SAGA
Revista Científica Multidisciplinar
https://revistasaga.org/

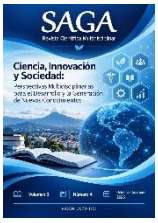
e-ISSN **3073-1151**
Octubre-Diciembre, 2026
Vol. **3**, Núm. **4**, **380-398**
https://doi.org/10.63415/saga.v3i4.512

Artículo de investigación

Brechas en la implementación normativa y rediseño institucional para la protección de la lactancia materna en la seguridad social

Gaps in Regulatory Implementation and Institutional Redesign for Breastfeeding Protection in the Social Security System

Lacunas na implementação normativa e redesenho institucional para a proteção do aleitamento materno na seguridade social



Verónica Aguilar Aguanta[1], Vicente Ernesto González-Aramayo Gutiérrez[2]

[1] Candidata a Doctora en Salud Pública, Dirección de Postgrado, Universidad Técnica de Oruro (UTO), Oruro, Bolivia.
[2] Dirección Centro Coordinador de Salud para el Bienestar, Servicio Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud Federal, Tamaulipas, México.

Recibido: 2026-10-10 / **Aceptado**: 2026-11-15 / **Publicado**: 2026-11-25

RESUMEN

Objetivo: Evaluar las brechas en la implementación de la Ley N.º 3460 y del Decreto Supremo N.º 0115 en el primer nivel de atención de la seguridad social boliviana, caracterizar las fallas del circuito asistencial y del entorno laboral asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) en menores de seis meses, y formular un modelo de rediseño institucional orientado a administradores sanitarios, comités de bioética y decisores públicos. **Materiales y métodos**: Investigación aplicada en políticas y gestión de servicios de salud con enfoque mixto convergente, desarrollada durante la gestión 2025 en el Centro Integral de Medicina Familiar (CIMF) 15 de Abril de la Caja Nacional de Salud (CNS), Regional Tarija. Se integró una auditoría epidemiológica transversal de prácticas asistenciales y condiciones laborales en una muestra consecutiva de 250 madres aseguradas con lactantes menores de seis meses (sobre un padrón finito de N = 687; tamaño muestral referencial con error de 4,95%; submuestra del módulo ocupacional n = 99), un análisis organizacional mediante entrevistas semiestructuradas a nueve tomadores de decisión y actores clave del establecimiento (E1–E9), y un grupo focal con seis usuarias lactantes. Se contrastó el cumplimiento empírico frente a los mandatos de la Ley N.º 3460 y el D.S. N.º 0115, estimando razones de prevalencia (RP) y odds ratios (OR) brutos con intervalos de confianza del 95% (IC 95%). **Resultados**: Pese a la vigencia de un marco legal protector y sancionatorio, solo el 24,4% (IC 95%: 19,5–30,1) de las aseguradas con lactantes menores de seis meses mantiene la LME al momento de la evaluación, registrándose un 75,6% de abandono ($p < 0,001$ frente a la meta mundial del 50%). Se documentaron graves fallas en el circuito asistencial que contravienen directamente la normativa nacional: el 64,8% de las madres no recibió información sobre LME en el control prenatal y el 62,0% careció de capacitación técnica, mientras que el 60,8% recibió orientación sobre el uso de fórmula o biberón por parte del personal sanitario (OR = 2,69; IC 95%: 1,49–4,86; $p = 0,001$; alcanzando 89,5% de abandono cuando la orientación provino del médico) y el 31,2% recibió donaciones gratuitas de sucedáneos directamente de profesionales del establecimiento (17,2% enfermería y 8,8% médicos), aun cuando solo el 6,8% tenía justificación clínica para suspender la LME. En la submuestra del módulo ocupacional (n = 99), el 92,9% (92/99) carece de lactarios o salas de extracción (asociado con mayores odds de abandono: OR = 26,25; IC 95%: 4,37–157,70; $p < 0,001$) y al 72,7% (72/99) no se le permite ingresar con su bebé (OR = 3,85; $p = 0,040$). El 78% de los actores clave percibe una alineación apenas parcial de las políticas públicas y el 56% reconoce la inexistencia de monitoreo institucional. **Conclusiones**: El abandono masivo de la LME constituye un síntoma de desacoplamiento normativo-operativo e iatrogenia organizacional. Para cerrar esta brecha y elevar la prevalencia puntual de LME en menores de seis meses del 24,4% al 50% en 24 meses, se presenta el Programa Institucional Integral «Lactancia Segura CNS», estructurado en siete ejes estratégicos de gobernanza, clínica de lactancia, humanización empática, trazabilidad estricta de sucedáneos, parto respetado y corresponsabilidad laboral.

Palabras clave: políticas públicas de salud; administración de servicios de salud; legislación sanitaria; sucedáneos de la leche materna; bioética; seguridad social; Bolivia.

ABSTRACT

Objective: To assess gaps in the implementation of Law No. 3460 and Supreme Decree No. 0115 at the primary care level of the Bolivian social security system, characterize failures in the healthcare pathway and workplace environment associated with the discontinuation of exclusive breastfeeding (EBF) among infants under six months of age, and formulate an institutional redesign model aimed at healthcare administrators, bioethics committees, and public policymakers. **Materials and methods**: Applied research in health policy and health services management using a convergent mixed-methods approach, conducted in 2025 at the 15 de Abril Comprehensive Family Medicine Center (CIMF) of the National Health Fund (CNS), Tarija Regional Office. The study integrated a cross-sectional epidemiological audit of healthcare practices and working conditions in a consecutive sample of 250 insured mothers with infants under six months of age (drawn from a finite population of N = 687; reference sample size with a margin of error of 4.95%; occupational module subsample n = 99), an organizational analysis through semi-structured interviews with nine institutional decision-makers and key stakeholders (E1–E9), and a focus group with six breastfeeding service users. Observed compliance was assessed against the requirements of Law No. 3460 and Supreme Decree No. 0115, estimating crude prevalence ratios (PRs) and odds ratios (ORs) with 95% confidence intervals (95% CIs). **Results**: Despite the existence of a legal framework providing protection and sanctions, only 24.4% (95% CI: 19.5–30.1) of insured mothers with infants under six months of age maintained EBF at the time of assessment, with a discontinuation rate of 75.6% ($p < 0.001$ compared with the global target of 50%). Serious failures in the healthcare pathway that directly contravened national regulations were documented: 64.8% of mothers did not receive information on EBF during prenatal care, and 62.0% received no technical training, while 60.8% received guidance on formula or feeding bottle use from healthcare personnel (OR = 2.69; 95% CI: 1.49–4.86; $p = 0.001$; with a discontinuation rate reaching 89.5% when guidance was provided by a physician). Furthermore, 31.2% received free donations of breast milk substitutes directly from healthcare professionals at the facility (17.2% from nursing staff and 8.8% from physicians), although only 6.8% had a clinical justification for discontinuing EBF. In the occupational module subsample (n = 99), 92.9% (92/99) lacked access to lactation or milk expression rooms (associated with higher odds of EBF discontinuation: OR = 26.25; 95% CI: 4.37–157.70; $p < 0.001$), and 72.7% (72/99) were not allowed to bring their infants into the workplace (OR = 3.85; $p = 0.040$). Among key stakeholders, 78% perceived public policies as only partially aligned, and 56% acknowledged the absence of institutional monitoring. **Conclusions**: The widespread discontinuation of EBF constitutes a symptom of regulatory–operational decoupling and organizational iatrogenesis. To bridge this gap and increase the point prevalence of EBF among infants under six months of age from 24.4% to 50% within 24 months, the Comprehensive Institutional Program "Safe Breastfeeding CNS" is proposed, structured around seven strategic pillars encompassing governance, breastfeeding clinical services, empathetic and humanized care, strict traceability of breast milk substitutes, respectful childbirth, and shared workplace responsibility.

Keywords: public health policies; health services administration; health legislation; breast milk substitutes; bioethics; social security; Bolivia.

