

# CAPTURAR EL MOMENTO

Inicio temprano de la lactancia materna:  
El mejor comienzo para cada recién nacido



Organización  
Mundial de la Salud

unicef 

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Julio de 2018

Para reproducir cualquier sección de la presente publicación, es necesario solicitar permiso. Se garantizará el permiso de reproducción gratuito a las organizaciones educativas o sin fines de lucro.

Sírvase ponerse en contacto con:

UNICEF

Sección de Nutrición, División de Programas; y Sección de Datos y Analítica, División de Datos, Investigación y Políticas

3 United Nations Plaza

Nueva York, NY 10017, Estados Unidos de América

[nutrition@unicef.org](mailto:nutrition@unicef.org)

Contacto en la OMS: [nutrition@who.int](mailto:nutrition@who.int)

ISBN: 978-92-806-4978-9

### **Referencia sugerida:**

UNICEF, OMS, *Capturar el momento: Inicio temprano de la lactancia materna: El mejor comienzo para cada recién nacido*. Nueva York: UNICEF, 2018

**Notas sobre el mapa que figura en esta publicación:** Este mapa está estilizado y no está hecho a escala. No entraña juicio alguno por parte de UNICEF sobre la condición jurídica de ningún país o territorio, ni sobre la delimitación de ninguna frontera. La línea de puntos representa aproximadamente la Línea de Control de Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. El estatuto definitivo de Jammu y Cachemira no ha sido acordado aún por las partes. La frontera definitiva entre el Sudán y Sudán del Sur no se ha establecido todavía, como tampoco la condición definitiva de la zona de Abyei.

**Créditos de las fotos: en la portada:** ©UNICEF/UNI114722/Pirozzi; página 6: ©UNICEF/UNI95002/Pirozzi; página 12: ©UNICEF/UNI11851/Pirozzi; página 15: ©UNICEF/UNI164740/Noorani; página 19: ©UNICEF/UN0156444/Voronin; página 20: ©UNICEF/UNI94993/Pirozzi; página 23: ©UNICEF/UN0159224/Naftalin; página 26: ©UNICEF/UNI180267/Viet Hung; página 29: ©UNICEF/UNI38775/Pirozzi

# CAPTURAR EL MOMENTO

Inicio temprano de la lactancia materna:  
El mejor comienzo para cada recién nacido



# Agradecimientos

Este informe fue elaborado por la Sección de Nutrición de UNICEF (División de Programas), la Sección de Datos y Analítica (División de Datos, Investigación y Políticas), y la División de Comunicaciones, en colaboración con el Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y el Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente.

## Equipo del informe

*UNICEF, División de Programas:* Maaïke Arts, France Bégin, Willibald Zeck, Carole Leach-Lemens y Víctor M. Aguayo.

*UNICEF, División de Datos, Investigación y Políticas:* Vrinda Mehra, Julia Krasevec, Liliana Carvajal-Aguirre, Tyler A. Porth, Chika Hayashi y Mark Hereward.

OMS: Laurence Grummer-Strawn, Nigel Rollins y Francesco Branca.

## Equipo de comunicaciones

*UNICEF:* Julia D'Aloisio (Edición), Yasmine Hage y Xinyi Ge (Verificación de datos), Nona Reuter (Diseño), Irum Taqi, Guy Taylor y Shushan Mebrahtu (Promoción), Kurtis Cooper y Sabrina Sidhu (Medios de difusión).

UNICEF reconoce con agradecimiento el apoyo prestado por la Fundación Bill & Melinda Gates, el Fondo de los Estados Unidos en pro de UNICEF y el Gobierno de los Países Bajos.

UNICEF y la OMS agradecen de manera especial a sus asociados en el Global Breastfeeding Collective por sus esfuerzos encaminados a proteger, promover y apoyar la lactancia materna.

## Lista de abreviaciones

<b>AMS</b>	Asamblea Mundial de la Salud
<b>EDS</b>	Encuestas de Demografía y Salud
<b>IHAN</b>	Iniciativa Hospitales Amigos del Niño
<b>MICS</b>	Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

# Índice

<b>Comenzando de la mejor manera</b>	<b>7</b>
Por qué es importante iniciar la lactancia materna dentro de la primera hora de vida	8
<b>El inicio temprano en cifras</b>	<b>10</b>
Lo que nos dicen los datos mundiales y regionales	10
Obstáculos y oportunidades perdidas	13
Asistencia cualificada durante el parto	13
Partos en instituciones	13
Partos por cesárea	16
Introducción de otros alimentos o líquidos	18
<b>Allanando el camino para la lactancia materna</b>	<b>21</b>
<b>Lecciones de los países</b>	<b>24</b>
<b>¿Qué se debe hacer?</b>	<b>27</b>
<b>Anexos</b>	<b>29</b>
Anexo 1. Países con los mayores cambios en la prevalencia de inicio temprano de la lactancia materna entre 2005 y 2017	30
Anexo 2. Panorama general de las tasas de inicio temprano de la lactancia materna por país	31
Anexo 3. Notas sobre los datos	39
<b>Referencias</b>	<b>41</b>



# Comenzando de la mejor manera

*Sin importar en qué lugar del mundo respira por primera vez un recién nacido, ofrecer a los bebés el mejor comienzo en la vida es un deseo universal. Las primeras horas y días de vida constituyen uno de los períodos que mayores riesgos entrañan para la vida de cualquier niño; no obstante, iniciar la lactancia materna de forma inmediata representa una poderosa línea defensiva.*

Independientemente de que el parto tenga lugar en una choza de una aldea rural o en un hospital de una gran ciudad, amamantar a los recién nacidos dentro de la primera hora de vida equivale a brindarles la mejor oportunidad de sobrevivir, crecer y desarrollar todo su potencial. Estos beneficios hacen del inicio temprano de la lactancia una medida clave de la atención neonatal esencial en el *Plan de Acción para Todos los Recién Nacidos*<sup>1</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan iniciar la lactancia materna a más tardar una hora después del nacimiento y alimentar a los bebés exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida, lo que implica no ofrecer otros alimentos o líquidos, incluyendo agua. A partir de los 6 meses, los niños deben empezar a recibir alimentos complementarios adecuados y seguros, continuando, al mismo tiempo, con la lactancia materna hasta los 2 años e incluso más tarde<sup>2,3</sup>.

El inicio inmediato de la lactancia materna –amamantar a los recién nacidos dentro de la primera hora de vida– es una medida de importancia crítica tanto para la supervivencia como para la lactancia a largo plazo.

Cuando la lactancia materna se inicia más tarde, las consecuencias pueden poner en riesgo la vida del bebé. De hecho, cuanto más tiempo deban esperar los recién nacidos, mayor es el riesgo.

Mejorar las prácticas de lactancia podría salvar todos los años las vidas de más de 800.000 niños menores de 5 años, la mayoría de ellos menores de 6 meses. Más allá de la supervivencia, cada vez hay más pruebas de que la lactancia materna estimula el desarrollo cerebral de los niños y los protege contra el sobrepeso y la obesidad. Amamantar a sus hijos también contribuye de forma importante a la salud de las madres; por ejemplo, menor riesgo de diabetes tipo II y de cáncer de seno y ovario<sup>4</sup>. La capacidad de la lactancia materna para salvar vidas reviste una particular importancia en contextos humanitarios, donde el acceso a agua salubre, saneamiento adecuado y servicios básicos suele ser limitado.

Este informe presenta la situación mundial en materia de inicio inmediato de la lactancia materna y describe las tendencias de los últimos 10 años. Basándose en un análisis de las tasas de inicio inmediato entre bebés que nacieron con asistencia de personal cualificado, el informe describe hallazgos fundamentales y examina los factores que favorecen y que dificultan el inicio temprano de la

lactancia materna. Así mismo, da a conocer experiencias clave de países cuyas tasas de inicio temprano han mejorado o, por el contrario, se han reducido, y termina con recomendaciones en materia normativa y programática.

### **Por qué es importante iniciar la lactancia materna dentro de la primera hora de vida**

Tratándose de lactancia materna, el momento del inicio es determinante. Los recién nacidos a los que se amamanta dentro de la primera hora después del parto tienen más probabilidades de sobrevivir, mientras que los que deben esperar hacen frente a consecuencias que amenazan sus vidas. En efecto, cuanto más tiempo deban esperar los recién nacidos para tener el primer contacto con sus madres, mayor es el riesgo de morir.

De acuerdo con un metaanálisis reciente de cinco estudios efectuados en cuatro países que incluyeron a más de 130.000 recién nacidos que recibieron lactancia materna, aquellos a los que se amamantó entre 2 y 23 horas después del nacimiento enfrentaron un riesgo de morir superior al 33% frente a aquellos a los que se amamantó a más tardar una hora después de nacer. Entre los recién nacidos que empezaron a recibir leche materna 24 horas o más después del parto, el riesgo fue superior al doble (*ver el gráfico 1*)<sup>5</sup>. La lactancia materna temprana ejerció un efecto protector, tanto si se alimentaba a los niños exclusivamente con leche materna como si no.

Los niños que no reciben leche materna dentro de la primera hora de vida también corren un riesgo mayor de presentar infecciones comunes. Según un estudio realizado en Tanzania en el que participaron más de 4.000 niños, haber demorado el inicio de la lactancia se asoció con un riesgo más alto de presentar tos y un riesgo casi un 50% mayor de sufrir de dificultades respiratorias en los primeros 6 meses de vida, en comparación con recién nacidos que empezaron a recibir leche materna dentro de la primera hora después del parto<sup>6</sup>.

Los bebés nacen listos para lactar. El reflejo de succión permite al recién nacido alimentarse con leche materna inmediatamente después del parto. Amamantar a los recién nacidos exige contacto piel a piel, y esta cercanía entre la madre y su bebé en los momentos siguientes al nacimiento proporciona beneficios a corto y largo plazo. El contacto inmediato piel a piel ayuda a regular la temperatura corporal del recién nacido e incorpora a su organismo bacterias benéficas provenientes de la piel de la madre. Esas bacterias “buenas” lo protegen contra las enfermedades infecciosas y contribuyen a la formación del sistema inmunológico del bebé<sup>7</sup>.

Succionar el pecho libera prolactina en la madre, una importante hormona que estimula la producción de leche y favorece el suministro continuo de alimento para el recién nacido<sup>8</sup>. Además de ser extremadamente rica en nutrientes y anticuerpos, la leche materna que los recién nacidos consumen durante los primeros días –llamada calostro– actúa como primera “vacuna”, suministrándoles un escudo protector contra las enfermedades y la muerte.

Se ha demostrado que el contacto piel a piel inmediatamente después del parto y hasta después que el bebé lacte por primera vez incrementa la probabilidad de que este siga lactando durante los primeros meses de vida, y podría contribuir a la lactancia materna<sup>9</sup>.

Iniciar la lactancia materna dentro de la primera hora de vida no es fácil; de hecho, no se puede esperar que las madres lo hagan sin ayuda. Ellas requieren apoyo y una orientación adecuada sobre la posición que deben adoptar y la manera de hacer que sus bebés se alimenten. Brindar al recién nacido y a la madre una atención apropiada en los momentos posteriores al parto es decisivo no solo para que la lactancia materna se inicie, sino también para que continúe satisfactoriamente. Aunque una pequeña proporción de las mujeres no pueden lactar a sus hijos por razones médicas, la mayoría de las madres sencillamente necesitan el apoyo adecuado en el momento correcto para que la lactancia se inicie de manera inmediata.



