

Metas mundiales de nutrición 2025

# Documento normativo sobre lactancia materna



## META:

incrementar hasta al menos un 50% la tasa de lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses



Gates/Jake Lyell

## LO QUE ESTÁ EN JUEGO

En 2012, la resolución 65.6 de la Asamblea Mundial de la Salud respaldó un Plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño (1) donde se fijaron seis metas mundiales de nutrición para 2025 (2). El presente documento normativo se refiere a la quinta de esas metas: **incrementar hasta al menos un 50% la tasa de lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses**. El objeto de este documento normativo es reforzar la atención, la inversión y la acción en una serie de intervenciones y políticas costoeficaces que puedan ayudar a los Estados Miembros y sus asociados a mejorar las tasas de lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses.

La lactancia materna exclusiva —definida como la práctica de alimentar al lactante únicamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida (sin darle ningún otro alimento ni tampoco agua)— es la intervención preventiva que tiene el mayor impacto potencial sobre la mortalidad infantil (3). Forma parte de las prácticas óptimas de lactancia natural, que incluyen también la instauración de la lactancia materna durante la primera hora de vida y la lactancia continuada hasta los 2 años de edad o más.

La lactancia materna exclusiva constituye una piedra angular de la supervivencia y la salud infantiles porque proporciona nutrientes esenciales e insustituibles para el crecimiento y desarrollo del niño. Además, funciona como primera inmunización del lactante, que lo protege frente a infecciones respiratorias (4), enfermedades diarreicas y otras dolencias potencialmente mortales. La lactancia materna exclusiva también ejerce un efecto protector contra la obesidad y algunas enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida (4).

Sin embargo, aún queda mucho por hacer para que la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses

pase a ser la norma en la alimentación del lactante (véase el Recuadro 1). En todo el mundo, solo el 38% de los lactantes menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva (5, 6). Análisis recientes indican que las prácticas de lactancia subóptimas, entre ellas la lactancia no exclusiva, contribuyen al 11,6% de la mortalidad en los niños menores de 5 años. En 2011, esto supuso unas 804 000 muertes infantiles (5).

Aumentar los niveles de lactancia materna exclusiva no es imposible. Entre 1985 y 1995, las tasas de lactancia materna exclusiva en todo el mundo experimentaron un crecimiento anual medio de 2,4 puntos porcentuales (pasando del 14% al 38% a lo largo de 10 años), pero posteriormente disminuyeron en la mayoría de las regiones. Sin embargo, 25 países incrementaron sus tasas de lactancia materna exclusiva en 20 puntos porcentuales o más después de 1995, un crecimiento similar al necesario para alcanzar la meta mundial (7, 8). Los países donde la tasa de lactancia materna exclusiva está ya en el 50% o próxima a ese porcentaje deben seguir esforzándose en aumentarla dados los beneficios sanitarios y económicos de dicha práctica. En esos casos sugerimos un aumento mínimo del 1,2% anual.

## RECUADRO 1: ¿QUÉ FACTORES CONTRIBUYEN A LAS BAJAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN TODO EL MUNDO?

Las tasas inadecuadas de lactancia natural exclusiva se deben a factores socioculturales, factores asociados a los sistemas de salud y factores comerciales, así como a un conocimiento deficiente de la lactancia materna. Entre los factores citados figuran los siguientes:

- creencias de los cuidadores y de la sociedad que favorecen la alimentación mixta (esto es, creencia de que un lactante necesita líquidos o sólidos adicionales antes de los 6 meses porque la leche materna por sí sola no es adecuada);
- prácticas y políticas hospitalarias y sanitarias que no apoyan la lactancia materna;
- ausencia de personas de apoyo capacitadas (en los centros sanitarios y en la comunidad);
- promoción agresiva de preparados para lactantes, leche en polvo y otros sucedáneos de la leche materna;
- carencias en cuanto a permisos legales por maternidad y maternidad y otras políticas laborales que fomenten la lactancia cuando la madre se reincorpora al trabajo;
- desconocimiento de los peligros asociados a una alimentación distinta de la lactancia materna exclusiva, así como de las técnicas de lactancia adecuadas, por parte de las mujeres, sus parejas, sus familias, los profesionales sanitarios y los responsables de la elaboración de políticas.

