

La lactancia materna en México desde una perspectiva médico social

Kenya Miroslava Rodríguez Castillo*

RESUMEN

La baja prevalencia de lactancia materna en México es un problema actual de salud colectiva. Este documento tiene como propósito reflexionar la situación de lactancia en México a través de una perspectiva médico social. Se pretende desarrollar mediante las categorías género y reproducción social una argumentación de su importancia para comprender las posibles causas que reducen las prácticas de lactancia en México.

PALABRAS CLAVE: Lactancia materna; Medicina Social, Género y salud; Reproducción social; Política en salud

Breastfeeding in Mexico from a sociomedical perspective

ABSTRACT

The low prevalence of breastfeeding in Mexico is a current collective health problem. The purpose of this document is to reflect on the breastfeeding situation in Mexico through a social medical perspective. The aim is to develop through the categories gender and social reproduction an argument of their importance to understand the possible causes that reduce breastfeeding practices in Mexico.

KEYWORDS: Breastfeeding; Social Medicine; Gender and health; Social reproduction; Health policy

* Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Correo electrónico de contacto: kenya.nutricion@gmail.com

Fecha de recepción: 15 de agosto de 2024.

Fecha de aceptación: 25 de noviembre de 2024.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (2017, 2019) recomienda la lactancia materna (LM) exclusiva¹ durante seis meses y aumentar su tasa al 50% al 2025, sin embargo, los datos nacionales muestran que a pesar del aumento en la LM exclusiva en los últimos 10 años, menos de un tercio de los infantes la recibe (Tabla 1).

En la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN), la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM) y las Encuestas de Salud y Nutrición (ENSANUT) de distintos años se distinguen las tendencias de algunos indicadores de alimentación infantil en México (Tabla 1). Se observa que de 1999 a 2022 hay un aumento de 13.6 puntos porcentuales en la lactancia materna exclusiva (<6 meses) y 2.7 si alguna vez los infantes fueron amamantados (<24 meses) (González-Castell, et al, 2023; Gutiérrez et al, 2012; INEGI, 2018). La lactancia materna continua al año aumentó 10.4 puntos porcentuales y 3.9 a los dos años de 1999 a 2015 (INEGI, 2018; INSP y UNICEF México, 2016). A pesar de estos datos, la LM exclusiva disminuyó a nivel nacional de 22.3 a 14.4% y en medio rural de 36.9 a 18.5% de 2006 a 2012. Ante la disminución de esta práctica, en 2014 se realizó la reforma en la Ley General de Salud con el objetivo de incrementar la duración y el apego de la lactancia y se creó la Estrategia Nacional de Lactancia Materna (ENLM) (González de Cosío Martínez, et al, 2017). Posteriormente, la Academia Nacional de Medicina (ANM) planteó una serie de recomendaciones para una política nacional de promoción de la lactancia materna en México.

¹ “La lactancia exclusiva consiste en dar al lactante únicamente leche materna: no se le dan otros líquidos ni sólidos —ni siquiera agua— exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes” (OMS, 2019).

Además, se estableció el Programa de protección, apoyo y promoción a la lactancia materna del Estado de México (PPAPLM) de 2017-2023.

Las políticas en salud que pretendan promocionar la LM deben de incluir la perspectiva de género con el fin de identificar y evidenciar situaciones de discriminación y desigualdad, para reflexionar sobre sus causas y se actúe para disminuirlas (Ariño et al., 2011; Rodríguez Martínez, et al, 2010).

El presente ensayo tiene como objetivo reflexionar sobre las categorías género y reproducción social para explicar la situación de lactancia materna en México. Se expone la importancia del uso de las categorías de análisis género y reproducción social para reconocer los determinantes a las que se enfrenta la práctica de LM en México y dar pauta a la búsqueda de nuevas propuestas para solucionar dicha problemática desde la medicina social.

