

Tasa de prevalencia de lactancia materna exclusiva al egreso hospitalario posterior al nacimiento

María Guadalupe Díaz Rentería

Universidad de Guadalajara

mgdiaz@cualtos.udg.mx

Andrea Abisag Díaz Díaz

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

diaz.abisag@gmail.com

Resumen

Introducción: En México de acuerdo al Instituto Nacional de Salud Pública sólo al 8% de los niños de 6 meses de edad y el 60% de los de un mes de nacidos se les proporciona lactancia materna exclusiva (LME).

Objetivo: Determinar la tasa de prevalencia de LME al egreso hospitalario posterior al nacimiento.

Metodología: Estudio trasversal, n=158, se entrevistó a pacientes post evento obstétrico de parto vaginal y abdominal con producto vivo.

Resultados: El personal promovió la LME en un 32% y brindó información sobre las técnicas de alimentación al recién nacido en 42%. La tasa de prevalencia de LME fue de 10.12, la tasa de primera succión oportuna fue de 48.10, y el uso de sucedáneos presentó una tasa de 83.54.

Conclusiones: La tasa de prevalencia en lactancia materna es inferior a la recomendada por la Organización Mundial de la Salud y los indicadores del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Abstract

Introduction: According to the National Institute of Public Health, in Mexico only 8% of children aged 6 months, and 60% of one month of age are given exclusive breastfeeding (EBF).

Objective: To determine the prevalence of EBF after the birth.

Methods: Cross-sectional study, n=158 patients were interviewed after obstetric event of vaginal and abdominal delivery with live product.

Results: The staff promoted the EBF by 32% and offered information about feeding newborn techniques in 42%. Moreover, the prevalence of EBF was 10.12; the rate of first timely suction was 48.10, and the use of substitutes represented a rate of 83.54.

Conclusions: The prevalence of breastfeeding rate is less than that recommended by the World Health Organization and the Mexican Social Security Institute indicators.

Palabras clave/ Key words: lactancia materna, prevalencia/ Breast Feeding, Prevalence.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su 54^a asamblea, define la lactancia exclusiva y óptima como el amamantamiento exclusivo del nacimiento a los 6 meses de la edad. Después de esa edad, recomienda que los niños deben continuar siendo amamantados mientras que reciben los alimentos complementarios apropiados y adecuados hasta los 2 años de edad o más allá. OMS (2001)

Este trabajo se plantea con la intención de determinar la Tasa de prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva al egreso hospitalario al nacimiento, con la finalidad de colaborar en la estrategia de certificación como hospital amigo del niño y de la niña. A su vez, permitir la mejora de la atención que brinda el personal de enfermería al binomio madre-hijo, en relación con el apoyo a la lactancia materna durante la hospitalización, con el doble fin de realizar un diagnóstico que conceda establecer la estrategia de implementación y certificación; así mismo tiene la finalidad de identificar el cumplimiento de los 10 pasos para una lactancia materna exclusiva.

La Organización Panamericana de la Salud [OPS], La Organización Mundial de la Salud [OMS], y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2009) estiman que casi dos millones de vidas se podrían salvar por año si la lactancia materna exclusiva fuera practicada los primeros 6 meses de edad y fuera continuada con alimentación complementaria adecuada por dos años o más.

Edmond, Zandoh, Quigley, Amenga, Owusu, y Kirkwood (2006) encontraron que el 22% de las muertes neonatales se pueden evitar si los recién nacidos fueran amamantados dentro de las primeras horas, y el 16% si lo son durante el primer día del nacimiento. A su vez, mencionan que el riesgo de muerte neonatal fue cuatro veces mayor en los niños que recibieron lácteos líquidos o sólidos además de la leche materna.

La Organización Mundial de la Salud, y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2005) informan que sólo el 39% de los recién nacidos en los países en desarrollo reciben amamantamiento exclusivo. La Organización Panamericana de la Salud (2012) menciona que únicamente el 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida. Así mismo la OMS (2012) refiere que el principal factor recae en la falta de información de las madres, y la falta de apoyo de los trabajadores de la salud.

