



Avances y retos de la lactancia materna

Colombia 1970 a 2013

Un recorrido sobre 40 años de experiencias en la aplicación de políticas públicas



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Avances y retos de la lactancia materna Colombia 1970 a 2013

Un recorrido sobre 40 años de experiencias en la
aplicación de políticas públicas



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia).

Avances y retos de la lactancia materna: Colombia 1970 a 2013. Un recorrido sobre 40 años de experiencias en la aplicación de políticas públicas. Washington, D.C. : OPS, 2013.

1. Lactancia Materna - historia. 2. Lactancia Materna - tendencias. 3. Leche Humana. 4. Seguridad Alimentaria. 5. Colombia. I. Título.

ISBN 978-92-75-31758-7

(Clasificación NLM: WS125 DC7)

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al Servicio Editorial, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (pubrights@paho.org). El Área de Salud de la Familia y Comunidad, Proyecto del Curso de Vida Saludable podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2013. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

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

Fotografías: Las fotos de esta publicación pertenecen a la © Organización Panamericana de la Salud obtenidas a través del concurso “Maternidad Segura” realizado en 2011.



Existe en Colombia una larga y destacada historia en la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. Fue el primer país en la región de las Américas en aprobar e implementar el Código de la Comercialización de los Sucédanos de la Leche Materna y un líder en otras políticas y programas a favor de la lactancia. La dedicación y esfuerzo del Gobierno en este campo se nota en mejoras notables e importantes en los indicadores de la lactancia materna. Entre 1986 y 2005 se registró un incremento de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses del 15% al 47% y la duración mediana de la lactancia de 8 meses a 15 meses. La trayectoria positiva en la lactancia materna es aún más impresionante cuando se toma en cuenta los cambios demográficos en la población, los cuales son normalmente asociados con menos lactancia, como las mejoras en la educación de la mujer, mayor urbanización y trabajo femenino. Estas mejoras son de las más notables en la región de las Américas y gran ejemplo para otros países.

La evidencia de los beneficios a corto y largo plazo de la lactancia materna para la salud y desarrollo del niño tanto como para la mujer es abundante y conducente. Tomando sus efectos positivos en reducir la morbilidad y mortalidad, mejorar el desarrollo cognoscitivo, y reducir el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en los niños y reducir los riesgos maternos en cáncer del ovario y seno, han contribuido al bienestar de la población colombiana.

A pesar de las mejoras, es preocupante que entre el 2005 y el 2010 se detuvo el crecimiento de la lactancia materna, la exclusiva descendió de 47% a 45% y la duración total se mantuvo en 15 meses, lo cual justifica la necesidad de fortalecer las actividades en este campo, entre otras el monitoreo del Código, la acreditación de Instituciones Amigas de la Mujer e Infancia, la capacitación de todo el personal de salud y agentes comunitarios en consejería en lactancia materna y prácticas adecuadas en alimentación infantil, promoción de los bancos de leche humana, Programa Madre Canguro y las Salas Amigas de la Familia Lactante en el entorno laboral, conjuntamente con estrategias de información, educación y comunicación.

La elaboración y difusión del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012-2019 y el Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020, que compromete a toda la sociedad para enfrentar de manera conjunta la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna en todos los rincones del país, muestra el compromiso del Ministerio de Salud y Protección Social del país en redoblar sus esfuerzos para garantizar que todos los niños y las niñas nazcan en un entorno donde sus madres reciben el apoyo necesario para amamantar en forma exclusiva durante los 6 primeros meses conjuntamente con alimentos complementarios nutritivos y saludables hasta los 2 años o más.

Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección Social

Dra. Gina Watson
Representante de la Organización
Panamericana de la Salud en Colombia



Agradecimientos



Nuestro agradecimiento a la Licenciada Gloria Ochoa Parra, Nutricionista Dietista especializada en Administración y Planeación y Especialista en Administración de Programas de Lactancia Materna Wellstart USA quien escribió este documento. Así mismo agradecemos a las siguientes personas que contribuyeron con su revisión y aprobación Doctora Chessa Lutter, de la Oficina Regional de la Organización Panamericana de la Salud, Doctor Lenis Enrique Urquijo Velásquez Director de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social (hasta mayo 2013), la Doctora Blanca Cristina Olarte Pinilla, Subdirectora de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas del Ministerio de Salud y Protección Social y la Nutricionista - Dietista Luz Angela Ochoa, de la Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas del Ministerio de Salud y Protección Social. Así mismo a la Doctora Maria Cristina Pedreira y la Doctora Jovana Ocampo de la Oficina de la Organización Panamericana de la Salud en Colombia.





Resumen ejecutivo.....	1
Introducción	3
Década de los 80	8
Período 1990 a 1994	11
Período 1995 a1999	16
Período 2000 a 2004	18
Período 2005 a 2009	20
Período 2010 a 2013	22
Retos para rescatar la práctica de la lactancia materna	28
Anexo 1.....	31
Anexo 2.....	35
Bibliografía.....	37

Graficas

Gráfica N°1. Políticas públicas y actividades a favor de la lactancia y la lactancia materna 1986-2010 (duración mediana, meses).....	5
Gráfica N° 2. El Código en los países de América Latina: su adopción en una línea de tiempo	9
Gráfica N° 3. Lactancia materna exclusiva en menores de seis meses, 1986 a 2010	22
Gráfica N° 4. Duración mediana de la lactancia materna, 1986 a 2010	23
Gráfica N° 5. Prevalencia desnutrición en niños y niñas menores de cinco años y Meta ODM 2015, 1990-2010	24

Cuadros

Cuadro N°1. Un resumen de los 10 puntos del Código Internacional de la Comercialización de los Sucedaneos de la Leche Materna.....	10
Cuadro N°2. Diez pasos hacia una feliz lactancia natural.....	12



Resumen Ejecutivo



En las décadas del 70 y 80 la promoción de la lactancia materna hacía parte de planes y normas, como la Campaña Nacional de Lactancia Materna y el Decreto 1220 de 1980, el primer esfuerzo de la región de las Américas sobre un Código de Comercialización de los Sucédanos de la Leche Materna. A principios del 90, compromisos internacionales dieron origen al Plan de Lactancia Materna 1992-1994, que inicia con la suscripción del Código Internacional de los Sucédanos de la Leche Materna, la adopción de los “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural” y la apertura de la Semana Mundial de la Lactancia Materna. Entre 1986 y 2005 la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, registra un incremento de la lactancia materna exclusiva en los menores de seis meses, que pasa de 15.4% a 46.8% y la duración total de 8.2 meses a 14.9 meses, es decir, casi la mitad de las mujeres colombianas amamantaban a sus bebés menores de seis meses de manera exclusiva y la prolongaban por casi 15 meses. A pesar de estos logros importantes, las mujeres colombianas aún no llegan a la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este progreso responde al impulso de los Planes de: Alimentación y Nutrición (1996-2005), Lactancia Materna (1998-2008) y a la cooperación de organismos internacionales (UNICEF, OPS/OMS). En 2010, se detuvo el crecimiento de la lactancia materna, la exclusiva descendió de 46.8% a 42.8% y la duración total se mantuvo en 14.9 meses, situación que impulsó el diseño de políticas públicas, estrategias y la difusión del Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020, que compromete a toda la sociedad, para enfrentar de manera conjunta, los retos, que demandarán mejorar la práctica de la lactancia materna en todos los rincones del país.





“Cada mamífero produce la leche que su especie necesita para crecer y desarrollarse adecuadamente, así la leche humana está diseñada para alimentar de forma exclusiva a los bebés durante los primeros seis meses y junto con alimentación complementaria adecuada y saludable hasta los dos años y más. Una sociedad que valora los beneficios sociales y económicos de la lactancia materna, es capaz de promoverla, protegerla y apoyarla”.

CEFEMINA/IBFAN Costa Rica

Día a día se intercambia a nivel mundial un flujo de información científica sobre la importancia y beneficios de la lactancia materna. La revisión documental de la evidencia sobre los efectos a corto plazo en la salud de la infancia, señala que ésta salva vidas y reduce el riesgo de mortalidad y morbilidad por enfermedades infecciosas (Ip y col 2009; OPS/OMS y col, 2002). Las tasas de diarrea, las infecciones de las vías respiratorias, la otitis media y otras enfermedades, así como las defunciones causadas por éstas, son menores en los bebés amamantados. La lactancia materna también aporta grandes beneficios en la salud de las madres y en el medio ambiente, lo que representa ventajas económicas en la familia, sistema de salud y el país. Aún en los EE.UU., los costos en salud debido a las prácticas inadecuadas de la lactancia materna llega a 24,008 billones de pesos en el año 2009 (13 billón de dólares) (Bartick y Reinhold, 2010).

Los efectos a largo plazo de la lactancia materna se relacionan con una disminución positiva y significativa en la presión arterial sistólica (-1.21 mm Hg) y en la diastólica (-0.49 mm Hg), de la misma forma, en los adultos que fueron amamantados se presenta una reducción del colesterol de 6.9 mg/dl en comparación con los que no fueron lactados (OMS, 2007). La lactancia materna disminuye el riesgo de diabetes tipo 2 y tiene un efecto protector en la prevalencia del sobre peso y obesidad, siendo más significativo en el sobrepeso. Otro efecto, a largo plazo, se asocia con la inteligencia propiciada por un alto desarrollo cognitivo, que en promedio llega a 5 puntos en el coeficiente de inteligencia (WHO, 2007).

Los beneficios también se extienden a las mujeres que amamantan (Lutter y Lutter, 2012). Ellas pierden peso más rápido en el postparto y experimentan riesgos reducidos de cáncer del ovario y del seno pre menopáusico y diabetes tipo-2.

Todas estas bondades están explícitas en el marco de políticas y normas de organismos internacionales que velan por la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna y que han servido de plataforma para la construcción de políticas públicas en Colombia. La historia de la lactancia materna en Colombia, consolidada en el presente documento, explora los sucesos más importantes

ocurridos en cuarenta y dos años, distribuidos en las décadas de los años 70 y 80 y cinco períodos quinquenales, agrupados a partir de 1990 a marzo de 2013. Esta distribución responde a la disponibilidad de información sobre la situación de la lactancia materna, que permite asociarla con algunas importantes actividades internacionales, su repercusión en las nacionales, y cambios en la lactancia materna como se puede observar en la Gráfica N° 1.