El aumento de las tasas de lactancia materna exclusiva puede ayudar a impulsar los avances en las demás metas mundiales de nutrición (retraso del crecimiento, anemia en las mujeres en edad fértil, bajo peso al nacer, sobrepeso infantil y emaciación) y constituye una de las herramientas más potentes de que disponen los responsables de elaboración de políticas para mejorar la salud de la población y la economía. Para **incrementar hasta al menos un 50% la tasa de lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses**, los responsables de la formulación de políticas deben plantearse priorizar las siguientes medidas:

- proporcionar en los hospitales y centros sanitarios capacidades para respaldar la lactancia materna exclusiva, lo que incluye revitalizar, ampliar e institucionalizar la iniciativa de hospitales amigos del niño (9) en los sistemas de salud;
- proporcionar estrategias comunitarias para respaldar la lactancia materna exclusiva, lo que incluye la realización de campañas de comunicación adaptadas al contexto local;
- limitar significativamente la promoción agresiva e inadecuada de sucedáneos de la leche materna reforzando la vigilancia, el cumplimiento y la acción legislativa en relación con el Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna (10) y las resoluciones relevantes posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud;
- capacitar a las mujeres para practicar la lactancia materna exclusiva implantando un permiso de maternidad pagado y obligatorio de 6 meses, así como políticas que animen a las mujeres a amamantar a sus hijos en el trabajo y en lugares públicos;
- Invertir en formación y generación de capacidades para la protección, promoción y respaldo de la lactancia materna exclusiva.

## MARCO DE ACCIÓN

Aumentar la escala de los esfuerzos para incrementar las tasas de lactancia materna exclusiva requiere actuar en diferentes niveles: los sistemas de salud, las comunidades y las políticas (8). Los datos probatorios muestran que los países cuyas políticas y programas se ajustan más a las recomendaciones de la Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño (11) de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) son los que más éxito tienen a la hora de incrementar las cifras de lactancia materna exclusiva (12) (véase el apartado «Recursos adicionales»). Es importante crear un entorno facilitador mediante las políticas y la legislación.

### Nivel de los sistemas de salud

En el nivel correspondiente a los sistemas de salud, los 10 pasos para el éxito de la lactancia materna (13) de la iniciativa de hospitales amigos del niño y su proceso de certificación mejoran significativamente las tasas de lactancia materna exclusiva (8) (véase el apartado «Recursos adicionales»). Reforzar, revitalizar e institucionalizar las prácticas favorables al lactante en los centros sanitarios que ofrecen servicios de maternidad es particularmente importante en los países donde una proporción elevada de los partos tiene lugar en centros sanitarios. También es importante establecer normas para otros contactos con los servicios de salud —por ejemplo, la asistencia prenatal, las vacunaciones y las visitas por enfermedad— durante el primer año de vida, cuando las prácticas de alimentación del lactante pueden empeorar rápidamente si no existe un apoyo adecuado.

También resultan esenciales la formación —previa al servicio y durante el servicio— y el desarrollo profesional de los trabajadores sanitarios en relación con las prácticas óptimas de alimentación del lactante y el niño pequeño, que implican proteger, promover y respaldar la lactancia materna exclusiva. La elevada rotación de los trabajadores sanitarios en muchos entornos hace que su formación requiera una inversión y atención continuas.

Sin embargo, esta inversión en formación debe protegerse garantizando un seguimiento mediante supervisión de apoyo, reuniones mensuales o trimestrales, y cursos de reciclaje y orientación de los profesionales de primera línea y sus superiores, junto con un monitoreo para que los gerentes rindan cuentas. También debe respaldarse la lactancia materna a través del sistema de salud en el marco de un paquete integral de medidas de nutrición que abarquen la alimentación del lactante y del niño pequeño, los micronutrientes y la nutrición de la mujer.