Las tasas de lactancia exclusiva en menores de 6 meses en América Latina y el Caribe, van del 7.7% en República Dominicana hasta el 60.4% en Bolivia, OPS (2012). En México el 60% de los niños de un mes y el 8% de los niños de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva INSP (2010); González, Escobar, González y Rivera (2013) mencionan que en México, la alimentación complementaria mejoró pero la lactancia se deterioró.

Actualmente las prácticas de lactancia materna no coinciden con las recomendaciones dadas por OMS debido a que la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad es una práctica poco común. Según datos reportados por 94 países, la OMS estima que la tasa de lactantes entre los 0 y 4 meses que son amamantados en forma exclusiva con leche materna es del 35%. Hill, Kirkwood, y Edmond (2005).

Suarez (2001), en un estudio realizado en Asturias, encontró que la prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) al inicio fue del 51.4% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 46.6-56.2) disminuyendo a 14.9% a los 90 días, y al 8.7% a los 120 días; a su vez detectó relación inversa entre la LME y que el Recién Nacido hubiera recibido sucedáneos (sustitutivo parcial o total de la leche materna) en las primeras horas de vida (OR=0.43; IC del 95%: 0.20-0.95).

De acuerdo a los reportes de la OMS (2006), alrededor del 90% de las mujeres en los países en desarrollo amamantan a sus hijos después del parto. En Asia y África el porcentaje es un poco mayor, más del 90%, que en América Latina y el Caribe (85%); donde la lactancia natural dura en promedio entre dos a cinco meses, y sólo un 35 a 60% sigue recibiendo lactancia materna a los seis meses.

En Costa Rica se reporta que el porcentaje de niños menores de 6 meses que fueron alimentados con lactancia materna exclusiva de 1995 al 2005 fue del 35%, y solamente un 12% continuaron recibiendo leche materna hasta los 23 meses de edad, Calvo (2008).

Las tasas de prevalencia de la lactancia materna exclusiva se mantienen bajas en las distintas regiones, a pesar del fomento y apoyo que ha tenido por diversas organizaciones mundiales, respaldada por la evidencia de las grandes ventajas que posee para el lactante, la madre, el ambiente, la economía, la sociedad entre muchos otros más. Estévez y col, (2002) encontraron que las prácticas hospitalarias como el dar biberones se asocian negativamente con la lactancia materna, los factores socioeconómicos y culturales, la edad, el tener poca leche, el hambre del bebé y el que la mujer trabaje son causas de abandono de la lactancia materna.

Muchos países mantienen una prevalencia baja de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, lo cual nos muestra un panorama desalentador, dado que se han creado políticas y leyes que tienen como único objetivo el incentivar la lactancia y con ello aumentar las tasas de cobertura, mejorando la salud de los infantes. Se considera que la lactancia materna ayudaría a reducir la mortalidad infantil.

En los años noventa la OMS y la UNICEF convocaron a los gobiernos y a las organizaciones internacionales para proteger, promover y apoyar la lactancia, esto con fines de mejorar la nutrición y supervivencia del lactante. Este llamado a la acción, conocido como la Declaración de Innocenti, condujo a que se tomara una serie de medidas positivas, entre estas se establecieron los Hospitales Amigos de los Niños.

En México se implementó la estrategia de certificar hospitales amigos del niño y la madre, para ayudar a fomentar las prácticas de lactancia óptimas y desarrollaron políticas nacionales a este respecto. Pese a todos estos esfuerzos la prevalencia de la lactancia materna continúa con cifras bajas. En 1989 la OMS y el UNICEF redactaron pautas de conducta aplicables a los hospitales, tomando como base que la actuación del personal de salud constituye un importante ejemplo para millones de madres, y que las actividades realizadas durante la estancia hospitalaria de la madre después del parto, son determinantes para que una madre consiga amamantar.