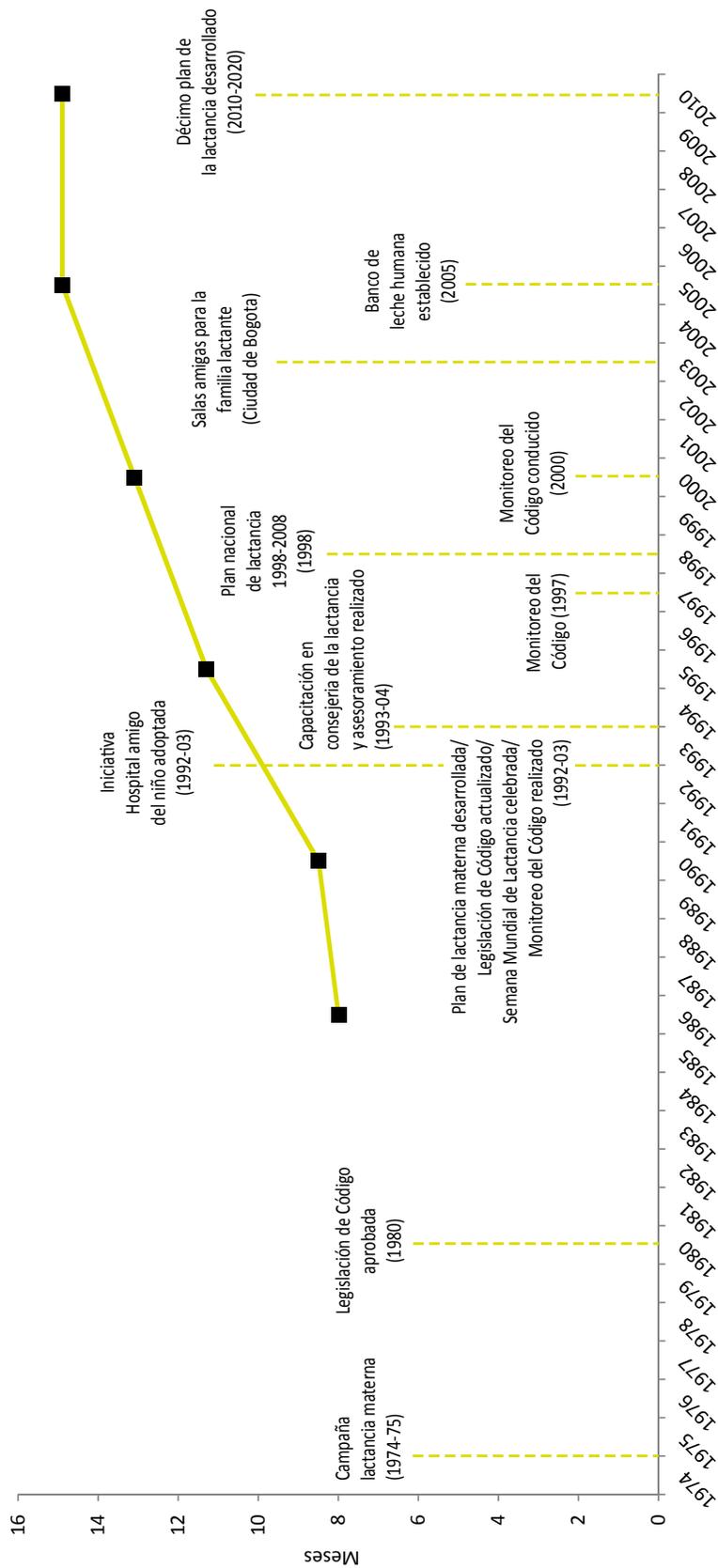
En la primera década y hasta entrado el año 1986, no se conocen estudios nacionales de lactancia materna, sin embargo, ésta hizo parte de la Campaña Nacional de Lactancia Materna y del Plan SUPERVIVIR, como una estrategia para disminuir la desnutrición en los primeros cinco años de vida. El país fue el primero en América Latina y a nivel global en la aprobación de legislación sobre la comercialización de los sucedáneos de la leche materna. Este periodo, dejó un marco normativo derivado de la aprobación del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna por la Asamblea Mundial de la Salud en 1981 (Resolución 34,22) y la Declaración Conjunta OMS/UNICEF 1989, “Para la promoción, protección y apoyo a la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad”. Se destaca en este período la fundación de la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil (IBFAN por su sigla en inglés), su posterior creación en Colombia y el inicio de la Semana Mundial de la Lactancia Materna.

Existe en Colombia una larga y destacada historia en la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna y un país que valora sus beneficios sociales y económicos es capaz de seguir promoviéndola, protegiéndola y apoyándola.

A partir de 1986, los estudios nacionales permiten conocer la evolución de la duración total y exclusiva de la lactancia materna, situación que se describe en los diferentes períodos ya enunciados y para efectos de este análisis se utiliza la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en menores de seis meses y la mediana de la duración total de la lactancia materna. Entre 1986 y hasta el 2005, se presenta un incremento en la lactancia materna exclusiva de 15.4% a 46.8% y la duración de la lactancia materna, pasando de 8.2 a 14.9 meses, es decir, casi la mitad de las mujeres colombianas amamantan a sus hijos menores de seis meses en forma exclusiva y continúan la lactancia con alimentos complementarios por casi quince meses.

Estos avances importantes (aún lejos de la recomendación de la OMS) son el resultado de diversas políticas públicas ilustradas en la Gráfica No 1, que incluye dos Planes de Lactancia Materna, tres monitoreos del Código en 1992, 1997 y 2000 y diversas estrategias, que han tenido como referente la Declaración de Innocenti de 1990 y 2005 y la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2002 (Resolución 55).

Gráfica N° 1. Políticas públicas y actividades a favor de la lactancia y la lactancia materna (duración mediana, meses).



Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud: 1986, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010.

Entre 2005 y 2010, se detuvo el crecimiento de la lactancia materna exclusiva de 47% a 42.8%, situación que obliga a reflexionar: ¿Qué se dejó de hacer? ¿Qué se interrumpió? ¿Qué hace falta por hacer?

Entre 2005 y 2010, se detuvo el crecimiento de la lactancia materna exclusiva de 46.8% a 42.8% y se detuvo la duración de la lactancia materna en 14.9 meses, situación que obliga a reflexionar: ¿Qué se dejó de hacer? ¿Qué se interrumpió? ¿Qué hace falta por hacer? A partir de 2010 son evidentes los esfuerzos para rescatar la práctica de la lactancia materna, se implementan diversas iniciativas que benefician a la primera infancia, entre ellas la Estrategia “De Cero a Siempre”, cinco Salas Amigas de la Familia Lactante en el entorno laboral, dos bancos de leche humana y se inicia la capacitación del Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020, que compromete a toda la sociedad colombiana, para que de manera conjunta, se enfrenten los retos, que demandarán mejorar la práctica de la lactancia materna en todos los rincones del país.

Década de los 70

En este período no se registran estudios que documenten la práctica de lactancia materna en el país, pero sí la situación nutricional de los niños y niñas menores de cinco años. Un primer estudio del año 1965 “*Investigación Nacional de Morbilidad*” (Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud) y el segundo del año 1977 “*Situación nutricional de la población Colombiana*” (Mora, 1982), muestran que la desnutrición crónica (talla/edad), descendió de 31.9% a 22.4% y la desnutrición global (peso/edad) de 21.1% a 16.8%, según patrón del National Center Health Statistics (NCHS) de Estados Unidos. No ocurrió lo mismo para la desnutrición aguda (peso/talla) que aumentó de 3.9% a 4.9%.

En consecuencia, el gobierno nacional asumió el reto de mejorar la situación nutricional mediante el Plan de Desarrollo “*Para Cerrar la Brecha*” 1974-1978, a través del cual implementó el primer “*Plan Nacional de Alimentación y Nutrición*”, que contenía la política y los proyectos para reducir la desnutrición. La población objetivo del Plan fue el 30% más pobre de los colombianos, es decir los más vulnerables a la desnutrición, como son los niños y niñas menores de cinco años, madres embarazadas y en período de lactancia, que vivían en zonas rurales y barrios marginales urbanos.

En este marco de políticas, se desarrolló el “*Programa Nacional de Educación Nutricional*” que adelantó la “*Campaña Nacional de Lactancia Materna*”, utilizando diversos medios de comunicación, entre ellos la radio y la televisión, e implementó la educación no formal y la educación nutricional formativa, dirigida a profesionales de la salud, promotores de salud y agentes comunitarios. La campaña contó con material educativo: afiches, manuales, rotafolios y audiovisuales. Los contenidos técnicos hacían énfasis en fomentar la lactancia materna exclusiva de cuatro a seis meses, una adecuada alimentación complementaria y a prevenir la enfermedad diarreica.

El Departamento Nacional de Planeación y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) lideraron esta campaña, en coordinación con los sectores salud, agricultura, educación y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, entidades que llegaron a todos los departamentos y municipios de Colombia, designando recurso humano para su implementación. No fue posible conocer el número de personas capacitadas o la cantidad de material educativo distribuido, dado que esta iniciativa se desmontó al cambio de gobierno, sin que se conozcan sus efectos o impactos.

Por otro lado, la revisión de las prácticas hospitalarias de esa época, señalan que era usual separar a la madre de su bebé después del parto, así como el uso de agua azucarada como primer alimento, seguido de leches artificiales infantiles. Las madres recibían charlas sobre alimentación infantil de parte de las compañías productoras de alimentos infantiles y, al egreso hospitalario, salían con donaciones de tarros de leche. A los profesionales de la salud, que recién eran madres o padres, las compañías les suministraban gratuitamente la cantidad de leche necesaria para alimentar a sus hijos durante los primeros cuatro meses de vida. Adicionalmente, construían los lactarios en los hospitales y financiaban eventos académicos y científicos. Como logros sindicales no negociables, las madres y padres trabajadores del Instituto Colombiano del Seguro Social recibían suministros gratuitos de leches artificiales para alimentar a sus hijos en los primeros meses, práctica que se desmontó con el inicio de los Hospitales Amigos de los Niños.

La Academia, especialmente sus Facultades de Salud, no fueron ajenas a esta publicidad. Las sesiones educativas sobre alimentación infantil eran desarrolladas por representantes de la industria, los alumnos recibían charlas sobre las diferentes diluciones de la gama de productos que según criterio de las compañías, respondían a las necesidades nutricionales del infante. Para las compañías, la lactancia materna era buena pero muy difícil y la solución la brindaban ellas al facilitar la labor de los profesionales de la salud.

