

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

Introducción

El 10º aniversario de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño brinda la oportunidad de evaluar el progreso hacia la ejecución por parte de los Estados Miembros de la OMS en América Latina y el Caribe. También permite examinar las prácticas de lactancia materna y de alimentación complementaria de los países. Este documento de política, que analiza los efectos de las políticas y los programas en las prácticas de lactancia materna, indica que la aplicación de la Estrategia Mundial se ha asociado a tendencias positivas en cuanto a la lactancia materna exclusiva durante los 10 a 20 últimos años. **Los resultados están claros: la inversión en la protección, la promoción y el apoyo a la lactancia materna a través de la aplicación de la Estrategia Mundial puede hacer que aumente la lactancia materna exclusiva.**

La Estrategia Mundial, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo Ejecutivo del UNICEF en el 2002, reconoció que *“la malnutrición ha sido la causa, directa o indirectamente, del 60% de los 10,9 millones de defunciones registradas cada año entre los niños menores de cinco años. Más de dos tercios de esas muertes, a menudo relacionadas con unas prácticas inadecuadas de alimentación, ocurren durante el primer año de vida. Tan sólo un 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida; la alimentación complementaria suele comenzar demasiado pronto o demasiado tarde, y con frecuencia los alimentos son nutricionalmente inadecuados e insalubres. Los niños malnutridos que sobreviven caen enfermos más a menudo y sufren durante toda su vida las consecuencias del retraso de su desarrollo. Puesto que las prácticas inadecuadas de alimentación constituyen una gran amenaza para el desarrollo social y económico, son uno de los obstáculos más graves a los que se enfrenta este grupo de edad para alcanzar y mantener la salud.”* (1)

Para abordar estos problemas, la Estrategia Mundial estableció nueve metas operativas relacionadas con la lactancia materna y con la alimentación complementaria. Las cuatro primeras reafirman la importancia de las metas operativas de la Declaración de Innocenti sobre la protección, la promoción y el apoyo de la lactancia materna¹:

- Nombrar a un coordinador nacional sobre lactancia materna y establecer un comité nacional multisectorial de lactancia materna.
- Velar por que todas las instituciones que presten servicios de maternidad practiquen plenamente la totalidad de los “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural”.
- Llevar a efecto los principios y objetivos del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud relacionadas (en lo sucesivo, “el Código”).
- Aprobar leyes innovadoras que protejan el derecho a la lactancia materna de las trabajadoras.

Las cinco metas posteriores abordan más ampliamente la lactancia materna, la alimentación complementaria y la alimentación en circunstancias difíciles, como en situaciones de emergencia o en el contexto de la infección por el VIH/sida.

- Elaborar, aplicar, supervisar y evaluar una política integral sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño.
- Velar por que el sector de la salud y otros sectores conexos protejan, fomenten y apoyen la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y la continuación de la lactancia materna hasta que el niño tenga 2 años de edad o más.
- Fomentar una alimentación complementaria oportuna, adecuada, inocua y apropiada sin interrupción de la lactancia materna.

¹ Reunidos en Florencia (Italia) en julio de 1990, los responsables de política de distintos gobiernos de más de 30 países adoptaron la Declaración de Innocenti. En 1991, la 44.ª Asamblea Mundial de la Salud acogió con beneplácito la Declaración de Innocenti como “base para las políticas y actividades internacionales de salud” y pidió al Director General que vigilase los logros de sus metas (resolución WHA44.33).

- Proporcionar asesoramiento sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño en circunstancias excepcionalmente difíciles.
- Estudiar qué nuevas leyes u otras medidas son necesarias para llevar a efecto los principios y el fin del Código.

Evaluación del progreso de la ejecución

Para evaluar el progreso en la aplicación de la Estrategia Mundial, la OMS creó una herramienta de evaluación de las prácticas, las políticas y los programas nacionales de apoyo de la alimentación del lactante y del niño pequeño (2). Ha sido diseñada para ayudar a los usuarios a evaluar los puntos fuertes y los puntos débiles de las políticas y los programas destinados a proteger, promover y apoyar prácticas de alimentación óptimas en su entorno local y a determinar dónde pueden necesitarse mejoras para alcanzar los propósitos y los objetivos de la Estrategia Mundial. Inspirada en esta herramienta, la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil (IBFAN) de Asia diseñó la Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna (WBTi) para el seguimiento, la evaluación y la vigilancia de las prácticas, las políticas y los programas de alimentación del lactante y del niño pequeño a nivel mundial, a fin de apoyar la lactancia materna y la alimentación complementaria (3, 4). La WBTi se focaliza en un conjunto de 15