A partir de la iniciativa elaborada por la OMS y UNICEF a favor de la lactancia materna, en México se iniciaron una serie de acciones contempladas en el marco legal de la nación. El derecho de la salud, lo establece el artículo 4º de La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. La Ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud antes mencionado, que tiene toda la persona con el sólo hecho de residir en el territorio mexicano. En su Artículo 61º señala que la atención materno infantil es de carácter prioritario, contemplando acciones de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la atención al niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo. El Artículo 64º indica específicamente que el sistema de salud establecerá el fomento a la lactancia materna e incentiva a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida.

La iniciativa del Hospital amigo del niño y de la niña retoma los principios y lineamientos de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN), este mismo programa es conocido en Europa como: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia. Inicialmente en México fue conocido como

Hospital del niño y de la madre, donde contempla para una lactancia materna exitosa diez pasos y tres anexos: Política de lactancia, capacitación al personal, información a embarazadas, inicio temprano de la lactancia después del parto, técnicas de lactancia aún en separación de su niño, dar solamente leche materna, alojamiento conjunto, lactancia a libre demanda, no dar biberones o chupones, promover grupos de apoyo; cumplimiento del código internacional de comercialización de sucedáneos, atención amigable a la madre, VIH y alimentación infantil.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) el 70 al 80% de los hijos de las mujeres derechohabientes dejan de recibir LME, las causas de abandono que se identifican son: motivos laborales, inexperiencia de la madre, falta de capacitación, enfermedades de la madre y el recién nacido. Las alternativas de solución que proponen son: lactarios en guarderías y sitios de trabajo, capacitación y promoción efectiva, atención oportuna e integral. IMSS (2012)

En 1992 el IMSS implementó el programa de lactancia materna, en 1993 se certificó el primer hospital amigo del niño y la madre, de 1993 a 1997 el IMSS acreditó 188 hospitales con atención obstétrica. En el 2002, el programa PrevenIMSS incorpora la lactancia materna como parte de la vigilancia de la nutrición. Durante 2008 inicia la reactivación de lactancia materna en el IMSS y se unifican los criterios con la Asociación ProLactancia Materna (APROLAM). Entre 2009-2011 se realizaron 212 cursos de capacitación operativa con 9,900 asistentes e iniciaron estrategias de fortalecimiento.

En 2011, se elaboró y distribuyó el lineamiento técnico, médico y el tríptico para promoción de lactancia materna y en las Unidades de Medicina Familiar se fortaleció el registro de actividades de lactancia materna, las Up que se registran tanto en hoja raíz o en expediente electrónico en relación a la lactancia materna son:

Up 64	Tipo de LM	Exclusiva asegurada Exclusiva beneficiaria Complementaria asegurada Complementaria beneficiaria
-------	------------	--

En caso de abandono se registra la causa de acuerdo a la siguiente clave UP 65 causas de abandono de lactancia materna:

UP 65	Causas de abandono	Motivos laborales Enfermedades de la madre o del hijo Inexperiencia y/o falta de capacitación Alteraciones anatómicas
-------	--------------------	--

METODOLOGÍA:

Estudio trasversal, realizado en un Hospital General de Zona, donde se entrevistó a 158 pacientes post evento obstétrico de parto vaginal y abdominal con producto vivo, elegidas en forma aleatorizada, de los servicios de puerperio de bajo riesgo, y encamado de ginecoobstetricia.

Los instrumento de recolección de datos fueron los proporcionado por la OPS/UNICEF/OMS. (2009). En el documento titulado La Iniciativa Hospital Amigo del Niño: revisada, actualizada y ampliada para la Atención Integrada Sección 4: Autoevaluación y Monitoreo del Hospital, apartado 4:2 Guías e Instrumentos de Monitoreo: Cuestionario para la madre que está amamantando y Cuestionario para la Madre que no amamanta.

