

EL LACTARIO EN EL HOSPITAL: UN PARADIGMA POR RESOLVER DESDE LA PROMOCIÓN LA PROTECCIÓN LA LACTANCIA MATERNA

Lactary in the hospital: a paradigmatic policy or promote and protect breast feeding

Resumen

Sin olvidar que la leche humana es el mejor alimento para el bebé, este texto tiene como propósito opinar sobre el funcionamiento del lactario en el contexto hospitalario y describir cómo se articula su existencia desde la política de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. Desde la implementación de las acciones mundiales para motivar e incrementar la lactancia, el lactario ha sido cuestionado por favorecer el uso de sucedáneos y no ajustarse a la iniciativa “Instituciones amigas de la mujer y la infancia” de la UNICEF. Su función principal es la producción de fórmulas lácteas, calculadas a partir de las necesidades propias de consumo de la población infantil, pero normativamente los hospitales que cuentan con servicios de obstetricia y pediatria, deben tenerlo porque el proceso de habilitación institucional lo obliga; además, las situaciones médicas en donde la lactancia está contraindicada o motivos particulares como la muerte materna, entre otros, hacen necesario ofrecer fórmulas infantiles y más cuando no se cuenta con un banco de leche humana. Otro agravante adicional, es que la cultura de donación de leche humana no está sensibilizada socialmente y las familias beneficiarias la rechazan a pesar de la motivación del personal de salud y la evidencia científica. Desde lo administrativo, los recursos para implementar los bancos no son sostenibles dado que se requiere una gran infraestructura para asegurar la inocuidad de este producto. Estas circunstancias, claro está, llevan a desviar las acciones orientadoras de la política en salud y no lograr las metas programadas.

Palabras claves: Lactancia Materna, Promoción, Política en Salud. (DeCS)

Bejarano-Roncancio JJ. El lactario en el hospital: un paradigma por resolver desde la promoción la protección la lactancia materna. *Rev Fac Med.* 2012; 60:117-125.

Summary

Without forgetting that human milk is the best food for babies, this text aims to review the operation of lactaria in the hospital setting and describe how it articulates its existence from the policy of promoting, protecting and supporting breastfeeding. Since the implementation of global actions to encourage and increase lactation, has been questioned by

lactaria favor the use of substitutes to fit on the initiative “Institutions friends of women and children” from UNICEF. Its main function is the production of infant formula, calculated from the consumption needs of the child population, but a regulation, the hospitals with obstetrics and pediatrics, should have it because the process of enabling institutional forces him, in addition, medical situations where breastfeeding is contraindicated or personal reasons such as maternal death, among others, are necessary to provide infant formula and when you do not have a human milk bank. Another additional aggravating is that the culture of human milk donation is not sensitized socially and beneficiary families reject despite the motivation of health and scientific evidence. From the administrative resources to implement the banks are not sustainable because it requires a large infrastructure to ensure the safety of this product. These circumstances, of course, carry forward the guiding policy actions in health and achieve program goals.

Key words: Breastfeeding, Promotion, Health Policy (MeSH).

Bejarano-Roncancio JJ. Lactary in the hospital: a paradigmatic policy or promote and protect breast feeding. *Rev Fac Med.* 2012; 60:117-125.

Introducción

El objetivo de este documento es debatir la existencia e importancia del funcionamiento del lactario, en los escenarios hospitalarios, mientras no se cuente con unos resultados concretos de las acciones implementadas desde la política en promoción y protección de la lactancia que lleven a su reformulación como Bancos de Leche Humana BLH y se concreten las metas del Estado. Esta última iniciativa, en el país, en el momento se está llevando a cabo con actividades en lo técnico y social, en especial en el hospital San Rafael del municipio de Fusagasugá en Cundinamarca, siendo el pionero en su implementación, con discreción en el hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué en el departamento del Tolima. Como tal, la reglamentación de los lactarios en Colombia, por parte del Ministerio de Protección Social, se hizo en la resolución 10069 de 1979 donde se normatizó el funcionamiento de los departamentos de nutrición y dietética en los hospitales públicos y sus funciones técnicas y administrativas, que incluye el lactario como una unidad dependiente. Esta norma lo define como el servicio donde se prepara, almacenan y distribuyen fórmulas lácteas para niños y niñas hospitalizadas; en algunas oportunidades este espacio se utiliza para la elaboración de fórmulas enterales especiales.