indicadores. Los 10 primeros se refieren al ámbito general de la alimentación del lactante y del niño pequeño y se centran en gran medida en la lactancia materna; los 5 últimos se refieren a las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño (**recuadro**). Para cada indicador, se definen una lista de criterios clave y un subconjunto de preguntas que deben plantearse al evaluar el progreso de la ejecución y al asignar una puntuación. La máxima puntuación para cada indicador es de 10 puntos, de modo que la puntuación total máxima es de 150 puntos: 100 para los indicadores relacionados con el ámbito general de la alimentación del lactante y del niño pequeño y 50 para los indicadores relacionados con las prácticas de lactancia materna y de alimentación complementaria

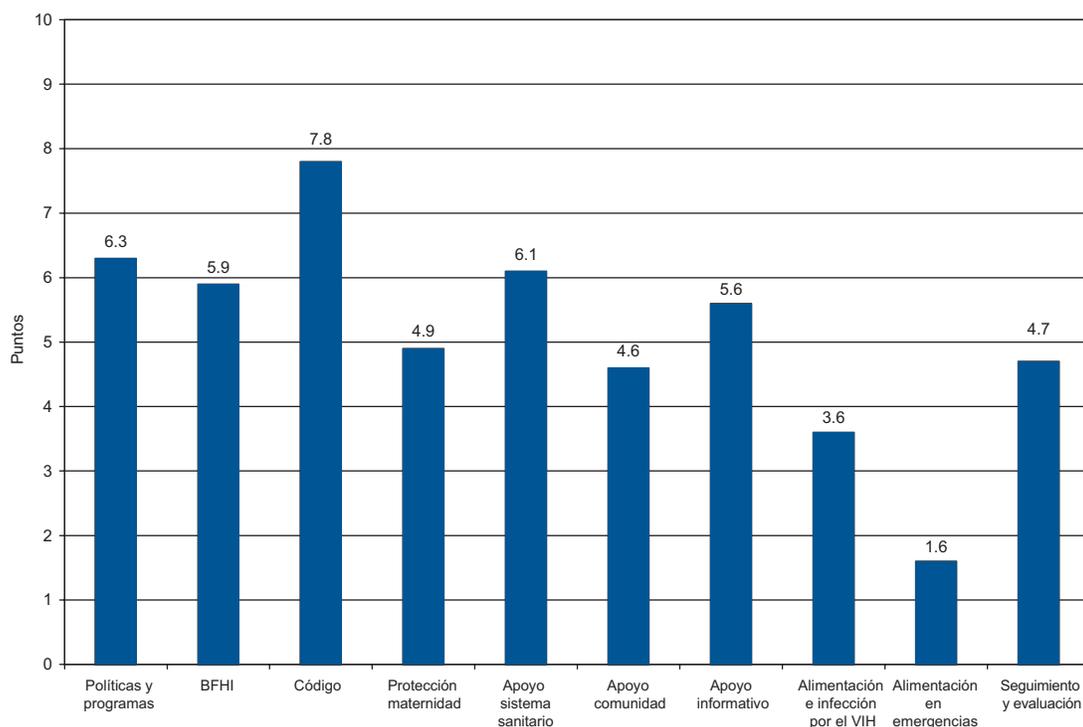
Hasta la fecha, la WBTi se ha llevado a cabo en 12 países de América Latina: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Perú y Uruguay. (En www.ibfan-alc.org/WBTi/index.html pueden consultarse los informes completos.) Las puntuaciones de la WBTi ajustadas que se basan en los 10 indicadores relacionados con las políticas y los programas oscilan entre 31 y 76 (cuadro 1). Para estos 12 países, las puntuaciones medias más bajas corresponden a los indicadores de la alimentación y la infección por el VIH (3,6) y de la alimentación en situaciones de emergencia (1,6). Las tres puntuaciones medias más altas corresponden al Código (7,8), las políticas y los programas (6,3) y el apoyo del sistema sanitario (6,1) (**figura 1**).