Mientras el país hacía frente al problema nutricional de la población más vulnerable, en el mundo crecía la preocupación por las altas tasas de desnutrición y mortalidad infantil, asociadas al abandono de la lactancia materna. La historia registra que muchas voces se venían pronunciando sobre esta problemática, se destaca Cicely Willians autora de la conferencia “*Leche y asesinato*” llevada a cabo en el Club Rotario de Singapur en 1939 y Derrick Jelliffe, quien en 1968, acuñó el término “*Malnutrición Comerciógena*” para describir el impacto en la salud infantil, derivado de la publicidad de los sucedáneos de la leche materna (Jelliffe, 1972). Estas denuncias movilizaron a trabajadores de la salud, periodistas, asociaciones de consumidores y organizaciones de mujeres, quienes manifestaron sus protestas en medios de comunicación y en repetidos boicots en Inglaterra y Europa, Australia, Nueva Zelanda, Asia, Canadá, Estados Unidos y México.

En respuesta a la presión internacional, en octubre de 1979, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) convocaron la primera reunión

Con la versión preliminar del Código, el doctor Alfonso Jaramillo Salazar, Ministro de Salud, lideró el proceso de expedición del Decreto 1220 de 1980, que reglamentó la “promoción, rótulos, empaques y envases de alimentos sustitutos y complementarios de la leche materna”. Este Decreto lleva su firma y la del Presidente Julio Cesar Turbay.

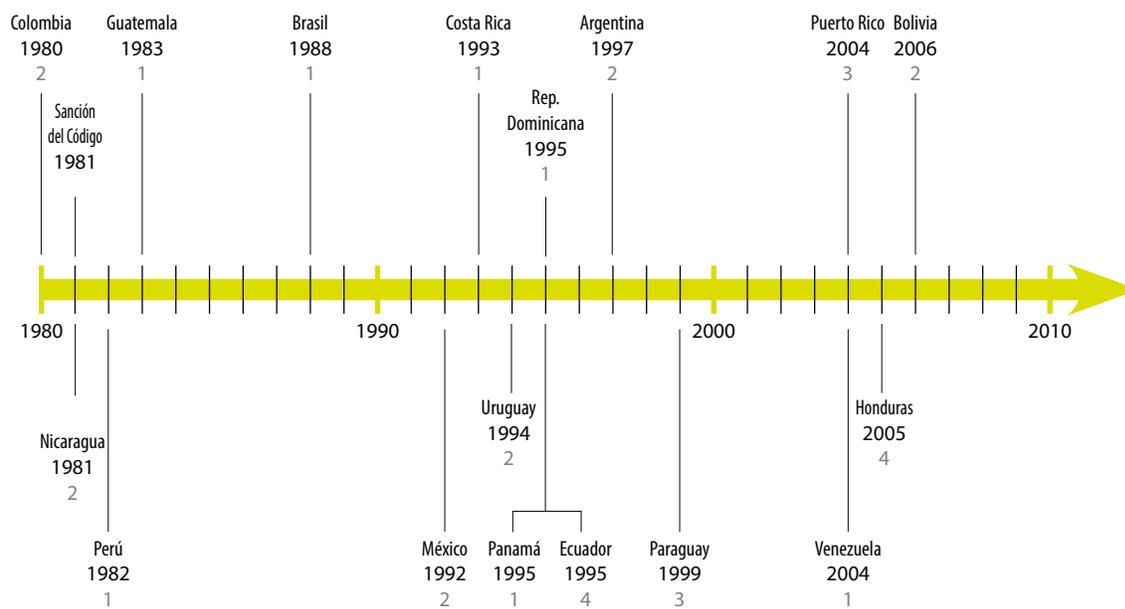
sobre *“Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño”* con el propósito de revisar las prácticas de comercialización de los alimentos infantiles y sus repercusiones en la salud infantil (OMS, 1979). Esta reunión produjo la Resolución 33.32 de la Asamblea Mundial de la Salud, que recomendó elaborar un Código para controlar las prácticas inadecuadas de publicidad de los alimentos infantiles, biberones y chupos. Esta tarea fue asumida por científicos, profesionales de la salud, representantes de la industria de alimentos infantiles, organizaciones de consumidores y la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil (IBFAN por su sigla en inglés), creada en ese momento y la cual ha jugado un papel importante, tanto en la redacción, como en la puesta en marcha del Código.

Década de los 80

La Encuesta de Demografía y Salud realizada en 1986 demuestra que el 93.6% de mujeres inició la lactancia, 15.4% de los infantes menores de seis meses recibieron lactancia materna exclusiva y la duración de la lactancia fue 8.2 meses¹. Además señala que la prevalencia de la desnutrición crónica era 22.7% y el bajo peso para la edad de 11.9%. Los problemas nutricionales eran evidentes en el país, con grandes diferencias regionales, haciendo más visibles las desigualdades sociales y económicas.

El período inicia con la presentación del Código a la AMS, gestión que no logró consenso para su aprobación. Por otro lado, en el año 1980 el país celebraba el Año Internacional del Niño, momento muy oportuno para legislar sobre la promoción de la lactancia materna, tarea que asumió el gobierno nacional a través del Ministerio de Salud. Con la versión preliminar del Código, el doctor Alfonso Jaramillo Salazar, Ministro de Salud de la época, quien había participado en la AMS, lideró el proceso de expedición del Decreto 1220 de 1980, que reglamentó la *“promoción, rótulos, empaques y envases de alimentos sustitutos y complementarios de la leche materna”*. Este Decreto, el primero en la Región de las Américas, lleva su firma y la del entonces Presidente de la República Julio Cesar Turbay (Gráfica No. 2).

Gráfica 2. El Código en los países de América Latina: su adopción en una línea de tiempo



- Referencias
- 1 - La ley contempla todos o casi todos los aspectos del Código
 - 2 - La ley abarca muchos aspectos del Código
 - 3 - La ley cubre algunos aspectos del Código
 - 4 - Existe un código o política voluntaria
 - 7 - Medida redactada pero aún no decretada

Fuente: OPS. 30 Años del Código en América Latina. 2011.

Al año siguiente, en 1981 el Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna fue aprobado en la AMS mediante Resolución 34.22 y ha sido considerado como un requisito mínimo para promover, proteger y apoyar la lactancia materna. La AMS ha aprobado más de una docena de Resoluciones para mantener al día el Código, de acuerdo a las tendencias de la comercialización, los avances tecnológicos y el conocimiento científico. El Código y las Resoluciones subsiguientes, hacen parte de un mismo cuerpo, que los gobiernos deben aplicar en su legislación nacional, vigilando su cumplimiento de manera permanente. Los 10 puntos claves del Código están resumidos en el Cuadro No. 1. Una vez aprobado el Código, la OPS/OMS, UNICEF e IBFAN ofrecen asistencia técnica a los países para su implementación, capacitando a trabajadores de diferentes disciplinas, responsables de su aplicación en la legislación nacional.

Todo indica que el gobierno quedó conforme con el Decreto 1220 de 1980, por cuanto no se encontraron evidencias sobre la adopción del Código en la legislación nacional en esta década. Este vacío generó una falsa percepción sobre el alcance del Código, restringido tan solo a las etiquetas de los sustitutos de la leche materna, dejando desprotegidas otras formas de publicidad que la desestiman y que son utilizadas por las compañías de alimentos infantiles en los medios de comunicación, puntos de venta y materiales educativos, dirigidos a madres y trabajadores de la salud.

1 Stat Compilier, Macro International. www.statcomplier.com Datos de la Encuesta de Prevalencia Demografía y Salud, 1986. Sitio web accedido 17 enero 2013.

Cuadro 1. Un resumen de los 10 puntos del Código Internacional de la Comercialización de los Sucédanos de la Leche Materna

1. *Objetivo:* Proteger y promover la lactancia materna por medio de una comercialización y distribución apropiadas de los sucedáneos de la leche materna.

2. *Alcance:* El Código se aplica a los sucedáneos de la leche materna cuando están comercializados o cuando de otro modo se indique que pueden emplearse para sustituir parcial o totalmente a la leche materna. Los sucedáneos de la leche materna incluyen alimentos y bebidas como:

- fórmula infantil
- leches de seguimiento
- otros productos lácteos
- tés y jugos para bebés
- cereales y mezclas de verduras

También se aplica a los biberones y tetinas. Puesto que se recomienda la lactancia materna exclusiva por 6 meses, todos los alimentos complementarios comercializados o de otro modo presentados para uso antes de los seis meses son sucedáneos de la leche materna.

3. *Publicidad:* No está permitida ninguna publicidad al consumidor de los productos arriba mencionados.

4. *Muestras:* No son permitidas muestras para las madres, sus familias ni los agentes de salud.

5. *Servicios de salud:* Ninguna promoción comercial de productos en los servicios de salud, es decir ninguna exposición de productos, afiches, calendarios ni entrega de material promocional. No se pueden usar “enfermeras de maternidad” ni personal similar pagado por las compañías.

6. *Agentes de salud:* No se pueden dar regalos o muestras a los agentes de salud. La información sobre productos que se les entrega debe ser objetiva y científica.

7. *Suministros donados:* No están permitidas las donaciones o ventas a bajo precio de suministros de sucedáneos de la leche materna en cualquier parte del sistema de atención de salud.

8. *Información:* Los materiales de información y educativos deben explicar los beneficios de la lactancia materna y los riesgos para la salud asociados al uso del biberón, así como el costo del uso de fórmula infantil.

9. *Etiquetas:* Las etiquetas de los productos deben declarar claramente la superioridad de la lactancia materna, la necesidad de consultar a un agente de salud antes de usar el producto y contener avisos sobre los riesgos para la salud. No deben contener imágenes de bebés u otras, ni llevar texto que idealice el uso de la fórmula infantil.

10. *Calidad:* Los productos que no son apropiados, como la leche condensada azucarada, no se deben promover para los bebés. Todos los productos deben ser de alta calidad (normas del Codex Alimentarius) y tener en cuenta las condiciones climáticas y de almacenamiento del país.

Liderado por el Ministerio de Salud, en el año 1984 se aprobó el “*Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo de la Infancia*” SUPERVIVIR 1984-1992, que hizo parte del “*Programa Salud Básica para Todos*”. En el desarrollo del Plan participaron entidades como el Ministerio de Educación y el ICBF y contó con la cooperación de la OPS/OMS y UNICEF. El Plan involucró a

equipos de salud, líderes comunitarios y vigías de la salud y tuvo como propósito realizar acciones de educación en salud, dirigidas a la promoción y prevención de la enfermedad, priorizando el fomento de la lactancia materna.

Los vigías de la salud estuvieron conformados por estudiantes de secundaria, personas de la comunidad, de la Cruz Roja, Scouts, Iglesia Católica, Policía Nacional, Hogares Comunitarios de Bienestar y Save the Children. Tenían como misión visitar casa a casa a las familias con niños y niñas menores de cinco años, mujeres gestantes y en lactancia, para ayudarles a identificar riesgos de enfermar o morir. Para desempeñar su labor, fueron capacitados por profesionales de la salud y como material educativo, portaban el “*Manual del Vigía de la Salud*”, que contenía diversos temas sobre la salud materno infantil, uno de los cuales dedicado a la lactancia materna. Cabe señalar que la promoción de la lactancia materna, hacía énfasis en sus propiedades para prevenir la desnutrición, enfermedades infecciosas, a la vez que fortalecía la atención primaria en salud.