El lactario, en sí, existe en la mayoría las instituciones hospitalarias del mundo pero no tiene una iniciativa técnica y científica formulada desde las organizaciones internacionales de promoción de la salud pública. Su supervivencia se ha fortalecido porque “en las últimas tres décadas las bajas tasas de incidencia y duración de la lactancia materna son reconocidas como un problema de salud pública y diversos organismos internacionales han publicado recomendaciones y planes de acción dirigidas a la solución del mismo” (1). Estos resultados se basan en el alto consumo y aceptación de los sucedáneos de la leche materna que, desde su marketing, se han apropiado del mercado infantil y han motivado la utilización de biberones, desplazando o casi anulando la práctica de la lactancia.

Por eso, desde esta perspectiva, este documento abordará aspectos concernientes a la aparición de estos espacios, el porqué de su actividad funcional en las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS y la necesidad de complementar actividades desde los BLH mientras se sensibiliza, en general, a los profesionales de la salud y a la sociedad sobre los objetivos de la política pública y sus metas, para que la lactancia materna sea exclusiva durante los primeros meses de vida del bebé.

¿Cómo surgieron los lactarios?

Con la Revolución Industrial (...) comenzó la fabricación e implementación de la leche maternizada cuyo objetivo fue sustituir a la leche materna. A finales del siglo XX muchas madres optaron por la lactancia artificial. Se destaca que después de la Segunda Guerra Mundial (en la década de los sesenta) y a raíz del comienzo de la elaboración de la leche de fórmula, las clases altas de los países fueron las primeras en implementar dicho alimento y luego serían seguidas por las clases bajas (2). La lactancia materna fue abandonándose progresivamente alcanzando en Estados Unidos durante la década de los sesenta cifras prácticamente indetectables. Esta moda se trasladó desde Estados Unidos (exponente máximo de la Revolución Industrial) a Europa Occidental y posteriormente a Europa Oriental. Con un retraso aproximado de quince o veinte años se exportó luego a los países menos desarrollados, al denominado “Tercer Mundo”(3).

Al mismo tiempo, causas como *“la inserción de la mujer en el mundo laboral, la medicalización del embarazo y el parto y, sobre todo, el desarrollo de las fórmulas artificiales, la lactancia materna pasó a un segundo plano, por lo que se consideró un avance y un signo de poder económico la lactancia artificial. Por otro lado, la epidemia de SIDA hizo que muchos bancos de leche cerraran sus puertas ante el miedo a la transmisión de la infección a través de la leche”* (4).

Estos cambios motivaron la creación de los lactarios en los centros hospitalarios dado que la práctica de la lactancia estaba tan deprimida que se requería de estas áreas para atender la demanda alimentaria de los niños y niñas pequeños y enfermos. Sin embargo, la utilización de estas fórmulas, *“rápidamente aumentó la morbimortalidad infantil: los bebés enfermaban y fallecían masivamente como consecuencia fundamentalmente de procesos infecciosos y de trastornos hidroelectrolíticos. Estos procesos eran atribuibles a la incorrecta preparación de los biberones (preparación sin medidas higiénicas adecuadas y con una concentración incorrecta) conjuntamente a la pérdida de la principal defensa natural disponible, la leche materna”* (3).

La iniciativa de los Bancos de Leche Humana (BLH)

A principios del siglo XX ante la dificultad creciente de encontrar mujeres adecuadas que quisieran ser nodrizas para hospitales e instituciones en las que atendían a los niños y con las mejoras en las condiciones tecnológicas de conservación de la leche, surgieron los primeros bancos de leche. El primero se abrió en 1909 en Viena y otros 2 lo siguieron en esa década: uno en Boston y otro en Alemania (4). En estos espacios especializados las madres podían extraer y conservar su leche

para luego suministrarla a su hijo o a los infantes que lo requirieran por condiciones específicas para asegurar su supervivencia aprovechando sus múltiples beneficios.