## Para los recién nacidos, cada minuto cuenta



**Gráfico 1. Visualización de las pruebas acerca de la importancia de iniciar la lactancia materna dentro de la primera hora de vida.** \*En este gráfico, se presenta el riesgo de muerte durante los primeros 28 días de vida y en comparación con aquellos que se iniciaron en <1 hora. Fuente: Smith, Emily R, et al. *Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis*. PLoS ONE, vol. 12, no. 7, 25 de julio de 2017.

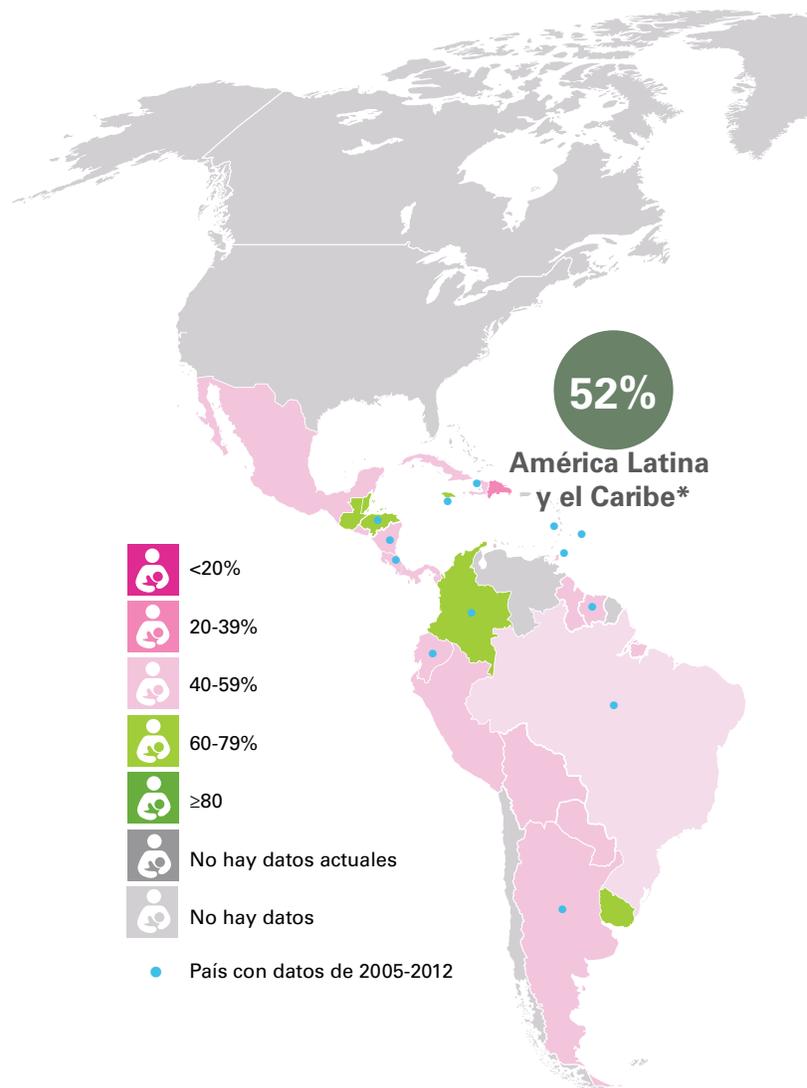
# El inicio temprano en cifras

## Lo que nos dicen los datos mundiales y regionales

La mayoría de los recién nacidos del mundo debe esperar demasiado tiempo para empezar a lactar. Se estima que, solo en 2017, 78 millones de recién nacidos tuvieron que esperar más de una hora para recibir leche materna. Esto significa que apenas aproximadamente dos de cada cinco niños (el 42%), la mayoría nacidos en países de bajos y medianos ingresos, recibieron leche materna dentro de la primera hora de vida. A pesar de que representa una leve mejora frente al 37% en 2005, los progresos son lentos.

Las tasas de inicio temprano varían ampliamente entre regiones –del 35% en Oriente Medio y África del Norte al 65% en África Oriental y Meridional (ver el gráfico 2). No se dispone de estimaciones para ningún país de América del Norte y Europa Occidental (ver el recuadro 1), lo que pone de relieve la preocupante carencia de datos en muchos países de altos ingresos.

Aun cuando las tasas de inicio temprano varían ampliamente entre regiones, a nivel mundial no existen diferencias notables en las tasas de inicio relacionadas con el género del bebé, el lugar de residencia (rural o urbano) o los ingresos del hogar.



## A nivel mundial, solamente dos de cada cinco recién nacidos reciben leche materna dentro de la primera hora de vida

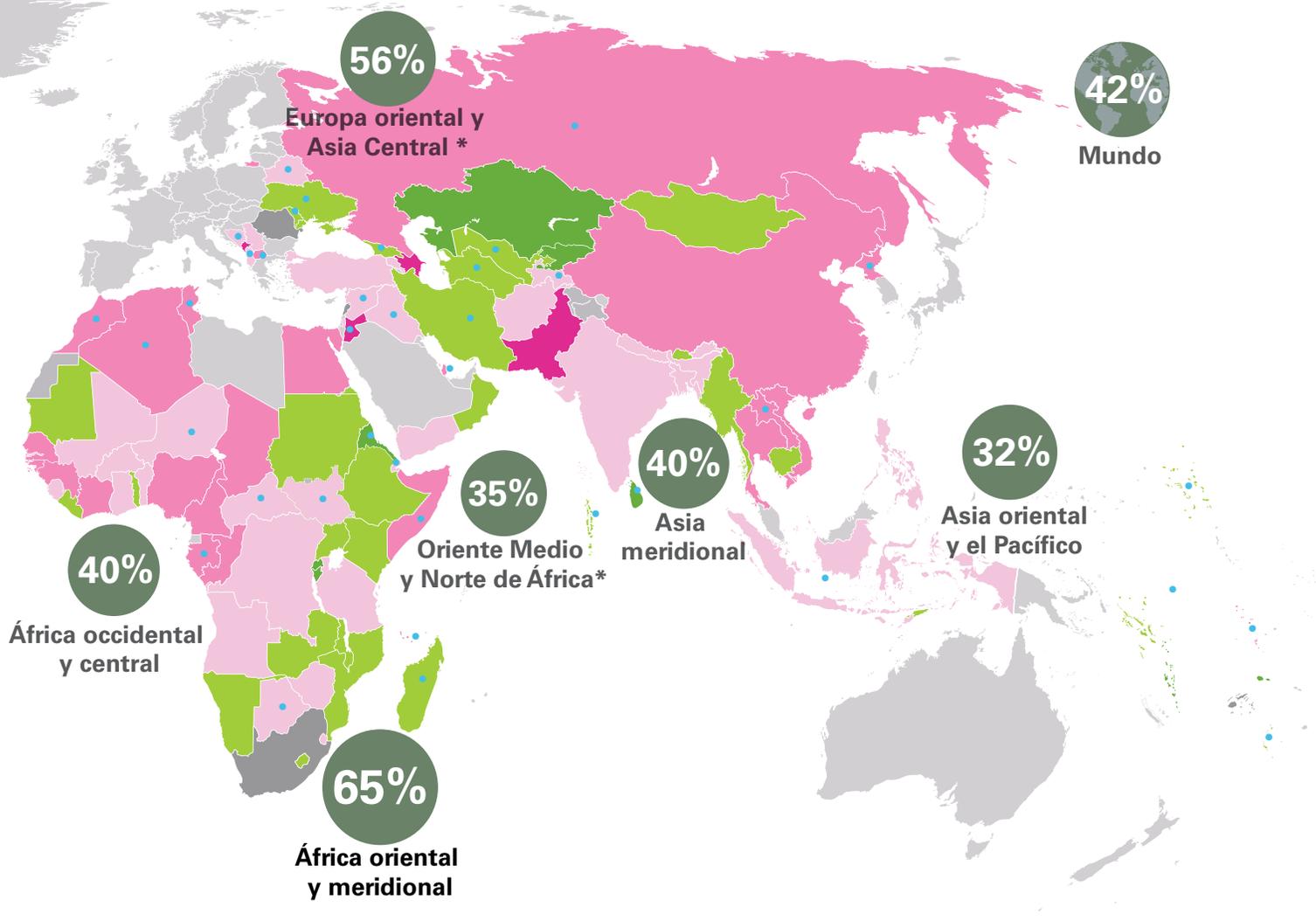


Gráfico 2. Porcentaje de recién nacidos que reciben leche materna dentro de la primera hora de vida, por países y regiones, 2017. Fuente: Base mundial de datos de UNICEF, 2018. Para las notas sobre los datos, véase el anexo 3.



#### RECUADRO 1

### Iniciado de la lactancia materna en países de altos ingresos

El inicio temprano del amamantamiento beneficia a todos los recién nacidos, sin importar dónde vivan. Pero en muchos países de altos ingresos no se está haciendo seguimiento a este importante indicador de la nutrición infantil.

Las tasas de inicio temprano de la lactancia materna se determinan en todo el mundo utilizando datos de las encuestas por hogares, como las Encuestas de Demografía y Salud (EDS) y las Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS). Estas encuestas a gran escala evalúan las tasas de inicio preguntando a las madres de niños menores de 2 años si amamantaron al último de sus hijos dentro de la primera hora de vida o más tarde. Muchos países de bajos y medianos ingresos responden estas encuestas por hogares cada 4 a 5 años.

A pesar de que muchos países de altos ingresos hacen seguimiento a la lactancia materna recurriendo a los registros hospitalarios o a otros sistemas de datos, esta información no se reúne a través de los indicadores mundiales habituales (como el inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de vida), lo que impide compararla a nivel internacional.

Aunque no es posible dar a conocer las tasas de inicio temprano correspondientes a la mayoría de los países de altos ingresos, sí es posible informar sobre el número de niños que nunca han sido alimentados con leche materna. En los países de altos ingresos, el 21% de los niños nunca son amamantados, en comparación con apenas el 4% de los niños que nunca reciben leche materna en los países de bajos y medianos ingresos<sup>10</sup>. Esta gran diferencia indica que 2,6 millones de niños en los países de altos ingresos están perdiendo la oportunidad de beneficiarse de la lactancia materna.

## Obstáculos y oportunidades perdidas

¿Por qué los recién nacidos no están siendo amamantados en el transcurso de la primera hora de vida y qué obstáculos lo explican? En algunos casos, los establecimientos de salud ofrecen muy poco apoyo y orientación sobre la lactancia materna óptima y siguen prácticas obsoletas, como separar a las madres de sus bebés inmediatamente después del parto. En otros casos, la falta de conocimiento sobre la lactancia materna luego de una cesárea, o las prácticas culturales que incluyen dar a los recién nacidos otros alimentos o bebidas, pueden retrasar el primer contacto crucial con sus madres<sup>11</sup>.