Al cierre de este período, diversos sucesos internacionales marcan la historia de los derechos de los niños y las niñas, convirtiéndolos en sus protagonistas activos. Se mencionan algunos de ellos, especialmente, porque han repercutido en la expedición de normas nacionales. En primer lugar la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en Resolución 44.25 de 1989, enfatiza el rol de los estados partes, para garantizar los derechos del niño, la atención sanitaria prenatal y posnatal a las madres y asegurar que todos los sectores conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños y las ventajas de la lactancia materna. El país ratificó la Convención mediante la Ley 12 de 1991.

En segundo lugar la Declaración Conjunta OMS/UNICEF de 1989, “*Para la promoción, protección y apoyo a la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad*”, contiene los “*Diez pasos hacia una lactancia natural*” (Cuadro No. 2). Esta declaración propició en el país, la revisión de las normas de atención a las madres y recién nacidos, reconociendo que para iniciar y establecer la lactancia materna, es necesario que las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio reciban apoyo de sus familias, comunidad y en especial de los servicios de salud.

Período 1990 a 1994

A partir de 1990, cada cinco años, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), viene reportando la situación de la lactancia materna en el país. Cuatro indicadores que permiten su comparación con nuevos estudios, señalan que el 93% de las madres han amamantado a su hijo alguna vez, el 34% de los bebés iniciaron la lactancia materna en la primera hora de nacidos, 12% de infantes menores de seis meses han recibido lactancia materna exclusiva y la duración de la lactancia fue 9 meses. Al examinar las prácticas de alimentación, se encuentra que entre los 2 y 3 meses, el 84% de los niños recibe alimentación suplementaria y más de la mitad (53.4%) de los niños menores de 1 mes utilizan biberón, porcentaje que llega a 68.7% entre los 8 y 9 meses. La situación

Cuadro 2. Diez pasos hacia una feliz lactancia natural

Para convertirse en un Hospital Amigo del Niño todos los servicios que prestan servicios de maternidad y brindan cuidado a los recién nacidos deberán:

1. Tener una política escrita de lactancia materna que sea sistemáticamente comunicada a todo el personal de atención médica.
2. Capacitar a todo el personal de salud en las destrezas necesarias para aplicar esta política.
3. Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios y el manejo de la lactancia materna.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos ningún otro alimento o bebida que no sea leche materna, a no ser por indicación médica.
7. Facilitar la cohabitación- permitir a las madres y los niños permanecer juntos- durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia a demanda.
9. No dar tetinas o chupetes (también llamados pacificadores) a los bebés amamantados.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y referir las madres a ellos al alta del hospital o clínica.

nutricional de los niños menores de cinco años, señala que el 26.1% presentan desnutrición crónica y el 8.6% desnutrición global. A partir de este período, para la valoración del estado nutricional, se utilizan los patrones de crecimiento de la OMS.

El cuidado prenatal y atención del parto, son eventos trascendentales en la vida de la mujer y del recién nacido, donde la calidad de la atención juega un papel importante en su supervivencia. La encuesta muestra que el 80% de las madres fueron atendidas por médico durante el control prenatal, 2% por enfermera y 0.7% por partera. El 76% de los nacimientos ocurrieron en institución de salud, 22% en casa y en otro sitio 1.4% y fueron atendidos, en mayor proporción por médico (71%), seguido de partera (13%) y por enfermera (10%).

Se realzan, en este quinquenio, normas internacionales, orientadas a garantizar la calidad de la atención de las madres, sus hijos e hijas y a promover la lactancia materna, que constituyen los cimientos del diseño de políticas públicas en el país. La *“Declaración de Innocenti”*, elaborada y aprobada por los participantes en la reunión conjunta OMS/UNICEF de planificadores de política sobre *“La lactancia materna en el decenio de 1990: una iniciativa a nivel mundial”* realizada en Florencia, Italia, en 1990, fija como metas operacionales designar un coordinador y establecer un comité nacional de lactancia materna; implementar en los servicios de maternidad los *“Diez pasos hacia una feliz lactancia*

natural”; garantizar el cumplimiento del Código y promover normas que protejan los derechos a la lactancia de las madres trabajadoras, estableciendo las condiciones adecuadas para su aplicación. El gobierno colombiano estuvo representado por el doctor Daniel Arenas Reyes.

En 1990, los países participantes en la “*Cumbre Mundial a Favor de la Infancia*” en Nueva York, se comprometieron a dar alta prioridad a los derechos del niño, su supervivencia, protección y desarrollo, y aplicar el programa de 10 puntos, siendo uno de ellos el fomento al amamantamiento y la maternidad sin riesgo.

En 1991 a nivel global, se crea la “*Alianza Mundial pro Lactancia Materna*” (WABA por su sigla en inglés), como una coalición de personas, organizaciones y redes, dedicada a la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna, asistiendo a los gobiernos y organismos internacionales para lograr el cumplimiento de las metas de la Declaración de Innocenti. A partir de 1992, WABA se encarga de la organización de la Semana Mundial de la Lactancia Materna. Cada año se elige un tema e insta a todos los gobiernos y participantes, a rechazar el patrocinio de las compañías de sucedáneos de la leche materna y productos relacionados. Se celebra en más de 120 países del 1 al 7 de agosto, aniversario de la Declaración de Innocenti y es, actualmente, el movimiento social a nivel mundial más extendido.

En este marco internacional, se expide en 1991 una nueva Constitución Política, la cual estipula que Colombia es un Estado Social de Derecho y como tal garantiza acciones positivas a favor de las madres y la niñez, para ello, las mujeres durante el embarazo y después del parto tienen especial asistencia y protección del estado y la alimentación equilibrada es un derecho de los niños (Artículos 43 y 44).

Al año siguiente, en respuesta a los compromisos con los objetivos de la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia, la Presidencia de la República y el Ministerio de Salud promulgaron el “Plan Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna” 1992-1994, que tuvo como propósito contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil por causas evitables, propiciando el desarrollo de las iniciativas regionales, estableciendo entre otras, la implementación de los “Hospitales Amigos de los Niños”, la actualización de normas que protegen la lactancia materna y el cumplimiento del Código.

Por consiguiente, el Ministro de Salud doctor Gustavo de Roux expidió el Decreto 1396 de 1992 que creó el Consejo Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna, integrado por diversas entidades dentro de las cuales figura la industria de alimentos infantiles, inclusión no recomendada para evitar conflictos de interés. Igualmente, se firmaron los Compromisos del Gobierno con la Industria de Alimentos Infantiles y con las Asociaciones

La Declaración Conjunta OMS/UNICEF de 1989, “Para la promoción, protección y apoyo a la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad”, contiene los “Diez pasos hacia una lactancia natural”. Esta declaración propició en el país, la revisión de las normas de atención a las madres y recién nacidos, reconociendo que para iniciar y establecer la lactancia materna, es necesario que las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio reciban apoyo de sus familias, comunidad y en especial de los servicios de salud.

En respuesta a los compromisos con los objetivos de la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia, la Presidencia de la República en cabeza del doctor César Gaviria Trujillo y el Ministro de Salud doctor Gustavo de Roux, promulgaron el “Plan Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna” 1992-1994.

Científicas y de Profesionales, prometiendo promover la lactancia materna, cumplir con el Código y terminar con las donaciones de leches de fórmula en las instituciones de salud.

Además, el Ministerio sancionó la Resolución 7353 de 1992, que estableció la promoción de la lactancia materna en las instituciones de salud, a través del cumplimiento de los “*Diez pasos hacia una feliz lactancia natural*”, que produjo la acreditación de los primeros seis “*Hospitales Amigos de los Niños*” a saber: Hospital Occidente de Kennedy, Instituto Materno Infantil y Hospital de Fontibón en Bogotá; Clínica Maternidad Rafael Calvo en Cartagena, Hospital Erasmo Meoz en Cúcuta y el Hospital Andrés Bello en Medellín.

Finalmente, el gobierno nacional suscribió el Código mediante el Decreto 1397 de 1992, por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna, derogando el Decreto 1220 de 1980. Este Decreto lleva la firma del Presidente de la República Cesar Gaviria Trujillo y el Ministro de Salud Gustavo de Roux (Anexo No. 1). Con esta norma el país se puso al día con algunas de las disposiciones del Código, pero dejó un enorme vacío, especialmente, en las medidas de inspección, vigilancia y control de la publicidad.

Fueron varias las lecciones aprendidas durante la elaboración del Decreto 1397. En primer lugar, el Ministerio de Salud conformó un equipo interdisciplinario y UNICEF apoyó el proceso, designando un abogado, personas con escasa experiencia y conocimiento en la implementación del Código. Por su parte, la industria de alimentos infantiles nombró un representante que sabía, especialmente, como evadir el Código. El material de consulta utilizado por este equipo, fue una versión del Código publicada por Nestlé, en la que, precisamente, al frente de cada artículo la compañía señalaba su cumplimiento.

Los avances en la redacción eran sometidos a consideración del gobierno, que buscó la coherencia con su política de apertura económica y muchas veces la posición del equipo técnico del Ministerio, reñía con los intereses de la industria. En ese entonces, se contó con la asistencia técnica de la OPS/OMS con la consultaría de la Dra. Marina Ferreira Rea para el diseño de la estrategia de comunicación e interpretación del Código.

En este mismo año, se realizó en Guatemala la capacitación del Código por OPS/OMS, UNICEF, el Instituto de Nutrición de Centro Americano y el Centro de Documentación del Código, dirigida a delegados de instituciones gubernamentales y no gubernamentales de los países latinoamericanos.

Allí, los representantes de Colombia tuvieron la oportunidad de comprender el alcance del Código y las debilidades del Decreto 1397. Producto de este evento se funda la red IBFAN en Colombia y se desarrolla en Bogotá la capacitación para el Monitoreo del Código en América Latina.

A partir de 1992, el país adopta la Semana Mundial de la Lactancia Materna con gran despliegue publicitario y movilización social, vinculando a diferentes sectores y actores gubernamentales,

El gobierno suscribió el Código mediante el Decreto 1397 de 1992, por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna.

no gubernamentales, comunidad, madres y familias, que en apropiación del tema elegido para ese año “*Hospitales Amigos de los Niños*”, desarrolló actividades científicas, académicas y lúdicas. Este tema fue la plataforma para la puesta en marcha de la iniciativa de los “*Hospitales Amigos de los Niños*” promovida por UNICEF. Inicialmente, se dedicaba la primera semana de agosto, hoy, en muchos departamentos y municipios del país, se extiende por más de un mes.