La categoría género frente a las prácticas de lactancia materna

Se entiende por sexo a “las características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos que los definen como macho y hembra” (FAO, 1996). En cambio, género se define como “el conjunto de características sociales, culturales, políticas, psicológicas, jurídicas y económicas asignadas a las personas en forma diferenciada de acuerdo con el sexo” (FAO, 1996). Es decir, sexo es una categoría física y biológica, mientras que el género (masculino o femenino) es una categoría construida social y culturalmente, que se aprende y, por lo tanto, se puede cambiar.

La importancia de utilizar la categoría género radica en que permite visualizar y criticar las

Tabla 1. Indicadores de alimentación infantil. Comparativo a nivel nacional 1999-2022.

	ENN 1999	ENSANUT 2006	ENSANUT 2012	ENIM 2015	ENSANUT 2018	ENSANUT 2021/2022
Alguna vez (<24 meses)	92.3	90.4	93.7	94.9	95.6	95.0
LM exclusiva (<6 meses)	20.0	22.3	14.4	30.8	28.6	33.6
Mediana de la lactancia	9.7	10.4	10.2	10.9	-	-
Lactancia materna continua al año (12-15 meses)	36.5	37.1	35.5	45.8	46.9	45.1
Lactancia materna continua a los dos años (20-23 meses)	25.1	18.6	14.1	24.4	29.0	

Elaboración propia con datos de González-Castell et al. (2023); Gutiérrez et al. (2012); INSP y UNICEF México (2016); INEGI (2018).

desigualdades entre sexos. Se visualiza cómo se constituyen en la sociedad lo femenino y lo masculino como construcciones socioculturales, a través de las cuales las diferencias biológicas se transforman en desigualdades sociales (Pérez Gil-Romo y Díez-Urdanivia, 2007). Además, permite criticar esta desigualdad, donde hablar de género significa dejar de creer que los roles sociales y culturales asignados a hombres y mujeres son naturales (FAO, 1996).

La categoría género permite enriquecer los marcos explicativos. En este caso, la situación de lactancia materna en México se puede explicar mediante la desigualdad de condiciones que han llevado a la disminución de su práctica, principalmente por ser una actividad biológica exclusiva de las mujeres. Los programas de salud relacionados con el aumento de la práctica de la LM son esenciales, sin embargo, las propuestas se ven definidas por el modelo médico hegemó-

nico, que continua con funciones de legitimación y normatización y distingue a la lactancia desde su función curativa, preventiva, pragmática (Menéndez, 2020), es decir, ¿será suficiente capacitar a los profesionales de salud y a las madres para aumentar la lactancia materna a pesar de las construcciones sociales en torno al sexo?

La maternidad no se entiende ni ejerce igual en los diferentes contextos sociales ni en las diferentes condiciones de vida que vive cada mujer, sin embargo, todas las madres se encuentran atravesadas por las desigualdades asignadas a su sexo. Desde una perspectiva de género, algunas de las barreras en el nivel individual son que desde el siglo pasado la mujer ha modificado las funciones que desempeña y ha comenzado a realizar actividades fuera del ámbito familiar, por lo que ha postergado la edad de inicio de la maternidad. Se ha configurado que la maternidad y la LM son cadenas que atan a la mujer al hogar y las mantiene

dependiendo del hombre, teniendo como efecto la disminución y casi aniquilación de la práctica de la lactancia materna (Gallardo, 2001).

En lo social-familiar, la mujer se ha construido como responsable del cuidado de la familia y el hogar. La incorporación de las mujeres al mercado laboral no ha tenido correspondencia al grado de participación de los hombres en el cuidado de la familia (Durán, 1986). Es así como la mujer debe trabajar fuera de casa y continuar con el trabajo doméstico y reproductivo dentro del hogar, realizando una triple jornada laboral. La LM reduce las horas de descanso y alimentación (Garduño Andrade y Lau Jaiven, 2014)

Por otra parte, se ha perpetuado la sexualización del cuerpo de la mujer. Se considera al pecho femenino como un órgano sexual, obviando su función nutritiva. Muchas mujeres se sienten libidinosamente observadas por los “mirones de lactancia”, lo que causa que no se practique en público y deba limitarse al ámbito doméstico (Massó Guijarro, 2013). Asimismo, al estar sexualizados los pechos, las mujeres jóvenes se han apartado de esta práctica (Gallardo, 2001).