En el contexto de la salud pública y los programas de nutrición, la pérdida de oportunidades se refiere a los momentos en que las madres y los niños dejan de recibir intervenciones que salvan vidas, pese a tener contacto con un profesional de la salud. Hoy en día, más partos que nunca tienen lugar en centros de salud con asistencia de personal cualificado. Sin embargo, a la mayoría de los recién nacidos todavía no se les amamanta dentro de la primera hora de vida. Estas bajas tasas mundiales en materia de inicio temprano de la lactancia materna demuestran que en todo el mundo se está perdiendo esta oportunidad.

## Asistencia cualificada durante el parto

Contar con asistencia cualificada durante el parto es crucial para la supervivencia y el bienestar de la madre y el bebé, y una medida de la calidad de la atención recibida. El contacto de las madres con personal cualificado durante el embarazo y el parto puede proporcionarles el apoyo que requieren para aplicar las prácticas de lactancia recomendadas, incluyendo el inicio durante la primera hora después del parto.

En todo el mundo, la proporción de partos con asistencia de personal cualificado pasó de apenas un poco más del 60% en 2000 a casi el 80% en 2016<sup>12</sup>. Pese a que las parteras cualificadas podrían apoyar el inicio de la lactancia materna, esto no siempre ocurre. El informe

de UNICEF de 2016 *A partir de la primera hora de vida* mostró que, en muchos países de bajos y medianos ingresos, la presencia de un médico, una enfermera o una partera no significaba que la madre recibiera apoyo para empezar a amamantar de inmediato a su hijo. Por ejemplo, en Europa y Asia Central, donde prácticamente todos los nacimientos son atendidos por personal cualificado, solamente el 65% de los bebés que nacen con asistencia de un trabajador de la salud idóneo comienzan a recibir leche materna en el transcurso de la primera hora de vida. Y en Asia Meridional, la tasa de inicio temprano de la lactancia materna en presencia de personal capacitado era mucho menor (el 34%)<sup>13</sup>.

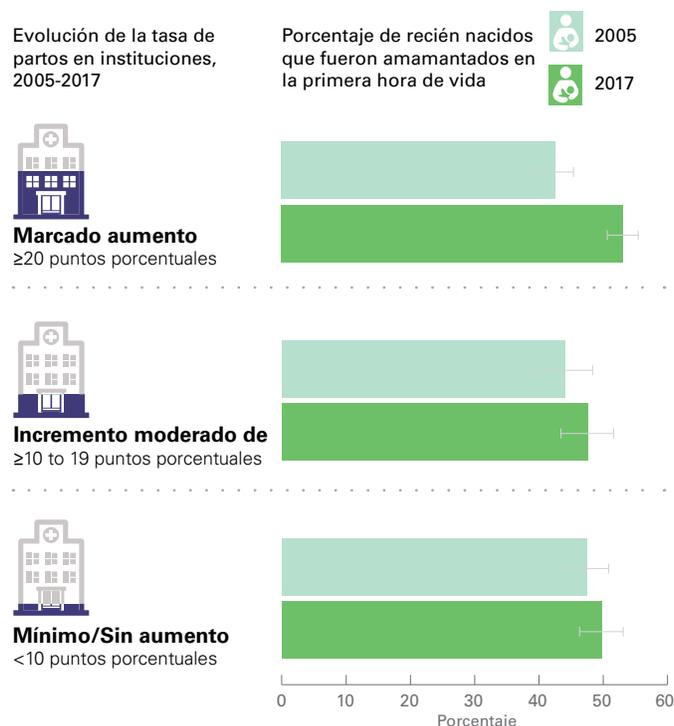
Un análisis de los datos más reciente sobre la asistencia durante el parto y el momento de inicio de la lactancia materna en 74 países entre 2010 y 2017 concluyó que las tasas de inicio temprano se asemejaban tanto si el recién nacido había llegado al mundo con asistencia cualificada o no cualificada. Solamente el 48% de los bebés que habían nacido con asistencia de personal cualificado y el 44% de los que habían nacido con asistencia de personal no cualificado empezaron a recibir leche materna dentro de la primera hora de vida.

Los anteriores hallazgos cuentan una historia de oportunidades perdidas. Las parteras y el personal capacitado tienen un enorme potencial para apoyar a las madres en el inicio de la lactancia inmediatamente después del parto; no obstante, es necesario ofrecerles apoyo y una mejor formación para ayudarles a aprovechar esas oportunidades cruciales.

## Partos en instituciones

Durante la década pasada aumentó la tasa de partos en instituciones en todo el mundo. En la actualidad, el 75% de todos los nacimientos tiene lugar en establecimientos de salud, como hospitales y clínicas de maternidad, generalmente con la supervisión de un trabajador de la salud cualificado, lo que indica que existe cierto nivel de atención. Sin embargo, apoyar a las madres para que ofrezcan leche materna a sus recién nacidos no es una

## Las tasas de inicio temprano de la lactancia sólo han mejorado significativamente entre el grupo de países que tienen un marcado incremento de partos en instituciones



**Gráfico 3. Tendencias en el porcentaje de recién nacidos que reciben leche materna dentro de la primera hora de vida, por cambios en las tasas de partos en instituciones, 2005 y 2017. Las líneas en las barras representan intervalos de confianza.**

Fuente: Bases mundiales de datos de UNICEF 2018. Para notas sobre los datos, véase el Anexo 3.

intervención habitual después del nacimiento, y el aumento de los partos en instituciones no siempre se ha traducido en mejoras en las tasas de inicio temprano de la lactancia materna.

En un subconjunto de 58 países que disponen de datos sobre tendencias relativas a los lugares donde ocurren los partos y las tasas de inicio inmediato de la lactancia materna, el incremento en los partos que tienen lugar en instituciones (del 53% en 2005 al 71% en 2017) es mayor que el aumento en las tasas de inicio temprano durante el mismo período (del 45% al 51%), lo que evidencia la pérdida de oportunidades para ayudar a las madres y los recién nacidos a iniciar la lactancia materna inmediatamente después del parto.

La única mejora significativa en las tasas de inicio inmediato desde 2005 se observa entre el grupo de países donde los partos en instituciones aumentaron más de 20 puntos porcentuales (*ver el gráfico 3*). El aumento en las tasas de inicio temprano de la lactancia materna se ha registrado especialmente en países de bajos ingresos, donde se elevaron 15 puntos porcentuales, frente a un incremento de 8 puntos porcentuales en países de ingresos medianos bajos.

Aun cuando estas mejoras en las tasas de inicio temprano son importantes, las tasas que corresponden a países con un número creciente de partos en instituciones siguen siendo desalentadoras, ya que solo la mitad de los recién nacidos reciben leche materna dentro de su primera hora de vida.

El efecto del aumento en las tasas de partos en instituciones sobre el inicio temprano de la lactancia materna depende de las políticas de los países y los establecimientos sobre la atención a las madres y los recién nacidos, así como



también de las competencias y el compromiso de los profesionales de la salud que trabajan en esos establecimientos. Un aumento de los partos en instituciones puede mejorar las tasas de inicio inmediato cuando las políticas del país y de las instituciones consideran prioritario el contacto inmediato piel a piel, y cuando se dispone de personal capacitado para ayudar. Pero un aumento de los nacimientos en instituciones también puede influir adversamente en las tasas de inicio temprano de la lactancia materna. Esto ocurre cuando el personal no está debidamente capacitado y los establecimientos de salud mantienen políticas y prácticas obsoletas que se convierten en obstáculos para la lactancia, como separar a los recién nacidos y las madres en ausencia de una justificación médica, o proporcionar de forma habitual líquidos o alimentos a los recién nacidos<sup>14</sup>.

### Partos por cesárea

Los nacimientos por cesárea pasaron, a nivel mundial, de un promedio del 13% en 2005 a más del 20% en 2017. En todas las regiones del mundo se ha registrado un notable incremento en las tasas de partos por cesárea, excepto en África Subsahariana, donde prácticamente no hubo cambios<sup>15</sup>.

Tener acceso a un parto quirúrgico, cuando es lo recomendable desde el punto de vista médico, es fundamental para que el nacimiento sea más seguro tanto para el recién nacido como para su madre. Sin embargo, las crecientes tasas de cesáreas por elección alrededor del mundo han repercutido sobre el inicio temprano de la lactancia materna. Diversos estudios muestran que los partos quirúrgicos pueden reducir la probabilidad del contacto inmediato piel a piel, así como también del inicio inmediato de la lactancia materna<sup>16,17,18</sup>. En un estudio, las mujeres que dieron a luz mediante cesárea luego

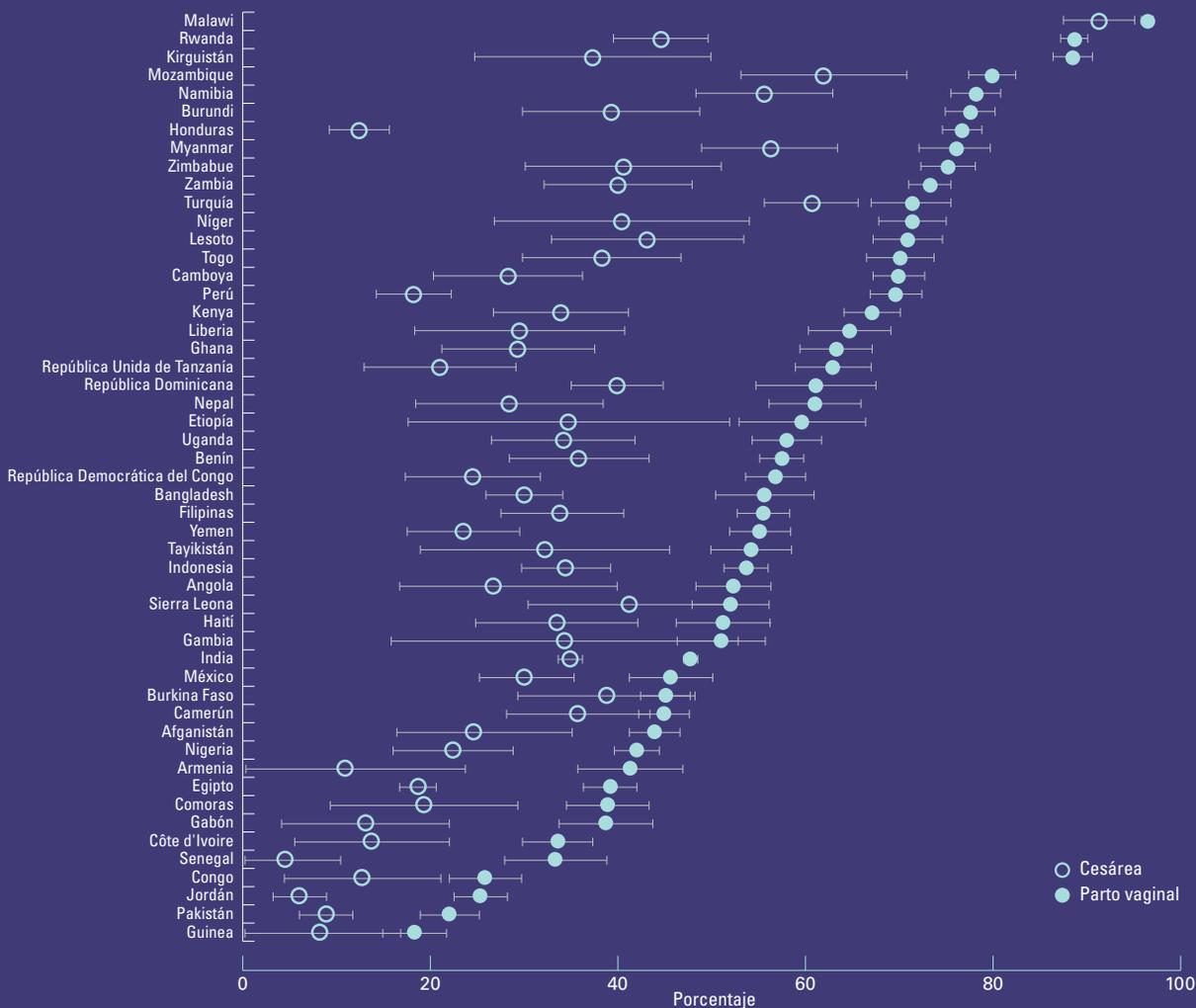
de un trabajo de parto vaginal sin éxito, tenían más probabilidades de dar leche materna a sus hijos dentro de la primera hora de vida que las mujeres que dieron a luz mediante una cesárea programada y cuyo último parto también había sido por cesárea<sup>19</sup>.