En 1993, IBFAN realiza con el apoyo del Ministerio de Salud y UNICEF, el primer monitoreo del Código en Colombia. Importante reseñar que durante el proceso de planificación, se filtró la información a la industria de alimentos infantiles y sus representantes hicieron lo posible para suspenderlo, descalificando a IBFAN y enviando documentos, con sus argumentos de cumplimiento al Código, a Presidencia de la República y al Ministerio de Salud.

Los resultados del monitoreo y lo relativo al Decreto 1397-92 fueron entregados por IBFAN al Ministerio de Salud y a UNICEF, con la seguridad que serían aplicadas las acciones correctivas por las autoridades sanitarias. Los hallazgos evidencian: muestras y donaciones de sucedáneos de la leche materna, patrocinio y financiación de eventos en el sistema de salud, publicidad en las etiquetas de alimentos infantiles y en los puntos de venta. No se registran sanciones por estas violaciones, pero las instituciones de salud que en esos momentos estaban implementando la estrategia de “*Hospitales Amigos de los Niños*” fortalecieron sus compromisos con el cumplimiento del Código, requisito para obtener la acreditación. El monitoreo recomendó al Ministerio de Salud la revisión del Decreto 1397 de 1992, a la luz del Código y Resoluciones subsiguientes de la Asamblea Mundial de la Salud.

En ese mismo año se crea el Sistema de Seguridad Social en Salud (Ley 100 de 1993) que determina las acciones que el Estado debe asumir y que en la práctica privatizó la prestación de los servicios de salud. Por otro lado, funda el Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), entidad que asume la inspección, vigilancia y control, que ejercía el Ministerio de Salud, abriendo así la oportunidad de aplicar estas medidas en el incumplimiento del Decreto 1397-92. En la reglamentación de la Ley 100, se define que el Plan Obligatorio de Salud garantiza el control prenatal, atención del parto y postparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia materna y para los niños menores de un año, promoverá entre otras, la lactancia materna y la vigilancia del crecimiento y desarrollo.

Al mismo tiempo, UNICEF adelanta la formación de equipos de evaluadores externos de los “*Hospitales Amigos de los Niños*” para la Región de América Latina y el Caribe, los que se convirtieron en facilitadores de la capacitación en sus países. Colombia estuvo representado por funcionarios del sector salud, quienes a su regreso conformaron el primer equipo de evaluadores externos de esta estrategia.

Adicionalmente, la cooperación de la Agencia para el Desarrollo de EE.UU. (USAID), brindada a través de Wellstart International, permitió a diferentes profesionales colombianos del sector salud, recibir el entrenamiento en el diseño e implementación de programas de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, capacitación realizada en San Diego, Estados Unidos. Como resul-

tado, los Colombianos capacitados por Wellstart propusieron para Colombia el Centro Nacional de Capacitación en Lactancia Materna del Hospital de Kennedy en la ciudad de Bogotá, que con el apoyo del Ministerio de Salud y UNICEF, en el año 1993 inició la capacitación a trabajadores de la salud, agentes de salud y comunitarios en lactancia materna, consejería y Código, actividad que al paso de los años ha decaído. Para la capacitación se utilizaron los materiales del Curso de Lactancia Materna de dieciocho horas y el Curso de Consejería en Lactancia Materna de la OMS de 40 horas, que incluye los manuales del Director, Facilitador y Participante.

Período 1995 a 1999

La ENDS de 1995 indica que la mayoría de las madres (95%) manifiestan haber amamantado a sus hijos alguna vez y que algo más de la mitad (51%) de los niños inician la lactancia materna en la primera hora de nacidos, cifra superior a la registrada en 1990 (34%), pero distante de llegar al 100% de los recién nacidos. La lactancia materna exclusiva en menores de seis meses se mantiene constante comparada con la del 1990 en 11.4% y la duración total en 11.3 meses, siendo mayor en la zona rural que en la urbana, 13 y 10 meses, respectivamente.

La introducción de alimentos diferentes a la leche materna ocurre a muy temprana edad, de tal manera que a los 2 meses es común el uso de leches de fórmula y del biberón que alcanza el 76.2% en los niños de 2 y 3 meses y 69.8% en los 4 a 6 meses. Entre 1990 y 1995, la desnutrición crónica desciende de 26.1% a 19.5% y la desnutrición global de 8.6% a 6.9%.

La cobertura y calidad de la atención prenatal y durante el parto, constituyen factores estrechamente ligados a la salud materno-infantil y son, por lo tanto, una oportunidad para brindar apoyo efectivo a las madres en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

La cobertura y calidad de la atención prenatal y durante el parto, constituyen factores estrechamente ligados a la salud materno-infantil y son, por lo tanto, una oportunidad para brindar apoyo efectivo a las madres en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. En cuanto al control prenatal la ENDS señala que el 80% de las gestantes fueron atendidas por médico, 3% por enfermera, menos del 1% por comadrona y 17% no tuvo asistencia. El 77% de los nacimientos tuvo lugar en establecimientos de salud y 23% en casa. Tres de cada cuatro mujeres (73.8%) fueron atendidas por médico durante el parto y 11% por enfermeras, 8% por comadrona, 5% por parientes y 1% no recibió asistencia.

Bajo este panorama y, en respuesta a los compromisos de la Conferencia Internacional de Nutrición de Roma de 1992, el gobierno aprobó el “*Plan Nacional de Alimentación y Nutrición*” (PNAN) 1996-2005 (documento 2847 Consejo Nacional de Política Económica y Social Conpes). Para su operación contempló ocho líneas de acción, una de las cuales fue la “*Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna*”, recomendada de forma exclusiva durante los primeros seis meses y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años de edad. Esta línea de política, instó al sector salud a: acreditar sus hospitales como “*Instituciones Amigas de la Madre y el Niño*” (derivación

conceptual de los Hospitales Amigos de los Niños), realizar monitoreo al Código, actualizar las normas que protegen la lactancia materna y el Plan Nacional de Lactancia Materna 1992-1994.

En consecuencia, en 1997 IBFAN realizó con el apoyo del Ministerio de Salud y UNICEF, el segundo Monitoreo del Código y lo relacionado con el Decreto 1397-92. En esta oportunidad no se encontraron donaciones, ni muestras de sucedáneos de la leche materna en las instituciones de salud, pero sí incentivos financieros a los trabajadores de la salud y promoción en puntos de venta. IBFAN recomendó, nuevamente, al Ministerio de Salud, revisar el Decreto 1397 y al INVIMA aplicar las medidas correctivas necesarias. Los resultados del monitoreo se socializaron en talleres de capacitación, eventos académicos y en la Semana Mundial de la Lactancia Materna. No se conocen sanciones al incumplimiento de la norma por parte de la autoridad sanitaria. Los cambios positivos observados responden más al compromiso de los trabajadores de la salud y a la presión social ejercida por las denuncias de las violaciones al Código que adelanta IBFAN en el ámbito internacional.

En cumplimiento de las recomendaciones del *Plan Nacional de Alimentación y Nutrición*, el Ministerio de Salud representado por la doctora María Teresa Forero de Saade, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y UNICEF, lanzan el “*Plan Decenal de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna*” 1998–2008, convocando a todos los sectores de la sociedad para lograr que las niñas y niños colombianos reciban lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y continúen siendo amamantados hasta los dos años, simultáneamente con alimentación complementaria adecuada. En 1998 IBFAN recibió en Estocolmo, el Premio Nobel Alternativo a los Derechos “Right Livelihood” y en Colombia el Ministerio de Salud y UNICEF concedieron a IBFAN un reconocimiento similar.

Para la operación del Plan Decenal de Lactancia Materna, el Ministerio de Salud asumió la coordinación que junto con los referentes locales realizaban seguimiento y evaluación. Una de las prioridades apuntó a la calidad en la prestación de los servicios de salud, responsabilidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, creadas por la Ley 100 de 1993, por ser éstas un espacio privilegiado para promover, proteger y apoyar la lactancia materna y porque la atención prenatal en 1995 alcanzaba el 83% y el parto institucional 77%. De esta manera, la acreditación de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI) derivada de la Instituciones Amigas de la Madre y el Niño se convierte en uno de los principales retos del Plan.

En cumplimiento de las recomendaciones del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, el Ministerio de Salud representado por la doctora María Teresa Forero de Saade, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y UNICEF, lanzan el “Plan Decenal de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna” 1998–2008.

Al cierre de este período han desaparecido las figuras del Coordinador y de la Comisión Nacional de Lactancia Materna. El número de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia acreditadas llega a 70, en un ascenso lento, si se tiene en cuenta que han transcurrido siete años desde su implementación.

Periodo 2000 a 2004

En el año 2000 la ENDS ratifica que la mayoría de las madres en Colombia han amamantado a sus hijos alguna vez (96%), proporción que viene en ascenso desde el año 1990 (93%). El 61% de los bebés inician la lactancia materna en la primera hora de nacidos, diez puntos porcentuales más al registrado en 1995 (51%). La lactancia materna exclusiva aumentó de 11.4% a 25.9% entre 1995 y 2000 y la duración total de 11.3 a 13.1 meses, pero ninguna cercana a la recomendación de la OMS (exclusiva de seis meses y dos años para la duración total). Las diferencias regionales son notables, mientras en el Litoral Pacífico la lactancia materna exclusiva llega a 3.2 meses, en Bolívar, Sucre y Córdoba llega a 0.4 meses; la duración total en Boyacá, Cundinamarca y Meta alcanza los 17 meses y en Cali tan solo ocho meses.

El 34.7% de los bebés amamantados menores de tres meses reciben leche de fórmula, proporción que aumenta a 41.7% entre los cuatro a cinco meses; después de los tres meses, el 36% de los niños que están recibiendo leche materna reciben alimentos sólidos o semisólidos, en comparación con 71% entre los no lactados, hallazgos que explican la corta duración de la lactancia materna exclusiva y las prácticas inadecuadas de la alimentación complementaria.

El uso del biberón es común en el primer año de vida. Al final de los tres primeros meses, más de la mitad de los niños (57%) están recibiendo alimentación en biberón y al año continúa el 40%, práctica no recomendada por las implicaciones en el desarrollo maxilofacial, lenguaje, salud bucal y la alteración del patrón de succión. El estado nutricional de los niños y niñas menores de cinco años, continúa su mejora. Entre 1995 y 2000 la desnutrición global descendió de 6.9% a 5.0% y la desnutrición crónica de 19.5% a 17.9%.