En lo institucional, la LM “se ha restringido al ámbito femenino, ha sido socialmente desprestigiada y considerada como actividad privada y doméstica, exenta de elementos valorables desde una perspectiva socioeconómica, pública o ética” (Massó Guijarro, 2013, p. 172). Tal es el caso de que el área laboral y pública está hecha para hombres. Conforme la mujer ingresaba al mercado laboral o salía del hogar, pese a la inconformidad masculina, la maternidad y la lactancia no eran aceptadas dentro de este ámbito (Gallardo, 2001), por lo que el área de trabajo no tiene en consideración el rol productivo y reproductivo de la

mujer. Es decir, la lactancia materna no tiene un valor económico fuera de lo biológico. Esta falta de aceptación fuera del hogar reforzó la creencia que la lactancia y la maternidad disminuyen la libertad.

Por otra parte, las instituciones de salud y los programas de salud han extendido que el amamantar, no sólo beneficia al bebé, sino también, a ella misma. De ahí que, la madre sienta un compromiso de amamantar y pueda desarrollar sentimientos de culpa si no lo hace. Sin embargo, no se consideran las posibilidades de la madre, ni se le da la oportunidad de decidir si quiere hacerlo o no.

En lo económico, se distingue la medicalización y mercantilización de la LM. Al establecerse la LM como atadura al hogar, la liberación femenina promovió el uso de biberón o “libertad embotellada” (Gallardo, 2001). Asimismo, el discurso médico desvalorizó la leche materna y desarrolló la confianza de que los alimentos preparados eran superiores porque podían ser medidos y calculados (Gallardo, 2001). Más aún, la industria desarrolló tácticas para que el uso de fórmula fuera socialmente aceptado y conveniente. Se transformó la leche materna en mercancía, a pesar de que por sí misma excluye al mercado por su gratuidad² (Massó Guijarro, 2013; Salas Valenzuela, 2019).

La propuesta enmarcada desde la perspectiva de género es que la práctica de lactancia materna sea vista como un derecho que debe ser defendido y exigido, sin que por sí mismo resulte en una obligación. Se debe promover que todas las mujeres tengan información, oportunidades y condiciones de amamantar en el espacio que deseen y si quieren realizarlo, por lo que se debe de construir un espacio en el que el ámbito público y productivo

² Pero conlleva un desgaste físico y emocional a la madre.

respete las funciones reproductivas y productivas de la mujer.

La lactancia en sí misma no subordina a la mujer, son las condiciones en las que se desarrolla la desigualdad lo que provoca que sea vista así. Se debe redefinir el lugar que ocupa la mujer en el grupo social y que se reconozca a la “lactancia como trabajo productivo y socialmente significativo rescatando el valor de la mujer como miembro útil y necesario para la sociedad” (Gallardo, 2001: 123).

Este abordaje permite discutir la desigualdad entre sexos, al no destinar ciertas actividades y funciones desde un enfoque biológico. Se debe reconocer que el padre o la pareja, apoye a la lactancia.

El reconocimiento del derecho a amamantar confirma el poder de las mujeres de controlar su propio cuerpo, lo que enfrenta el punto de vista de que los senos (y las mujeres), son objetos sexuales, afirmando por otra parte que son sujetos con derechos que pueden y deben exigirlos. Asimismo, este derecho representa un enfoque en el que la leche materna tiene un valor no meramente biológico, lo que disminuye la mercantilización y medicalización por el uso de fórmulas (Gallardo, 2001).