Recuadro. Indicadores de la Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna (WBTi)

1. Política, programa y coordinación nacional
2. Iniciativa en pro de los hospitales "amigos del lactante" (diez pasos hacia la lactancia materna exitosa)
3. Ejecución del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna
4. Protección de la maternidad
5. Sistema de atención sanitaria y nutricional (para el apoyo de la lactancia materna y la alimentación del lactante y del niño pequeño)
6. Apoyo de las madres y apoyo comunitario de las embarazadas y las madres lactantes
7. Apoyo informativo
8. Alimentación del lactante e infección por el VIH
9. Alimentación del lactante durante las emergencias
10. Mecanismos de seguimiento y sistemas de evaluación
11. Porcentaje de niños que son amamantados en la hora posterior a su nacimiento
12. Porcentaje de lactantes menores de 6 meses alimentados mediante lactancia materna exclusiva en las 24 últimas horas
13. Duración media (en meses) de la lactancia materna
14. Porcentaje de niños menores de 6 meses de edad que son amamantados y reciben otros alimentos o bebidas en biberón
15. Porcentaje de niños de 6-9 meses de edad que son amamantados y reciben alimentos complementarios

Cuadro 1. Indicadores de políticas y programas de la Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna (WBTi)

| País | Indicador | | | | | | | | | | Puntuación ajustada (1-10) |
|----------------------|-----------------------|------|--------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| | Políticas y programas | IAHN | Código | Protección de la maternidad | Apoyo de los sistemas de salud | Apoyo comunitario | Apoyo informativo | Alimentación e infección por el VIH | Alimentación durante las emergencias | Seguimiento y evaluación | |
| Argentina | 4 | 6,5 | 8 | 4 | 7,5 | 4 | 8 | 2 | 3 | 4 | 51,0 |
| Bolivia | 10 | 4 | 8 | 3 | 6 | 6 | 4 | 1,5 | 0 | 9 | 51,5 |
| Brasil | 9 | 2,5 | 10 | 7,5 | 5 | 1 | 8 | 5 | 0 | 5 | 53,0 |
| Colombia | 5,5 | 5,5 | 7 | 4 | 9,5 | 5 | 8 | 3,5 | 0 | 2 | 50,0 |
| Costa Rica | 10 | 7,5 | 10 | 9 | 6,5 | 9 | 9 | 4 | 4 | 7 | 76,0 |
| República Dominicana | 3 | 6,5 | 10 | 2,5 | 5 | 3 | 3 | 2,5 | 0 | 2 | 37,5 |
| Ecuador | 5 | 6,5 | 7 | 6 | 5 | 4 | 5 | 3 | 2 | 4 | 47,5 |
| Guatemala | 7 | 5 | 8 | 3 | 4 | 3 | 6 | 2,5 | 1 | 6 | 45,5 |
| México | 2 | 5 | 7 | 3,5 | 5 | 4 | 1 | 3,5 | 0 | 0 | 31,0 |
| Nicaragua | 9 | 8,8 | 7 | 7 | 9 | 8 | 8 | 5,5 | 7 | 6 | 75,0 |
| Perú | 5 | 6 | 8 | 4,5 | 4,5 | 2 | 2 | 3,5 | 2 | 5 | 42,5 |
| Uruguay | 6,5 | 7,5 | 4 | 5 | 6 | 6 | 5 | 6,5 | 0 | 6 | 52,5 |

Figura 1. Puntos correspondientes a cada indicador de la Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna (WBTi) de 12 países latinoamericanos, 2008-2010


En todo el mundo, 40 países han llevado a cabo una WBTi. Veinticinco de ellos cuentan también con datos representativos a nivel nacional sobre las tendencias en la lactancia materna exclusiva y la duración de lactancia materna durante un periodo de 10 a 20 años, incluidos 8 países de África, 7 de Asia, 9 de América Latina (Bolivia, Brasil, Colombia, República Dominicana, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua y Perú) y 1 de Oriente Medio.

Evaluación de los cambios en las prácticas de lactancia materna a escala mundial

Los datos de estos 25 países muestran que la duración de la lactancia materna en la primera encuesta explica en gran medida la duración de la lactancia materna en la última encuesta (figura 2), si bien hay unas cuantas excepciones notables. Una de ellas es el Brasil, donde la mediana de la duración de la lactancia materna aumentó de 5,2 meses en 1986 a 14 meses en el 2006. Durante este mismo período, la lactancia materna exclusiva se elevó del 2,5% al 38,6%. Este notable incremento coincide con los nuevos

Figura 2. Correlación entre la duración (meses) de la lactancia materna en la primera y la última encuesta