En cuanto a la cobertura y calidad de la atención prenatal, la encuesta reporta que el 87% de las mujeres gestantes recibieron atención por médico, 4% por enfermera y 9% no tuvieron, significando que la atención prenatal por personal médico mejoró notablemente al pasar de 82% a 91%, entre 1995 y 2000. De la misma manera, el parto institucional pasó de 77% a 88% en el mismo periodo y el 87% de los nacimientos fue atendido por personal médico.

El año 2000 trae consigo el inicio de un nuevo milenio, cargado de expectativas y rendición de cuentas frente al cumplimiento de las Metas de Nutrición de la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia de 1990. El informe presentado a Naciones Unidas por el gobierno colombiano, señala entre otros, que la corta duración de la lactancia materna exclusiva y la duración total se convierten en un obstáculo para el adecuado crecimiento y desarrollo infantil. A su vez, plantea la necesidad de conformar una red de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, fortalecer los grupos de apoyo y monitorear, en forma permanente el Código.

En este año el Ministerio de Salud expide las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud

pública (Resolución 412 de 2000) y en lo correspondiente al control prenatal, parto y recién nacido, incluye los conceptos técnicos de los diez pasos de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, en donde la consejería en lactancia materna es uno de los requisitos de la atención en salud con calidad.

Adicionalmente, la *“Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño”* (Resolución AMS 55.15 de 2002) posiciona la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses como recomendación de salud pública mundial, afirmando que garantiza un crecimiento y desarrollo y una salud óptimos y que a partir de ese momento los lactantes deben recibir alimentos complementarios adecuados e inoocuos, sin abandonar la lactancia materna hasta los dos años o más. Sus objetivos buscan: sensibilizar a los gobiernos sobre los principales problemas que afectan la alimentación del lactante y del niño pequeño, aumentar el compromiso de todos y crear entornos propicios para que las madres y las familias adopten buenas prácticas de alimentación infantil y puedan ponerlas en práctica.

Si bien, las políticas de lactancia materna y nutrición del país ya habían adoptado la recomendación de OMS/UNICEF de seis meses de lactancia materna exclusiva y de dos años la duración total, esta Estrategia causó dudas, principalmente en especialistas de la salud, pero logró poner fin a la discusión de recomendarla hasta los “cuatro a seis meses” y a modificar, en las etiquetas de los alimentos infantiles, lo dispuesto en el Decreto 1397-92, en donde aún se puede leer *“la relevancia de la exclusividad de la lactancia materna durante los primeros 4 a 6 meses de vida..”*

El país ha retomado la Estrategia en diversas iniciativas. Se cita la experiencia debidamente documentada de las *“Salas Amigas de la Familia Lactante”* (SAFL) creadas en el 2003 por la Departamento Administrativo de Bienestar Social de Bogotá (hoy Secretaría Distrital de Integración Social) dirigido por la doctora Olga Isabel Isaza de Francisco, en el ámbito institucional (jardines infantiles), comunitario y laboral. Esta última adoptada por el Concejo de Bogotá mediante Acuerdo 480 de 2011 (Anexo No. 2). Las Salas Amigas de la Familia se fundamentan en los derechos humanos promulgados desde 1948, en Declaraciones, Convenciones, Conferencias y Pactos, que proclaman la protección de la maternidad, los derechos sexuales y reproductivos y la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, derechos que son explícitos en la Constitución Política de Colombia y en el Código Sustantivo del Trabajo.

Las Salas Amigas de la Familia Lactante brindan a las mujeres que trabajan fuera del hogar, un espacio cálido y adecuado donde puedan extraer y conservar la leche materna, bajo normas técnicas de seguridad y ofrecerla al bebé en su ausencia. Los lineamientos de las Salas Amigas retoman la metodología de la Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia y definen los estándares de calidad para la evaluación externa, requerida para obtener la acreditación que otorga la Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Salud y UNICEF. Al año 2012, Bogotá cuenta con 204 Salas Amigas de la Familia acreditadas en los jardines infantiles, 3 en la comunidad y 12 en el ámbito laboral.

Las Salas Amigas de la Familia Lactante creadas en el 2003 por la Secretaría de Integración Social de Bogotá (hoy Secretaría Distrital de Integración Social) dirigido por la doctora Olga Isabel Isaza de Francisco en el ámbito comunitario y laboral brindan a las mujeres un espacio cálido y adecuado donde puedan extraer y conservar la leche materna.

Al finalizar este quinquenio, IBFAN se unió al monitoreo del Código en América Latina y el Caribe (2000) y con el aval del Ministerio de Salud, INVIMA y UNICEF, adelantó el tercer monitoreo del Código. Los resultados publicados en el año 2004 evidenciaron donaciones de fórmulas infantiles en las instituciones de salud y regalos de las compañías entregados a las madres por los trabajadores de la salud, publicidad en etiquetas y puntos de venta. El informe recomendó al Ministerio de Salud y al INVIMA fortalecer los mecanismos de inspección, vigilancia y control, deuda pendiente desde el primer monitoreo del año 1993.

No se conocen sanciones a las infracciones del Decreto 1397-92. Tan solo una convocatoria que el Ministerio de Salud y el INVIMA hicieron a IBFAN y a las compañías Nestlé, Wyeth y Abbot, para tratar el tema de los insertos, que la industria colocaba entre la tapa y el empaque de las leches de fórmula, haciendo publicidad de sus diferentes productos según edad del lactante, hecho denunciado previamente por IBFAN. Las entidades estatales rechazaron los procedimientos empleados, alegando que este tipo de publicidad estaba prohibida y concediendo un plazo de seis meses para retirarla del mercado. Según concepto de IBFAN, esta laxa medida tan solo permitió agotar las reservas del material impreso y etiquetar a los bebés según la compañía que los alimente, tendencia que se viene presentando con las leches modificadas hasta la adultez. Estas estrategias reflejan las maniobras que emplea la industria para competir en el mercado, buscando siempre ganancias económicas, a expensas de los niños y niñas, violando sus derechos a una adecuada alimentación y nutrición desde el inicio de la vida.

Período 2005 a 2009

La ENDS de 2005 reporta avances en la práctica de la lactancia materna, sin lograr aún las metas del Plan Decenal de Lactancia Materna 1998-2008. La mayoría de las mujeres colombianas (97%) amamantan a sus hijos alguna vez y el 48,9% de los niños inician la lactancia materna en la primera hora de nacidos, 12 puntos porcentuales menos que en el año 2000 (61%). La lactancia materna exclusiva pasó de 25.9% a 46.8% y la duración total de 11.3 a 14.9 meses, entre 1995 y 2005. Existen grandes diferencias por departamentos, mientras que en Norte de Santander la lactancia materna exclusiva llega a tan solo 0.6 meses, en el departamento de Boyacá alcanza 5.3 meses, muy cercana a la recomendación internacional y meta del Plan Decenal 1998-2008. La duración total de la lactancia materna oscila entre 7.9 meses en el departamento de San Andrés y 27 meses en el departamento del Vaupés, cumpliendo con la recomendación internacional de dos años y más.

El progreso de la lactancia materna registrado a la fecha, refleja el efecto de las políticas públicas y estrategias en curso, encaminadas a promoverla, protegerla y apoyarla e indica que aún persisten barreras sociales, económicas y políticas por enfrentar. La situación nutricional de los niños y niñas menores de cinco años continúa mejorando en el país, la desnutrición crónica descendió de 17.9% a 15.9% entre el año 2000 y 2005, la desnutrición global pasó de 5.0% a 5.4% y la desnutrición aguda de 1.1% a 1.6%.

Entre 1995 y 2005, el cuidado prenatal por parte del personal médico aumentó de 83% a 94%. El parto institucional pasó de 88% a 92% entre el 2000 y 2005, y el parto en casa descendió del 12% a 8%.

La Declaración de Innocenti de 2005, renueva los compromisos de 1990, adicionando cinco metas operacionales conducentes a apoyar la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, destacando la necesidad de: implementar una política integral sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño; velar para que en todos los sectores de la sociedad se proteja, promueva y apoye la lactancia exclusiva durante seis meses y la duración total hasta los dos años y más; brindar apoyo a las madres en la familia, comunidad y lugar de trabajo; fomentar una alimentación complementaria oportuna, adecuada, inocua y apropiada sin interrupción de la lactancia natural; apoyar la alimentación del lactante y del niño pequeño en circunstancias excepcionalmente difíciles y poner en práctica el Código.

Ese mismo año, el país aprueba las *“Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a 2015”* (ODM)(Conpes 091 de 2005 – Conpes 140 de 2011). El Objetivo 1, define como meta nacional para erradicar el hambre, reducir a 2.6% la desnutrición global y a 8% la desnutrición crónica en los niños menores de cinco años. El Objetivo 4, plantea reducir la mortalidad en menores de un año, a 14 muertes por 1000 nacidos vivos. Ambos Objetivos tienen como estrategia la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna temprana y exclusiva en los ámbitos: laboral, institucional, hospitalario y comunitario.

Al mismo tiempo se firma la Carta de Brasilia que consolida la estrategia de bancos de leche humana en los países de Latinoamérica, estableciendo convenios de cooperación multidisciplinarios entre los países signatarios, con los organismos y agencias de cooperación internacional. A partir de ese momento, el país inicia el proceso de gestión para la firma del Convenio de Cooperación entre el gobierno colombiano y el de Brasil, con apoyo de la Red Iberoamericana de Bancos de Leche Humana y se inicia su implementación. Los bancos funcionan en los hospitales como centros especializados donde se promociona, protege y apoya la lactancia materna, son los encargados de recolectar los excedentes de leche de madres donantes, para procesarla, hacerle control de calidad, clasificarla y distribuirla a los recién nacidos hospitalizados, especialmente bebés prematuros, nacidos con bajo peso y en cuidados intensivos. Como requisito para su operación deben tener en funcionamiento el Programa Madre Canguro y estar acreditadas como Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia.

Para el 2005 el número de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia acreditadas llega a 190. Como ya se mencionó, esta estrategia ha tenido revisiones conceptuales desde 1992 y en el 2005, el Ministerio de Salud y UNICEF la reconstruyen en el marco de los derechos humanos, el enfoque diferencial y la perspectiva de género, fundamentados en el principio de integración de servicios, articulada al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. En el 2009, el número de instituciones de salud, públicas y privadas, habilitadas para brindar atención materno infantil, era

La ENDS de 2005 reporta avances en la práctica de la lactancia materna; el progreso registrado refleja el efecto de las políticas públicas y estrategias en curso, encaminadas a promoverla, protegerla y apoyarla.