### Nivel de las comunidades

El respaldo a la lactancia materna en el ámbito comunitario es crucial. En la mayoría de los casos no será posible aumentar con éxito la escala de los esfuerzos en favor de la lactancia natural exclusiva si no se pone suficientemente énfasis en el apoyo comunitario (14). El asesoramiento a las madres durante el embarazo, inmediatamente después del parto y durante el periodo neonatal tiene efectos positivos significativos sobre las tasas de lactancia materna exclusiva (8). Sin embargo, ampliar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses exige ir más allá del periodo neonatal para movilizar el apoyo continuado de las familias y las comunidades a través de líderes comunitarios y otros canales de comunicación. En los países en las que las tasas de parto hospitalario son bajas resulta especialmente importante el apoyo comunitario mediante visitas domiciliarias, grupos de apoyo y contacto prenatal y posnatal con el sistema de salud.

Las estrategias de comunicación para promover y respaldar la lactancia materna exclusiva resultan importantes. Deben seleccionarse los canales de comunicación más adecuados para cada entorno teniendo en cuenta los niveles de alfabetización y el acceso a los medios de comunicación. Idealmente, los mensajes de cambio conductual deben basarse en investigaciones formativas para identificar las barreras y los factores facilitadores de la lactancia materna exclusiva. Las campañas de cambio conductual en medios de comunicación masivos pueden mejorar significativamente la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida y son particularmente eficaces para llegar a las madres con lactantes de entre 1 y 4 meses de edad (8).

### Nivel de las políticas

Los países deben aplicar políticas que protejan la lactancia materna y apoyen a las madres en sus esfuerzos por alimentar a sus hijos mediante lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses. Los datos probatorios muestran que un permiso de maternidad más largo se asocia a una mayor duración de la lactancia materna exclusiva (15), aunque sus efectos pueden ser limitados en países donde las mujeres trabajan en gran medida en el sector de la economía informal. Un permiso de maternidad remunerado de seis meses permite a las mujeres mantener la lactancia materna durante más tiempo sin tener que elegir entre obtener ingresos o proporcionar la mejor nutrición a su hijo lactante.

Otra medida de política crucial se refiere a aprobar, hacer cumplir y vigilar leyes relativas al Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna y las resoluciones relevantes posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud con el fin de proteger la lactancia materna garantizando el uso, promoción y distribución adecuados de los sucedáneos de la leche materna. Esto incluye la prohibición de cualquier promoción de sucedáneos de la leche materna, biberones (mamaderas) y tetinas (véase el apartado «Recursos adicionales»). Los países que cuentan con una legislación sólida contra la comercialización inadecuada de sucedáneos de la leche materna y la hacen cumplir rigurosamente presentan tasas superiores de lactancia materna exclusiva (10). Por consiguiente, la legislación, vigilancia y control del cumplimiento del Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna deben implicar a los órganos legislativos y de gobierno responsables de negociar y defender los acuerdos comerciales y de regular el etiquetado y la publicidad.

Lastasasdelactancia materna exclusiva tienen a aumentar cuando existen marcos y normas políticos y reglamentarios eficaces y cuando se aplican políticas integrales a gran escala (16). Sri Lanka, Camboya y Malawi (véanse los Recuadros 2–4) han experimentado incrementos especialmente notables en las tasas de lactancia natural exclusiva. Además de la puesta en práctica de intervenciones y políticas diseñadas para aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva, estos países comparten algunos otros factores que han ayudado a impulsar dichas tasas, entre ellos los siguientes:

- sólido compromiso político, especialmente en los máximos niveles del gobierno (16);
- actuación de autoridades reconocidas como paladines de la lactancia materna (16);
- compromiso y promoción desde el máximo nivel directivo de las organizaciones internacionales (p. ej. UNICEF y OMS) (7, 16);
- coordinación eficaz de las estrategias de programas y políticas (16);
- estrategias de comunicación eficaces adaptadas al contexto, a los niveles de alfabetización y al acceso a los canales de comunicación;
- recursos humanos y económicos y financiación a largo plazo específicos y adecuados;
- uso de datos para diseñar intervenciones contextualizadas y realizar un seguimiento continuado de los avances a fin de solventar rápidamente posibles deficiencias.