Un análisis de los principales factores asociados con las tasas de inicio inmediato de la lactancia materna entre los bebés nacidos con asistencia de personal cualificado demostró que el tipo de parto puede influir considerablemente sobre el momento en que se ofrece leche materna al recién nacido. En los 51 países estudiados, las tasas de inicio temprano entre los bebés nacidos por parto vaginal fueron más del doble que las tasas entre los bebés nacidos mediante cesárea (*ver el gráfico 4*). A excepción de cuatro países, en todos los 51 países estudiados se observó una diferencia estadísticamente significativa.

Estos hallazgos son preocupantes porque el contacto inmediato piel a piel y el inicio de la lactancia materna revisten especial importancia para los bebés que nacen por cesárea. El estrecho contacto entre la madre y el recién nacido protege a este con bacterias “buenas” procedentes del cuerpo de la madre, lo que resulta fundamental para el desarrollo del sistema inmunológico del bebé y para su salud intestinal<sup>20</sup>. Cuando se trata de un parto vaginal, este proceso ocurre en el canal del parto. Existen pruebas de que, luego de una operación cesárea, el contacto piel a piel inmediato o temprano puede acelerar el inicio del amamantamiento<sup>21</sup>.

Con la ayuda apropiada, la mayoría de los niños que nacen por cesárea pueden recibir leche materna dentro de la primera hora de vida. No obstante, en la práctica, las mujeres que dan a luz por operación cesárea a menudo encaran grandes dificultades para empezar a lactar a sus

# En casi todos los países, las tasas de inicio temprano son significativamente más bajas entre los bebés nacidos mediante operación cesárea



**Gráfico 4. Porcentaje de recién nacidos que reciben leche materna dentro de la primera hora de vida, por tipos de parto (vaginal o por cesárea), por países, 2017.**

Fuente: Bases mundiales de datos de UNICEF 2018. Para las notas sobre los datos, véase el anexo 3.

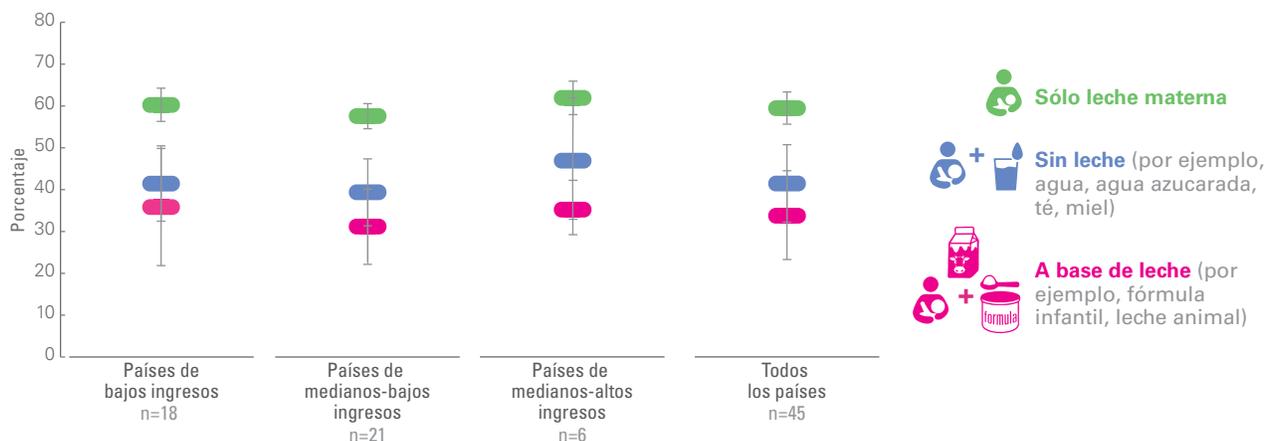
hijos; por ejemplo, los efectos de la anestesia, la recuperación tras la cirugía y la búsqueda de ayuda para sostener a sus hijos de manera segura.

Entre las medidas que facilitan el contacto piel a piel y el inicio de la lactancia materna inmediatamente después del parto se cuentan la adopción de políticas y protocolos adecuados en los centros de maternidad, el fortalecimiento de las competencias del personal y el apoyo de los padres a la lactancia de sus hijos<sup>22</sup>.

## Introducción de otros alimentos o líquidos

Ofrecer alimentos o bebidas a los recién nacidos en los primeros días de vida es común en muchas partes del mundo, y suele relacionarse con normas culturales, costumbres familiares, y políticas y procedimientos de los sistemas de salud que carecen de bases científicas. Estas prácticas y procedimientos varían de un país a otro, y pueden incluir desechar el calostro o hacer que un miembro mayor de la familia dé al recién nacido un alimento o una bebida específicos, como miel, o hacer que un profesional de la salud ofrezca habitualmente al

## Las tasas de inicio temprano son casi el doble entre los recién nacidos que reciben únicamente leche materna que entre los que reciben otros alimentos o líquidos a base de leche en los primeros tres días de vida



**Gráfico 5. Porcentaje de recién nacidos que recibieron leche materna a más tardar una hora después del parto, por tipos de alimentos o líquidos en los primeros tres días de vida, por clasificaciones del Banco Mundial de los países según sus niveles de ingresos, 2017**

Fuente: Bases mundiales de datos de UNICEF 2018. Para las notas sobre los datos, véase el anexo 3.



recién nacido un líquido específico, como agua azucarada o preparación para lactantes. Estas prácticas pueden retrasar el decisivo primer contacto del recién nacido con su madre<sup>23,24,25</sup>.

El gráfico 5 indica que de los recién nacidos que recibieron líquidos a base de leche en los tres primeros días de vida, casi dos de cada tres esperaron al menos una hora para ser amamantados. Este hallazgo se basa en un análisis de 51 países que disponen de datos sobre el momento de inicio de la lactancia materna y el momento en que los recién nacidos recibieron líquidos y alimentos diferentes de la leche materna.

Por otra parte, cerca del 60% de los bebés que únicamente recibieron leche materna en sus primeros días de vida, lo hicieron dentro de la primera hora después del parto. Las tasas de inicio temprano fueron ligeramente mejores entre los recién nacidos que recibieron alimentos a base de agua que entre los que recibieron otros alimentos o líquidos, pero fueron significativamente más bajas que entre los recién nacidos que se alimentaron exclusivamente con leche materna.



# Allanando el camino para la lactancia materna

*Existe la necesidad de institucionalizar mejor la protección, la promoción y el apoyo a la lactancia materna en los centros de maternidad, particularmente en los primeros días de vida.*

Un examen sistemático de la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño (IHAN), que se realizó en 19 países, reveló que el cumplimiento de los Diez Pasos para una lactancia materna exitosa por parte de los establecimientos podría incrementar las tasas de lactancia, incluyendo el inicio temprano. Las medidas para evitar que los recién nacidos consuman líquidos o alimentos distintos de la leche materna (paso 6) fueron decisivas para obtener resultados satisfactorios en materia de lactancia materna. Esto podría deberse a que los líquidos o alimentos introducidos tienen efectos adversos sobre la lactancia, o a que cumplir este paso requiere otros; por ejemplo, políticas en apoyo de la lactancia materna y ofrecer leche materna a los recién nacidos en la primera hora de vida<sup>26</sup>.

Es difícil aprender a alimentar al bebé con leche materna, sobre todo en los primeros momentos después del parto. Pero contar con personas, políticas y programas apropiados constituye una sólida red de apoyo para las madres. Un examen sistemático y un metaanálisis efectuados en

2015 identificaron factores programáticos y normativos que mejoran la probabilidad de adoptar prácticas óptimas de lactancia materna, entre ellas, iniciarlo en el transcurso de la primera hora de vida<sup>27</sup>. De acuerdo con ese análisis, una combinación de intervenciones ejerció el impacto más positivo sobre el inicio inmediato de la lactancia, elevando las tasas hasta un importante 85%. Dichas intervenciones comprendieron el hogar y el entorno familiar (apoyo de los pares, asesoramiento individual, visitas a los hogares o apoyo telefónico y en el hogar por parte del padre o el abuelo), además de los sistemas y servicios de salud (incluyendo la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño). El acceso a atención prenatal, que incluye orientación a las madres sobre el inicio de la lactancia, también tiene efectos favorables sobre esta práctica<sup>28,29,30,31</sup>. Cuantas más consultas prenatales realice la madre y cuanta más atención profesional reciba, mayor es la probabilidad de que inicie la lactancia dentro de la primera hora de vida de su hijo.

## RECUADRO 2:

# Iniciativa Hospitales Amigos del Niño

La Iniciativa Hospitales Amigos del Niño, puesta en marcha en 1991 y actualizada en 2018, vela por la protección, la promoción y el apoyo a la lactancia materna en los establecimientos que prestan atención a las madres y los recién nacidos. Los Diez Pasos para una lactancia materna exitosa de la iniciativa son esenciales para lograr que la lactancia se inicie de forma

temprana, y para apoyar las prácticas óptimas en esta materia. La guía actualizada de la IHAN destaca la importancia de integrar los Diez Pasos en otros programas, a fin de mejorar la calidad de la atención obstétrica, e insta a los países a llevar a cabo intervenciones sostenibles y con cobertura universal en materia de lactancia materna.



## Diez Pasos para una lactancia materna exitosa

(revisado en 2018)

### Procedimientos

- 1a. Cumplir en su totalidad el *Código Internacional de Comercialización de los Sucesos de la Leche Materna* y las resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud (el Código).
- 1b. Formular una política escrita sobre la alimentación de niños en edad de lactar que se dé a conocer periódicamente al personal y a los progenitores.
- 1c. Establecer sistemas continuos de supervisión y gestión de datos.
2. Procurar que el personal cuente con suficientes conocimientos, competencias y habilidades para apoyar la lactancia materna.