La categoría género permite entender las desigualdades del amamantar bajo una forma determinada de relaciones y en una organización social establecida. A pesar de la diversidad de situaciones en que se encuentran las mujeres que pueden amamantar, todas ellas se encuentran afligidas por la desigualdad inherente a los estereotipos de género.

Reproducción Social

Una vez analizada la importancia del género como categoría de análisis, la reproducción social es otra categoría valiosa para comprender las causas de la baja prevalencia de LM en México. Para motivos de este texto, se entiende a la reproducción social como el proceso por el cual “el sujeto produce y reproduce la realidad social, al mismo tiempo que es producido y reproducido históricamente en ella” (Kosik citado en Juanes, 1982, p. 524), o bien, cuando:

(...) los actores sociales producen y reproducen su vida cotidiana a través de acciones con significación, debido a que esas acciones son compartidas con otros y a que aquello que tiene sentido para un individuo también lo tiene para sus semejantes (Schütz citado en N. Rizzo, 2012, p. 284).

La reproducción social es un proceso histórico, ya que los humanos construyen la historia y la sociedad bajo determinadas circunstancias existentes e independientes a su voluntad (por ejemplo, el modo de producción). Al mismo tiempo, se trata de un proceso desigual, pues ocurre y se mantiene bajo el reconocimiento de una lógica poco equitativa en la distribución de los recursos materiales y simbólicos, en la que los grupos sociales e individuos ocupan lugares diferenciales en su posición en el espacio social, establecida según su estructura y el volumen de capital que posee (N. Rizzo, 2012).

De acuerdo con Samaja (2004), se distinguen cuatro ordenes de organización social que producen y reproducen la realidad social. El orden bio-comunal humano (o familia biológica) en el que se incluye el bioindividual (individuo biológico), el orden comunal (sociedad gentilicia o sistema

cultural), el orden político (o sistema de clases según dominio territorial) y el orden societal (o sistema de mercado) (Tabla 2). Los cuatro órdenes constituyen los componentes fundamentales de la jerarquía descriptiva del orden constitutivo (en sentido ascendente) y regulativo (en sentido descendente) de la sociedad humana como sistema complejo (Samaja, 2004) (Figura 1).

En el orden constitutivo se establece el *Aufhebung*³, o también llamada superación dialéctica, entendida como la operación de supresión, conservación y superación. Es decir, la manera en que las estructuras y funciones anteriores quedan suprimidas, pero conservadas y superadas en las estructuras y funciones posteriores (Samaja, 2004).

Ahora bien, ¿Cómo se ha producido y reproducido la práctica de lactancia materna en México en cada uno de los cuatro órdenes? En un primer momento, debe entenderse que las reglas sociales suprimen, conservan y superan las normas biológicas (Samaja, 2004). En este caso, lo biológico de la LM está suprimido, conservado y superado por lo social. Es decir, la práctica de la LM en México tiene un carácter social e histórico.

Al ser un proceso social, la LM no puede ser explicada en su totalidad desde una visión biológica y multicausal que considera como factores de riesgo con igual jerarquía e impacto a lo biológico y lo social. Es necesario establecer jerarquías desde el campo de la medicina social y comprender que los aspectos sociales no actúan como los agentes biológicos, es decir, no tienen especificidad etiológica (causalidad), ni obedecen a una

³ El *Aufhebung* es una afirmación de principio, ya que en la realidad se pueden dar relaciones de supresión sin conservación o de conservación sin supresión, de manera que el proceso de superación o paso a una norma de nivel superior no se da o se destruye (Samaja, 2004).

dosis-respuesta (López Arellano y Peña Saint Martin, 2006).