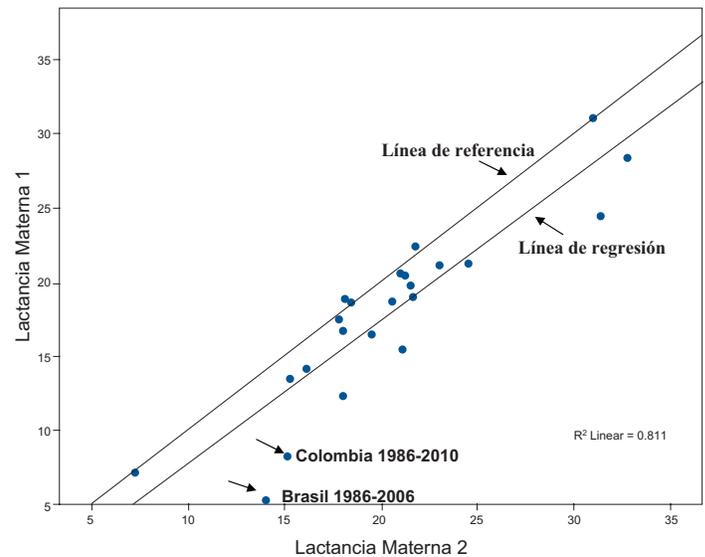
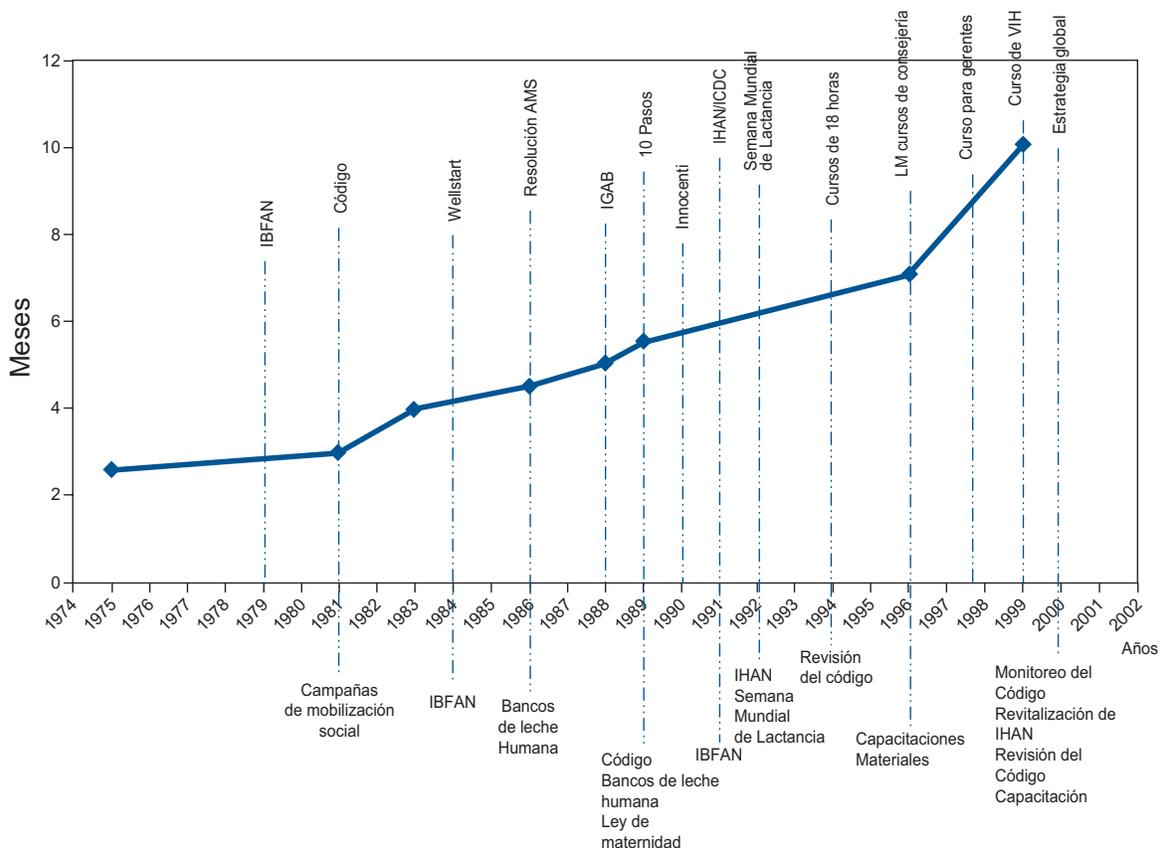


Figura 3. Mediana de la duración (meses) de la lactancia materna y actividades en pro de la lactancia materna a escala mundial y nacional: Brasil 1974-2002³



³ Traducido del inglés, de Rea MF. A review of breastfeeding in Brazil and how the country has reached 10 months' breastfeeding duration. Cad Saúde Pública. 2003;19 Suppl 1:S37-45.

programas y políticas que se aplicaron en dicho período (figura 3). Otro caso notable es Colombia, donde la duración de la lactancia materna aumentó de 8,5 meses a 14,9 meses entre 1986 y el 2010, y lactancia materna exclusiva pasó del 15,4% al 46,8%.