### Principales prácticas clínicas

3. Conversar sobre la importancia y el manejo de la lactancia materna con las mujeres embarazadas y sus familias.
4. Facilitar el contacto piel a piel inmediato e ininterrumpido, y apoyar a las madres para que empiecen a amamantar a sus hijos lo más pronto posible después del parto.
5. Apoyar a las madres para que inicien y mantengan la lactancia materna, y para que puedan solucionar las dificultades normales.
6. No proporcionar alimentos o líquidos distintos de leche materna a los recién nacidos que están lactando, a menos que sea por indicación médica.
7. Practicar el alojamiento conjunto –permitir que las madres y sus bebés permanezcan juntos– las 24 horas del día.
8. Ayudar a las madres a reconocer y responder a las señales de que sus bebés necesitan alimentarse.
9. Aconsejar a las madres acerca de los inconvenientes de los biberones y los chupetes.
10. Coordinar la salida del establecimiento de salud para que los padres y sus bebés puedan acceder oportunamente a apoyo y atención continuos.



# Lecciones de los países

El seguimiento de los resultados de los programas de lactancia materna a nivel de los países pone de manifiesto los éxitos y los desafíos para mejorar el inicio temprano de la lactancia materna. Los ejemplos que figuran a continuación, extraídos de las experiencias de las oficinas de UNICEF en los países, ofrecen importantes enseñanzas para los países.

En **Camboya**, el aumento de las tasas de inicio temprano de la lactancia materna del 6% en 1998 al 63% en 2014 parece ser el resultado de campañas de sensibilización y promoción en las comunidades, junto con inversiones en la mejora de la calidad de la atención en el momento del parto. El porcentaje de partos que contaron con la presencia de personal cualificado aumentó del 44% en 2005 al 89% en 2014, mientras que los partos en instituciones aumentaron del 22% al 83% durante el mismo período. Entre 2000 y 2010, el uso de otros líquidos o alimentos en los tres primeros días después del parto disminuyó considerablemente, del 93% al 15% en los establecimientos públicos, del 91% en 2000 al 34% en 2010 en los privados y del 94% al 21% en los partos domiciliarios<sup>32</sup>.

En la **República Dominicana**, mientras que las tasas de intervenciones con cesárea casi se duplicaron, aumentaron del 31% en 2002 al 58% en 2014, y las tasas de inicio temprano a la lactancia materna disminuyeron del 62% al 38% durante el mismo período. Desde 2014, el Ministerio de Salud y sus asociados han aumentado el apoyo a la iniciativa “Madres y recién nacidos bien cuidados”, que integra la promoción, la protección y el apoyo a la lactancia materna como parte de las intervenciones basadas en datos empíricos para reducir las muertes maternas y neonatales que es posible evitar. El monitoreo de las normas de la IHAN y del Código sigue siendo un problema, en particular en las instalaciones privadas, donde se registra alrededor del 40% de los partos y donde el 86% de los partos se realizan por cesárea.

En **Egipto**, las tasas de cesáreas aumentaron más del doble entre 2005 y 2014, y aumentaron del 20% al 52%. Durante el mismo período, las tasas de inicio temprano de la lactancia materna disminuyeron del 40% en 2005 al 27% en 2014. Si bien hay apoyo para el inicio temprano de la lactancia materna en los centros que ponen en práctica la IHAN, donde se capacita al personal y se supervisan las prácticas, hay muchos centros que no son ponen en práctica esta iniciativa y carecen de personal capacitado y de sistemas de supervisión adecuados.

En **Montenegro**, las prácticas habituales después del parto incluyen un período de observación de dos horas durante el cual no se suele iniciar la lactancia materna. Si bien la tasa de cesáreas aumentó del 12% en 2007<sup>33</sup> al 20% en 2013<sup>34</sup>, las tasas de inicio temprano de la lactancia materna disminuyeron del 25% en 2005 al 14% en 2013<sup>35</sup>. En la actualidad, el Gobierno y sus asociados están trabajando para fomentar la capacidad de los profesionales de la salud, con especial atención a la lactancia materna.

La promoción de la lactancia materna y de los Hospitales Amigos del niño se realiza también a través de las redes sociales. Se están elaborando planes para que en breve se ponga en marcha un programa nacional de Hospitales Amigos del Niño en todas las maternidades del país.

En **Rwanda**, la proporción de partos atendidos por personal cualificado aumentó del 39% en 2005 al 91% en 2014, y casi todos los partos en centros de salud fueron asistidos con la presencia de personal cualificado. Al mismo tiempo, el país llevó a cabo una campaña de comunicación intensiva y sostenida sobre las prácticas de alimentación infantil, incluido el inicio temprano de la lactancia materna y la IHAN. Esto dio lugar a una mayor sensibilización sobre la lactancia materna entre los encargados de la adopción de decisiones, los dirigentes y las comunidades, y a un aumento de las inversiones en el fomento de la capacidad de los trabajadores comunitarios de la salud para apoyar la lactancia materna. Rwanda cuenta ahora con 45.000 trabajadores de salud comunitarios que asesoran a las madres sobre prácticas adecuadas de alimentación infantil y partos seguros. Las tasas de inicio temprano de la lactancia materna también aumentaron del 64% en 2005 al 81% en 2014. Entre 2010 y 2013, la tasa de cesáreas casi se duplicó, del 7% al 15%, pero este aumento no afectó al inicio temprano. Este hallazgo revela el poder de establecer un cuadro de profesionales de la salud bien capacitados para apoyar el inicio temprano.

En **Serbia** se produjo un descenso constante de las tasas de inicio temprano, que pasaron del 17% en 2005 a algo menos del 8% en 2010. Sobre la base de estos hallazgos, el gobierno tomó medidas para mejorar la calidad de la atención en torno al parto y el Ministerio de Salud y sus asociados aumentaron el apoyo a la IHAN, involucraron a neonatólogos en deliberaciones

sobre la mejora de la IHAN, organizaron actividades para pediatras y otros especialistas y colaboraron con grupos de apoyo a las madres. Para 2014, la tasa de inicio temprano de la lactancia materna había aumentado al 51% en el país. En 2017, Serbia había integrado los criterios de la IHAN en sus normas de acreditación hospitalaria, lo que hacía que el programa fuera más sostenible y más fácil de ampliar su escala a una cobertura universal.

En **Viet Nam**, la tasa de inicio temprano de la lactancia materna disminuyó del 44% en 2006 al 27% en 2014, en el contexto de partos en instituciones casi universales (que alcanzaron el 94% en 2014, mientras que las tasas de cesáreas aumentaron del 10% en 2002 al 28% en 2014). En respuesta, el Ministerio de Salud aprobó en noviembre de 2016 las *Directrices nacionales para la atención esencial de la madre y el recién nacido durante e inmediatamente después de una cesárea*<sup>36</sup>. Las pautas subrayaron la importancia del contacto piel a piel inmediatamente después del nacimiento y el apoyo para el inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora después del nacimiento.



# ¿Qué se debe hacer?

*Para que todos los recién nacidos comiencen a recibir leche materna en el momento adecuado se necesita la actuación de diversas instituciones e individuos, en particular los gobiernos, las instituciones de atención de la salud y los trabajadores de la salud.*

Hay un número excesivo de recién nacidos que no reciben leche materna en la primera hora de vida. Si bien el acceso a las instalaciones de maternidad y la presencia de parteras capacitadas durante el parto puede mejorar las posibilidades de supervivencia y bienestar de los niños y las madres, la calidad de la atención prestada suele ser inadecuada y las oportunidades perdidas hacen que demasiados recién nacidos no tengan un primer contacto esencial con su madre en el momento oportuno.

La introducción temprana de alimentos y líquidos suplementarios y las cesáreas innecesarias son prácticas inadecuadas que pueden llevar a que se descuide o se interrumpa el apoyo al inicio precoz de la lactancia materna. Las políticas nacionales y de los centros para apoyar la lactancia materna en el momento del parto son inadecuadas y la capacidad de las parteras capacitadas suele ser insuficiente.

Las siguientes recomendaciones para la acción, aplicables en entornos humanitarios y de desarrollo, se basan en el marco de acciones fundamentales de política para mejorar la lactancia materna del Colectivo Mundial de Lactancia Materna<sup>37</sup>:

- 1) Aumentar la financiación para fortalecer la protección, la promoción y el apoyo de los programas de lactancia materna, incluidas las intervenciones que repercuten en el inicio temprano de la lactancia materna.
- 2) Aplicar plenamente el *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna* y las resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud por medio de medidas legales firmes aplicadas y monitoreadas independientemente por organizaciones libres de conflictos de intereses. Esto incluye la supervisión del cumplimiento de estas medidas por parte de los profesionales de la salud y de los establecimientos de salud.
- 3) Mejorar la calidad de la atención en los establecimientos de salud mediante la puesta en marcha de políticas sobre el contacto inmediato de piel a piel entre la madre y el niño, y el inicio temprano de la lactancia materna después del alumbramiento, como parte de las políticas nacionales sobre atención materna y neonatal, junto con otras recomendaciones basadas en datos empíricos, incluidas las que figuran en los Diez Pasos para una lactancia materna exitosa de la OMS y UNICEF<sup>38, 39, 40, 41</sup>. El apoyo al

inicio temprano de la lactancia materna debe reflejarse en todas las políticas de atención al recién nacido y abarcar todas las situaciones, incluidas las cesáreas y los recién nacidos pequeños y prematuros. Las políticas nacionales deben desalentar el suministro de alimentos o líquidos a los recién nacidos que son amamantados durante los primeros días de vida, a menos que esos artículos sean necesarios por razones médicas. Los gobiernos y los profesionales de la salud deben colaborar para reducir las cesáreas innecesarias mediante una combinación de políticas mejoradas y planes de incentivos adecuados.

El apoyo al contacto piel a piel y al inicio temprano de la lactancia materna debería integrarse en la capacitación previa al servicio de los trabajadores de la salud, incluidos la que reciben médicos, enfermeras, parteras y otros obstetras. En caso necesario, debe apoyarse el fomento de la capacidad en el servicio para colmar las lagunas de conocimientos y aptitudes.

- 4) Mejorar el acceso de todas las madres, dondequiera que den a luz, a un servicio de asesoramiento especializado sobre lactancia materna. Los profesionales de la salud deben preparar y aconsejar sobre la manera de iniciar la lactancia materna a las mujeres que se sometán a una cesárea.
- 5) Fortalecer los vínculos entre los establecimientos de salud y las comunidades, y alentar el establecimiento de redes comunitarias que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna. Mediante estrategias de cambio de comportamiento, alentar a las madres y a las familias a que exijan a las parteras su apoyo para el inicio temprano de la lactancia materna mediante estrategias de comunicación para el cambio

de comportamiento. Establecer y apoyar sistemas de responsabilidad social en los que las madres y las familias puedan proporcionar comentarios sobre la calidad de la atención y responsabilizar a los proveedores.

- 6) Elaborar sistemas de vigilancia que permitan hacer un seguimiento de los progresos de las políticas, los programas y la financiación para mejorar el inicio temprano de la lactancia materna. Esto incluye garantizar la disponibilidad de datos a nivel nacional sobre el inicio temprano de la lactancia materna y de datos sobre factores facilitadores, como el número de centros de maternidad que aplican los Diez Pasos. Las instalaciones deben monitorear sus propias prácticas en esta esfera como parte del enfoque para mejorar la calidad.