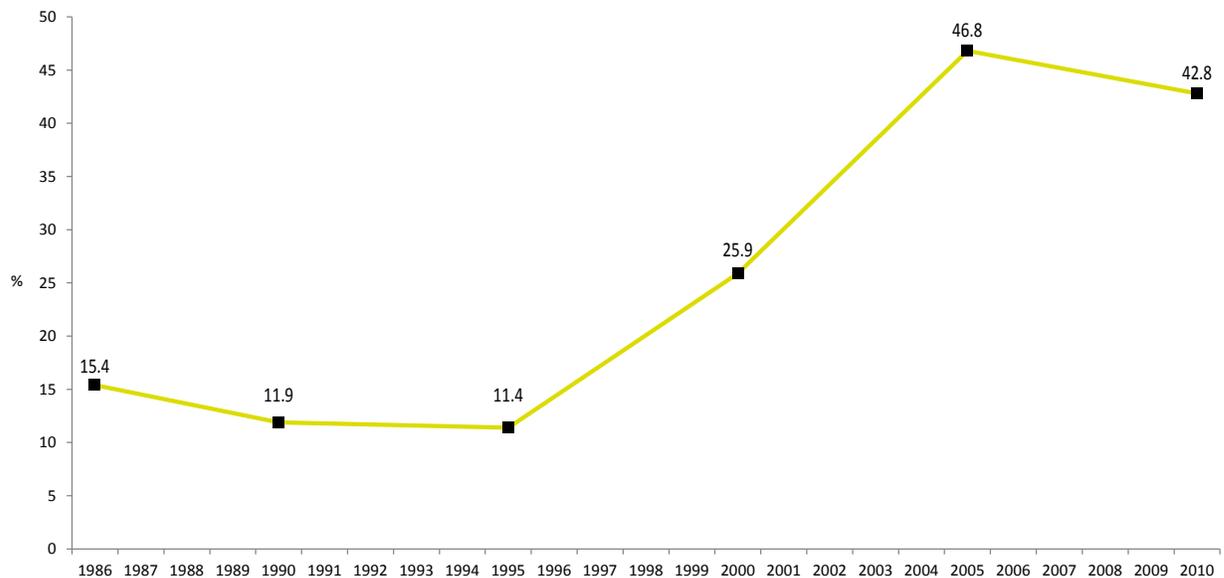
de 51.430 y de éstas 330 estaban acreditadas como Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, lo que equivale a tan solo el 0.06%. El lento crecimiento lo puede explicar la reestructuración del Ministerio de Salud, el cierre de instituciones de salud, la rotación del recurso humano capacitado, la ausencia de una coordinación visible y la falta de seguimiento y evaluación del proceso que hiciera posible su sostenibilidad.

Al finalizar este quinquenio se aprueba la “Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional” (PSAN) (Conpes Social 113 de 2008). En la línea de “Promoción y protección de la salud y la nutrición, y fomento de estilos de vida saludable”, recomienda adelantar acciones de promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida y con alimentación complementaria adecuada hasta los 2 años de edad. La meta, a 2015, es incrementar en 2 meses la duración media de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (línea de base 2.2 meses 2005)

Período 2010 a marzo de 2013

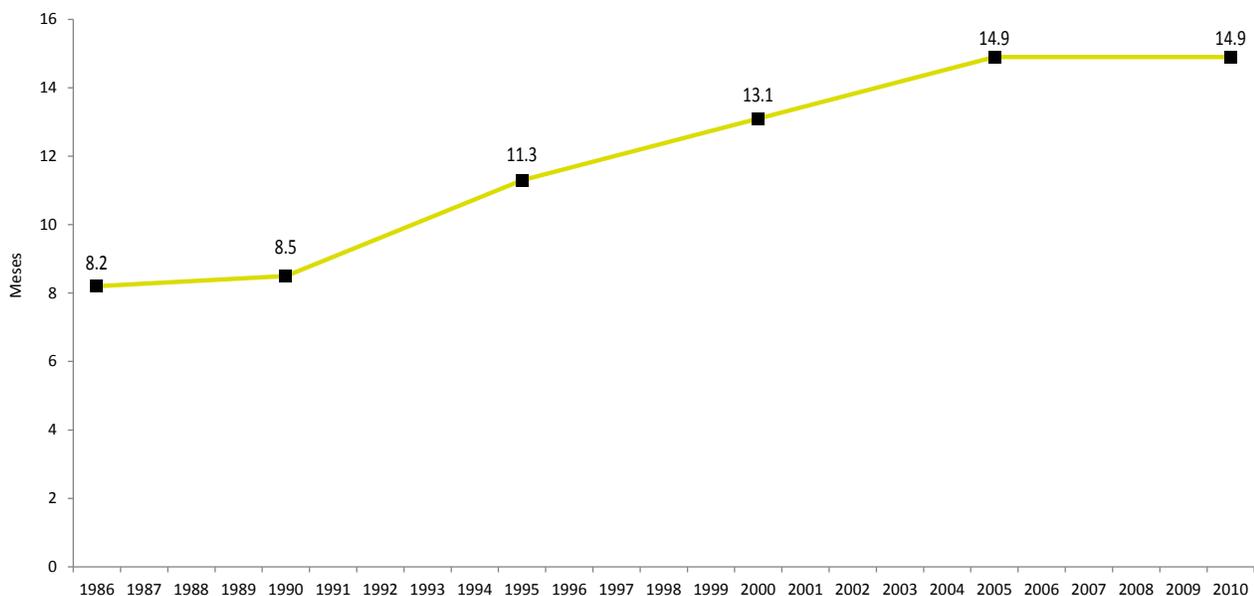
Los resultados de la ENDS de 2010 confirman que una alta proporción de madres han amamantado a sus hijos alguna vez (96.0%) y que el inicio de la lactancia materna en la primera hora de nacido mejoró, al pasar de 48.9% a 57% entre 2005 y 2010. No ocurrió lo mismo con la lactancia materna exclusiva y la duración total. Como se observa en la Gráfica N° 3, la lactancia materna exclusiva descendió de 46.8% a 42.8% y la duración total de la lactancia materna se mantuvo en 14.9 meses entre 2005 y 2010 (Gráfica N° 4).

Gráfico N° 3. Lactancia materna exclusiva en menores de seis meses (%). Colombia 1986-2010.



Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud: 1986, 1991, 1995, 2000, 2005, 2010.

**Gráfica N° 4. Duración mediana de la lactancia materna (meses).
Colombia 1986-2010.**



Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud: 1986, 1991, 1995, 2000, 2005, 2010.

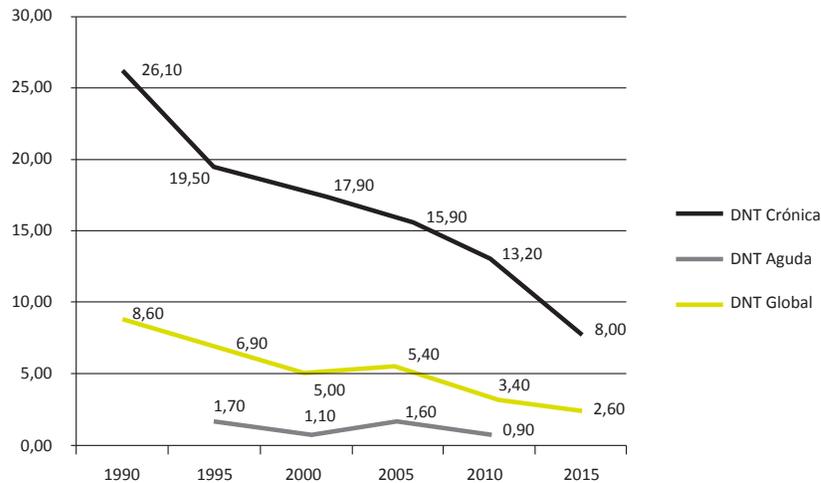
Muy cercanos a la recomendación de la OMS, están los departamentos de Amazonas y Vaupés, en donde la duración de la lactancia materna exclusiva llega a 5.5 y 5.4 meses, respectivamente, en contraste con los departamentos de Atlántico, Sucre y Caquetá, donde tan solo alcanza 0.5 meses. La mayor duración total se presenta en los departamentos de Guainía (22.9 meses) y Boyacá (22.6 meses) y la menor se encuentra en los departamentos de Quindío (9.8 meses) y Vaupés (9.6 meses). Este último departamento había alcanzado la mayor duración (27 meses) en el año 2005. Los motivos para suspender la lactancia materna se han mantenido constantes en los diferentes estudios y están relacionados con la falta de apoyo a las madres, ubicándose en primer lugar “*la leche se secó*”, seguidos por “*rechazo del bebé*”, “*edad para el destete*” y “*el trabajo*”.

Desde el año 1990 se vienen reportando inadecuadas prácticas de alimentación infantil, que aún persisten, como lo demuestra la encuesta de 2010 al señalar que a los 2.7 meses los bebés reciben líquidos, a los 5.3 meses alimentos blandos o semisólidos y los sólidos a los 8.0 meses. El uso del biberón continúa siendo una práctica arraigada en el primer año de vida y ha ido en aumento en los niños menores de seis meses, al pasar de 40% al 45% entre 2005 y 2010 y de 61% a 63%, en los niños de seis a nueve meses.

Los motivos para suspender la lactancia materna se han mantenido constantes en los diferentes estudios y están relacionados con la falta de apoyo a las madres, ubicándose en primer lugar “*la leche se secó*”, seguidos por “*rechazo del bebé*”, “*edad para el destete*” y “*el trabajo*”.

Como se observa en la Gráfica N°5, en los últimos veinte años, la prevalencia en los tres tipos de desnutrición disminuyó. Entre 1990 y 2010, la desnutrición crónica en los niños menores de cinco años, descendió de 26.1% a 13.2%, la desnutrición global de 8.6% a 3.4%. La desnutrición aguda pasó de 1.7% en 1995 a 0.9% en el 2010. Este continuo descenso aproxima al país a cumplir con las Metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio (2.6% para la desnutrición global y de 8.0% para la desnutrición crónica).

Gráfica N° 5. Prevalencia de la desnutrición en niños y niñas menores de cinco años (%). Colombia 1990-2010. Fuente ENDS



Esta tendencia positiva refleja el desarrollo de programas de reducción de la pobreza extrema que conducen a mejorar las condiciones socioeconómicas de la población más vulnerable; sin embargo el problema continúa, con marcadas diferencias regionales. Promover la lactancia materna cobra importancia porque, además de prevenir la malnutrición, también ofrece las garantías para una óptima salud en la infancia y, a largo plazo, previene enfermedades crónicas en la edad adulta.