RESUMO

Objetivo: Avaliar as lacunas na implementação da Lei n.º 3460 e do Decreto Supremo n.º 0115 no nível primário de atenção à saúde da seguridade social boliviana, caracterizar as falhas no fluxo assistencial e no ambiente de trabalho associadas ao abandono do aleitamento materno exclusivo (AME) em lactentes menores de seis meses e formular um modelo de redesenho institucional direcionado a gestores de saúde, comitês de bioética e responsáveis pela tomada de decisões públicas. **Materiais e métodos**: Pesquisa aplicada em políticas e gestão de serviços de saúde, com abordagem de métodos mistos convergentes, desenvolvida durante o ano de 2025 no Centro Integral de Medicina Familiar (CIMF) 15 de Abril da Caixa Nacional de Saúde (CNS), Regional Tarija. A pesquisa integrou uma auditoria epidemiológica transversal das práticas assistenciais e das condições de trabalho em uma amostra consecutiva de 250 mães seguradas com lactentes menores de seis meses (proveniente de uma população finita de N = 687; tamanho amostral de referência com margem de erro de 4,95%; subamostra do módulo ocupacional n = 99), uma análise organizacional por meio de entrevistas semiestruturadas com nove tomadores de decisão e atores-chave da unidade de saúde (E1–E9) e um grupo focal com seis usuárias lactantes. O cumprimento efetivo das disposições da Lei n.º 3460 e do Decreto Supremo n.º 0115 foi avaliado mediante a estimativa de razões de prevalência (RP) e razões de chances (odds ratios, OR) brutas, com intervalos de confiança de 95% (IC 95%). **Resultados**: Apesar da vigência de um marco legal protetivo e sancionatório, apenas 24,4% (IC 95%: 19,5–30,1) das mães seguradas com lactentes menores de seis meses mantinham o AME no momento da avaliação, registrando-se uma taxa de abandono de 75,6% ($p < 0,001$ em relação à meta mundial de 50%). Foram documentadas graves falhas no fluxo assistencial que contrariam diretamente a legislação nacional: 64,8% das mães não receberam informações sobre AME durante o acompanhamento pré-natal e 62,0% não receberam capacitação técnica, enquanto 60,8% receberam orientações sobre o uso de fórmulas infantis ou mamadeiras por parte dos profissionais de saúde (OR = 2,69; IC 95%: 1,49–4,86; $p = 0,001$; atingindo uma taxa de abandono de 89,5% quando a orientação foi fornecida pelo médico). Além disso, 31,2% receberam doações gratuitas de substitutos do leite materno diretamente dos profissionais da unidade de saúde (17,2% da equipe de enfermagem e 8,8% dos médicos), embora apenas 6,8% apresentassem justificativa clínica para interromper o AME. Na subamostra do módulo ocupacional (n = 99), 92,9%

(92/99) não tinham acesso a lactários ou salas de apoio à extração de leite materno (condição associada a maiores chances de abandono do AME: OR = 26,25; IC 95%: 4,37–157,70; p < 0,001), e 72,7% (72/99) não tinham permissão para ingressar no local de trabalho com seus bebês (OR = 3,85; p = 0,040). Entre os atores-chave, 78% perceberam um alinhamento apenas parcial das políticas públicas e 56% reconheceram a inexistência de monitoramento institucional. **Conclusões**: O abandono generalizado do AME constitui um sintoma de desacoplamento normativo-operacional e iatrogenia organizacional. Para reduzir tal lacuna e elevar a prevalência pontual do AME em lactentes menores de seis meses de 24,4% para 50% em 24 meses, apresenta-se o Programa Institucional Integral «Aleitamento Materno Seguro CNS», estruturado em sete eixos estratégicos que abrangem governança, atendimento clínico em aleitamento materno, humanização empática da assistência, rastreabilidade rigorosa dos substitutos do leite materno, parto respeitoso e corresponsabilidade no ambiente de trabalho.**Palavras-chave**: aleitamento materno exclusivo; desmame precoce; fatores de risco; substitutos do leite materno; pesquisa de métodos mistos; saúde do trabalhador; Bolívia.

Forma sugerida de citar (APA):

Aguilar Aguanta, V., & González-Aramayo Gutiérrez, V. E. (2026). Brechas en la implementación normativa y rediseño institucional para la protección de la lactancia materna en la seguridad social. *SAGA: Revista Científica Multidisciplinar*, 3(4), 380-398. https://doi.org/10.63415/saga.v3i4.512

Esta obra está bajo una licencia internacional
Creative Commons de Atribución No Comercial 4.0

INTRODUCCIÓN

Gobernanza sanitaria, bioética y protección de la lactancia

En la arquitectura contemporánea de los sistemas de salud, la promoción y protección de la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida trasciende el ámbito de la consejería clínica individual para consolidarse como un indicador trazador de gobernanza sanitaria, justicia distributiva, responsabilidad bioética e integridad regulatoria (Victora et al., 2016; Ansotegui, 2002; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Desde una perspectiva de economía de la salud y gestión hospitalaria, la lactancia subóptima impone una pesada carga financiera y asistencial evitable: según estimaciones difundidas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020), por cada 1.000 lactantes privados de amamantamiento se generan más de 2.033 consultas médicas adicionales, 212 días extra de hospitalización pediátrica y 609 prescripciones farmacológicas suplementarias únicamente por cuadros de otitis media aguda, infecciones respiratorias bajas y gastroenteritis infecciosa (Brahm y Valdés, 2017; OPS, 2020). Asimismo, en el ámbito de la administración de recursos humanos, el ausentismo laboral de un día para el cuidado de hijos enfermos es el doble de frecuente entre las trabajadoras cuyos lactantes son alimentados con sucedáneos artificiales en comparación con aquellas que mantienen la lactancia natural (OPS, 2020).

Conscientes de este impacto estructural, la 55.ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (documento A55/15, párrafos 10, 11, 36 y 40; OMS y UNICEF, 2003) y ulteriormente la Resolución WHA65.6 con las metas mundiales de nutrición para 2025, instando a los Estados miembros a elevar la tasa de LME en menores de seis meses a por lo menos el 50% (OMS, 2014; FAO et al., 2023). Dicho marco internacional enfatiza que, si bien la lactancia es un acto fisiológico, constituye simultáneamente un comportamiento aprendido que requiere entornos institucionales y laborales habilitantes, la erradicación de los conflictos de interés con la industria de sucedáneos —cuyo mercado global supera los 40.000 millones de dólares anuales (Barral, 2018)— y el cumplimiento riguroso del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (OMS, 1981; Ansotegui, 2002).

El Estado Plurinacional de Bolivia ha incorporado estos principios en uno de los cuerpos normativos más avanzados de América Latina: la Ley N.º 3460 de Fomento a la Lactancia Materna y Comercialización de sus Sucedáneos (Estado Plurinacional de

Bolivia, 2006), su Decreto Supremo Reglamentario N.º 0115 (Estado Plurinacional de Bolivia, 2009) y el Reglamento Específico de Infracciones y Sanciones (Ministerio de Salud y Deportes [Bolivia], 2010). Esta legislación declara de orden público e interés social la protección del binomio madre-niño, establece obligaciones taxativas para las instituciones prestadoras de servicios de salud y sus profesionales, regula el subsidio prenatal y de lactancia, exige la adecuación de salas de lactancia y descansos remunerados en todas las instituciones públicas y privadas, y tipifica sanciones pecuniarias en Unidades de Fomento a la Vivienda (UFV) y procesos administrativos bajo la Ley N.º 1178 de Administración y Control Gubernamentales (Estado Plurinacional de Bolivia, 1990) para los funcionarios e instituciones que vulneren sus preceptos.

Sin embargo, la literatura sobre políticas públicas en América Latina advierte con frecuencia la existencia de una marcada «brecha de implementación» (implementation gap): la distancia entre la promulgación formal de leyes sanitarias y su traducción efectiva en rutinas clínicas, protocolos operativos, fiscalización laboral y asignación presupuestaria en los establecimientos de salud (Arias et al., 2017; UNICEF Bolivia, 2019; Oblitas et al., 2022). En Bolivia, informes de monitoreo revelan que apenas el 43% de las empresas otorga la reducción legal de la jornada laboral por lactancia y solo el 8% cuenta con salas de lactancia habilitadas (UNICEF Bolivia, 2020, 2022), mientras que en el departamento de Tarija reportes locales señalan que las tasas de lactancia materna hasta el sexto mes han descendido a niveles críticos cercanos al 23% (Radio Luis de Fuentes, 2023).

Esta tensión adquiere especial relevancia dentro del subsector de la seguridad social a corto plazo, administrado por la Caja Nacional de Salud (CNS), entidad pública descentralizada que brinda cobertura integral de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a la fuerza laboral formal del país (CNS, 2021). Teóricamente, las usuarias de la seguridad social gozan de doble protección: acceso institucionalizado a controles prenatales y pediátricos bajo el modelo de Medicina Familiar, y derechos laborales amparados por la Ley General del Trabajo, la Ley N.º 975 de protección a la mujer embarazada y en periodo de lactancia (Estado Plurinacional de Bolivia, 1988) y la Ley N.º 3460 (Estado Plurinacional de Bolivia, 2006). No obstante, se carecía de auditorías empíricas que evaluasen si los servicios de primer nivel de la CNS cumplen efectivamente las obligaciones normativas o si, por el contrario, operan con distorsiones asistenciales que favorecen el destete precoz (Ortiz Beltrán, 2022).

Por consiguiente, el presente artículo de gestión en salud y políticas públicas tiene un triple propósito: (1) auditar empíricamente las brechas y contradicciones en la aplicación de la Ley N.º 3460 y el D.S. N.º 0115 en el Centro Integral de Medicina Familiar (CIMF) 15 de Abril de la CNS Regional Tarija; (2) documentar las fallas del circuito asistencial —incluyendo la orientación y donación intrahospitalaria de sucedáneos y la medicalización del parto— junto con las barreras estructurales del entorno laboral; y (3) presentar el diseño técnico, la matriz de objetivos estratificados y la ruta de implementación del programa institucional de siete ejes «Lactancia Segura CNS», concebido como un modelo replicable de rediseño organizacional para administradores sanitarios, comités de bioética y formuladores de políticas.