## **RECUADRO 2: AUMENTO DE LAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN SRI LANKA**

Entre 1995 y 2007, la tasa media de lactancia materna exclusiva en los niños de 0 a 6 meses pasó del 17% al 76%, lo que supone un incremento anual de unos 6 %. En Sri Lanka, más del 95% de los partos tienen lugar en centros sanitarios, y la formación extensiva de los trabajadores sanitarios en relación con la gestión de la lactancia permitió que la mayoría de las mujeres recibiese asistencia cualificada a la lactancia después del parto. Las matronas del servicio de salud pública realizaron tareas de extensión comunitaria, entre ellas dos visitas domiciliarias en los 10 primeros días tras el parto, que ampliaron a la comunidad la asistencia a la lactancia materna. La extensión comunitaria, unida a una cultura de apoyo a la lactancia materna y a los padres, ayudó a mejorar las tasas de lactancia materna exclusiva en Sri Lanka. Por último, el fuerte compromiso político, el uso de estrategias de comunicación eficaces y los elevados niveles de alfabetización entre las mujeres también contribuyeron a este avance (16).

## **RECUADRO 3: AUMENTO DE LAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN CAMBOYA**

En el año 2000, solo el 11% de los lactantes camboyanos de 0 a 6 meses de edad recibían lactancia materna exclusiva. Este porcentaje aumentó hasta el 60% en 2005 y el 74% en 2010. En Camboya, el 89% de los partos tienen lugar en casa, y es poco frecuente que las mujeres reciban atención prenatal y posnatal. La estrategia de Camboya para aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva abarcó los siguientes elementos:

- identificar la lactancia materna como máxima prioridad entre las intervenciones destinadas a incrementar la supervivencia infantil en ese país;
- coordinar las estrategias de los asociados para incluir la promoción de la lactancia materna en todas las iniciativas y servicios para lactantes y niños pequeños;
- dictar un subdecreto sobre la promoción de productos para lactantes y niños pequeños, con las correspondientes campañas de difusión;
- lanzar una «iniciativa de comunidades amigas del niño» que implicó tanto la acreditación de acuerdo con la iniciativa de hospitales amigos del niño (9) como la creación de grupos de apoyo a las madres para visitas domiciliarias y el asesoramiento y apoyo a las mujeres lactantes en las aldeas;
- aplicar una estrategia de comunicación que incorporó mensajes sobre la lactancia materna a programas populares de radio y televisión y formó a los periodistas en relación con mensajes clave sobre la lactancia materna, junto con campañas de promoción de ámbito nacional con funcionarios de alto rango (17).

## **RECUADRO 4: AUMENTO DE LAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MALAWI**

Entre 1992 y 2010, la tasa media de lactancia natural exclusiva en los menores de 6 meses pasó en Malawi del 3% al 71%, lo que supone un incremento anual de unos 4 %. Los progresos de Malawi a la hora de incrementar las tasas de lactancia materna exclusiva se han atribuido a los siguientes elementos:

- liderazgo fuerte en todos los niveles de gobierno para apoyar la alimentación de los lactantes y niños pequeños;
- políticas y directrices bien articuladas; servicios comunitarios integrados; apoyo a través de múltiples canales a la alimentación del lactante y del niño pequeño;
- concienciación de ámbito nacional y educación intensiva y masiva para incrementar el respaldo y los conocimientos en relación con la lactancia materna;
- puesta en práctica de la iniciativa de hospitales amigos del niño (9) y vinculación con los programas para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH (17).

## MEDIDAS PARA IMPULSAR LOS PROGRESOS EN EL AUMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Las siguientes recomendaciones basadas en datos probatorios deberían aplicarse en la escala adecuada a fin de lograr avances en la meta mundial para 2025 relativa a la lactancia materna exclusiva (6).

### 1. Proporcionar capacidades en los hospitales y centros sanitarios para respaldar la lactancia materna exclusiva, lo que incluye revitalizar, ampliar e institucionalizar la iniciativa de hospitales amigos del niño en los sistemas de salud.