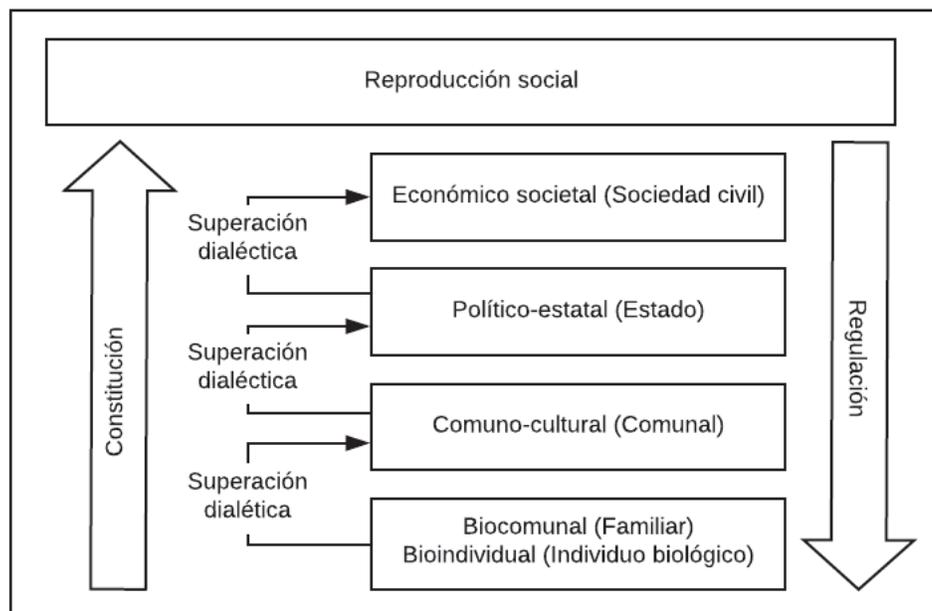
Por lo que la categoría reproducción social permite explicar el proceso de lactar como un proceso histórico social donde en cada uno de los órdenes se produce y reproduce su conocimiento y práctica. Si a la reproducción social se agrega la categoría género, se podría decir que se produce y reproduce la opresión, la desigualdad y los estereotipos alrededor de la lactancia (Castro, 2012).

En la figura 2 se destacan algunas de las situaciones que se han producido y reproducido acerca de la lactancia materna. De manera ascendente, en el orden biocomunal (en la parte de lo bioindividual) se distinguen las diferencias biológicas por sexo, en especial que los pechos de la mujer producen leche. De ahí que se responsabiliza a la mujer de la alimentación del lactante y de las tareas del hogar, y surgen las ideas de que la maternidad (incluida la lactancia) ata a la mujer al hogar, por lo que la LM debe ser una práctica privada (orden biocomunal).

Por lo anterior, cuando la mujer decide salir se encuentra ante espacios públicos y laborales hechos para hombres, sin las condiciones necesarias para realizar su rol productivo y reproductivo (orden comunocultural). Estas diferencias escalan hasta lo político estatal, donde las leyes no consideran (o si la consideran, lo hacen de manera insuficiente) la lactancia materna, por lo que las condiciones son inequitativas y desiguales. Finalmente, en el orden económico-societal no se reconoce el valor de la leche materna.

De manera descendente, se mercantiliza y medicaliza la alimentación infantil. Se fomenta la confianza en la fórmula láctea al administrarlas rutinariamente desde las primeras horas en hospitales

Figura 1. Modelo de la reproducción social



Elaboración propia a partir de Samaja (2004)

Tabla 2. Elementos y características de los órdenes de organización social

Orden*	Elemento	Característica
Biocomunal (Familiar)	Bioindividual (Individuo biológico)	Reproducción orgánica: alimentación, respiración, procreación, etc.
	Familia biológica: madre/hijo y hembra/macho	Reproducción de la red de interacciones que construyen el medio comunal
Comuno-cultural (Comunal)	Transfamilia: ley de exogamia y autoconciencia	Reproducción de sistemas simbólicos y las conciencias capaces de operar con esos sistemas simbólicos.
Político-estatal (Estado)	Transcomunidad: ciudadano	Reproducción del microambiente societal, en términos de organización y dominio territorial
Económico-societal (Sociedad civil)	Sujeto comercial	Reproducción del sistema de los objetos, a través de los procesos de producción, distribución, intercambio y consumo de valores