METODOLOGÍA

Abordaje metodológico de evaluación de políticas y auditoría asistencial

Se desarrolló una investigación aplicada en políticas y gestión de servicios de salud (Health Policy and Systems Research), sustentada en un diseño de métodos mixtos de triangulación convergente (Denzin, 1970; Creswell y Plano Clark, 2018) ejecutado durante la gestión 2025 en el CIMF 15 de Abril de la CNS Regional Tarija. El enfoque metodológico combinó el método deductivo —contrastando los preceptos jurídicos de la Ley N.º 3460 y del D.S. N.º 0115 frente a los

indicadores empíricos de cumplimiento institucional—, el método analítico —desagregando el circuito de atención prenatal, intraparto, posnatal y laboral— y el método inductivo propositivo para la construcción del programa de intervención.

La evaluación integró tres fuentes primarias de evidencia:

1. ***Auditoría cuantitativa transversal de cobertura, prácticas asistenciales y entorno laboral (N = 250)***: A partir de un padrón institucional finito de N = 687 madres aseguradas con lactantes menores de seis meses registradas en los controles regulares del establecimiento, se calculó un tamaño muestral referencial ($Z_{\alpha/2}$ = 1,96; p = q = 0,50; e = 0,05; mínimo requerido de 247) y se encuestó a 250 madres mediante muestreo consecutivo no probabilístico (error muestral referencial de 4,95%). El instrumento estructurado validado por juicio de expertos permitió auditar indicadores directos de desempeño institucional (cobertura de consejería prenatal, capacitación en técnicas de amamantamiento, personal informante, orientación sobre uso de fórmula o biberón, entrega/donación de sucedáneos por profesionales de salud, proporción y motivo de cesáreas, e indicación médica documentada de suspensión) y de cumplimiento laboral en la submuestra de encuestadas que completaron el módulo ocupacional específico (n = 99: integrada por 86 trabajadoras dependientes en instituciones formales, 7 trabajadoras independientes y 6 amas de casa que reportaron actividad laboral previa durante el embarazo o puerperio).
2. ***Diagnóstico organizacional con tomadores de decisión y actores clave (n = 9)***: Se aplicó la guía semiestructurada anónima Entrevistas a tomadores de decisión y actores clave (16 ítems distribuidos en seis bloques: percepción del problema, alineación de políticas públicas, procesos institucionales y operativos, perspectiva sociocultural, capacidades del talento humano y recomendaciones estratégicas) a nueve profesionales y gestores del establecimiento (codificados de E1 a E9). Se cuantificó el porcentaje de acuerdo por bloque para evaluar el nivel de consenso gerencial.
3. ***Auditoría cualitativa desde la experiencia de las usuarias (n = 6)***: Se realizó un grupo focal de 28 minutos (27 de abril de 2025) con seis madres lactantes usuarias del servicio (codificadas como MF con registro minutado y transcripción literal fiel), explorando la calidad percibida de la atención, el trato recibido en el posparto, el conocimiento de programas de apoyo y las barreras enfrentadas en sus centros de trabajo.

El procesamiento estadístico comprendió la estimación de proporciones puntuales e intervalos de confianza del 95% (IC 95%) mediante el método score de Wilson (Wilson, 1927), que permite obtener estimaciones con mayor precisión respecto al método convencional de aproximación normal. Se aplicó la prueba binomial exacta para contrastar la prevalencia puntual institucional de lactancia materna exclusiva (LME) en menores de seis meses frente a la meta mundial del 50% (OMS, 2014), identificando diferencias estadísticamente significativas.

La magnitud de asociación entre las fallas asistenciales y laborales y el abandono de la LME, definido transversalmente como alimentación mixta o artificial en lactantes menores de seis meses, se cuantificó mediante tablas de contingencia 2 × 2 y R × C. Se emplearon las pruebas de ji cuadrado (χ^2) con corrección de Yates (Yates, 1934) y exacta de Fisher (Fisher, 1922), V de Cramér, razones de prevalencia (RP) y odds ratios (OR) brutos.

Las medidas de asociación se acompañaron de intervalos de confianza del 95%. Dada la naturaleza transversal del diseño y la elevada prevalencia del evento (75,6%), los OR se interpretaron estrictamente como razones de posibilidades (odds) de asociación observacional, sin atribuirles equivalencia con riesgos relativos ni inferir relaciones de causalidad longitudinal. La investigación contó con aval institucional de las direcciones del Hospital Obrero N.º 7 y del CIMF 15 de

Abril, conforme a la Declaración de Helsinki (2013).

RESULTADOS

Resultados del diagnóstico normativo, asistencial y laboral

Evaluación del marco regulatorio: contradicciones operativas frente a la Ley N.º 3460 y el D.S. N.º 0115

La auditoría reveló que, en una población asegurada con condiciones socioeconómicas favorables (93,2% entre 21 y 40 años, 88,0% con pareja estable, 67,2% con estudios universitarios, 86,8% urbana y 88,8% con parto atendido en la propia CNS), apenas el 24,4% (61/250; IC 95%: 19,5–30,1) mantiene la lactancia materna exclusiva en lactantes menores de seis meses al momento de la encuesta. El 75,6% (189/250; IC 95%: 69,9–80,5) había abandonado la LME (52,4% por lactancia mixta y 23,2% por lactancia artificial exclusiva), situando al establecimiento significativamente por debajo de la meta mundial y nacional del 50% ($p < 0,001$).

Al contrastar los mandatos específicos de la Ley N.º 3460 (Estado Plurinacional de Bolivia, 2006) y su Decreto Supremo Reglamentario N.º 0115 (Estado Plurinacional de Bolivia, 2009) con la realidad empírica del servicio y del entorno laboral de las aseguradas, se identificó un severo desacoplamiento normativo-operativo en seis áreas críticas (Tabla 1).

Tabla 1

Matriz de auditoría de cumplimiento normativo: preceptos de la Ley N.º 3460 y del D.S. N.º 0115 frente a los indicadores empíricos en el CIMF 15 de Abril, CNS Regional Tarija (N = 250).

Norma y Artículo	Mandato Legal Obligatorio	Evidencia Empírica en el CIMF 15 de Abril (2025)	Grado de Brecha / Asociación
D.S. N.º 0115, Art. 14 inc. a, b, e (Obligaciones del personal de salud)	Informar en todo control prenatal sobre ventajas de la LME y peligros del biberón/fórmula; entrenar en técnicas de amamantamiento y extracción para fortalecer la confianza materna.	El 64,8% (162/250) no recibió información prenatal sobre LME; el 57,2% (143/250) reporta que nadie le informó; el 62,0% (155/250) no recibió capacitación en técnicas; solo el 8,8% asistió a un taller.	Incumplimiento alto. Se asocia con 41,2% de hipogalactia percibida (OR = 12,06; $p < 0,001$).
Ley N.º 3460, Art. 18, 19 inc. c, 22, 23 y 27 inc. b (Prohibición de distribución y mediación)	Prohibida la distribución gratuita de sucedáneos a embarazadas o madres; el personal de salud tiene prohibido ser mediador en la distribución de fórmulas o divulgar mensajes a favor de sucedáneos.	El 31,2% (78/250; IC 95%: 25,8–37,2) recibió donación directa de fórmula infantil por parte del personal de salud (17,2% enfermería, 8,8% médicos, 2,0% obstetriz, 3,2% otros).	Vulneración directa. Circulación intrahospitalaria activa de sucedáneos sin autorización ministerial.
D.S. N.º 0115, Art. 11 y 14 inc. a; Ley N.º 3460, Art. 21 (Excepciones clínicas)	El uso y demostración de sucedáneos se restringe única y exclusivamente a razones médicas excepcionales normadas; se prohíbe persuadir la sustitución de leche materna.	Solo el 6,8% (17/250) tuvo indicación clínica específica (5,6% intolerancia del bebé, 1,2% patología); sin embargo, el 60,8% (152/250) fue orientada por el personal sobre uso de fórmula o biberón.	Iatrogenia institucional. La orientación hacia fórmula eleva los odds de abandono (OR = 2,69; $p = 0,001$).
D.S. N.º 0115, Art. 14 inc. c (Vía de parto y apego precoz)	Implementar la lactancia inmediata en la primera hora en partos vaginales y apenas la madre se recupere de la anestesia en cesáreas, garantizando alojamiento conjunto.	Proporción de cesáreas del 77,2% (193/250), de las cuales el 47,2% (91/193) fueron programadas a solicitud materna sin indicación patológica. Relatos cualitativos de desorientación total en el posparto inmediato.	Medicalización extrema. Supera ampliamente el rango poblacional del 10–15% señalado por la OMS (2015).
D.S. N.º 0115, Art. 2 inc. a y Art. 15 inc. a, b, c; Ley N.º 975 (Obligaciones laborales)	Permitir llevar a los bebés al trabajo o estudio, otorgar el descanso legal de lactancia y adecuar ambientes físicos (lactarios) en condiciones óptimas.	En la submuestra del módulo ocupacional (n = 99), el 92,9% (92/99) carece de lactario en su trabajo y al 72,7% (72/99) no le permiten llevar a su bebé. El 34,8% del total trabaja en instituciones formales.	Incumplimiento crítico. Ausencia de lactario: OR = 26,25 ($p < 0,001$); trabajo institucional: OR = 3,51.