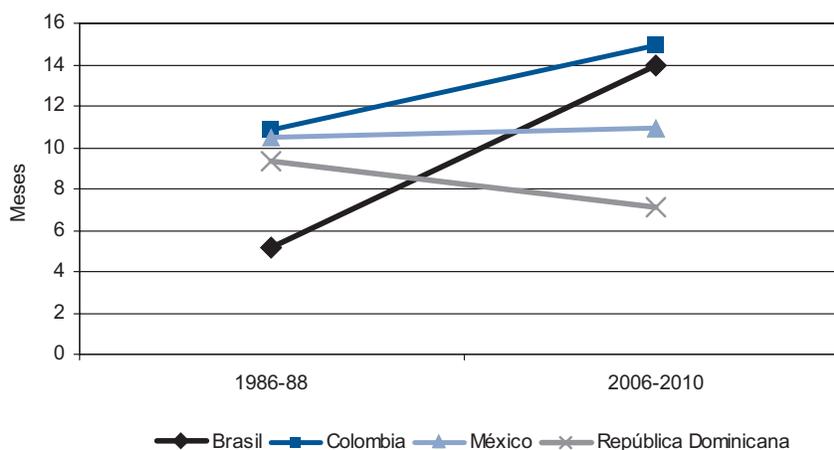
El progreso en las prácticas de lactancia materna en Brasil y Colombia contrasta drásticamente con la situación en otros países de América Latina en los que el avance ha sido escaso durante un período similar (figura 4). En la República Dominicana, la lactancia materna exclusiva aumentó solo 0,7 puntos porcentuales, de 7% a 7,8%, en un plazo de 16 años; en este mismo período, la duración de la lactancia materna descendió de 9,3 meses a 7,1 meses. En México, la duración de la lactancia materna aumentó de 9,5 meses a 10,4 meses entre 1987-1988 y 2006. No obstante, el gran incremento observado en muchos otros países es notable, dado el aumento concurrente de la urbanización, la educación y el empleo de las mujeres, que tradicionalmente se asocian a un nivel de lactancia materna más reducido (5).

A diferencia de la estrecha correlación entre la duración de la lactancia materna inicial y la posterior, existe sólo una correlación débil (0,09) entre la lactancia materna exclusiva inicial y la posterior (figura 5). Esto sugiere que, entre las primeras y las últimas encuestas, tuvieron lugar cambios en factores sociales o culturales o en políticas y programas, que se asociaron a cambios en las prácticas de lactancia materna exclusiva. Una posible explicación es que las políticas y los programas se han centrado en la lactancia materna exclusiva, a la que los funcionarios de salud pública dan prioridad en las actividades de promoción debido al efecto tan pronunciado que tienen sobre la morbilidad y la mortalidad infantiles (6).

Evaluación de la relación entre la aplicación de la Estrategia Mundial y los cambios en las prácticas de lactancia materna a escala mundial

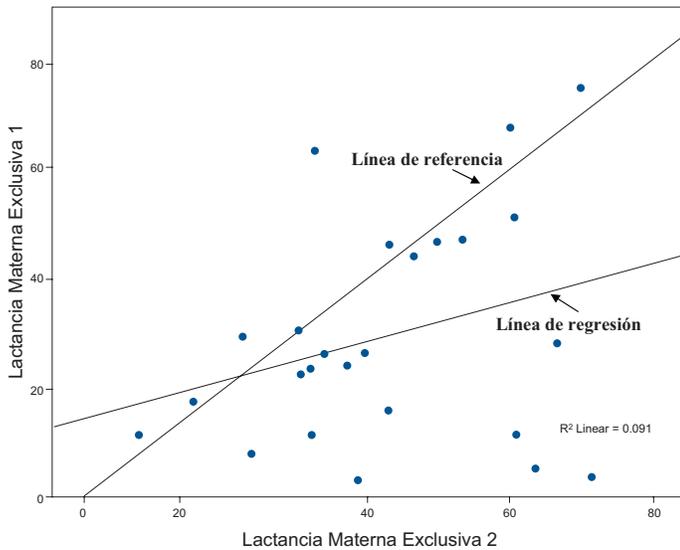
El análisis de regresión que utiliza una puntuación ajustada de la WBT_i, que suma los ocho primeros indicadores, muestra que la lactancia materna exclusiva actual se asocia significativamente a la lactancia materna exclusiva inicial. También se asocia significativamente a la puntuación ajustada de la WBT_i que utiliza un valor t unilateral, pero no a otros factores que frecuentemente se asocian a la lactancia materna exclusiva, como el lugar de residencia, el empleo materno, la educación materna o el ingreso nacional bruto per cápita por paridad del poder adquisitivo (cuadro 2) (7). El análisis demuestra que por cada cambio de 10 puntos en la puntuación de la WBT_i cabe esperar un aumento de la lactancia materna exclusiva del 6%. Es importante señalar que, puesto que los datos son fruto de la observación, el análisis refleja solo la asociación entre las tendencias en el ámbito de la lactancia materna exclusiva y la lactancia materna, según la medición de la WBT_i. Por otra parte, los datos disponibles sobre las tendencias de la lactancia materna exclusiva y la WBT_i se limitan a unos cuantos países, aunque se distribuyen de forma bastante uniforme en África, Asia y América Latina. No obstante, este análisis es la primera evaluación cuantitativa de la relación entre las políticas y los programas para apoyar la lactancia materna y los cambios en las prácticas de lactancia materna. El análisis, fortalecido por estudios de casos (8), indica que la asociación entre la promoción de la lactancia materna y las mejores prácticas de lactancia materna puede ser causal.