El apoyo para fortalecer el inicio temprano de la lactancia materna es una intervención que salva vidas y que tiene el poder de proteger a los recién nacidos cuando son más vulnerables. Las madres que comienzan a amamantar a sus hijos dentro de la primera hora después de su nacimiento tienen más probabilidades de seguir amamantando, lo que allana el camino para que se establezca una relación satisfactoria de lactancia materna durante los primeros años críticos de la vida de un niño.

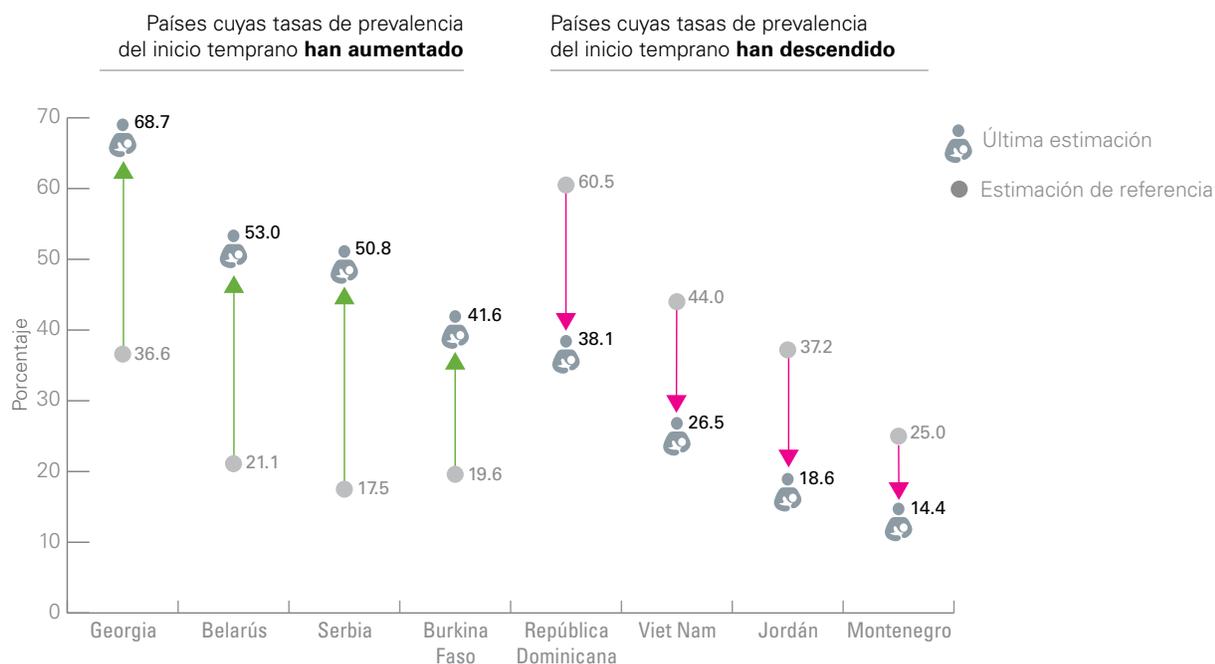
Los gobiernos, los encargados de formular políticas y los proveedores de servicios de salud deben tomar más medidas para proteger, promover y apoyar el inicio temprano de la lactancia materna. Al fortalecer las capacidades de los trabajadores de la salud, adoptar políticas de protección y hacer de las madres y los recién nacidos una prioridad, podemos capturar el momento y dar a cada recién nacido el mejor comienzo a la vida.

Anexos



## ANEXO 1.

# Países con los mayores cambios en la prevalencia de inicio temprano de la lactancia materna entre 2005 y 2017



**Tendencias en el porcentaje de recién nacidos que reciben leche materna dentro de la primera hora de vida, por país, alrededor de 2005 y alrededor de 2017.**

Fuente: Bases mundiales de datos de UNICEF 2018. Para las notas sobre los datos, véase el anexo 3.

## ANEXO 2.

# Panorama general de las tasas de inicio temprano de la lactancia materna por país

Países y territorios	Última estimación <sup>i</sup>			Estimación de referencia de la tendencia <sup>ii</sup>		Categoría de la tendencia <sup>iii</sup>
	Año	Inicio temprano a la lactancia materna (%)	Clasificación <sup>iv</sup>	Año	Inicio temprano a la lactancia materna (%)	
Afganistán	2015	40.9	57			
Albania	2008	43.4				
Alemania	<i>sin datos</i>					
Andorra	<i>sin datos</i>					
Angola	2015	48.3	50	2007	54.9	■
Anguila	<i>sin datos</i>					
Antigua y Barbuda	<i>sin datos</i>					
Arabia Saudita	<i>sin datos</i>					
Argelia	2012	35.7		2006	49.5	▼
Argentina	2011	52.7				
Armenia	2015	40.9	58	2005	32.2	▲
Australia	<i>sin datos</i>					

i La estimación más reciente se refiere a la estimación más reciente disponible a partir de 2000 en la base mundial de datos de UNICEF. Los agregados regionales y la clasificación se basaron únicamente en los países con estimaciones recientes (2013-2018). Se presentaron las tendencias si se disponía de un punto de referencia entre 2003 y 2008, además de una estimación reciente (2012-2018).

ii Se presenta una estimación de referencia si la última estimación se realizó entre 2012 y 2018 y si también estaba disponible un punto entre 2003 y 2008; de lo contrario, se deja en blanco.

iii Se presentan las tendencias para un subconjunto de 77 países con una estimación reciente (2012-2018) y donde también se presentó una base de referencia (2003-2008).

iv Clasificación basada en un subconjunto de 76 países con datos recientes (2013-2018).

### Legenda para categorías:

▲ **Increase:** ≥8 percentage point increase

■ **Mínimo/sin cambios:** <8 de variación en puntos porcentuales

▼ **Disminución:** ≥8 de disminución en puntos porcentuales

Países y territorios	Última estimación <sup>i</sup>			Estimación de referencia de la tendencia <sup>ii</sup>		Categoría de la tendencia <sup>iii</sup>
	Año	Inicio temprano a la lactancia materna (%)	Clasificación <sup>iv</sup>	Año	Inicio temprano a la lactancia materna (%)	
<i>Austria</i>	<i>sin datos</i>					
Azerbaiyán	2013	19.7	74	2006	30.7	▼
<i>Bahamas</i>	<i>sin datos</i>					
<i>Bahrein</i>	<i>sin datos</i>					
Bangladesh	2014	50.8	43	2006	35.6	▲
Barbados	2012	40.3				
Belarús	2012	53.0		2005	21.1	▲
<i>Bélgica</i>	<i>sin datos</i>					
Belice	2015	68.3	20	2006	50.4	▲
Benín	2014	46.6	53	2006	54.1	■
Bhután	2015	77.9	9			
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2016	55.0	33	2008	62.8	
Bosnia y Herzegovina	2011	42.3				
Botswana	2007	40.0				
Brasil	2006	42.9				
<i>Brunei Darussalam</i>	<i>sin datos</i>					
<i>Bulgaria</i>	<i>sin datos</i>					
Burkina Faso	2014	41.6	55	2006	19.6	▲
Burundi	2016	85.0	3			
Cabo Verde	2005	72.7				
Camboya	2014	62.6	26	2005	35.5	▲
Camerún	2014	31.2	67	2006	19.6	▲
<i>Canadá</i>	<i>sin datos</i>					
Chad	2014	23.0	73	2004	32.4	▼
<i>Chile</i>	<i>sin datos</i>					
China	2013	26.4	71	2008	41.0	▼

Países y territorios	Última estimación <sup>i</sup>			Estimación de referencia de la tendencia <sup>ii</sup>		Categoría de la tendencia <sup>iii</sup>
	Año	Inicio temprano a la lactancia materna (%)	Clasificación <sup>iv</sup>	Año	Inicio temprano a la lactancia materna (%)	
<i>Chipre</i>	<i>sin datos</i>					
Colombia	2009	63.4				
Comoras	2012	33.7				
Congo	2014	25.3	72	2005	34.4	▼
Costa Rica	2011	59.6				
Côte d'Ivoire	2016	36.6	63	2006	24.9	▲
<i>Croacia</i>	<i>sin datos</i>					
Cuba	2014	47.9	51	2006	70.2	▼
<i>Czechia</i>	<i>sin datos</i>					
<i>Dinamarca</i>	<i>sin datos</i>					
Djibouti	2012	52.0				
<i>Dominica</i>	<i>sin datos</i>					
Ecuador	2012	54.6				
Egipto	2014	27.1	69	2005	40.1	▼
El Salvador	2014	42.0	54	2008	32.8	▲
<i>Emiratos Árabes Unidos</i>	<i>sin datos</i>					
Eritrea	2010	93.1				
<i>Eslovaquia</i>	<i>sin datos</i>					
<i>Eslovenia</i>	<i>sin datos</i>					
<i>España</i>	<i>sin datos</i>					
Estado de Palestina	2014	40.8	59	2006	64.6	▼
<i>Estados Unidos</i>	<i>sin datos</i>					
<i>Estonia</i>	<i>sin datos</i>					
Eswatini	2014	48.3	49	2006	59.1	▼
Etiopía	2016	73.3	14	2005	66.2	—
Ex República Yugoslava de Macedonia	2011	21.0				
Federación de Rusia	2011	25.0				

Países y territorios	Última estimación <sup>i</sup>			Estimación de referencia de la tendencia <sup>ii</sup>		Categoría de la tendencia <sup>iii</sup>
	Año	Inicio temprano a la lactancia materna (%)	Clasificación <sup>iv</sup>	Año	Inicio temprano a la lactancia materna (%)	
Filipinas	2013	49.7	46	2003	46.0	—
Finlandia	<i>sin datos</i>					
Fiyi	2004	57.3				
Francia	<i>sin datos</i>					
Gabón	2012	32.3				
Gambia	2013	51.5	40	2005	47.7	—
Georgia	2012	68.7		2005	36.6	▲
Ghana	2014	55.6	32	2006	35.2	▲
Granada	<i>sin datos</i>					
Grecia	<i>sin datos</i>					
Guatemala	2014	63.1	25	2008	55.5	—
Guayana	2014	49.2	48	2006	43.1	—
Guinea	2016	33.9	64	2005	37.9	—
Guinea Ecuatorial	<i>sin datos</i>					
Guinea-Bissau	2014	33.7	65	2006	22.6	▲
Haití	2012	46.7		2005	42.9	—
Honduras	2011	63.8				
Hungría	<i>sin datos</i>					
India	2015	41.5	56	2005	23.1	▲
Indonesia	2012	49.3		2007	40.2	▲
Irak	2011	42.8				
Irán (República Islámica de)	2010	68.7				
Irlanda	<i>sin datos</i>					
Islandia	<i>sin datos</i>					
Islas Cook	<i>sin datos</i>					
Islas Marshall	2007	72.5				
Islas Salomón	2015	78.9	8	2006	75.0	—