- Mantener la eficacia de la iniciativa de hospitales amigos del niño (9) requiere su institucionalización en el sistema sanitario para permitir la certificación y recertificación de los hospitales, así como inversiones continuadas en formación, seguimiento y supervisión del personal sanitario.

- La sostenibilidad también requiere un seguimiento de los avances y una medición del número y proporción de los partos no domiciliarios que tienen lugar en hospitales y otros centros sanitarios amigos del niño.

- Se debe integrar la promoción de la lactancia materna y las correspondientes medidas de apoyo en todo el espectro de la atención sanitaria maternoinfantil, especialmente en los periodos prenatal y puerperal.

### 2. Aplicar estrategias comunitarias para respaldar la lactancia materna exclusiva, lo que incluye la realización de campañas de comunicación adaptadas al contexto local.

- Es necesario asegurarse de que exista una fuerte vinculación entre las estrategias en los centros y en la comunidad. La influencia sobre la lactancia materna exclusiva de los programas basados en los centros sanitarios, como la iniciativa de hospitales amigos del niño (9), puede disminuir cuando las mujeres vuelven a casa y necesitan apoyo de la comunidad.

- Es necesario proporcionar un apoyo familiar y comunitario continuados a través de líderes comunitarios y de diversos otros canales de comunicación.

- En los países con bajas tasas de parto hospitalario puede prestarse apoyo comunitario a través de visitas domiciliarias o grupos de apoyo

- Los canales de comunicación y los mensajes deben adaptarse al contexto basándose en los niveles de alfabetización de los destinatarios, a su uso de los diferentes medios de comunicación —así como su acceso a estos— y al contacto con los profesionales sanitarios. Los mensajes de cambio conductual deben adaptarse a las barreras y factores motivadores concretos de ámbito nacional o subnacional en relación con la lactancia materna exclusiva que se identifiquen en cada país.

- El asesoramiento individual y el asesoramiento entre iguales son eficaces, pero el asesoramiento en grupo también mejora las tasas de lactancia materna exclusiva, y una combinación de estos enfoques parece ser particularmente eficaz (18). El apoyo a las madres puede proceder de personas —profesionales o no— adecuadamente formadas, y alcanza su máxima eficacia cuando tanto los centros sanitarios como los miembros de la comunidad ofrecen información y mensajes coherentes, apoyo práctico y derivación a los servicios oportunos.

### 3. Limitar significativamente la promoción agresiva e inadecuada de sucedáneos de la leche materna reforzando la vigilancia, el cumplimiento y la acción legislativa en relación con el Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna y las resoluciones relevantes posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud.

- Se insta a los países a aplicar leyes, reglamentos u otras medidas cuyo cumplimiento sea legalmente exigible a fin de poner en práctica el Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna, así como a vigilar activamente posibles vulneraciones y establecer y aplicar sanciones eficaces en caso de vulneración (14).

### 4. Capacitar a las mujeres para practicar la lactancia natural exclusiva implantando un permiso de maternidad remunerado obligatorio de 6 meses, así como políticas que animen a las mujeres a amamantar a sus hijos en el trabajo y en lugares públicos.

- Las políticas laborales deben apoyar a todas las mujeres trabajadoras —tanto en el sector de la economía formal como en el de la economía informal— para que sigan amamantando a sus hijos al reincorporarse al trabajo (p. ej., mediante guarderías en el centro de trabajo, pausas para lactancia o extracción de leche, y zonas cómodas y con intimidad en las que las mujeres puedan extraerse leche y almacenarla de forma segura).

### 5. Invertir en formación y generación de capacidades para la protección, promoción y respaldo de la lactancia materna.

- Además de la formación sobre las prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño, es necesario reforzar la formación relativa a la resolución de problemas y al asesoramiento, e identificar mecanismos para el seguimiento y mentorización de los profesionales después de la formación.