Norma y Artículo	Mandato Legal Obligatorio	Evidencia Empírica en el CIMF 15 de Abril (2025)	Grado de Brecha / Asociación
D.S. N.º 0115, Art. 9, 10 y 13; Regl. Sanciones Art. 28–32 (Monitoreo y denuncias)	Obligación de contar con protocolos internos, fortalecer grupos de apoyo comunitarios, incorporar subsistema de monitoreo periódico y disponer de buzón de denuncias.	El 56% (5/9) de los actores clave declara que no existe monitoreo periódico de tasas de LME; solo el 44% (4/9) reporta protocolos vigentes; solo el 4,0% de madres recibió apoyo de redes o grupos.	Debilidad de gobernanza. El 44,0% de las madres percibe que las políticas no favorecen la LME (OR = 2,05).

Fuente: Auditoría normativa y empírica en el CIMF 15 de Abril (CNS Regional Tarija), 2025, con base en Ley N.º 3460 (2006), D.S. N.º 0115 (2009), Ley N.º 975 (1988) y Reglamento Específico de Infracciones y Sanciones (Ministerio de Salud y Deportes, 2010).

Como evidencia la Tabla 1, la percepción ciudadana refleja estas contradicciones: el 44,0% (110/250) de las usuarias considera que las políticas de salud de su entorno no favorecen en la práctica la lactancia materna exclusiva, y dicha percepción de desprotección institucional se asoció significativamente con mayores odds de abandonar la LME (82,7% de abandono entre quienes perciben políticas desfavorables frente a 70,0% entre quienes las perciben favorables; $\chi^2 = 4,74$; $p = 0,029$; RP = 1,18; IC 95%: 1,03–1,36; OR = 2,05; IC 95%: 1,11–3,79).

Fallas del circuito asistencial e iatrogenia organizacional

El análisis detallado de la interfaz entre los profesionales del establecimiento y las madres lactantes (Tabla 2) demuestra que el servicio de salud opera bajo una paradoja asistencial: omite la instrucción preventiva y la evaluación clínica del amamantamiento, pero interviene activamente facilitando la transición hacia los sucedáneos artificiales.

Tabla 2

Indicadores de desempeño del circuito asistencial por estamento profesional y su asociación con el abandono de la LME en el CIMF 15 de Abril (N = 250).

Componente del Circuito	Indicador / Estamento Profesional	n	% sobre N = 250	% Abandono LME	Asociación / Contraste
1. Captación e información prenatal (CPN)	Recibió información sobre LME en CPN	88	35,2	72,7	$\chi^2 = 0,39$; $p = 0,532$
	No recibió información en CPN	162	64,8	77,2	OR = 1,27 (0,70–2,30)
2. Agente que informó sobre LME	Nadie le brindó información	143	57,2	77,6	$\chi^2 = 0,51$; $p = 0,477$
	Obstetriz	38	15,2	—	(Nadie vs. Algún profesional: OR = 1,29 [0,72–2,30])
	Médico(a)	36	14,4	—	
	Enfermera(o)	28	11,2	—	
	Otros / Nutricionista	5	2,0	—	
3. Entrenamiento práctico y educación grupal	Recibió capacitación en técnicas de LM	95	38,0	71,6	$\chi^2 = 1,01$; $p = 0,314$
	Sin capacitación en técnicas de LM	155	62,0	78,1	OR = 1,41 (0,79–2,54)
	Asistió a taller prenatal/posnatal de LM	22	8,8	59,1	$\chi^2 = 2,65$; $p = 0,104$
	No asistió a ningún taller de LM	228	91,2	77,2	OR = 2,34 (0,95–5,79)

Componente del Circuito	Indicador / Estamento Profesional	n	% sobre N = 250	% Abandono LME	Asociación / Contraste
4. Orientación profesional hacia sucedáneos*	Orientada sobre fórmula/biberón (Total)	152	60,8	82,9	$\chi^2 = 10,20$; p = 0,001
	Orientada por Médico(a)	95	38,0	89,5	OR = 2,69 (1,49–4,86)
	Orientada por Enfermera(o)	47	18,8	72,3	χ^2 global (4 gl) = 19,25; p < 0,001 (V = 0,28)
	Orientada por Obstetriz	7	2,8	57,1	
	Orientada por Otros	3	1,2	100,0	
	No orientada sobre fórmula (Nadie)	98	39,2	64,3	Referencia
5. Donación directa de fórmula por personal	Recibió donación de fórmula del personal	78	31,2	69,2	Transgresión Art. 19 y 27 Ley N.º 3460 ($\chi^2 = 2,02$; p = 0,156)
	Donada por Enfermera(o)	43	17,2	—	
	Donada por Médico(a)	22	8,8	—	
	Donada por Otros / Obstetriz / Nutric.	13	5,2	—	
	No recibió donación de nadie	172	68,8	78,5	
6. Justificación clínica de suspensión de LME	Suspensión por intolerancia del lactante	14	5,6	100,0	Solo el 6,8% (17/250) cumple excepción del Art. 11 D.S. N.º 0115
	Suspensión por patología madre/bebé	3	1,2	100,0	
	Sin indicación clínica específica	233	93,2	73,8	

Fuente: Auditoría cuantitativa del circuito asistencial, CIMF 15 de Abril (N = 250), 2025. *Asociación estadísticamente significativa (p < 0,05).

Desde la óptica de la gestión clínica y la seguridad del paciente, destacan cuatro fallas estructurales en la ruta asistencial:

- ***Inversión de las prioridades de consejería***: Mientras que solo el 35,2% de las gestantes recibió información sobre LME en sus controles prenatales y apenas el 38,0% fue instruida en técnicas de amamantamiento, el 60,8% (152/250) recibió orientación directa del personal sanitario sobre cómo utilizar fórmulas lácteas o biberones. Es decir, en la práctica cotidiana del establecimiento, la proporción de madres instruidas sobre sucedáneos artificiales supera en 25,6 puntos porcentuales a la de quienes reciben educación prenatal sobre lactancia natural.
- ***Peso prescriptivo del acto médico sobre el abandono***: Haber sido orientada sobre el uso de fórmula o biberón por el personal sanitario se asoció significativamente con un incremento del abandono de la LME del 64,3% al 82,9% (RP = 1,29; IC 95%: 1,09–1,52; OR = 2,69; IC 95%: 1,49–4,86; p = 0,001). Al desglosar por categoría profesional ($\chi^2 = 19,25$; p < 0,001), el estamento médico concentró la mayor frecuencia de orientación hacia sucedáneos (38,0% de todas las madres encuestadas) y la proporción más alta de abandono asociado: el 89,5% (85/95) de las madres orientadas sobre fórmula por un médico abandonó la LME.
- ***Circulación y donación intrahospitalaria irregular de sucedáneos***: El 31,2% (78/250) de las usuarias declaró haber recibido donaciones gratuitas de fórmula infantil directamente de manos de algún miembro del personal de salud, lideradas por el personal de enfermería (17,2%; n = 43) y el personal médico (8,8%; n = 22).

Esta práctica vulnera flagrantemente los artículos 19 (inciso c) y 27 (inciso b) de la Ley N.º 3460 (Estado Plurinacional de Bolivia, 2006), configurando una falta administrativa y bioética tipificada en el Reglamento Específico de Infracciones y Sanciones (Ministerio de Salud y Deportes [Bolivia], 2010).

- ***Desatención clínica de la hipogalactia percibida y deshumanización del trato***: Al carecer de un consultorio o clínica especializada de lactancia, el 66,4% de las madres enfrentó problemas físicos para amamantar sin soporte oportuno (OR = 7,74; IC 95%: 4,07–14,69; $p < 0,001$) y el 41,2% experimentó percepción de baja producción láctea, factor que se asoció con odds doce veces superiores de abandono (OR = 12,06; IC 95%: 4,63–31,45; $p < 0,001$; Flórez-Salazar et al., 2018; García et al., 2010). En el grupo focal, las usuarias denunciaron el vacío de acompañamiento técnico en el puerperio inmediato («cuando nació mi bebé no nos han explicado cómo... estaba en las nubes, no sabía ni qué hacer», MF, 14:11–15:00) y episodios de trato frío y maniobras bruscas por parte del personal («no encontraba empatía cuando iba al centro de salud... han venido y me han aplastado el pecho así para darle», MF, 18:03–20:12).

Determinantes estructurales del entorno laboral y desprotección de la maternidad asalariada

En una institución de la seguridad social cuya razón de ser es la protección de la población trabajadora, el entorno laboral emergió como el correlato estructural más potente y convergente del abandono de la LME. Mientras las variables demográficas individuales (edad, estado civil, educación universitaria o residencia urbana) no mostraron asociación significativa ($p > 0,14$), el hecho de trabajar en una institución formal se asoció con una tasa de abandono del 88,5% frente al 68,7% del resto de las madres ($\chi^2 = 11,00$; $p < 0,001$; $V = 0,21$; RP = 1,29; IC 95%: 1,13–1,46; OR = 3,51; IC 95%: 1,68–7,33).