Figura 4. Cambios en la duración (meses) de la lactancia materna en Brasil, Colombia, México y República Dominicana



² Se utilizaron los ocho primeros indicadores de la WBT_i debido a la puesta en práctica de los dos últimos —la alimentación del lactante y la infección por el VIH y la alimentación del lactante en situaciones de emergencia—, que no contribuyeron al cambio previsto en la lactancia materna exclusiva.

Figura 5. Correlación entre la duración de la lactancia materna exclusiva (%) en la encuesta inicial y la última encuesta



Los factores de las políticas y los programas de promoción de la lactancia materna exitosos han sido adecuadamente documentados. Incluyen la ejecución del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, la iniciativa en pro de los hospitales “amigos del lactante” (BFHI), la abogacía, la capacitación y la educación, la promoción y el apoyo comunitarios, la legislación para la protección de la maternidad y el apoyo en los lugares de trabajo, y la comunicación y el apoyo a la alimentación del lactante en circunstancias difíciles (8).

Prácticas actuales de lactancia materna y alimentación complementaria

A pesar de las considerables mejoras en las prácticas de lactancia materna que han tenido lugar en muchos países de América Latina y el Caribe, todavía hay grandes diferencias entre las prácticas actuales y las recomendaciones sobre la lactancia materna aceptadas (cuadro 3). Aunque la iniciación temprana de la lactancia materna podría evitar cerca de una quinta parte de las defunciones de los recién nacidos (9), en solo ocho de los 14 los países que disponen de datos el 50% o más de los recién nacidos son amamantados durante la hora posterior a su nacimiento. Aunque la OMS recomienda 6 meses de lactancia materna exclusiva, solo en cinco de 19 países esto se aplica a la mitad de los lactantes. Pocos países realizan el seguimiento de la alimentación con biberón, y entre aquellos que lo hacen, varios indican que la mayoría de los niños menores de 2 años recibieron un biberón el día anterior.

En general, la alimentación complementaria ha recibido mucha menos atención que la lactancia materna. Aunque solo cinco países de la región (Bolivia, Colombia, República Dominicana, Haití, Honduras y Perú) cuentan con datos sobre los nuevos indicadores de la OMS/UNICEF para la evaluación de las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño, estos datos muestran que existe una gran disparidad entre las prácticas recomendadas y las reales (10, 11) (figura 6). Aunque la mayoría de los niños recibieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos entre los 6,0 y 8,9 meses de edad, por término medio el 18% no los recibieron. La diversidad mínima del régimen alimentario, definida como la proporción de niños de 6,0 a 24 meses de edad que recibieron alimentos de cuatro o más grupos alimentarios en el día anterior, osciló entre el 28% en Haití y el 81% en el Perú. La frecuencia de comidas mínima, definida como la alimentación con dos o más comidas en el caso de los niños de 6,0 a 8,9 meses amamantados, con tres o más comidas en el caso de los niños de 9,0 a 23,9 meses de edad amamantados o de cuatro comidas o más en los niños no amamantados de 6,0 a 23,9 meses de edad, osciló entre el 46% en Haití y el 78% en el Perú. Por último, el régimen alimentario aceptable mínimo para los niños amamantados, definido como la proporción de niños de 6,0 a 23,9 meses de edad que tuvieron al menos la diversidad mínima del régimen alimentario y la frecuencia de comidas mínima el día anterior osciló entre el 16% en Haití y el 66% en el Perú.