De ahí que los objetivos de los BLH son muy concretos y se articulan al alcance del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna adoptado en 1981; entre estos objetivos se pueden mencionar: “favorecer la continuación de la lactancia materna, disminuir la preparación de fórmulas de sucedáneos de leche materna y elevar la calidad de atención médica” (5). Sin embargo, el banco puede tener excepciones en cuanto a su objetivo por lo que se hace necesaria la producción de fórmulas artificiales terapéuticas y es prudente advertir que solo “un número pequeño de estados de salud del recién nacido y de la madre podría justificar que se recomendara no amamantar de manera temporal o permanente; entre las afecciones infantiles se reportan la galactosemia, fenilcetonuria, lactantes nacidos con peso menor de 1500 gramos y lactantes con menos de 32 semanas de gestación, entre otras. En cuanto a algunas afecciones maternas están, el VIH (+), septicemia que impida cuidar a su bebé, herpes simplex tipo 1, hepatitis C, medicamentos opioides y abuso de sustancias psicoactivas” (6). Entonces, ¿Cómo negar la existencia de un BLH en donde se deben también manufacturar algunos productos que sustituyan, temporalmente, la leche humana?

Lactancia materna, sucedáneos y evidencia científica

No cabe duda, que “la lactancia materna exclusiva (...) es el método ideal de alimentación durante los primeros meses de vida, ya que ofrece, entre sus muchas ventajas, una nutrición óptima y una alta protección contra enfermedades respiratorias y digestivas en los niños, y un menor riesgo de un nuevo embarazo en las madres”(7). “Los beneficios más importantes y más visibles de la lactancia materna consisten en la inmediata salud y supervivencia del lactante” (8).

“La evidencia científica acumulada en años recientes avala la superioridad nutricional de la leche materna (...) para la alimentación del recién nacido y lactante. Los lactantes alimentados con fórmulas artificiales tienen más procesos infecciosos (...), estos son más graves y generan más hospitalizaciones en comparación con los niños que son alimentados con lactancia materna exclusiva. El 83% de los casos de enterocolitis necrosante son debidos a la alimentación neonatal con sucedáneos de leche materna” (1). Uno de los procesos infecciosos más comunes es la enfermedad diarreica aguda EDA. Esta patología “es considerada una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en menores de 5 años en Colombia” (9). Y “las fórmulas lácteas han sido consideradas un vehículo importante para el inicio de cierto tipo de diarreas...” (10).

A pesar de estas pruebas, “el cumplimiento de la lactancia materna exclusiva: seis meses y prolongarla junto a alimentos complementarios no se cumple satisfactoriamente, incluso en culturas con altas tasas de amamantamiento. Los estudios de prevalencia de lactancia materna exclusiva, en las diferentes regiones de Europa y Latinoamérica, muestran un amplio rango, que va desde el 25%, un grupo más homogéneo entre 40 y 60% hasta 91%, todos

ellos (...) difieren con el perfil poblacional, el sitio de residencia, las características sociodemográficas...” (11).

Desde esa perspectiva y las evidencias clínicas en general, en especial por el uso de biberón, la OMS alarmada por la prevalencia de infecciones de tipo gastrointestinal en los lactantes del mundo, dadas principalmente por dos agentes patógenos como el *Enterobacter sakazakii* (actualmente reconocido como *Cronobacter*) y *Salmonella* entérica, desarrolló un documento que compila las prácticas de manipulación para preparaciones en polvo para lactantes PPL (12). Este documento orienta a los profesionales e instituciones de salud al control de peligros desde la evaluación del riesgo, en sectores donde se manejan sucedáneos, en especial a los lactarios hospitalarios. Así mismo, a pesar de que no lo menciona taxativamente, brinda herramientas estratégicas para el manejo de estas preparaciones en contextos infantiles como jardines, guarderías y en el mismo hogar.

Política pública en promoción y protección de la lactancia

Desde 1979, la Organización Mundial de la Salud OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, determinaron la necesidad de reglamentar la comercialización de sucedáneos de la leche materna, el cual se adoptó en 1981. Luego, en Ginebra (1989), se realizó la declaración conjunta diez pasos hacia una feliz lactancia exitosa, la cual continúa implementándose. Posteriormente, la declaración Innocenti y la Cumbre mundial a favor de la infancia, ambas en 1990, motivaron el fortalecimiento de la lactancia desde los BLH en las instituciones de salud, como una manera de alcanzar las metas establecidas en las anteriores declaraciones. En el año 2011 se cuestionan la eficacia y el alcance de las campañas ya que, por el contrario, la implementación de la lactancia natural más allá de los seis meses del niño está disminuyendo considerablemente sobre todo en los países en vías de desarrollo (13).