- Ser conscientes de las diferencias en cuanto a perfiles de destrezas y necesidades de información entre los distintos tipos de profesionales sanitarios también mejorará la eficiencia y eficacia de la formación. Los profesionales sanitarios también deben recibir formación sobre sus responsabilidades en relación con el Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna.

## RECURSOS ADICIONALES

<b>OMS/UNICEF</b>	Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño (9, 10)
<b>OMS</b>	Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna (10)
<b>Alive and Thrive</b>	Expanding Viet Nam's maternity leave policy to six months: an investment today in a stronger, healthier tomorrow (15)
<b>Departamento de Nutrición de la OMS</b>	Iniciativa de hospitales amigos del niño (9)
<b>UNICEF</b>	Breastfeeding on the worldwide agenda: findings from a landscape analysis on political commitment to protect, promote and support breastfeeding (7)
<b>CORE GROUP</b>	Essential nutrition actions trilogy ( <a href="http://www.coregroup.org/component/content/article/413_página">http://www.coregroup.org/component/content/article/413_página</a> , consultada el 8 de octubre de 2014)
<b>Food and Nutrition Bulletin</b>	Designing largescale programs to improve infant and young child feeding in Asia and Africa: methods and lessons of Alive & Thrive Food Nutr Bull. 2013; 34(Suppl. 2) ( <a href="http://nsinf.publisher.ingentaconnect.com/content/nsinf/fnb/2013/00000034/a00203s2">http://nsinf.publisher.ingentaconnect.com/content/nsinf/fnb/2013/00000034/a00203s2</a> , página consultada el 9 de octubre de 2014).



Charles Pieters

## HERRAMIENTA DE SEGUIMIENTO DE LA NUTRICIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Con el fin de ayudar a los países a establecer objetivos nacionales para alcanzar las metas mundiales —y seguir los progresos en el cumplimiento de dichos objetivos—, el Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo de la OMS y sus asociados han desarrollado una herramienta de seguimiento basada en la web que permite a los usuarios explorar diferentes posibilidades de lograr las tasas de progreso necesarias para cumplir las metas para 2025. Puede accederse a la herramienta en [www.who.int/nutrition/trackingtool/en](http://www.who.int/nutrition/trackingtool/en) (19).

## AGRADECIMIENTOS

La OMS y el UNICEF desean agradecer las aportaciones técnicas de las siguientes personas (por orden alfabético); Dra. France Begin, Dr. Francesco Branca, Dra. Carmen Casanovas, Dra. Camila Chaparro, Sarah Ann Cumberland, Kaia Engesveen, Olivia Lawe-Davis, Dra. Chessa Lutter, Jason Montez, Dra. Chizuru Nishida, Dr. Juan Pablo Peña-Rosas y Dra. Lisa M Rogers. La OMS también desea dar las gracias por su apoyo técnico a la ONG 1,000 Days, y especialmente a Rebecca Olson.

## AYUDA ECONÓMICA

La OMS expresa su agradecimiento a la Iniciativa de Micronutrientes y a la Fundación Bill y Melinda Gates por su apoyo económico a este documento.

## SUGERENCIA DE CITA

Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre lactancia materna [Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (WHO/NMH/NHD/14.7). Licencia: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).