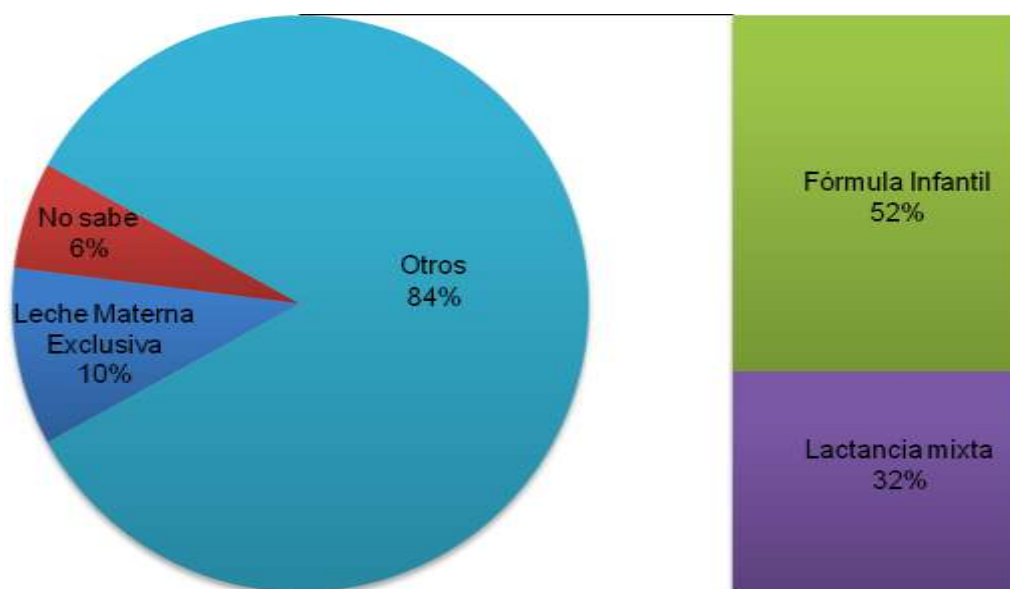
Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva.

RESULTADOS

De las 158 mujeres a las que se entrevistó el 52% (82) la resolución del parto fue vía vaginal; el resto correspondió a pacientes post operadas de cesárea 48% (76).

El 100% de las pacientes refieren que acudieron a consulta prenatal, el 28% (44) recibió 4 o menos, el 72% (114) recibió de 5 a más consultas prenatales. El 32% (51) de la pacientes mencionan que recibieron consejería sobre lactancia materna exclusiva en una o dos ocasiones durante la consulta prenatal. El 51% (81) de las pacientes refieren no haber recibido promoción de la lactancia materna exclusiva en el hospital. El 48% (76) de las pacientes iniciaron con la lactancia en la primera hora después del nacimiento. El 42% (66) de los pacientes recibieron información sobre las técnicas par amamantar.