Cuadro 2. Factores predictivos de la lactancia materna exclusiva actual por lactancia materna exclusiva inicial

| Modelo | Coeficientes no normalizados | | Coeficientes normalizados | | Significación |
|--|------------------------------|----------------|---------------------------|--------|---------------|
| | B | Error estándar | Beta | t | |
| (Constante) | -15,035 | 31,173 | | -0,430 | 0,673 |
| Lactancia materna exclusiva inicial (%) | 0,615 | 0,260 | 0,725 | 2,366 | 0,029 |
| WBTi ajustada (1-8) | 0,973 | 0,525 | 0,595 | 1,853 | 0,080* |
| Residencia (zonas urbanas, zonas rurales) | 0,15 | 0,321 | 0,019 | 0,048 | 0,962 |
| Empleo materno remunerado (sí, no) | -0,335 | 0,196 | -0,454 | -1,713 | 0,104 |
| Educación materna (% con nivel secundario) | -0,034 | 0,205 | 0,038 | -0,168 | 0,869 |
| Ingreso nacional bruto per cápita por paridad del poder adquisitivo (\$) | 0,002 | 0,002 | -0,444 | 0,973 | 0,344 |

Variable dependiente: Lactancia materna exclusiva actual; R2 = 0,34; R2 ajustado = 0,12
* Prueba t unilateral <0,05

Cuadro 3. Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en América Latina y el Caribe

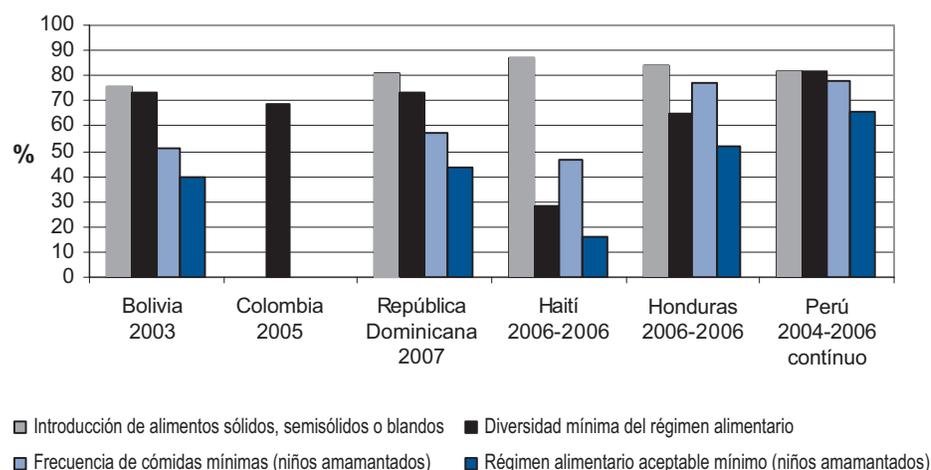
| Country | Indicador | | | | |
|----------------------------|-------------------------|--|--|--|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Iniciación temprana (%) | Lactancia materna exclusiva <6 meses (%) | Duración de la lactancia materna (meses) | Alimentación con biberón <23 meses (%) | Alimentación complementaria 6-8 meses (%) ¹ |
| Argentina, 2010 | NA ² | 55 | NA | NA | NA |
| Bolivia, 2008 | 63,8 | 60,4 | 18,8 | 35,3 | 75,4 (2003) |
| Brasil, 2006 | 42,9 | 38,6 | 14,0 | 58,3 | NA |
| Chile, 2008-10 | NA | 43,5 | NA | NA | NA |
| Colombia, 2010 | 56,6 | 42,8 | 14,9 | 40,4 | NA |
| Costa Rica, 2006-08 | NA | 53,1 | 14,0 | 86,4 | NA |
| Cuba, 2006 | 70,2 | 26,4 | NA | NA | NA |
| República Dominicana, 2007 | 65,2 | 7,7 (E) ³ | 7,1 | 84,9 (E) | 81,1 |
| Ecuador, 2004 | 26,4 | 39,6 | 14,7 | NA | NA |
| El Salvador, 2008 | 32,8 | 31,4 | 18,7 | 20,6 | NA |
| Guatemala, 2008-09 | 55,5 | 49,6 | 21,0 | 38,5 | NA |
| Guyana, 2009 | 63,9 | 33,2 | 19,1 | NA | NA |
| Haití, 2005-06 | 44,3 | 40,7 | 18,8 | 20,3 | 87,4 |
| Honduras, 2005-06 | 78,6 | 29,7 | 19,2 | 48,6 (E) | 84,0 |
| México, 2006 | NA | 22,3 | 10,4 | NA | NA |
| Nicaragua, 2006-07 | 54,0 | 30,6 (E) | 18,4 | NA | NA |
| Panamá, 2009 | NA | 27,5 | 6,3 | NA | NA |
| Paraguay, 2008 | 47,1 | 24,4 | 11,0 | NA | NA |
| Perú, 2010 | 51,3 | 68,3 | 21,7 | 42,4 | 81,4 (2004-06) |
| Uruguay, 2006-07 | 60,0 | 57,1 | 7,1 | NA | NA |
| Venezuela, 2006-08 | NA | 27,9 | 7,5 | 62,3 | NA |