La auditoría de la submuestra que respondió el módulo ocupacional específico (n = 99: 86 trabajadoras en instituciones formales, 7 trabajadoras independientes y 6 amas de casa con actividad laboral previa) expuso la raíz material de esta desigualdad:

- ***Inexistencia casi absoluta de lactarios institucionales***: El 92,9% (92/99; IC 95%: 86,1–96,5) de las encuestadas en el módulo laboral carece de un lugar específico para amamantar o extraer leche en su centro de trabajo; únicamente el 7,1% (7/99; IC 95%: 3,5–13,9) dispone de lactario. La asociación epidemiológica de esta omisión patronal es contundente: entre quienes carecen de lactario el abandono de la LME alcanzó el 91,3% (84/92), mientras que entre quienes sí contaban con lactario el abandono fue del 28,6% (2/7), arrojando un OR = 26,25 (IC 95%: 4,37–157,70; RP = 3,20; prueba exacta de Fisher $p < 0,001$).
- ***Restricción de acceso y coerción organizacional silenciosa***: Al 72,7% (72/99; IC 95%: 63,2–80,5) de las encuestadas en dicho módulo no se le permite llevar a su bebé a su ambiente laboral, restricción asociada significativamente con el abandono (91,7% [66/72] vs. 74,1% [20/27]; Fisher $p = 0,040$; OR = 3,85; IC 95%: 1,16–12,78). Aunque el 69,7% (69/99) señaló en el cuestionario que el reemplazo de la leche materna por fórmula en el trabajo fue por «decisión propia» (frente a 17,2% por otros, 11,1% por compañeros y 2,0% por el jefe), los testimonios del grupo focal demostraron que dicha decisión es en realidad una respuesta condicionada por la rigidez horaria, el temor a sanciones y la hostilidad de los pares: «en muchas instituciones no permiten que vayan con el niño... son estrictos en el trabajo y los compañeros te miran cuando estás dando de lactar... eso orilla a que le demos fórmula, dejar al bebé en casa y el desapego de las mamás» (MF, 25:17–26:37).

Diagnóstico desde la gerencia y los actores clave: la asimetría entre percepción y gestión

El análisis de las nueve entrevistas a tomadores de decisión y profesionales del establecimiento (E1–E9) reveló una fractura crítica en la gestión institucional: existe un alto consenso diagnóstico sobre la gravedad del problema, pero una parálisis operativa y una dispersión estratégica respecto a cómo resolverlo (Tabla 3).

Tabla 3

Diagnóstico organizacional y de políticas según tomadores de decisión y actores clave del equipo de salud (n = 9).

Bloque de Gestión	Hallazgo Principal en Actores Clave (E1–E9)	Frecuencia (n/9)	%	Nivel de Consenso
A. Diagnóstico situacional	Percibe el abandono de LME como frecuente o muy frecuente.	7/9	77,8	Alto consenso
	Reconoce impacto directo en infecciones y malnutrición infantil.	9/9	100,0	Unánime
	Identifica el entorno y horarios laborales como factor principal.	8/9	88,9	Alto consenso
	Identifica problemas de producción láctea (hipogalactia).	1/9	11,1	Punto ciego clínico
	Atribuye el abandono al deseo materno de cuidar su estética.	2/9	22,2	Sesgo / estereotipo
B. Gobernanza y normativa	Considera las políticas públicas solo parcialmente alineadas.	7/9	77,8	Alto consenso
	Declara existencia de protocolos internos activos en el centro.	4/9	44,4	Brecha normativa
	Identifica falta de compromiso, desconocimiento e industria láctea.	6/9	66,7	Consenso moderado
C. Operación y monitoreo	Reduce las acciones promocionales a charlas en sala de espera.	6/9	66,7	Respuesta inercial
	Señala falta de infraestructura (44,4%) y de seguimiento posnatal (33,3%).	7/9	77,8	Alto consenso
	Reconoce que no se realiza monitoreo periódico de tasas de LME.	5/9	55,6	Falla de control
D–E. Cultura y talento humano	Otorga peso regular o alto a las creencias y mitos familiares.	8/9	88,9	Alto consenso
	Admite que el personal está solo parcialmente o nada capacitado.	7/9	77,8	Alto consenso
	Demanda talleres prácticos (77,8%) y cursos de empatía (55,6%).	7/9	77,8	Prioridad formativa
F. Visión estratégica	Propone cambios estructurales (espacios, regulación, apoyo laboral).	5/9	55,6	Dispersión estratégica
	Mantiene propuestas limitadas a charlas o material impreso.	4/9	44,4	Inercia educativa

Fuente: Entrevistas semiestructuradas a tomadores de decisión y actores clave del CIMF 15 de Abril (n = 9), 2025.

Los datos de la Tabla 3 exponen tres patologías organizacionales que todo administrador sanitario debe atender:

1. ***Gestión a ciegas y ausencia de protocolización***: Más de la mitad de los informantes clave (55,6%; 5/9) admitió que el establecimiento no monitorea ni evalúa periódicamente sus tasas de LME (incumpliendo el Art. 10 del D.S. N.º 0115 sobre el subsistema de información SNIS), y menos de la mitad (44,4%; 4/9) reconoció la existencia de protocolos internos vigentes.
2. ***Punto ciego clínico y culpabilización de la usuaria***: Ninguno de los nueve entrevistados (0%) identificó espontáneamente la falta de personal capacitado como una limitación operativa en la pregunta de procesos, aunque al ser consultados directamente en el bloque formativo el 77,8% (7/9) reconoció que la capacitación del equipo es parcial o inexistente. Más aún, mientras el 41,2% de las madres sufre hipogalactia percibida (OR = 12,06), solo un profesional (11,1%; E8) la mencionó, en tanto que dos profesionales (22,2%; E1) culparon al «deseo materno de cuidar su estética», construyendo un estereotipo institucional que invisibiliza la falta de soporte clínico posparto.
3. ***Reduccionismo educativo frente a barreras estructurales***: Pese a que el 88,9% del personal reconoce que el abandono de la lactancia materna exclusiva obedece a determinantes laborales y el 77,8% identifica deficiencias de infraestructura y seguimiento posnatal, el 66,7% de las acciones institucionales se concentra en «charlas educativas en sala de espera» (E3, E9), desarrolladas sin sistematización y con una cobertura del 8,8% de las madres bajo la modalidad de talleres. Tal orientación evidencia una discordancia entre el diagnóstico organizacional y la respuesta asistencial, al privilegiar intervenciones informativas de alcance limitado frente a barreras estructurales que requieren modificaciones institucionales.

Rediseño institucional: Programa Integral «Lactancia Segura CNS»

Fundamentación y arquitectura de los siete ejes estratégicos

La evidencia empírica y cualitativa indica que la brecha entre el 77,2% de actitud materna favorable hacia la lactancia y el 24,4% de prevalencia puntual de lactancia materna exclusiva (LME) en menores de seis meses responde principalmente a deficiencias institucionales de soporte asistencial, regulación bioética y protección laboral. La discrepancia entre la disposición materna y la práctica efectiva permite identificar barreras organizacionales que limitan el ejercicio del derecho a la lactancia, independientemente de la motivación individual.

Considerando que el 93,2% de los casos de abandono carece de contraindicación médica absoluta y que los factores asociados con significancia estadística (OR entre 2,05 y 26,25) son susceptibles de modificación mediante la gestión sanitaria, se diseñó el Programa Institucional Integral «Lactancia Segura CNS: consejería, atención humanizada y entorno laboral favorable para sostener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses», concebido para el CIMF 15 de Abril, con proyección de implementación progresiva en toda la Red Regional Tarija de la Caja Nacional de Salud.

El modelo propositivo se fundamenta jurídicamente en las leyes N.º 3460, N.º 975 y N.º 1178 (Estado Plurinacional de Bolivia, 2006, 1988 y 1990, respectivamente) y el Decreto Supremo N.º 0115 (Estado Plurinacional de Bolivia, 2009); técnicamente, en la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño y sus Diez Pasos para una Lactancia Exitosa (OMS y UNICEF, 2018) y el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (OMS, 1981; Ansotegui, 2002); y operativamente, en el modelo de Medicina Familiar y Comunitaria (CNS, 2021). La Tabla 4 presenta los siete ejes estratégicos del programa, vinculando las intervenciones de rediseño institucional con los hallazgos empíricos que justifican su formulación.

Tabla 4

Arquitectura de los siete ejes estratégicos del Programa Institucional «Lactancia Segura CNS» y trazabilidad empírica de origen.