Gráfica 1. **Lactancia Materna Exclusiva**

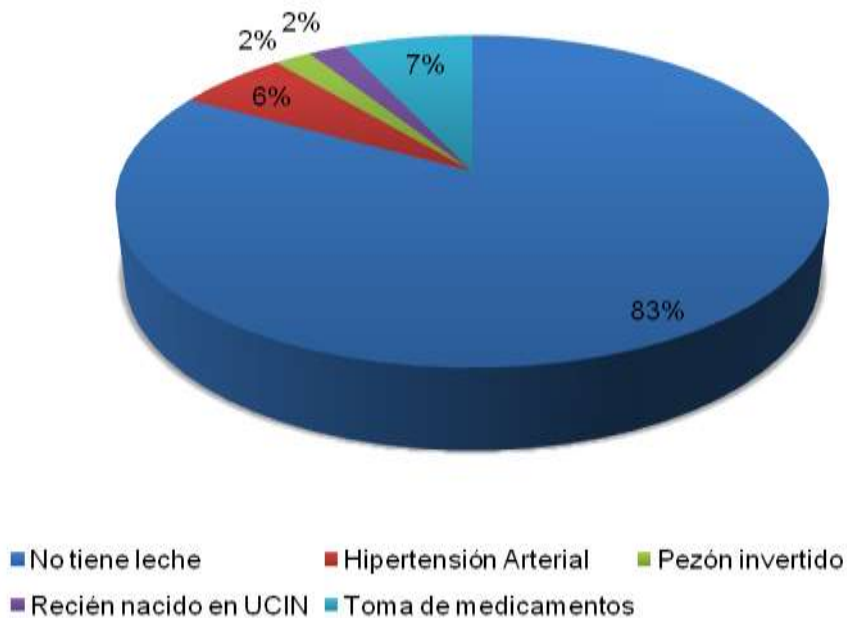


Fuente: Encuesta

La lactancia materna exclusiva se cumple en un 10% (16), un 52% (82) recibió únicamente fórmula infantil en vaso o jeringa, y un 32% (51) menciona que se proporcionó lactancia mixta (leche materna más fórmula infantil), un 6% (9) refiere no saber si se le dio fórmula infantil. ^{Gráfica 1.}

En relación al uso de sucedáneos el 83% (131) de las mujeres refirió que es por falta de leche. ^{Gráfica 2.}

Gráfica 2. **Motivos por la que el Recién Nacido recibe sucedáneos**



Fuente: Encuesta

El 48% (76) de las madres refieren la cohabitación continua con el recién nacido. El 70% (111) de las mujeres mencionan que recibieron información sobre la lactancia a libre demanda. El 100% de las mujeres refieren que en el hospital no se permite el uso de biberones, chupones, tetinas, etc., En relación a los grupos de apoyo el 48% (76) de las pacientes refieren haber recibido información sobre los grupos de apoyo internos y externos.

Tabla I. Tasas de Prevalencia

Variable	Tasa de prevalencia
Lactancia materna exclusiva	10.12
Uso de sucedáneos	83.54
Primera succión oportuna (primera hora de nacimiento)	48.10

Fuente: Encuesta

La tasa de prevalencia para lactancia materna exclusiva fue de 10.12, la tasa de prevalencia para uso de sucedáneos de la leche materna se ubico en 83.54, la tasa de recién nacidos que inician de forma temprana con la lactancia materna fue de 48.10. ^{Tabla I}

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

De las 158 mujeres a las que se entrevistó al 48% se les realizó cesárea, cifra por arriba de lo recomendando por la OMS (1985) que marca un 15%; y del IMSS, de igual forma, de acuerdo a los indicadores del manual metodológico de indicadores médicos 2013 Indicador cam agop 33 en el rubro porcentaje de cesáreas en unidades de segundo nivel $\geq 40\%$. Así mismo incumple el PROY-NOM-007-SSA2-2010 de Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido que marca un 15% de cesáreas en relación al total de partos atendidos en los hospitales de segundo nivel.

En promedio las mujeres recibieron 5 consultas prenatales cifra que cumple con el PROY-NOM-007-SSA2-2010, no así con lo que marca la normativa institucional del IMSS de 7 consultas prenatales como mínimo, indicador cam agop 28: promedio de atenciones prenatales por embarazada $\geq 7\%$.

El 32% de las pacientes refieren que se les brindó consejería sobre lactancia materna en 1 ó 2 ocasiones durante las consultas prenatales. La PROY-NOM-007-SSA2-2010, recomienda que se destaque la importancia de la lactancia materna exclusiva en el 100% de las mujeres que acuden a consulta prenatal. El manual de procedimientos del IMSS 2660-003-058 Procedimiento para Otorgar Atención Materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención señala en diferentes espacios la importancia de promover los beneficios y ventajas de la LME durante los primeros 6 meses de vida del niño (a) en la consulta prenatal.

El personal del hospital promovió la LME a 32% de las pacientes, y brindó información sobre las técnicas de alimentación al recién nacido en un 42%. La promoción de la lactancia materna es un trabajo inter y multidisciplinario donde el personal que labora en las salas de maternidad debe brindar consejería sobre LME en relación a la importancia, beneficios, técnicas de alimentación al seno materno. Saldias (2003) reporta que se encuestó a pacientes puérperas encontrándose que sólo el 20.3% recibieron educación prenatal.