¹ La definición del nuevo indicador de la alimentación complementaria dada por la OMS y socios (10) es diferente a la utilizada en los informes de la WBTi y solo está disponible para los países enumerados.

² NA: No disponible.

³ Calculado.

Fuente de datos diferente a la de la alimentación complementaria: OPS. Situación actual y tendencia de la lactancia materna en América Latina y el Caribe: Implicaciones políticas y programáticas. En preparación. 2012

Figura 6. Prácticas de alimentación complementaria en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2003-2007


En lo que respecta a la alimentación complementaria, el Perú tenía los mejores indicadores, mientras que Haití tuvo los peores. No obstante, dada la importancia de la alimentación complementaria entre los 6,0 y los 24 meses para el crecimiento saludable y la prevención de la desnutrición, los pocos países que cuentan con esta información evidencian que existe una disparidad entre las prácticas reales y las ideales. El hecho de que pocos países de la región tengan información sobre la alimentación complementaria hace que sea más difícil elaborar políticas y programas sólidos y evaluar tendencias.

Conclusión

Aunque los países de América Latina han avanzado notablemente en la aplicación de la Estrategia Mundial durante los 10 últimos años, es preciso hacer más para lograr que todos los lactantes y los niños pequeños se beneficien de la lactancia materna y la alimentación complementaria óptimas. **La campaña de la Semana Mundial de la Lactancia Materna de este año, cuyo lema es “Comprendiendo el pasado - Planificando el futuro”, celebra el 10.º aniversario de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Esta es la oportunidad perfecta de redoblar los esfuerzos para ejecutar plenamente todas las metas operativas de la Estrategia para que todos los infantes y niños pequeños puedan beneficiar de las prácticas óptimas de la lactancia materna y alimentación complementaria.**

Agradecimientos

Este documento de política ha sido redactado por la Dra. Chessa Lutter, Asesora Principal de Alimentación y Nutrición, Organización Panamericana de la Salud, en ocasión de la Semana Mundial de la Lactancia Materna del 2012. También puede consultarse en francés, portugués e inglés. Este documento y otros materiales sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño se encuentran en la siguiente dirección de internet: www.paho.org/alimentacioninfantil.

© Organización Panamericana de la Salud, 2012. Todos los derechos reservados

Para información adicional por favor contactarse con:

Proyecto Curso de Vida Saludable
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd Street, NW,
Washington D.C. 20037
Website: www.paho.org
Teléfono: (202) 974-3871
lutterch@paho.org

Referencias

1. WHO. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva: World Health Organization; 2003.
2. WHO. Infant and Young Child Feeding: A tool for assessing national practices, policies and programmes. Geneva: WHO; 2003.
3. Gupta R, Holla R, Dadhich JP, Suri S, Trejos M, Chanetsa J. The status of policy and programmes on infant and young child feeding in 40 countries. *Health Policy and Planning* 2012;doi:10.1093/heapol/czs061:1-20.
4. International Baby Food Action Network (IBFAN), Asia. World Breastfeeding Trends Initiative (WBTI). India: IBFAN; 2011.
5. Chaparro CM, Lutter CK. Increases in breastfeeding duration observed in Latin America and the Caribbean and the role of maternal, demographic and healthcare characteristics. *Food Nutr Bull.* 2010;31:S117-27.
6. 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.
7. Lutter CK, Morrow AL. Global trends in breastfeeding and implications for policy and programs. In preparation. 2012.
8. WHO, UNICEF, Academy for Educational Development, USAID, Africa's Health in 2010. Learning from large-scale community-based programmes to improve breastfeeding practices. Geneva: WHO; 2008.
9. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics.* 2006;117:380-6.
10. WHO and partners. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 1 Definitions. Geneva: World Health Organization; 2008.
11. WHO and partners. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 3: Country profiles. Geneva: World Health Organization; 2010.