*El nivel posterior contiene los niveles anteriores. Es decir, el económico societal incluye desde el individual hasta sí mismo. Elaboración propia a partir de Samaja (2004).

e instalando como norma su recomendación en consultorios particulares (orden societal y político-estatal) (C. I. Rizzo, 2008). Por otra parte, las instituciones de salud enumeran las ventajas de la leche materna al binomio madre-infante. Las políticas apuntan a la educación de las madres acerca de los beneficios y formas óptimas de amamantamiento ignorando los determinantes sociales (por ejemplo, el género) que obstaculizan su puesta en práctica (C. I. Rizzo, 2008) (orden político-estatal). Por último, se acepta y es conveniente el uso de fórmulas y, por otro lado, a la madre se le exige amamantar, y de no hacerlo surgen sentimientos de culpa (orden biocomunal).

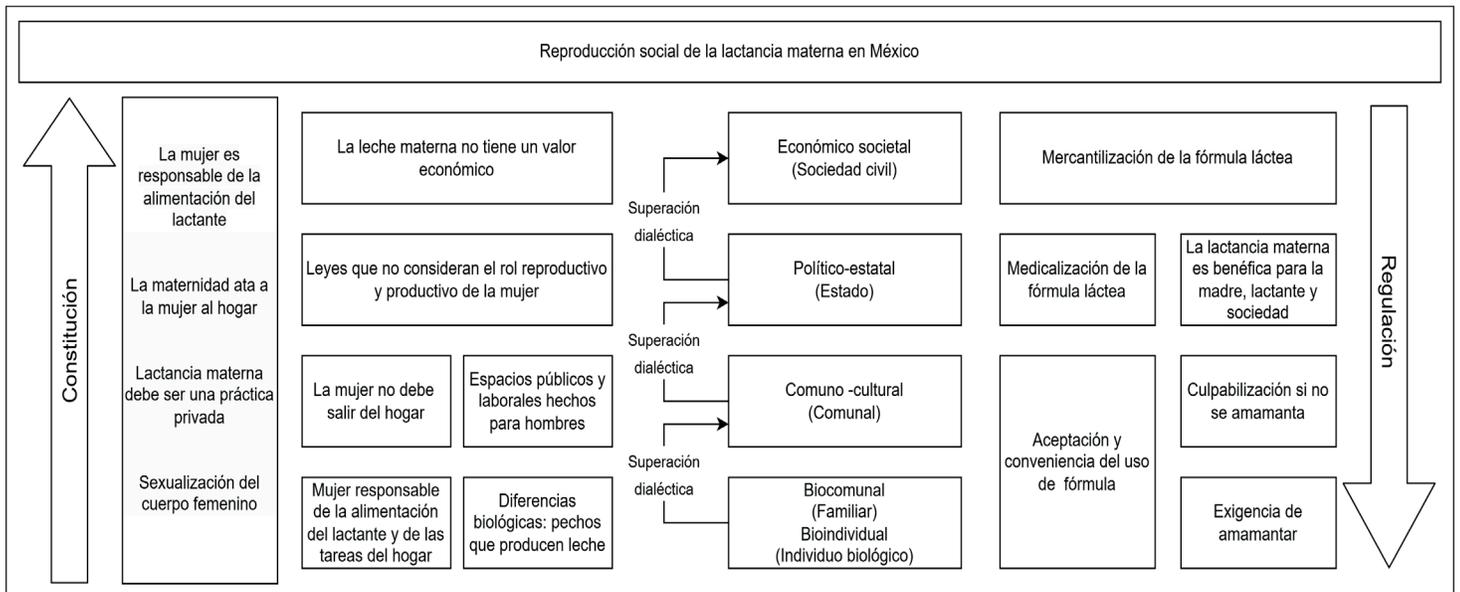
Los procesos mencionados son diferentes, pero también “se implican mutuamente; se engendran mutuamente y se transforman los unos a los otros” (Samaja, 2004, p. 115). Muchos de los procesos

se contradicen, pero se mantienen, es decir, “el sujeto está desgarrado entre los dos niveles del ser: en el plano constitutivo y en el plano regulado” (Samaja, 2004, p. 119).