Durante su estancia hospitalaria 76 pacientes en la primera hora de vida brindaron seno materno al recién nacido siendo la tasa de primera succión oportuna de 48.10, la OPS (2012) refiere que solamente el 50% de los recién nacidos presentan la primera succión de leche materna en forma oportuna y el 48% de las mujeres recibió información sobre grupos de apoyo a la LME. Estéves y col. (2002) mencionan que la atención prenatal, y las prácticas hospitalarias, influyen de forma importante en la continuidad de la LME,

La tasa de prevalencia de lactancia materna exclusiva durante la estancia hospitalaria fue de un 10.12. Los resultados concuerda con la OPS (2012) donde refiere que las tasas de lactancia exclusiva en menores de 6 meses son muy bajas en América Latina y el Caribe, sin embargo no son acordes a lo reportado por el INSP (2010) donde el 60% de los niños de un mes reciben lactancia materna exclusiva, en este estudio el 10% de los recién nacidos reciben lactancia materna exclusiva.

El uso de sucedáneos presenta una tasa de 83.54, siendo la principal causa la percepción de la madre de no producir leche. Estéves y colaboradores (2002) refieren que la causa real de la falta de leche no es fisiológica y es más una percepción de la madre y tiene que ver más con la consejería equivocada como lo es el poner horarios para lactar, mala técnica, puesta tardía al seno materno, separación del bebé, limitación en el número y duración de tetadas.

Conclusiones

La tasa de prevalencia en lactancia materna es muy inferior a la recomendada por la Organización Mundial de la Salud y los indicadores del IMSS los cuales son el 95% de LME en los recién nacidos en sus unidades.

Tomando en cuenta que las pacientes acudieron en promedio a 5 consultas prenatales en su Unidades de Medicina Familiar, y en el área hospitalaria estuvieron atendidas por profesionales de la salud, Médicos, Enfermeras, Trabajadoras sociales, etc; existieron posibilidades de brindar consejería sobre la LME, lo que no justifica la baja tasa de prevalencia. Sin embargo, la implementación de la lactancia materna exclusiva se torna difícil al no existir identificación del personal de salud con la iniciativa de hospital amigo del niño y la niña.

Bibliografía

- Calvo, C. (2008). Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, Recuperado de <http://www.revenf.ucr.ac.cr/factoreslactancia.pdf>
- Congreso de la Unión LXII Legislatura. (2014). *Ley General de Salud ultima modificación 19 de diciembre 2014*. México: Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/leyesbiblio/pdf/142.pdf>
- Edmond, M., Zandoh, C., Quigley, MA., Amenga, S., Owusu, S., Kirkwood, R. (2006). Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*, 117, 380-6. Recuperado de <http://www.pediatricsdigest.mobi/content/117/3/e380.short>
- Estévez, D., Martell, D., Medina, R., García, E., Saavedra, P. (2002). Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *Anales de Pediatría*, 56(2), 144-150. Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13025684&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=37&ty=101&accion=L&origen=zonadelectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=37v56n02a13025684pdf001.pdf
- González, T., Escobar, L., González, D., Rivera, A. (2013). Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. *Salud Publica Mex*, 55(2), 170-179. Recuperado de http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2013/vol%2055%20supl%20No%202/12eficaz.pdf
- Hill, Z., Kirkwood, B., Edmond, K. (2005). *Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño: Evidencia de las intervenciones*. Washington, D.C: OPS
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2003). *Encuesta Nacional de Coberturas PREVENIMSS*. México: IMSS.

- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2011). *Lineamiento Técnico Médico para la Lactancia Materna*. México: IMSS.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2011). *Procedimiento para Otorgar Atención Materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención, manual de procedimientos del IMSS 2660-003-058*. México: IMSS
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2012). *Lactancia materna ppt*. México: IMSS
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2010). Alimentación complementaria para Niños de 6 a 24 meses. *4º congreso de la Red Nacional para la Prevención de la Discapacidad*. Recuperado de <http://renapred.org.mx/portall/index.php/material-de-apoyo/4-congreso-nacional>
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Semana Mundial de la Lactancia Materna, 2012 Comprendiendo el Pasado - Planificando el Futuro Celebración del 10º aniversario de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño de la OMS/UNICEF*. Washington, D.C. : OPS.
- Organización Panamericana de la Salud/Oficina Mundial de la Salud UNICEF/OMS. (2009). *Iniciativa Hospital Amigo del Niño, revisada, actualizada y ampliada para la atención integral, Sección 1. Antecedentes e implementación*. Washington, D.C. : OPS.
- Organización Panamericana de la Salud/Oficina Mundial de la Salud UNICEF/OMS. (2009). *Iniciativa Hospital Amigo del Niño, revisada, actualizada y ampliada para la atención integral, Sección 4. Autoevaluación y Monitoreo del Hospital*. Washington, D.C. : OPS.
- Saldías, I., Quezada, M., Galleguillos, J., Campos, C., Verdugo, A., Lucchini, C., Márquez, F., Cabezas, V., Gálvez, T., Miranda, M., Fierro, S., Aguirre, C., Varas, K., Galleguillos, E., Robles, C., y Corbeaux, A. (2003). Evaluación del Hospital Clínico UC como Hospital Amigo 11 años de historia. *Horizonte de Enfermería*, 14, 61-76. recuperado de https://www7.uc.cl/prontus_enfermeria/html/produccion/cienti/Archivos/H.%20ENFERMERIA%2020031.PDF

- Secretaria de Salud. (2012). *PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido*. México: SS. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5276550&fecha=05/11/2012
- Suarez, L., Piedra, B., (2004). Intervención de enfermería para la capacitación sobre lactancia materna. *Rev Cubana Enfermer*, 20(1), Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol20_1_04/enf02104.htm
- United Nations Children's Fund. (2005). *15 Años Después de la Declaración de Innocenti, La Lactancia salva un millón de vidas anualmente [comunicado de prensa]*. Nueva York: UNICEF. Recuperado de http://www.UNICEF.org/media/media_30011.html
- World Health Organization, United Nations Children's Fund. (1989). *Protección, promoción y apoyo a la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.ihan.es/publicaciones/folletos/Presentaci%C3%B3n_libro.pdf
- World Health Organization, United Nations Children's Fund. (1990). *Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento, y el apoyo de la lactancia materna*. Florencia: OMS/UNICEF.
- World Health Organization. (1985). *Appropriate technology for birth*. Ginebra: OMS
- World Health Organization. (1998). *Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia Natural*. Ginebra: OMS WHO/CHD. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_spa.pdf
- World Health Organization. (2001) *The optimal duration of exclusive breastfeeding. Note for the Press N°7 2 April*. Recuperado de http://www.UNICEF.org/spanish/nutrition/files/nutrition_code_english.pdf
- World Health Organization. (2001). *Nutrición del lactante y del niño pequeño: 54ª Asamblea Mundial de la Salud*. Ginebra: OMS

- World Health Organization. (2002). *Nutrición del Lactante y del Niño Pequeño Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, 55ª Asamblea Mundial de la Salud A55/15*. Ginebra: OMS.
- World Health Organization. (2006). *Nutrición del lactante y del niño pequeño: 59ª Asamblea Mundial de la Salud. Informe cuadrienal. Informe de la Secretaría A59/13 Punto 11.8 del orden del día provisional 4 de mayo*. Ginebra: OMS
- World Health Organization. (2012). *10 datos sobre la lactancia materna*. Ginebra: OMS. recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/index.html>
- World Health Organization. (2012). *Documento de datos complementario del Informe Anual del Director Ejecutivo Progresos y logros en relación con el Plan estratégico de mediano plazo para 2006-2013 Abril de 2012*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.unicef.org/about/execboard/files/DC2012_Final_SP_May_8.pdf