Gates/Nathalie Bertrams

## REFERENCIAS

1. Resolución WHA65.6. Plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño. En: 65.ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 21–26 de mayo de 2012. Resoluciones y decisiones, anexos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012:12–13 ([http://www.who.int/nutrition/topics/WHA65.6\\_resolution\\_sp.pdf](http://www.who.int/nutrition/topics/WHA65.6_resolution_sp.pdf), página consultada el 6 de octubre de 2014).
2. Organización Mundial de la Salud. Metas mundiales para 2025. Para mejorar la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño ([www.who.int/nutrition/topics/nutrition\\_globaltargets\\_2025/es/](http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets_2025/es/), página consultada el 6 de octubre de 2014).
3. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS; Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*. 2003; 362:65-71.
4. Horta BL, Victora CG. Longterm effects of breastfeeding: a systematic review. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf), página consultada el 7 de octubre de 2014).
5. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M et al. Maternal and child undernutrition and overweight in lowincome and middleincome countries. *Lancet*. 2013; 382:427-51. doi:10.1016/S0140-6736(13)60937-X.
6. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013 ([www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2013/es/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/es/), página consultada el 7 de octubre de 2014).
7. Breastfeeding on the worldwide agenda: findings from a landscape analysis on political commitment to protect, promote and support breastfeeding. Nueva York: UNICEF; 2013 ([http://www.unicef.org/eapro/breastfeeding\\_on\\_worldwide\\_agenda.pdf](http://www.unicef.org/eapro/breastfeeding_on_worldwide_agenda.pdf), página consultada el 7 de octubre de 2014).
8. Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 ([http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/essential\\_nutrition\\_actions/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/essential_nutrition_actions/en/), página consultada el 7 de octubre de 2014).
9. Organización Mundial de la Salud. Nutrición. Iniciativa de hospitales amigos del niño ([http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi\\_trainingcourse/es/](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/es/), página consultada el 7 de octubre de 2014).
10. ([http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi\\_trainingcourse/es/](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/es/)) Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1981 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42533/1/9243541609\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42533/1/9243541609_spa.pdf), página consultada el 6 de octubre de 2014).
11. OMS/UNICEF. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003 ([http://www.who.int/nutrition/publications/gi\\_infant\\_feeding\\_text\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_spa.pdf), página consultada el 7 de octubre de 2014).
12. Lutter CK, Morrow AL. Protection, promotion and support and global trends in breastfeeding. *Adv Nutr*. 2013;4:213–19. doi:10.3945/an.112.00311.
13. Organización Mundial de la Salud y UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad. Declaración conjunta OMS/UNICEF. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1989 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41246/1/9243561308\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41246/1/9243561308_spa.pdf), página consultada el 7 de octubre de 2014).
14. Bhandari N, Kabir A, Salam M. Mainstreaming nutrition into maternal and child health programmes: scaling up of exclusive breastfeeding. *Matern Child Nutr*. 2008;4(Suppl. 1):5-23. doi:10.1111/j.1740-8709.2007.00126.x.
15. Alive and Thrive. Expanding Viet Nam's maternity leave policy to six months: an investment today in a stronger, healthier tomorrow. Washington DC: Alive and Thrive; 2012 ([http://www.aliveandthrive.org/sites/default/files/Policy%20Brief%20on%20Maternity%20Leave%20April%202012\\_0.pdf](http://www.aliveandthrive.org/sites/default/files/Policy%20Brief%20on%20Maternity%20Leave%20April%202012_0.pdf), página consultada el 8 de octubre de 2014).
16. UNICEF y Academia para el Desarrollo Educativo. Infant and young child feeding programme review. Consolidated report of six-country review of breastfeeding programmes. Nueva York: UNICEF; 2010 ([http://www.unicef.org/nutrition/files/IYCF\\_Booklet\\_April\\_2010\\_Web.pdf](http://www.unicef.org/nutrition/files/IYCF_Booklet_April_2010_Web.pdf), página consultada el 8 de octubre de 2014).
17. Improving exclusive breastfeeding practices by using communication for development in infant and young child feeding programmes. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2010 (<http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/C4D-in-EBF-manual-UNICEF-2010.pdf>, página consultada el 8 de octubre de 2014).
18. Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, Bhutta ZA. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC Public Health* 2013;13(Suppl. 3):S20. doi:10.1186/1471-2458-13-S3-S20.
19. Organización Mundial de la Salud. Global targets tracking tool (<http://www.who.int/nutrition/trackingtool/en>, página consultada el 6 de octubre de 2014).

© Organización Mundial de la Salud 2017

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OMS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

**Para más información, póngase en contacto con:**

**Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo  
Organización Mundial de la Salud**

Avenue Appia 20, CH-1211 Ginebra 27 (Suiza)

Fax: +41 22791 4156

Dirección electrónica: [nutrition@who.int](mailto:nutrition@who.int)

[www.who.int/nutrition](http://www.who.int/nutrition)



**Organización  
Mundial de la Salud**