Eje Estratégico	Intervenciones de Rediseño Institucional y Operativo	Evidencia Diagnóstica que Origina el Eje
Eje 1. Consejería prenatal y posnatal sistematizada	Instauración de una «Ruta Obligatoria de Lactancia» integrada a la historia clínica perinatal: mínimo tres sesiones estandarizadas durante el control prenatal, apego inmediato en la primera hora de vida y consulta de seguimiento posparto temprano dentro de los primeros 7 días (presencial o visita domiciliaria de medicina familiar).	64,8% sin información prenatal; 57,2% sin agente informante; solo 8,8% asistió a talleres; 52,8% desconoce la duración normativa de 6 meses de LME.
Eje 2. Clínica de lactancia y manejo de la hipogalactia percibida	Habilitación de una Sala/Consultorio Exclusivo de Lactancia Materna (separado del flujo infeccioso de pediatría general) con horarios fijos al menos tres veces por semana. Aplicación de protocolo clínico de evaluación de acople, transferencia láctea, ganancia ponderal, tratamiento de grietas y relactación antes de considerar cualquier suplemento.	Problemas físicos: 66,4% (OR = 7,74; p < 0,001); hipogalactia percibida: 41,2% del total (OR = 12,06; p < 0,001) y causa principal en grupo focal (5/6). Demanda unánime (6/6) de sala exclusiva y soporte para primerizas.
Eje 3. Formación práctica y humanización del personal	Programa obligatorio de educación permanente basado en simulación clínica práctica, consejería centrada en la madre, comunicación empática y erradicación de maniobras bruscas en el puerperio. Certificación de consejeras pares.	77,8% de actores clave admite capacitación insuficiente; 77,8% demanda talleres prácticos y 55,6% cursos de empatía. Denuncias maternas de trato frío y manipulación mamaria brusca.
Eje 4. Gestión bioética y control estricto de sucedáneos	Emisión de resolución interna de «Cero Donación y Cero Promoción de Fórmulas»: prohibición absoluta de recepción y entrega de muestras médicas por el personal; creación de recetario auditado para prescripción excepcional de sucedáneos exclusivamente bajo los criterios del Art. 11 del D.S. N.º 0115; instalación del Buzón Único de Denuncias (Art. 28 Regl. Sanciones).	60,8% orientada sobre uso de fórmula/biberón (OR = 2,69; médicos 89,5% abandono); 31,2% recibió donación de fórmula del personal; solo 6,8% tenía indicación clínica real.
Eje 5. Humanización del parto y lactancia poscesárea	Protocolo de consentimiento informado reforzado ante solicitudes de cesárea electiva explicando riesgos neonatales y de lactancia; garantía de contacto piel con piel en quirófano y soporte de enfermería en las primeras 6 horas poscesárea (Art. 14 inc. c y e D.S. N.º 0115).	Proporción de cesáreas del 77,2% (193/250), con un 47,2% (91/193) programadas por solicitud materna sin indicación patológica.
Eje 6. Entorno laboral, familiar y comunitario	Articulación de la CNS con empleadores afiliados, Ministerio de Trabajo y SEDES para exigir e instalar lactarios institucionales y fiscalizar la hora de lactancia (Art. 15 D.S. N.º 0115). Talleres interculturales dirigidos a abuelas, suegras y parejas para desactivar mitos de introducción precoz de tés y sopas; creación de redes de apoyo madre a madre.	Trabajo institucional: OR = 3,51 (p < 0,001); en módulo ocupacional (n = 99), ausencia de lactario: 92,9% (OR = 26,25) y sin permiso para llevar al bebé: 72,7% (OR = 3,85); presión de suegras/tías en 5/6 madres; solo 4,0% en redes de madres.
Eje 7. Gobernanza, monitoreo y evaluación	Conformación oficial del Comité Institucional de Lactancia Materna del CIMF 15 de Abril (en articulación con el Comité Departamental y la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo [ASSUS]); aprobación de protocolo escrito y despliegue de un Tablero Trimestral de Indicadores integrado al SNIS.	55,6% del personal informa ausencia de monitoreo; solo 44,4% reporta protocolo; 44,0% de madres cree que las políticas no favorecen la LME (OR = 2,05).

Fuente: Diseño programático basado en la triangulación diagnóstica del CIMF 15 de Abril (2025) y la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño (OMS y UNICEF, 2018).

Matriz de objetivos estratificados, metas a 24 meses e indicadores de desempeño

Para garantizar la auditabilidad gerencial del rediseño institucional, el programa «Lactancia Segura CNS» estructura su cadena de resultados en tres niveles: impacto general, objetivos estratégicos por subsistema y nivel operativo. Cada nivel dispone de indicadores verificables, líneas de base derivadas de los hallazgos empíricos del estudio realizado en 2025 y metas cuantificables para un horizonte de 24 meses, permitiendo evaluar el cumplimiento programático, medir los avances institucionales y orientar la toma de decisiones gerenciales (Tabla 5).

Tabla 5

Matriz de objetivos estratificados, líneas de base e indicadores orientadores a 24 meses del Programa «Lactancia Segura CNS».

Nivel Jerárquico	Objetivo de Gestión	Indicador Trazador Auditado	Línea Base (2025)	Meta (24 meses)
General (Impacto)	Reducir el abandono precoz de la LME en lactantes menores de 6 meses adscritos al CIMF 15 de Abril.	Prevalencia puntual de LME en menores de 6 meses en controles de crecimiento y desarrollo.	24,4%	≥ 50,0%
Estratégico 1 (Sistema asistencial)	Garantizar consejería estandarizada y manejo clínico en todo el continuo prenatal-posnatal.	% de madres con consejería en CPN % de madres que asisten a talleres de LM	35,2% 8,8%	≥ 90,0% ≥ 60,0%
Estratégico 2 (Talento humano)	Fortalecer las competencias técnicas y empáticas del equipo multidisciplinario.	% del personal certificado en consejería % de satisfacción materna con el trato	22,2% No medido	≥ 90,0% ≥ 85,0%
Estratégico 3 (Regulación y bioética)	Erradicar la entrega y orientación injustificada de sucedáneos dentro del establecimiento.	% de madres que reciben fórmula del personal % de fórmulas con indicación médica auditada	31,2% 6,8%	0,0% 100,0%
Estratégico 4 (Entorno laboral y red)	Crear condiciones laborales y familiares que protejan la continuidad del amamantamiento.	% de madres integradas en redes de apoyo % de encuestadas con acceso a lactario laboral	4,0% 7,1%	≥ 40,0% ≥ 50,0%
Estratégico 5 (Gobernanza)	Institucionalizar protocolos, vigilancia normativa y rendición de cuentas trimestral.	Protocolo aprobado y comité sesionando Reportes trimestrales emitidos al SNIS/ASSUS	Inexistente 0 al año	Vigente 4 al año
Operativo	Ejecutar el plan de actividades anual con asignación de responsables y presupuesto.	% de cumplimiento de actividades programadas en el Plan Operativo Anual (POA).	—	≥ 85,0%

Fuente: Matriz de marco lógico y monitoreo gerencial del Programa «Lactancia Segura CNS».

Líneas metodológicas, fases de implementación y gestión de riesgos

La ejecución operativa del modelo se despliega a través de seis líneas metodológicas transversales y cuatro fases secuenciales a lo largo de 24 meses (Tabla 6):

- ***Línea de gobernanza y calidad***: Aplicación del ciclo de mejora continua de Deming (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar) liderado por el Comité Institucional de Lactancia Materna (integrado por dirección, medicina familiar, pediatría, gineco-obstetricia, enfermería, nutrición y trabajo social), en articulación directa con el Servicio Departamental de Salud (SEDES Tarija) y la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASSUS).
- ***Línea de desarrollo de capacidades***: Sustitución de las charlas teóricas pasivas por talleres de simulación práctica en acople, extracción manual, conservación de leche extraída y comunicación empática no punitiva, evaluando competencias pre y posintervención.
- ***Línea de rediseño del flujo clínico***: Incorporación de una lista de verificación (checklist) obligatoria de evaluación de la mamada antes de cualquier alta posparto o consulta pediátrica del primer trimestre, bloqueando la prescripción automática de fórmulas ante el llanto fisiológico o la percepción subjetiva de hipogalactia.
- ***Línea de comunicación intercultural y familiar***: Intervención educativa directa con las figuras femeninas de autoridad en el hogar (abuelas, suegras y tías) y con los padres, abordando respetuosamente las creencias locales («hacer duro el estómago», «la leche se vuelve agua») y posicionando al pediatra y a la enfermera de medicina familiar como aliados del núcleo familiar.
- ***Línea de acción intersectorial laboral***: A través de la unidad de Medicina del

Trabajo y Trabajo Social de la CNS, realización de inspecciones y asistencia técnica a las instituciones públicas y empresas privadas empleadoras de las aseguradas para la instalación de lactarios institucionales de bajo costo (siguiendo los estándares de UNICEF Bolivia, 2020) y la fiscalización de los permisos de lactancia.

- ***Línea de vigilancia epidemiológica e investigación operativa***: Evaluación cuasiexperimental con diseño antes-después a los 12 y 24 meses de iniciado el programa, incorporando modelos de regresión logística multivariada para monitorear la reducción ajustada de los odds de abandono.

Tabla 6

Cronograma escalonado de implementación del Programa «Lactancia Segura CNS» y matriz de mitigación de riesgos institucionales.

Fase	Horizonte	Hitos Operativos Clave	Riesgos Previstos y Estrategia de Mitigación
Fase 1: Preparación	Meses 1 a 3	Emisión de resolución administrativa de la Administración Regional CNS Tarija; conformación del Comité de Lactancia; redacción y validación del protocolo clínico y del reglamento de control de sucedáneos; socialización de la línea de base (24,4% LME).	Riesgo: Inercia burocrática o baja prioridad directiva. Mitigación: Vinculación del cumplimiento al POA institucional y a las auditorías de calidad de la ASSUS y del Ministerio de Salud.
Fase 2: Instalación	Meses 4 a 9	Adecuación física e inauguración de la Sala/Clínica Exclusiva de Lactancia en el CIMF 15 de Abril; ejecución del primer ciclo de talleres prácticos y de empatía para el 100% del personal; prohibición efectiva de donaciones de fórmula e instalación del Buzón Único de Denuncias.	Riesgo: Resistencia al cambio en médicos y enfermeras habituados a indicar fórmula; presión de visitadores médicos de la industria láctea. Mitigación: Prohibición de ingreso de visitadores de sucedáneos (Ley N.º 3460) y auditoría par de historias clínicas.
Fase 3: Expansión	Meses 10 a 18	Despliegue de talleres interculturales con parejas, abuelas y suegras; firma de convenios interinstitucionales con empleadores públicos y privados afiliados a la CNS para habilitación de lactarios; conformación de la red de madres consejeras pares.	Riesgo: Rotación del personal de salud y renuencia de empleadores a habilitar espacios físicos. Mitigación: Módulos de inducción obligatoria para personal nuevo e inspección conjunta con el Ministerio de Trabajo (Art. 22 Regl. Sanciones).
Fase 4: Consolidación	Meses 19 a 24	Evaluación de impacto a los 24 meses (contraste frente a la meta del 50% de LME); auditoría de sostenibilidad; sistematización de lecciones aprendidas y escalamiento del modelo al Hospital Obrero N.º 7 y demás centros de la Regional Tarija.	Riesgo: Restricciones presupuestarias para mantenimiento del programa. Mitigación: Integración de las prestaciones dentro de la cartera regular del modelo de Medicina Familiar sin requerir nueva planta salarial.