Países y territorios	Última estimación <sup>i</sup>			Estimación de referencia de la tendencia <sup>ii</sup>		Categoría de la tendencia <sup>iii</sup>
	Año	Inicio temprano a la lactancia materna (%)	Clasificación <sup>iv</sup>	Año	Inicio temprano a la lactancia materna (%)	
<i>Islas Turcos y Caicos</i>	<i>sin datos</i>					
<i>Islas Vírgenes Británicas</i>	<i>sin datos</i>					
<i>Israel</i>	<i>sin datos</i>					
<i>Italia</i>	<i>sin datos</i>					
Jamaica	2011	64.7				
<i>Japón</i>	<i>sin datos</i>					
Jordán	2012	18.6		2007	37.2	▼
Kazajstán	2015	83.3	4	2006	64.2	▲
Kenya	2014	62.2	27	2003	49.6	▲
Kirguistán	2014	82.5	5	2005	64.7	▲
<i>Kiribati</i>	<i>sin datos</i>					
<i>Kuwait</i>	<i>sin datos</i>					
Lesoto	2014	65.3	24	2004	56.8	▲
<i>Letonia</i>	<i>sin datos</i>					
Líbano	2004	41.3				
Liberia	2013	61.2	29	2006	66.2	▬
<i>Libia</i>	<i>sin datos</i>					
<i>Liechtenstein</i>	<i>sin datos</i>					
<i>Lituania</i>	<i>sin datos</i>					
<i>Luxemburgo</i>	<i>sin datos</i>					
Madagascar	2012	65.8		2003	60.6	▬
<i>Malasia</i>	<i>sin datos</i>					
Malawi	2015	76.2	11	2006	58.3	▲
Maldivas	2009	60.5				
Mali	2015	53.2	37	2006	44.4	▲
<i>Malta</i>	<i>sin datos</i>					
Marruecos	2010	26.8				

Países y territorios	Última estimación <sup>i</sup>			Estimación de referencia de la tendencia <sup>ii</sup>		Categoría de la tendencia <sup>iii</sup>
	Año	Inicio temprano a la lactancia materna (%)	Clasificación <sup>iv</sup>	Año	Inicio temprano a la lactancia materna (%)	
<i>Mauricio</i>	<i>sin datos</i>					
Mauritania	2015	61.8	28	2007	44.3	▲
México	2015	51.0	42			
<i>Micronesia (Estados Federados de)</i>	<i>sin datos</i>					
<i>Mónaco</i>	<i>sin datos</i>					
Mongolia	2013	71.1	16	2005	77.5	▬
Montenegro	2013	14.4	76	2005	25.0	▼
<i>Montserrat</i>	<i>sin datos</i>					
Mozambique	2013	69.0	18	2003	63.8	▬
Myanmar	2015	66.8	21			
Namibia	2013	71.2	15	2006	67.3	▬
Nauru	2007	76.4				
Nepal	2016	54.9	34	2006	35.5	▲
Nicaragua	2011	54.4				
Níger	2012	52.9		2006	46.6	▬
Nigeria	2016	32.8	66	2007	29.9	▬
<i>Niue</i>	<i>sin datos</i>					
<i>Noruega</i>	<i>sin datos</i>					
<i>Nueva Zelanda</i>	<i>sin datos</i>					
Omán	2014	71.1	17			
<i>Países Bajos</i>	<i>sin datos</i>					
Pakistán	2013	18.0	75	2006	25.9	▬
<i>Palau</i>	<i>sin datos</i>					
Panamá	2013	47.0	52			
<i>Papúa Nueva Guinea</i>	<i>sin datos</i>					
Paraguay	2016	49.5	47	2008	47.1	▬
Perú	2016	54.8	35	2003	47.4	▬
<i>Polonia</i>	<i>sin datos</i>					

Países y territorios	Última estimación <sup>i</sup>			Estimación de referencia de la tendencia <sup>ii</sup>		Categoría de la tendencia <sup>iii</sup>
	Año	Inicio temprano a la lactancia materna (%)	Clasificación <sup>iv</sup>	Año	Inicio temprano a la lactancia materna (%)	
<i>Portugal</i>	<i>sin datos</i>					
Qatar	2012	33.5				
<i>Reino Unido</i>	<i>sin datos</i>					
República Árabe Siria	2009	45.5				
República Centroafricana	2010	43.5				
<i>República de Corea</i>	<i>sin datos</i>					
República de Moldova	2012	60.9		2005	66.6	—
República Democrática del Congo	2013	51.9	39	2007	48.0	—
República Democrática Popular Lao	2011	39.1				
República Dominicana	2014	38.1	62	2007	60.5	▼
República Popular Democrática de Corea	2012	28.1				
República Unida de Tanzania	2015	51.3	41	2004	57.6	—
Rumania	2004	57.7				
Rwanda	2014	80.5	7	2005	63.9	▲
Samoa	2014	81.4	6			
<i>San Cristóbal y Nieves</i>	<i>sin datos</i>					
<i>San Marino</i>	<i>sin datos</i>					
<i>San Vicente y las Granadinas</i>	<i>sin datos</i>					
Santa Lucía	2012	49.6				
<i>Santa Sede</i>	<i>sin datos</i>					
Santo Tomé y Príncipe	2014	38.3	61	2006	35.3	—
Senegal	2016	29.4	68	2005	22.6	—
Serbia	2014	50.8	44	2005	17.5	▲
<i>Seychelles</i>	<i>sin datos</i>					
Sierra Leona	2013	53.8	36	2005	33.1	▲
<i>Singapur</i>	<i>sin datos</i>					
Somalia	2009	23.4				

Países y territorios	Última estimación <sup>i</sup>			Estimación de referencia de la tendencia <sup>ii</sup>		Categoría de la tendencia <sup>iii</sup>
	Año	Inicio temprano a la lactancia materna (%)	Clasificación <sup>iv</sup>	Año	Inicio temprano a la lactancia materna (%)	
Sri Lanka	2016	90.3	1	2006	79.9	▲
Sudáfrica	2003	61.1				
Sudán	2014	68.7	19			
Sudán del Sur	2010	50.5				
<i>Suecia</i>	<i>sin datos</i>					
<i>Suiza</i>	<i>sin datos</i>					
Suriname	2010	44.7				
Tailandia	2015	39.9	60	2005	49.6	▼
Tayikistán	2012	49.6		2005	60.9	▼
Timor Oriental	2016	75.2	12	2003	46.9	▲
Togo	2013	60.6	30	2006	35.8	▲
<i>Tokelau</i>	<i>sin datos</i>					
Tonga	2012	79.1				
Trinidad y Tabago	2006	41.2				
Túnez	2011	39.9				
Turkmenistán	2015	73.4	13	2006	59.8	▲
Turquía	2013	49.9	45	2003	52.3	■
Tuvalu	2007	15.0				
Ucrania	2012	65.7		2005	35.9	▲
Uganda	2016	66.1	22	2006	41.8	▲
Uruguay	2013	76.5	10			
Uzbekistán	2006	67.1				
Vanuatu	2013	85.4	2	2007	71.9	▲
<i>Venezuela (República Bolivariana de)</i>	<i>sin datos</i>					
Viet Nam	2013	26.5	70	2006	44.0	▼
Yemen	2013	52.7	38	2006	29.6	▲
Zambia	2013	65.8	23	2007	55.6	▲
Zimbabue	2015	57.6	31	2005	68.2	▼

## ANEXO 3.

# Notas sobre los datos

### A. Notas generales

#### A.1 Inicio Temprano de la Lactancia Materna: Definición del indicador

*Numerador:* Niños nacidos en los últimos 24 meses que han sido amamantados dentro de la primera hora de vida

*Denominador:* Niños nacidos en los últimos 24 meses

#### A.2 Base mundial de datos de UNICEF sobre el inicio temprano de la lactancia materna (utilizada en este informe)

UNICEF informa sobre el inicio temprano de la lactancia materna en niños nacidos en los últimos dos años en más de 132 países, la mayoría de los cuales son países de bajos y medianos ingresos. Las fuentes viables de datos para la base mundial de datos de UNICEF incluyen encuestas de hogares representativas a nivel nacional, como las Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), las Encuestas de Demografía y Salud (EDS), las encuestas nacionales sobre nutrición y las estimaciones basadas en sistemas de vigilancia. Los datos presentados en este informe reflejan en general la información disponible hasta mayo de 2018. En [data.unicef.org/nutrition/iycf](http://data.unicef.org/nutrition/iycf) se puede encontrar información más detallada sobre la metodología y las fuentes de datos.

La sede de UNICEF en Nueva York recopila, examina y finaliza las estimaciones a nivel de país sobre el inicio temprano de la lactancia materna en estrecha colaboración con las oficinas de UNICEF en los países. La base mundial de datos incluye datos que se recopilan utilizando los indicadores estándar sobre alimentación del lactante y el niño pequeño, tal como se definen en la publicación de la OMS y UNICEF de 2008, *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño*. Cualquier desviación de la definición del indicador, como las estimaciones de inicio temprano calculadas sólo entre los niños que alguna vez fueron amamantados, en lugar de todos los partos, se incluye con una nota a pie de página en la base mundial de datos. Siempre que se dispone de microdatos para una encuesta, los datos se vuelven a analizar para ajustarlos a la definición estandarizada del indicador.

#### A.3 Estimaciones mundiales y regionales ponderadas en función de la población

Todas las estimaciones ponderadas de la población regional y mundial se ponderaron utilizando los conjuntos de datos de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas sobre población anual por edad (2017). *Perspectivas de la población mundial: Revisión de 2017*.

Los promedios ponderados de población para una región determinada se generaron mediante: a) la multiplicación por el número de nacimientos en ese país de las estimaciones de inicio temprano para cada país con datos disponibles; b) la suma de todos los productos específicos del país; y c) la división de la suma de los productos por la población total de nacimientos en todos los países con datos.

La cobertura de la población, o la proporción de la población para la que se dispone de una estimación en la base mundial de datos de UNICEF, se calculó dividiendo la población de nacimientos en los países sobre los que se dispone de datos por la población total de nacimientos en cada región respectiva. La norma utilizada para la cobertura mínima de la población es del 50%.

### B. Notas sobre los gráficos individuales

*Gráfico 2. Porcentaje de recién nacidos que reciben leche materna dentro de la primera hora de vida, por países y regiones, 2017.*

Los agregados regionales y mundiales se basan en un subconjunto de 76 países de la base mundial de datos de UNICEF con datos recientes entre 2013 y 2018, que abarcan el 72% de la población nacida a nivel mundial. Los agregados regionales están ponderados en función de la población y se presentan sólo cuando se alcanza o supera una cobertura de población del 50%. Para una cobertura adecuada de la población, Europa oriental y Asia central no incluye a la Federación de Rusia, América Latina y el Caribe no incluye al Brasil, y el Oriente Medio y África septentrional no incluye a la República Islámica de Irán ni al Iraq.

- denota países con datos más antiguos entre 2005-2012; los datos de estos países no se incluyen en los agregados regionales. Los países sombreados en gris oscuro presentan estimaciones de 2004 o anteriores y, por lo tanto, se les representa como “sin datos actuales”; estos países no están incluidos en los agregados regionales.

Estos mapas están estilizados y no a escala, y no reflejan una posición de UNICEF sobre la situación legal de ningún país o territorio ni la delimitación de ninguna frontera. La línea de puntos representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira acordada por India y Pakistán. Las partes aún no han llegado a un acuerdo sobre el estatuto definitivo de Jammu y Cachemira. Todavía no se ha determinado la frontera definitiva entre el Sudán y el Sudán del Sur. Todavía no se ha determinado el estatuto definitivo de la zona de Abyei.