Son varios los factores que han llevado a que la política no se mantenga y no cumpla sus objetivos como *“la falta de información y apoyo prenatal y posnatal a la madre y su familia; las prácticas y rutinas inadecuadas en las maternidades, en atención primaria y en otros ámbitos de la atención sanitaria; la escasa formación de los profesionales y autoridades sobre lactancia materna; el escaso apoyo social y familiar a la madre que amamanta; la utilización inapropiada de la publicidad de sucedáneos de leche materna en instituciones sanitarias y fuera de las mismas; la visión social de la alimentación con biberón como norma en medios de comunicación, en publicaciones para padres y en libros infantiles; la distribución de muestras de leche artificial, tetinas o chupetes en centros de salud, maternidades, farmacias y comercios; la escasez de medidas de apoyo a la madre lactante con trabajo remunerado en la legislación vigente y en los lugares de trabajo; algunos mitos sociales (miedo a perder la silueta o la deformación de los senos) y el temor a la pérdida de libertad de la mujer que amamanta”* (3).

En el marco de las evidencias presentadas, particularmente las prácticas de lactancia materna exclusiva y su duración total en Colombia entre los años 1990 y 2005, tienen una frecuencia

significativamente inferior a las metas de los Planes Nacionales de Alimentación y Nutrición y los específicos para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia 1991–1994 y a los planes siguientes vigentes hasta el año 2008. En el contexto de la reforma sectorial iniciada en Colombia desde los años 90 del siglo XX y de los referentes legales de implementación de la Ley 100 de 1993, por la cual se creó el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, el Estado y la sociedad colombiana no estructuraron recursos normativos o educacionales coherentes con las metas de los planes para lograr la Lactancia Natural Feliz LNF en el país (14).

Precisamente, una de las preocupaciones de la alcaldía mayor de Bogotá, en su política de salud, es la tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año que en el 2008 llegó a 13,5 por cada mil nacidos vivos; por eso una de las estrategias para reducirla a 9,9 para 2012, es que las mujeres gratuitamente puedan acceder a los lactarios de los hospitales de la red distrital o en las 137 Salas Amigas que funcionan en los jardines infantiles distritales, para alimentar a sus bebés con leche materna. Actualmente funcionan 130 lactarios en hospitales públicos y privados. La idea es que las madres destinen más tiempo para la práctica de la lactancia porque actualmente demoran en amamantar a los hijos un promedio de 3,6 meses (15).

Por esta razón, el Proyecto de Acuerdo 094 de 2011, reglamenta la adecuación de lactarios en las diferentes entidades distritales, jardines y hospitales, para que faciliten a las madres lactantes la extracción y conservación en forma segura de la leche materna durante el horario laboral, como una estrategia para prolongar el tiempo de amamantamiento del menor.

Todas estas acciones están formuladas desde el Plan Decenal Lactancia Materna 2010- 2020 del Ministerio de la Protección Social, en un marco constitucional de derechos de los niños y del código de la infancia y la adolescencia, condensado en la Ley 1098 de 2006. Este tipo de intervenciones en promoción poco a poco se estarían implementando en varias ciudades del país.

¿Por qué funcionan actualmente los lactarios?

Desde los años noventa, esta unidad está requerida técnica y administrativamente en los hospitales por el sistema obligatorio de garantía de la calidad en la atención en salud contemplado por el nuevo y vigente Decreto 1011 de 2006, que reorganiza el SOGC, crea el sistema único de habilitación SUH y establece nueve estándares para la verificación del cumplimiento del proceso de habilitación de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), así como la auditoría para el mejoramiento de servicios de salud. Estos lineamientos se establecen en la Resolución 1043 de 2006 y sus anexos técnicos.

Estos estándares sirven de guía, en los organismos de control, para evaluar su cumplimiento, y para las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS que cuentan con servicios de obstetricia y pediatría en hospitalización y urgencias, como un insumo para organizarse y hacer seguimiento a su gestión. Vale la pena aclarar que muchos lactarios cumplen funciones de forma compartida y muchas veces adaptada con el BLH y con la unidad de preparación de fórmulas enterales para pediatría y adultos (soporte nutricional), detalles no contemplados en la regulación colombiana.

Estas condiciones puede ocasionar alguna controversia, en especial cuando una IPS esté acreditada como institución amiga de la mujer y de la infancia IAMI, dado que la norma en su segundo estándar: infraestructura - instalaciones físicas - mantenimiento, refiere que el lactario no es indispensable en esta situación; pero este servicio al ser transversal al funcionamiento de un hospital, cuando se presente un incumplimiento frente a la norma determinado por la autoridad competente, puede llevar a cerrar las áreas de hospitalización que requieren de su apoyo terapéutico.