Fuente: Plan de implementación y gestión de riesgos del Programa «Lactancia Segura CNS».

DISCUSIÓN

Implicaciones para administradores sanitarios, comités de bioética y formuladores de políticas

El análisis presentado aporta evidencia empírica contundente a un debate central de la salud pública latinoamericana: por qué países dotados de marcos legislativos ejemplares en materia de protección nutricional infantil —como la Ley N.º 3460 (Estado Plurinacional de Bolivia, 2006) y el D.S. N.º 0115 (Estado Plurinacional de Bolivia, 2009) en Bolivia— exhiben bolsones de abandono masivo de la lactancia materna exclusiva en sus poblaciones urbanas aseguradas (75,6% en nuestra muestra). La respuesta que emerge de nuestros datos interpela directamente a tres actores del sistema sanitario: los administradores de servicios de salud, los comités de bioética asistencial y los formuladores y fiscalizadores de políticas laborales.

Para los administradores de servicios sanitarios, los hallazgos refutan la creencia gerencial de que basta con ofrecer «charlas de sala de espera» o confiar en el alto nivel

educativo de las usuarias (67,2% universitarias en la CNS) para asegurar el éxito de la lactancia. La falta de asociación estadística de la escolaridad (p = 0,640), la edad (p = 0,148) y el estado civil (p = 0,410) demuestra que el capital educativo individual es incapaz de compensar un servicio de salud desorganizado (Moreno et al., 2020; Cárdenas et al., 2020). Cuando el 64,8% de las gestantes transita por el control prenatal sin recibir orientación sobre LME y el 62,0% egresa sin entrenamiento práctico en técnicas de acople, el sistema fabrica su propia demanda insatisfecha: cuatro de cada diez madres desarrollan percepción de hipogalactia (OR = 12,06) y dos tercios sufren problemas físicos mamarios (OR = 7,74). La literatura evidencia que intervenciones breves y estructuradas de formación práctica al personal de atención primaria pueden elevar significativamente las tasas de LME (Campoverde Saca, 2020); por ende, la creación de una Clínica de Lactancia y la estandarización de la ruta prenatal-posnatal propuestas en los Ejes 1 y 2 de «Lactancia Segura CNS» representan inversiones de alto retorno costo-beneficio que aprovechan la infraestructura ya instalada del modelo de Medicina Familiar.

Para los comités de bioética clínica y de calidad hospitalaria, este estudio documenta dos distorsiones ético-asistenciales que requieren intervención inmediata. La primera es la vulneración de los principios de beneficencia y no maleficencia mediante la orientación injustificada (60,8% orientada sobre fórmula; OR = 2,69) y la donación directa de fórmulas infantiles por parte del personal sanitario (31,2%), prácticas que contravienen expresamente la Ley N.º 3460 (Estado Plurinacional de Bolivia, 2006) y generan responsabilidad administrativa bajo la Ley N.º 1178 (Estado Plurinacional de Bolivia, 1990). Que casi nueve de cada diez madres (89,5%) orientadas sobre sucedáneos por un médico terminen abandonando la LME ilustra el enorme poder simbólico de la autoridad médica: cuando el clínico, por falta de tiempo o de pericia en lactancia, responde a la ansiedad materna recetando o regalando una lata de fórmula sin existir contraindicación médica (presente en solo el 6,8%), induce iatrogénicamente el fracaso de la lactogénesis y expone al lactante a riesgos infecciosos y metabólicos evitables (Brahm y Valdés, 2017; Tandalla y Zurita, 2024). La segunda distorsión bioética concierne a la autonomía reproductiva e información veraz frente a la elevada proporción de cesáreas (77,2% en la muestra, con 47,2% realizadas a solicitud materna) y al trato posparto: el principio de autonomía exige que toda solicitud de cesárea electiva sea precedida por una consejería informada sobre sus implicaciones, mientras que el principio de dignidad humana obliga a erradicar el trato frío y las maniobras mamarias dolorosas denunciadas por las usuarias en el grupo focal (Luna-Torres et al., 2024).

Para los formuladores de políticas públicas, autoridades del Ministerio de Salud, SEDES, ASSUS y Ministerio de Trabajo, nuestros resultados demuestran que la protección de la lactancia en el sector formal es inviable sin fiscalización laboral efectiva. El hallazgo de que el 92,9% (92/99) de las encuestadas en el módulo ocupacional carezca de lactario en sus instituciones —asociado con un 91,3% de abandono (OR = 26,25)— confirma a escala local lo advertido por UNICEF Bolivia (2020, 2022) a nivel nacional (donde solo el 8% de las empresas cuenta con salas de lactancia) y coincide con la evidencia regional en Perú y Ecuador sobre el retorno laboral desprotegido como correlato primordial de destete precoz (Cárdenas et al., 2020; Tatamues, 2023; Gómez, 2024; Carrillo et al., 2020). Mientras el artículo 15 del D.S. N.º 0115 (Estado Plurinacional de Bolivia, 2009) y el artículo 22 del Reglamento Específico de Infracciones y Sanciones (Ministerio de Salud y Deportes [Bolivia], 2010) no se traduzcan en inspecciones conjuntas entre las autoridades sanitarias y laborales a las entidades públicas y privadas afiliadas a la seguridad social, el subsidio de lactancia seguirá coexistiendo paradójicamente con proporciones de abandono cercanas al 90% entre las mujeres trabajadoras.

CONCLUSIONES

1. *Desacoplamiento entre legislación y práctica en la seguridad social*: En el CIMF 15 de Abril de la CNS Regional Tarija existe una brecha crítica entre los mandatos de la Ley N.º 3460 / D.S. N.º 0115 y la operación asistencial cotidiana, expresada en una prevalencia puntual de LME en menores de seis meses de apenas 24,4% y un abandono del 75,6% ($p < 0,001$ frente a la meta mundial del 50%).
2. *Responsabilidad del circuito asistencial en el abandono*: La omisión de consejería prenatal (64,8%) y de entrenamiento técnico (62,0%), sumada a la orientación activa sobre el uso de fórmula o biberón por parte del personal sanitario (60,8%; OR = 2,69) y a la entrega gratuita de sucedáneos dentro del servicio (31,2%), convierte al establecimiento en un vector institucional de destete precoz en el 93,2% de los casos que no presentaban contraindicación médica.
3. *Vulneración estructural de los derechos laborales de lactancia*: El trabajo en instituciones formales (OR = 3,51), la ausencia de lactarios laborales en el 92,9% (92/99) de los centros de trabajo auditados en el módulo ocupacional (OR = 26,25) y la prohibición de ingreso con el lactante en el 72,7% (72/99; OR = 3,85) constituyen los correlatos estructurales determinantes que fuerzan a las madres aseguradas a sustituir el pecho por fórmulas artificiales.
4. *Viabilidad del rediseño institucional*: La implementación del Programa Integral «Lactancia Segura CNS» a través de sus siete ejes estratégicos ofrece una hoja de ruta técnica, jurídica y financieramente viable para transformar la gobernanza del primer nivel de atención, humanizar el soporte posparto, erradicar la circulación intrahospitalaria de sucedáneos, articular lactarios laborales y alcanzar la meta del 50% de lactancia materna exclusiva en un plazo de 24 meses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ansotegui, J. A. (2002). La lactancia materna en la «Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño». *Anales de Pediatría*, *57*(4), 287–290. https://www.analesdepediatria.org/es-la-lactancia-materna-estrategia-mundial-articulo-S1695403303780382

Arias, R. E., García, C. P., y Pradel, J. M. (2017). *Iniciativa mundial sobre tendencias de la lactancia materna (WBTi – Bolivia)*. World Breastfeeding Trends Initiative. https://www.worldbreastfeedingtrends.org/uploads/country-data/country-report/WBTi-Bolivia-2017.pdf

Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos* (64.ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil). https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/

Barral, B. (2018, 10 de mayo). Crónica sobre el estado mundial de la lactancia materna. *Noticias ONU*. https://news.un.org/es/story/2018/05/1433262

Brahm, P., y Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista Chilena de Pediatría*, *88*(1), 7–14. https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000100001

Caja Nacional de Salud [CNS]. (2021). *Portal institucional del régimen de seguridad social a corto plazo*. Estado Plurinacional de Bolivia. https://www.cns.gob.bo/

Campoverde Saca, Y. (2020). *Lactancia materna: Factores que influyen en su duración* [Tesis de grado, Universitat de les Illes Balears]. Repositorio Institucional UIB. https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/156011/Campoverde_Saca_Yulexysi.pdf

Cárdenas, P. E., Valle, R. M., y Fernández, P. R. (2020). Factores relacionados al abandono de lactancia materna exclusiva en mujeres trabajadoras dependientes de una institución pública, febrero–abril 2019. *Revista Tzhoecoen*, *12*(1), 45–56. https://revistas.uss.edu.pe/index.php/tzh/article/view/1248

Carrillo, A., Gallegos, R., y Barragán, L. (2020). Factores maternos que influyen en el abandono de la lactancia. *Salud en Tabasco*, *26*(1–2), 18–25. https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/44_1.pdf

Creswell, J. W., y Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3.ª ed.). SAGE Publications.