Conclusión

Abordar la LM desde un enfoque médico social, en el que se utilizan las categorías género y reproducción social, permite entenderla como un proceso social en el que lo biológico queda suprimido, conservado y superado por lo social. Los determinantes sociales de la LM se proyectan más allá de lo biológico, por lo cual tienen una jerarquía diferente y no actúan como factores biológicos. Es así como ambas categorías permiten crear nuevos enfoques que procuren esclarecer los fenómenos por los cuales ha disminuido la práctica. La categoría género permite entender la

Figura 2. La reproducción social de la lactancia materna en México (elaboración propia)



Elaboración propia (2024)

desigualdad alrededor de la LM y la reproducción social como se produce y reproduce la desigualdad y los estereotipos alrededor de esta.

Entender la lactancia materna como proceso social permite visibilizar las desigualdades que se perpetúan sobre su práctica. Se ha establecido que las madres son las únicas responsables de la alimentación infantil, se les exige el amamantar y se culpabiliza si no lo realizan. Sin embargo, las condiciones sociales respaldan que la lactancia es una práctica privada y doméstica e incompatible con el rol productivo de la mujer. Es así como la madre se encuentra entre mensajes contradictorios. Ante esta situación, la lactancia materna disminuye y aumenta la alimentación por fórmula láctea, en el que el mercado se encuentra beneficiado ante la mercantilización y medicalización de la alimentación infantil.

Las políticas en salud y las posturas para proteger, promover y apoyar la lactancia materna en México son esenciales para visibilizar la baja prevalencia de lactancia materna en el país. Sin embargo, muchas de ellas sólo consideran a la lactancia desde un aspecto biológico y utilitario, y explican la disminución de la práctica desde la multicausa-

lidad, donde los factores biológicos y sociales actúan del mismo modo, por lo que sus propuestas mecanizan el proceso social de la lactancia y en muchas ocasiones, reproducen los estereotipos de género. A pesar de las limitantes de las propuestas, algunas de ellas son relevantes, tales como la protección contra la comercialización inadecuada, programas de capacitación para el personal de salud y monitoreo de las políticas. No obstante, estas propuestas, sin perspectiva de género, sólo son acciones desarticuladas que cubren el verdadero problema: las desigualdades de género.

Para el desarrollo de nuevas políticas es necesario que se tenga una perspectiva de género que tome en consideración los determinantes sociales de la salud que intervienen en la práctica de la lactancia, que la distingan como un proceso social y un derecho a ser exigido. Este ensayo permite reconocer que al no emplearse las categorías género y reproducción social, se seguirán formulando propuestas que produzcan y reproduzcan la desigualdad sin considerar los determinantes sociales de la lactancia materna, perpetuando así los modelos que, sin éxito, han procurado aumentar la lactancia materna.

Referencias bibliográficas

- ARIÑO, M. D.; TOMÁS, C.; EGUILUZ, M.; SAMITIER, M. L.; OLIVEROS, T.; YAGO, T., ... MAGALLÓN, R. (2011). ¿Se puede evaluar la perspectiva de género en los proyectos de investigación? *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 146–150. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.09.023>
- CASTRO, R. (2012). Problemas conceptuales en el estudio de la violencia de género. Controversias y debates a tomar en cuenta. En N. Baca Tavira & G. (coord. . Vélez Bautista (Eds.), *Violencia, género y la persistencia de la desigualdad en el Estado de México* (pp. 17–38). Buenos Aires, Argentina: Mnemosyne.
- DURÁN, M. (1986). *La jornada interminable*. Barcelona: Icaria Editorial.
- FAO. (1996). *Vocabulario referido a género*. Recuperado de <http://www.fao.org/3/x0220s/x0220s01.htm>
- GALLARDO, L. (2001). Relaciones de género y lactancia materna. *Encuentro*, XXXIII(56), 117–125.