*Gráfico 3. Tendencias en el porcentaje de recién nacidos que reciben leche materna dentro de la primera hora de vida, por cambios en las tasas de partos en instituciones, 2005 y 2017.*

El análisis de tendencias se basa en un subconjunto de 58 países en los que se dispone de estimaciones recientes sobre el inicio temprano de la lactancia materna y los partos en instituciones entre 2012 y 2018 y estimaciones de referencia entre 2003 y 2008. Los análisis de tendencias son medios no ponderados, que abarcan el 71% alrededor de 2017 (2012-2018) y el 70% de la población mundial nacida alrededor de 2005 (2003-2008).

Hay 37 países con tasas de parto en instituciones consideradas bajo el título de “mínimo/ningún aumento”. Desde 2005, las tasas de ejecución institucional en este grupo de países han cambiado menos de 10 puntos porcentuales (entre -0,2 y 9,8 puntos porcentuales). Dieciséis países que están clasificados bajo el título “aumento moderado” presentan tasas de parto en instituciones que aumentaron en más o menos de 10 puntos porcentuales y menos de 20 (escala de 10,1 a 19,6 puntos porcentuales) entre 2005 y 2017. Durante el mismo período, 23 países en los que las tasas de partos en instituciones aumentaron en más de 20 puntos porcentuales (entre 20,2 y 62,5 puntos porcentuales) se clasifican bajo el título de “aumento elevado”. En el análisis no se incluyen los países con tasas de parto en instituciones superiores al 95% en torno a la base de referencia de 2005.

*Gráfico 4. Porcentaje de recién nacidos que reciben leche materna dentro de la primera hora de vida, por tipos de parto (vaginal o por cesárea), por países, 2017.*

El análisis se basa en las Encuestas de Demografía y Salud (EDS) de un subconjunto de 51 países con datos disponibles sobre el tipo de parto (vaginal o cesárea) entre 2010 y 2017, que abarcan el 73% de la población nacida a nivel mundial, excluidos el Brasil, China y la Federación de Rusia. Las tasas de inicio temprano de la lactancia materna por tipo de parto se evalúan entre un subconjunto de recién nacidos cuyo parto contó con la presencia de personal sanitario capacitado.

*Gráfico 5. Porcentaje de recién nacidos que recibieron leche materna a más tardar una hora después del parto, por tipos de otros alimentos o líquidos en los primeros tres días de vida, por clasificaciones del Banco Mundial de los países según sus niveles de ingresos, 2017.*

El análisis se basa en las Encuestas de Demografía y Salud (EDS) de un subconjunto de 45 países con datos disponibles sobre el tipo de alimentación en los tres primeros días entre 2010 y 2017, que abarcan el 72% de la población nacida nivel mundial, excluidos el Brasil, China y la Federación de Rusia. El gráfico presenta medias no ponderadas debido a la baja cobertura de población de los países de medianos y altos ingresos. Las agrupaciones de ingresos se basan en la clasificación de ingresos del Banco Mundial del año fiscal 2018.

Las tasas de inicio temprano de la lactancia materna por tipo de alimentación suplementaria se basan en los recién nacidos que alguna vez fueron amamantados y que dieron a luz con el apoyo de personal sanitario capacitado. No se dispuso de datos sobre los líquidos consumidos en los primeros tres días de vida para los lactantes que nunca recibieron leche materna.

*Anexo 1. Países con los mayores cambios en la prevalencia del inicio temprano de la lactancia materna entre 2005 y 2017.*

En la base mundial de datos de UNICEF se evalúan las tendencias a nivel de país para un subconjunto de 77 países, con una estimación reciente del inicio temprano de la lactancia materna entre 2012 y 2018 y una estimación de referencia entre 2003 y 2008, que abarca el 74% de la población nacida a nivel mundial en torno 2017 y el 73% en torno 2005. Se presentan los 4 países con el mayor aumento porcentual y los 4 países con el mayor descenso porcentual entre 2005 y 2017.

# Referencias

- 1 Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Every Newborn: An action plan to end preventable deaths*, OMS, Ginebra, 2014.
- 2 Organización Mundial de la Salud, *Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternal and newborn services*, OMS, Ginebra 2017. <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259386/1/9789241550086-eng.pdf?ua=1>>. Consultado en julio de 2018
- 3 Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Global strategy for infant and young child feeding.*, OMS, Ginebra, 2003 <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42590/1/9241562218.pdf>>, consultado el 7 March 2018.
- 4 Victora Cesar G, et al, for The Lancet Breastfeeding Series Group. 'Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect'. *Lancet.*, vol.387, 2016, págs. 475–90.
- 5 Smith Emily R, et al. 'Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis.' *PLoS ONE*, vol, 12, no. 7, 25 de julio de 2017.
- 6 Smith, Emily R et al. 'Delayed Breastfeeding Initiation Is Associated with Infant Morbidity', *Journal of Pediatrics*, vol.191, págs.:57-62, 2017
- 7 Rollins Nigel C, et al., *The Lancet Breastfeeding Series Group*. 'Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?' *Lancet*, vol.387, 2016, págs. 491–504.
- 8 Victora Cesar G, et al, for The Lancet Breastfeeding Series Group. 'Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect'. *Lancet.*, vol.387, 2016, págs. 475–90.
- 9 Moore Elizabeth R, et al, 'Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review)' *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 11, No, CD003519, 2016.
- 10 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Breastfeeding, a mother's gift for every child*, UNICEF, Nueva York, 2018.
- 11 McKenna, K.M. and R.T. Shankar, The practice of prelacteal feeding to newborns among Hindu and Muslim families. *J Midwifery Womens Health*, 2009. 54(1): p. 78-81.
- 12 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Maternal and Newborn Health, Deliver Care. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/#>, consultado el 13 de julio de 2018
- 13 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *From the first hour of life*, UNICEF, Nueva York, 2016.
- 14 Organización Mundial de la Salud, *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*, OMS, Ginebra, 2016. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249155/1/9789241511216-eng.pdf?ua=1>, consultado el 17 de julio de 2018.
- 15 Boatin, AA et al. 'Within country inequalities in caesarean section rates: observational study of 72 low and middle income countries' *British Medical Journal* 2018;360:k55.
- 16 Sharma, Indu K and and Abbey Byrne, 'Early initiation of breastfeeding: a systematic literature review of factors and barriers in South Asia', *International Breastfeeding Journal* , vol. 11, no.17, 2016.
- 17 Rowe-Murray Heather and JR Fisher, 'Baby Friendly Hospital Practices: Caesarean section is a Persistent Barrier to Early Initiation of Breastfeeding'. *Birth*, vol. 21, no.2, 2002, págs.124-131.
- 18 Alzaheb Riyadh A, 'A review of the factors associated with the timely initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding in the Middle East', *Clinical Medical Insights in Pediatrics*, diciembre de 2017.
- 19 Regan Jodi, Amy Thompson y Emily DeFranco, 'The Influence of Mode of Delivery on Breastfeeding Initiation in Women with a Prior Cesarean Delivery: A Population-Based Study', *Breastfeeding Medicine*, vol.8, no.2, abril de 2013, págs.181-186.
- 20 Victora Cesar G, et al, for The Lancet Breastfeeding Series Group. 'Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect'. *Lancet.*, vol.387, 2016, págs. 475–90.
- 21 Stevens, Jeni, et al, 'Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature', *Maternal and Child Nutrition*', vol.10, abril de 2014, págs. 456–473.
- 22 Stevens, Jeni, et al, 'Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature', *Maternal and Child Nutrition*', vol. 10, abril de 2014, págs. 456–473.

- 23 Sharma Indu K and Abbey Byrne, 'Early initiation of breastfeeding: a systematic literature review of factors and barriers in South Asia', *International Breastfeeding Journal*, vol. 11, no. 17, 2016,11:17.
- 24 Patel, Archana, Anita Banerjee and Amol Kaletwad, 'Factors Associated with Prelacteal Feeding and Timely Initiation of Breastfeeding in Hospital-Delivered Infants in India', *Journal of Human Lactation*, vol.29, no. 4, noviembre de 2013, págs. 572-578.
- 25 Alzaheb Riyadh A, 'A review of the factors associated with the timely initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding in the Middle East', *Clinical Medical Insights in Pediatrics*, diciembre de 2017.
- 26 Pérez-Escamilla Rafael, Josefa L. Martinez y Sofía Segura-Pérez, 'Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review', *Maternal Child Nutrition*, vol.12, no.3, julio de 2016, págs. 402–17.
- 27 Sinha Bireshwa,,et al, 'Interventions to improve breastfeeding outcomes: systematic review and meta analysis'. *Acta Paediatrica* vol. 104, no.467, December 2015, pág., 114–34.
- 28 Mhrshahi S, Kabir I, Roy SK et al. Determinants of infant and young child feeding practices in Bangladesh: secondary data analysis of Demographic and Health Survey 2004. *Food Nutr Bull*. 2010; 31, 295–313.
- 29 Sandor M, Dalal K. Influencing factors on time of breastfeeding initiation among a national representative sample of women in India. *Health*. 2013; 5:2169-2180.
- 30 Ogunlesi TA. Maternal socio-demographic factors influencing the initiation and exclusivity of breastfeeding in a Nigerian semi-urban setting. *Matern Child Health J*. 2010;14(3):459-65.
- 31 Bbaale E. Determinants of early initiation, exclusiveness and duration of breastfeeding in Uganda. *J Health Popul Nutr*. 2014; 32(2):249-260.
- 32 Prak, Sophonneary et al, 'Breastfeeding trends in Cambodia, and the increased use of breastmilk substitutes – why is it a danger?', *Nutrients*, vol. 6, no.7, julio de 2014, págs. 2920-2930.
- 33 Gibbons L et al. The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. Organización Mundial de la Salud, 2010.
- 34 Todos los datos sobre el lugar del parto y el tipo de asistencia en el parto en esta sección: bases de datos de UNICEF: <<http://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>>
- 35 Todos los datos sobre tasas de lactancia materna en esta sección: bases de datos de UNICEF: <<http://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding>>
- 36 Ministerio de Salud de Viet Nam, De fisió n No. 6734/QD-BYT 2016
- 37 Basado en el llamamiento a la acción del Colectivo Mundial para la Lactancia Materna codirigido por la OMS y UNICEF: <https://www.unicef.org/nutrition/files/GBC-Call-to-action-flyer-21.pdf>
- 38 Organización Mundial de la Salud, *Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternal and newborn services* OMS, Ginebra, 2017. <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259386/1/9789241550086-eng.pdf?ua=1>>, consultado en julio de 2018.
- 39 Organización Mundial de la Salud WHO, *Implementation guidance. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative* OMS, Ginebra, 2018.
- 40 Organización Mundial de la Salud, *Quality, Equity, Dignity. A network for improving quality of care for maternal, newborn and child health*. Calidad de la atención <http://www.qualityofcarenetwork.org/network-improve-qoc>, consultado el 17 de julio de 2018
- 41 Organización Mundial de la Salud, *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*, OMS, Ginebra 2018.





Organización  
Mundial de la Salud

unicef



9 789280 649789