Denzin, N. K. (1970). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Aldine Publishing Company.

Estado Plurinacional de Bolivia. (1988). *Ley N.º 975, de 2 de marzo de 1988, de protección a la mujer embarazada y en periodo de lactancia*. Gaceta Oficial de Bolivia. https://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/

Estado Plurinacional de Bolivia. (1990). *Ley N.º 1178, de 20 de julio de 1990, de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO)*. Gaceta Oficial de Bolivia. https://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/

Estado Plurinacional de Bolivia. (2006). *Ley N.º 3460, de 15 de agosto de 2006, de fomento a la lactancia materna y comercialización de sus sucedáneos*. Gaceta Oficial de Bolivia. https://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/

Estado Plurinacional de Bolivia. (2009). *Decreto Supremo N.º 0115, de 6 de mayo de 2009, Reglamento a la Ley N.º 3460 de fomento a la lactancia materna y comercialización de sus sucedáneos*. Gaceta Oficial de Bolivia. https://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/

FAO, FIDA, OPS, PMA y UNICEF. (2023). *América Latina y el Caribe: Panorama regional de la seguridad alimentaria y la nutrición 2023*. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. https://openknowledge.fao.org/items/8316173a-d391-4f2b-9350-d3156d97c685

Fisher, R. A. (1922). On the interpretation of χ^2 from contingency tables, and the calculation of P. *Journal of the Royal Statistical Society*, *85*(1), 87–94. https://doi.org/10.2307/2340521

Flórez-Salazar, M., Orrego-Celestino, L. M., Revelo-Moreno, S., Sánchez-Ortiz, G., Duque-Palacio, L., Montoya-Martínez, J. J., y Agudelo-Ramírez, A. (2018). Factores asociados a la lactancia materna en mujeres de un municipio colombiano. *Revista Médica de Risaralda*, *24*(1), 29–33. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-902090

García, G. J., Moya, R. N., Weason, R. O., Nannig, P. M., Rigollette, S. S., y Opazo, M. G. (2010). *La lactancia materna: Contenidos técnicos para profesionales de la salud*. Ministerio de Salud de Chile. https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf

Gómez, M. E. (2024). *Factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en Ecuador: Revisión narrativa* [Tesis de grado, Universidad de Las Américas]. Repositorio Digital UDLA. https://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/15921

Luna-Torres, J. A., Camarillo-Nava, V. M., y Vega-Mendoza, S. (2024). Factores de riesgo asociados al abandono de la lactancia materna en atención primaria. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, *31*(4), 143–150. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-12962023000400143

Ministerio de Salud y Deportes [Bolivia]. (2010). *Reglamento Específico de Infracciones y Sanciones a la Ley N.º 3460 y Decreto Supremo N.º 0115* (Resolución Ministerial N.º 1236). Estado Plurinacional de Bolivia. https://www.minsalud.gob.bo/

Moreno, M. D., Saavedra, E. F., y Alfaro, C. E. (2020). Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una ciudad de Perú. *Revista Cubana de Enfermería*, *36*(2), e3211. https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3211

Oblitas, A., Herrera, J., y Flores, Y. (2022). Lactancia materna exclusiva en Latinoamérica: Una revisión sistemática. *Horizonte de la Ciencia*, *12*(23), 874–888. https://doi.org/10.26490/uncp.horizonteciencia.2022.23.1474

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1981). *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/publications/i/item/9241541601

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Metas mundiales de nutrición 2025:*

Documento normativo sobre lactancia materna (WHO/NMH/NHD/14.7). Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.7

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Declaración de la OMS sobre las tasas de cesárea* (WHO/RHR/15.02). Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023, 20 de diciembre). *Alimentación del lactante y del niño pequeño* [Nota descriptiva]. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding

Organización Mundial de la Salud [OMS] y UNICEF. (2003). *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño* (Documento WHA55/2002/REC/1, Anexo 2 / A55/15). Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/publications/i/item/9241562218

Organización Mundial de la Salud [OMS] y UNICEF. (2018). *Guía para la aplicación: Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y atención a los recién nacidos: Revisión de la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño (Diez Pasos para una Lactancia Exitosa)*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241513807

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020, 4 de agosto). *Conoce aquí por qué la lactancia materna es buena para el bebé, para la mamá y para la comunidad*. Organización Panamericana de la Salud. https://www.paho.org/es/noticias/4-8-2020-conoce-aqui-por-que-lactancia-materna-es-buena-para-bebe-para-mama-para-comunidad

Ortiz Beltrán, J. (2022). *Factores de riesgo asociados al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, en el Centro de Salud CASEGURAL, distrito III del municipio de Sucre, gestión 2018* [Tesis de maestría, Universidad Andina Simón Bolívar]. Repositorio UASB. https://repositorio.uasb.edu.bo/items/cd1f7a86-18c4-4d0f-b71c-eb97139e589e

Radio Luis de Fuentes. (2023, 22 de marzo). Tarija presenta cifras bajas de lactancia materna: Solo el 23% de madres dan de lactar a sus niños hasta los 6 meses. *Radio Luis de Fuentes*. https://radioluisdefuentes.com/uncategorized/tarija-presenta-cifras-bajas-de-lactancia-materna-solo-el-23-de-madres-dan-de-lactar-a-sus-ninos-hasta-los-6-meses/

Tandalla, D. S., y Zurita, M. I. (2024). El abandono de la lactancia materna exclusiva y el uso de fórmulas lácteas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, *8*(1), 3210–3225. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.9822

Tatamues, D. M. (2023). *Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en las madres que acuden al Centro de Salud Tulcán Sur* [Tesis de licenciatura, Universidad Estatal Península de Santa Elena]. Repositorio UPSE. https://repositorio.upec.edu.ec/items/767918f5-3f4e-40bb-a1f2-7b40f521f624

UNICEF Bolivia. (2019, 19 de diciembre). *Bolivia con dificultades para cumplir metas en nutrición de niños y mujeres* [Comunicado de prensa]. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. https://www.unicef.org/bolivia/comunicados-prensa/bolivia-con-dificultades-para-cumplir-metas-en-nutrici%C3%B3n-de-ni%C3%B1os-y-mujeres

UNICEF Bolivia. (2020). *Guía sobre espacios seguros y acuerdos flexibles para la continuidad de la lactancia en el lugar de trabajo*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. https://www.unicef.org/bolivia/media/3886/file/

UNICEF Bolivia. (2022, 25 de mayo). *UNICEF promueve la implementación de la lactancia materna en empresas públicas y privadas e instituciones* [Comunicado de prensa]. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. https://www.unicef.org/bolivia/comunicados-prensa/unicef-promueve-la-implementaci%C3%B3n-de-la-lactancia-materna-en-empresas-p%C3%BAblicas-y

Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., y Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet, 387*(10017), 475–490.

https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7

Wilson, E. B. (1927). Probable inference, the law of succession, and statistical inference. *Journal of the American Statistical Association*, *22*(158), 209–212. https://doi.org/10.1080/01621459.1927.10502953

Yates, F. (1934). Contingency tables involving small numbers and the χ^2 test. *Supplement to the Journal of the Royal Statistical Society*, *1*(2), 217–235. https://doi.org/10.2307/2983604

DECLARACIONES ÉTICAS Y DE CONFLICTO DE INTERESES

Financiamiento: Estudio autofinanciado por los autores en el marco del programa de Doctorado en Salud Pública de la Universidad Técnica de Oruro.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no poseer conflictos de interés de orden financiero, comercial ni institucional, ni vínculos con empresas productoras o comercializadoras de sucedáneos de la leche materna.

Agradecimientos: A las autoridades, personal de salud y madres aseguradas del Centro Integral de Medicina Familiar 15 de Abril y del Hospital Obrero N.º 7 de la Caja Nacional de Salud, Regional Tarija, y a la Dirección de Postgrado de la Universidad Técnica de Oruro.

DERECHOS DE AUTOR

Aguilar Aguanta, V., & González-Aramayo Gutiérrez, V. E. (2026)

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo la licencia Creative Commons de Atribución No Comercial 4.0, que permite su uso sin restricciones, su distribución y reproducción por cualquier medio, siempre que no se haga con fines comerciales y el trabajo original sea fielmente citado.

El texto final, datos, expresiones, opiniones y apreciaciones contenidas en esta publicación es de exclusiva responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan el pensamiento de la revista.