Ahora bien, no se puede desconocer el uso del biberón en la población; según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2000 *“al final de los tres primeros meses de nacidos, ya el 57% de los niños está recibiendo alimentación en biberón, si bien la proporción disminuye rápidamente con la edad (menos del 40% entre los niños de casi un año de vida) (16). Luego, las madres que fueron interrogadas sobre varios aspectos de la práctica de lactancia en la ENDS 2005, destacan como principales motivos para no amamantar: “...la no bajada de la leche, la negativa del niño a mamar, la muerte del bebé, enfermedad materna y del hijo, problemas del pezón e inconvenientes con la succión” (13). Los resultados en la ENDS 2010, destaca que “el 31% de los niños que recibieron algo de beber distinto a leche materna en los primeros tres días después del parto se les dio principalmente leche en polvo (68%), seguido por té o aromática (8%); agua sola (5%); leche o agua (2%); y leche líquida (2%)”.* Así mismo resalta que *“el porcentaje de niños con lactancia materna exclusiva desciende rápidamente durante los primeros seis meses de vida de los niños, de 63% en los primeros dos meses de vida a 24% a los cinco meses” (17).*

En estudios realizados en Colombia, como en el municipio de Guapí (Departamento del Cauca), las madres refirieron sobre el biberón que *“...se introduce en el primer mes de vida para llenar al niño que no queda completamente satisfecho con la leche materna. En el tetero se introduce inicialmente leches de vaca en polvo reconstituidas y posteriormente se acompaña de frutas o coladas. La imagen cultural del niño sano, es la del niño gordo, y esto para las madres se logra introduciendo el tetero de manera temprana. El tetero facilita el destete más temprano y es una ayuda para las madres que trabajan...” (18).*

Estas afirmaciones, evidencias y normas demuestran que todavía hay muchas acciones educativas por emprender, fortalecer o trabajar interinstitucionalmente pero antes que todo, falta identificar con más exactitud, cuáles son los antecedentes o causas que llevan a estas manifestaciones sociales y políticas alrededor de la práctica de la lactancia y cuál sería, entonces, el futuro del lactario.

Conclusiones

La regulación estatal, en temas de habilitación (que también existe para jardines infantiles y guarderías), motiva la permanencia del lactario por su función operativa, dado que continúa siendo un eje transversal en las instituciones hospitalarias.

No se puede olvidar que en situaciones especiales de la madre y de los niños, y más aún por el hábito del uso de biberón y el patrón de consumo de un sucedáneo con los que llegan algunos recién

nacidos y lactantes en general, que se hospitalizan por diferentes diagnósticos, es necesaria la existencia de un lactario para la elaboración de fórmulas infantiles y suplir esta necesidad alimentaria.

Los estudios demuestran, con evidencia científica, las bondades maravillosas de la lactancia; sin embargo, las estadísticas frente al uso del biberón en Colombia comprueban que es una práctica común antes del año de edad.

Se podría afirmar, que el personal asistencial de un buen número de instituciones de salud, especialmente públicas, no lleva a cabo las actividades que conciernen a la promoción de la lactancia humana, no por falta de capacitación, sino quizás por el insuficiente personal técnico y profesional contratado para atender la cantidad de programas en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Indirectamente, por la crisis financiera que tiene el sector desde hace varios años, lo que impide una contratación permanente de talento humano. Estas situaciones pueden comprometer la sostenibilidad de la política y postergar el cumplimiento de las metas y los compromisos adquiridos.

A pesar de que existe actualmente una iniciativa pública para establecer una red de BLH, se requiere tiempo y fortalecimiento en conocimientos, actitudes y prácticas en la sociedad, para que se sensibilice en la donación de leche materna y sobre todo en aceptar su utilización y consumo.

