcial		33,2	33,0	36,1		
IC al 95%		(31,2-35,2)	(31,2-34,7)	(34,3-37,9)		
LM Continuada		NA				78
IC al 95%		NA				(76-79)
Destete		6,7	10,8	11,7		22
IC al 95%		(5,7-7,8)	(9,6-12,0)	(10,5-12,9)		

Elaboración propia (DiNaMIA).

NA= no aplicable

ANEXO 3

Hospitales Amigos de la Madre y el Niño - Argentina, 2018

Nº	JURISDICCIÓN	Año certificación
Ciudad Autónoma de Buenos Aires		
1	Hospital Vélez Sarsfield (*1)	1998
2	Clínica y Maternidad Suizo Argentino	2014 (segunda reevaluación)
3	Hospital Italiano (*1)	1994/1997
4	Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá"	1994/1997/2003/2012
5	Hospital Piñero (*1)	1997
6	Hospital Francisco Santojanni (*1)	1994/2017
7	Hospital Alvarez (*1)	1999
8	Policlínico del Docente OSPLAD (*1)	1999
9	Hospital Gral. de Agudos Dr. Ignacio Pirovano (*1)	2002
10	Hospital Cosme Argerich (*1)	2008
11	Hospital Rivadavia (*1)	2009
12	Sanatorio De Los Arcos	2012
13	Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández"	2013
14	Hospital General de Agudos "José A. Penna"	2017
---	Clínica del Sol (*2)	1994
Provincia de Buenos Aires		
15	Hospital Materno Infantil de San Isidro (*1)	1995/1998
16	Hospital de Magdalena (*1)	1998
17	Hospital Privado del Sur, Bahía Blanca (*1)	1997/2001
18	Hospital Municipal Dr. Marino Cassano, Miramar (*1)	1996
19	Instituto de Maternidad Santa Rosa, Vicente López (*1)	1995/1999
20	Hospital Rubén Miravalle, Lincoln (*1)	1996
21	Clínica Espora, Adrogué (*1)	1994/1997
22	Hospital Dr. Alejandro Posadas (*1)	1999
23	Hospital de Chivilcoy (*1)	2000
Provincia de Córdoba		
24	Complejo Asistencial Regional de Bell Ville (*1)	1996
25	Hospital Dr. Luis Bellodi, Mina Clavero (*1)	1999
26	Hospital San Isidro de Oncativo (*1)	2000
27	Hospital Italiano de Córdoba (*1)	2001
28	Hospital Municipal de Gral. Deheza (*1)	2004
29	Hospital San Vicente de Paul, Villa Del Rosario (*1)	2005
Provincia del Chaco		
30	Hospital de Tres Isletas (*1)	2000
31	Hospital Perrando	2014

Provincia de Entre Ríos		
---	Hospital de Villa Paranacito (*2)	2002
32	Hospital Centenario, Gualaguaychú (*1)	2006
Provincia de Jujuy		
33	Hospital Dr. Salvador Mazza (*1)	2002
34	Hospital San Roque (*1)	2002
35	Hospital del Carmen (*1)	2003
36	Hospital Dr. G. Patterson (*1)	2003
Provincia de La Pampa		
37	Hospital Dr. Juan Manucce, Jacinto Arauz (*1)	1998
38	Hospital Dr. Jorge Ahuad, 25 de Mayo (*1)	1998
Provincia de Mendoza		
---	Sanatorio Flemming (*2)	2000
39	Hospital de Tupungato (*1)	2000
40	Hospital Luis C. Lagomaggiore	1996/2002/2017
41	Hospital Virgen de la Misericordia	2013
42	Hospital Regional Diego Paroissien	2017
Provincia de Misiones		
43	Hospital Materno Neonatal	2014
Provincia de Neuquén		
---	Hospital Bouquet Roldán (*2)	2000
44	Hospital Provincial Castro Rendón (*1)	2003
45	Hospital Provincial Cutral Co-Plaza Huincul	2010/2015
Provincia de Río Negro		
46	Sanatorio Río Negro (*1)	1995/2001
47	Hospital Área Programática Allen (*1)	1997/2005
48	Hospital Dr. Francisco López Lima, Gral. Roca (*1)	2005/2017
Provincia de Salta		
49	Hospital Los Molinos (*1)	1998
50	Hospital Dr. Joaquín Corvalán (*1)	1995/1999
51	Hospital La Viña (*1)	2004
52	Hospital Rafael Villagrán, de Chicoana (*1)	2004
53	Hospital Público Materno Infantil (Nuevo Hospital del Milagro) (*1)	2006
Provincia de San Luis		
54	Hospital La Toma (*1)	2003
Provincia de Santa Cruz		
55	Hospital de la Cuenca Carbonífera (Río Turbio) (*1)	2002
56	Hospital de Puerto San Julián (*1)	2002

Provincia de Santa Fe		
57	Maternidad "Martin" (*1)	1995/1999
58	Hospital Roque Sáenz Peña (*1)	2000
59	Hospital J. B. Iturraspe (*1)	2005
60	Hospital SAMCO, de Firmat (*1)	2006
61	Hospital Central, de Reconquista (*1)	2006
Provincia de Santiago del Estero		
62	Maternidad de la Ciudad de la Banda Dr. Faustino Herrera (*1)	2002/2011
Provincia del Tierra del Fuego		
63	Hospital de Ushuaia (*1)	2007
Provincia de Tucumán		
64	Hospital de Clínicas Pte. Dr. Nicolás Avellaneda, ciudad de Tucumán (*1)	2006
65	Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Señora de las Mercedes (*1)	2010

(*1) Certificación vencida.

(*2) Institución no activa como maternidad.