- GARDUÑO ANDRADE, M. y LAU JAIVEN, A. (2014). El trabajo doméstico y su impacto en la Salud de las mujeres. En N. (coord. . González González (Ed.), *Organización social del trabajo en la posmodernidad: Salud mental, ambientes laborales y vida cotidiana* (pp. 139–163). Guadalajara, México.
- GONZÁLEZ-CASTELL, L. D.; UNAR-MUNGUÍA, M.; BONVECCHIO-ARENAS, A.; RAMÍREZ-SILVA, I. y LOZADA-TEQUEANES, A. L. (2023). Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en menores de dos años de edad en México. *Salud Pública de México*, 65, s204–s210. <https://doi.org/10.21149/14805>
- GONZÁLEZ DE COSÍO MARTÍNEZ, T.; HERNÁNDEZ CORDERO, S.; RIVERA DOMMARCO, J. y HERNÁNDEZ ÁVILA, M. (2017). Recomendaciones para una política nacional de promoción de la lactancia materna en México: postura de la Academia Nacional de Medicina. *Salud Pública de México*, 59(1), 106–113. <https://doi.org/10.21149/8102>
- GUTIÉRREZ, J. P.; RIVERA DOMMARCO, J.; SHAMAH-LEVY, T.; VILLALPANDO-HERNÁNDEZ, S.; FRANCO, A., CUEVAS-NASU, L.; ... HERNÁNDEZ-ÁVILA, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- INEGI. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Presentación de resultados*.
- INSP y UNICEF México. (2015). *Encuesta Nacional de los Niños, Niñas y Mujeres en México 2015 – Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final*. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México.
- LÓPEZ ARELLANO, O. y PEÑA SAINT MARTIN, F. (2006). Salud y Sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. *Medicina Social*, 1(3), 82–102.
- MASSÓ GUIJARRO, E. (2013). Lactancia materna y revolución, o la teta como insumisión biocultural: calostro, cuerpo y cuidado. *Dilemata*, (11), 169–206.
- MENÉNDEZ, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico : tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16(e2615), 1–25. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- OMS. (2017). Lactancia materna. Recuperado el 30 de abril de 2020, de OMS website: <https://www.who.int/mediacentre/events/2017/world-breastfeeding-week/es/>
- OMS. (2019). Lactancia materna exclusiva. Recuperado el 17 de noviembre de 2019, de https://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/
- PÉREZ GIL-ROMO, S. E. y DÍEZ-URDANIVIA, S. (2007). Estudios sobre alimentación y nutrición en México : una mirada a través del género. *Salud Pública de México*, 49(6), 445–453.
- RIZZO, C. I. (2008). *Lactancia materna. Una perspectiva desde la Medicina Social*. Universidad Nacional de la Plata, Buenos Aires, Argentina.
- RIZZO, N. (2012). Un análisis sobre la reproducción social como proceso significativo y como proceso desigual. *Sociológica*, 27(77), 281–297.
- RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, Y.; ROBLEDO VERA, C. y PEDROSO ZULUETA, T. (2010). Guía: La Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud. En *Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva*. Secretaría de Salud.
- SALAS VALENZUELA, M. (2019). Medicalización de la alimentación infantil : entre conceptos y experiencias. *Revista Latinoamericana de Educación y Estudios Interculturales*, 3(2), 129–135.
- SAMAJA, J. (2004). *Epistemología de la salud*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.