Jhon Jairo Bejarano Roncancio

*Nutricionista Dietista.
Especialista en Gerencia de Servicios de Salud.
Especialista en Multimedia para la docencia.
Magíster en Educación.
Doctorando en Nutrición.
Profesor Asociado. Departamento de Nutrición Humana.
Facultad de Medicina.
Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá.*

Correo electrónico: jjbejaranor@unal.edu.co

Referencias

1. **Hernández-Aguilar M, Aguayo Maldonado J.** La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. An Pediatr (Barc). 2005; 63:340-356.
2. **Lawrence R.** Tendencias de la lactancia materna: un modo de actuar. Pediatrics (edición española). 1991; 32:191-2.
3. **Barriuso L, De Miguel M, Sánchez M.** Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico. An Sist Sanit. Navar. 2007; 30:383-391.
4. **Vázquez Román S, Alonso Díaz C, Medina López C, Bustos Lozano G, Martínez Hidalgo M y Pallás Alonso C.** Puesta en marcha del banco de leche materna donada en una unidad neonatal. An Pediatr (Barc). 2009; 71:343-8.
5. **García-Ramos M, Luján-López M, Martínez-Corona M.** Opinión de las madres usuarias del funcionamiento del

- lactario de un hospital de Tepic Nayarit. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2008; 16:115-20.
6. **OMS/UNICEF.** Ginebra.; 2009. [acceso 1 de septiembre de 2011]. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/who_fch_cah_09.01_spa.pdf
 7. **Pérez R.** La promoción de la lactancia materna en la era del sida. *Rev Panam Salud Pública.* 2001; 9:357-61.
 8. **Organización Panamericana de la Salud.** Washington D.C.; 2002. [acceso 27 de agosto de 2011]. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Programa de Alimentación y Nutrición. División de Promoción y Protección de la salud. Disponible en: <http://www.linkagesproject.org/media/publications/Technical%20Reports/BOBsp.pdf>
 9. **Cáceres D, Velandia M, Izquierdo V, Boshell J.** Enfermedad diarreica aguda e infección por rotavirus. *Inf Quinc Epidemiol Nac.* Bogotá. 2003; 8:321-36.
 10. **Cáceres DC, Estrada E, De Antonio R, Peláez D.** La enfermedad diarreica aguda: un reto para la salud pública en Colombia. *Rev Panam Salud Pública.* 2005;17:6-14.
 11. **Flores Díaz AL, Bustos Valdés MV, González Solís R, Mendoza Sánchez HF.** Factores relacionados con la duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos. *Arch. Med. Fam.* 2006; 8:33-9.
 12. **Organización Panamericana de la Salud.** Washington D.C.; 2002. [acceso 2 de agosto de 2011]. Preparación, almacenamiento y manipulación en condiciones higiénicas en polvo para lactantes. Directrices. Disponible en: <http://www.who.int/publications/list/9789241595414/es/index.html>.
 13. **Izzedin-Bouquet de Durán R, Pachajoa-Londoño A.** Lactancia materna versus lactancia artificial en el contexto colombiano. *Revista electrónica Población y Salud en Mesoamérica [revista en Internet]** 2011 julio-diciembre. [acceso 2 de agosto de 2011]; 9(1). Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/9/9-1/9-1-1en/9-1-1en.pdf>
 14. **Universidad de Antioquia.** Medellín.; 2011. [acceso 5 de septiembre de 2011]. Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis. Facultad Nacional de Salud Pública. Disponible en: <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/Políticas%20publicas%20en%20salud.pdf#page=52>
 15. **El tiempo.** Lactancia materna debe brindarse al menos por seis meses. *Periódico El Tiempo.* 1 de agosto de 2008. Sección Bogotá. Disponible en: http://www.eltiempo.com/colombia/bogota/2008-08-02/lactancia-materna-debe-brindarse-al-menos-por-seis-meses-_4421954-1
 16. **Asociación Probienestar de la Familia Colombiana PROFAMILIA.** Bogotá.; 2011. [acceso 26 de agosto de 2011]. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2000. Capítulo X: Lactancia y Nutrición de Niños y Madres. Disponible en: www.profamilia.org.co/encuestas/00resumen/011general.htm
 17. **Asociación Probienestar de la Familia Colombiana PROFAMILIA.** Bogotá.; 2011. [acceso 26 de marzo de 2012]. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010. Capítulo XI: Lactancia Materna y nutricional. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=30.
 18. **Alvarado B, Tabares R, Delisle H, Zunzunegui M.** Creencias maternas, prácticas de alimentación, y estado nutricional en niños Afro-Colombianos. *ALAN* 2005;55(1):55-63. [acceso 29 de agosto de 2011]. Disponible en: http://www.alanrevista.org/ediciones/20051/creencias_maternas_alimentacion_estado_nutricional.asp.