En cuanto a la cobertura y calidad de la atención prenatal y durante el parto, la encuesta reporta que el 92% de las mujeres gestantes recibieron atención prenatal por médico y 5% por enfermera, lo que equivale a una atención prenatal por personal médico de 97%. En las últimas tres décadas se registran cambios significativos en la atención del parto en establecimiento de salud, al pasar de 76% en 1990, a 88% en el 2000, a 92% en el 2005 y a 95% en el 2010.

La detención del crecimiento de la lactancia materna, impulsó la implementación de políticas públicas y estrategias, orientadas a garantizar los derechos en la primera infancia y el desarrollo infantil, así mismo fomentar la lactancia materna en todos los ámbitos donde transcurre la vida cotidiana de las madres, sus hijos y familias.

Luego de conocer los resultados de la evaluación del Plan Decenal de Lactancia Materna 1998-2008, el Ministerio de Salud en Convenio con el Programa Mundial de Alimentos, retoma sus aciertos y des-

aciertos, y mediante una construcción colectiva entregan al país el “*Plan Decenal de Lactancia Materna: Amamantar Compromiso de Todos*” 2010-2020. Sus objetivos apuntan a fortalecer las capacidades y competencias institucionales, a lograr transformaciones sociales a favor de la primera infancia y consolidar la gestión política a favor de la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. El plan se convierte en la ruta que orienta el diseño e implementación de programas y estrategias en el orden nacional, departamental y municipal. Entre sus referentes está la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño y convoca a las entidades públicas y privadas y a toda la sociedad, para que de manera conjunta enfrenten el reto de lograr en el 2015, una lactancia materna exclusiva de seis meses y una duración total de 24 meses, meta más ambiciosa que la establecida por la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para el mismo año (4.2 meses para la lactancia exclusiva). Otra de sus metas es implementar un sistema de vigilancia y control a las violaciones del Código y lograr la acreditación de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia en todas las instituciones de salud.

El monitoreo al Código cobra importancia a partir del informe de la “*Iniciativa mundial sobre tendencias de la lactancia materna*” (WBTi por su sigla en inglés) elaborado por IBFAN en 2008, porque evidencia que el último monitoreo al Código data de 2000 y el Decreto 1397-92 continúa sin revisión. Estos hallazgos se refuerzan en la publicación de la OPS/OMS “*30 años del Código en América Latina. Un recorrido sobre diversas experiencias de aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en la Región entre 1981 y 2011*” (OPS, 2011).

En el año 2010 el Ministerio de la Protección adoptó mediante la Resolución 2121 los Patrones de Crecimiento publicados por la Organización Mundial de la Salud en el año 2006 y 2007 para los niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años de edad. La Resolución tiene en cuenta la revisión minuciosa de investigaciones adelantadas por el Comité de expertos de la OMS, que señalan que el patrón de crecimiento para uso internacional del NCHS presentaba problemas técnicos en especial para evaluar el crecimiento de lactantes amamantados, debido a que el patrón se construyó con base en niños y niñas alimentados principalmente con leche de fórmula. Dichas investigaciones mostraron que el crecimiento de los lactantes sanos alimentados con leche materna difiere significativamente del patrón NCHS, lo que podría inducir a los profesionales o agentes de salud a dar indicaciones inadecuadas sobre las prácticas de la lactancia materna y alimentación complementaria.

Esta Resolución se fundamenta en las conclusiones del estudio multicéntrico adelantado por la OMS entre 1997 y 2003 que afirma que todos los niños y niñas del mundo, si reciben una atención adecuada desde el comienzo de sus vidas, tienen el mismo potencial de crecimiento y que las diferencias en el crecimiento infantil hasta los cinco años de edad dependen más de la nutrición, el medio ambiente y la atención en salud que de factores genéticos o étnicos. Esta norma salda una deuda pendiente con los niños y niñas menores de cinco amamantados cuyo crecimiento era equiparado con los alimentados artificialmente y reta al país a lograr una duración óptima de la lactancia materna definida como la norma nacional.

Por su parte el gobierno nacional diseñó a través del Plan de Desarrollo “*Prosperidad para Todos*” 2010-2014, la estrategia nacional de “*Atención Integral, Prosperidad para la Primera Infancia: De Cero a Siempre*”, que surge como necesidad de fortalecer la Política de Primera Infancia “*Colombia por la Primera Infancia*” (Conpes Social 109 de 2007) y de acompañar a los departamentos y municipios para su inclusión. De Cero a Siempre, tiene como objetivo garantizar el cumplimiento de los derechos de las niñas y los niños en primera infancia, hacer visible y fortalecer a la familia como actor fundamental en el desarrollo infantil temprano. Presidencia de la República coordina la estrategia junto con la “*Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia*”, encargada de la articulación de planes, programas, proyectos y acciones. El Plan decenal de Lactancia Materna 2010-2020, se convierte en la directriz que aporta las acciones para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, indispensable en la primera infancia.

Igualmente, el Plan Nacional de Desarrollo, contempla la estrategia “*Acuerdos para la Prosperidad*” que busca lograr la cohesión social y la gobernabilidad, dinamizando el desarrollo de las regiones. Dos de estos acuerdos, el primero realizado en la ciudad de Valledupar y el segundo en Santa Marta en el año 2011, asignaron al Ministerio de Salud y Protección Social y al ICBF, la responsabilidad de implementar las estrategias del Plan decenal de Lactancia Materna. En este escenario el Ministerio de Salud convocó a todas las entidades del orden nacional a implementar una Sala Amiga de la Familia Lactante y como líder de esta iniciativa, en ese mismo año, dio al servicio la primera Sala Amiga en sus instalaciones. En el marco de la Estrategia de Organizaciones Saludables de la OMS, se elaboraron los Lineamientos para la Implementación de las Salas Amigas y se inicia el acompañamiento técnico a los Ministerios de Transporte, Cultura, Hacienda, Ambiente y Desarrollo Sostenible, Tecnología de la Información y Comunicación, Caja de Compensación Familiar, Policía Nacional y Universidad de la Salle. Para fortalecer el apoyo a la mujer trabajadora quien está amamantado, la OPS/OMS diseño una serie de materiales sobre “*Lactancia Materna y Trabajo*” (www.paho.org/alimentacioninfantil).

En este despliegue de compromisos por la primera infancia, resulta fundamental reconocer que el conflicto armado ha producido en Colombia, según datos oficiales, 3.700.381 víctimas de desplazamiento forzado, de las cuales, aproximadamente, 1.338.821 son menores de 18 años, lo que significa que el 36% de las víctimas son niños, niñas y adolescentes. En el año 2010, en respuesta al Auto 251 de 2008 de la Corte Constitucional, el gobierno lanza el Programa “*Mis Derechos Primero*”, cuyo objetivo es proteger los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento. Se ejecuta con la concurrencia de la familia, la sociedad y el estado. En su compromiso, el Ministerio de Salud implementó en los doce municipios del país donde se concentra el mayor número de población desplazada, la estrategia “*Desarrollo infantil temprano y lactancia materna en emergencias*”, buscando fortalecer la capacidad de respuesta de los equipos de salud y agentes comunitarios, en temas como consejería en lactancia materna, pautas de crianza, desarrollo infantil y derechos humanos, acompañado de la cartilla “*Lactancia Materna en Emergencia: Salva Vidas*”.

Al cierre de ese periodo, se puede afirmar que la celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna ha logrado su sostenibilidad y ha llegado a los rincones más apartados del país con diversos actos académicos, artísticos y lúdicos en los que la comunidad expresa sus costumbres y arraigos, rindiendo homenaje a la maternidad y al vínculo afectivo que proporciona la lactancia materna. Al revisar los archivos que hoy hacen historia, se encuentra el documento *“Registro fotográfico, estrategias de comunicación y movilización social”* 2007, que guarda las mejores imágenes captadas por trabajadores de la salud y agentes comunitarios, de la gran diversidad cultural de Colombia, unida por la misma causa: ¡amamantar a sus hijos!

La capacitación para la implementación del Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020 ha tenido cubrimiento nacional y son varias las estrategias que presentan avances, por ejemplo: está disponible en el Ministerio de Salud una propuesta para la actualización del Decreto 1397 de 1992; dos bancos de leche humana entraron en operación, uno en el Hospital Federico Lleras Acosta de la ciudad de Ibagué y el otro en el Hospital San Rafael de Fusagasugá; y cinco Salas Amigas de la Familia Lactante, ubicadas en los Ministerios de Salud, Cultura, Transporte, Tecnología de la Información y Comunicación y la Caja de Compensación Familiar, brindan a las madres a su regreso al trabajo, las condiciones necesarias para continuar con la lactancia materna exclusiva. Acorde a este derecho de la mujer trabajadora, la protección de la maternidad en Colombia, es un derecho amparado por la Constitución y la Ley, en este escenario jurídico se presenta un avance que reivindica los derechos de las mujeres al extender la licencia de maternidad de 12 a 14 semanas (Ley 1468 de 2011), además, ratifica la licencia de paternidad de ocho días y mantiene la hora de lactancia durante la jornada laboral, disposiciones acordes con el Convenio 183 de 2000 de la Organización Internacional del Trabajo.

Finalmente el día 13 de marzo de 2013 la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional lanza el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012-2019, el cual en la Línea de Acción 2. *“Perspectiva o dimensión de calidad de vida y del bienestar, numeral 2.3. Mejorar la práctica de la lactancia materna”*, define que para *“aumentar significativamente la lactancia materna exclusiva y total como importante factor protector en la supervivencia, salud y nutrición de los niños menores de dos años, se continuará con la implementación del Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020”*.

Además el Plan contempla las siguientes acciones que se transcriben a continuación:

*Fortalecimiento de habilidades y competencias para la implementación de la consejería en lactancia materna y prácticas adecuadas en alimentación infantil dirigida a agentes comunitarios, personal de salud y otros actores.

* Educación al personal de salud (médicos, ginecobstetras, pediatras, enfermeras, nutricionistas, etc.) y estudiantes universitarios del área de salud, sobre el fomento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y con complementación alimentaria adecuada hasta los dos años de

edad y más, así como las mejores prácticas para el amamantamiento; e incluir a los padres, abuelos y cuidadores en el proceso y sensibilizarlos sobre su importancia.

- * Implementación y fortalecimiento de la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia y el Método Madre Canguro.

- * Fortalecimiento en la implementación de estrategias que contribuyan al acceso a la leche materna para niños y niñas en condición de vulnerabilidad, tales como los Bancos de Leche Humana.

- * Fortalecimiento de las estrategias de apoyo comunitario a la práctica de la lactancia materna.

- * Monitoreo al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (leches de fórmula, leches de seguimiento, otras leches, alimentos complementarios, biberones y chupos), de acuerdo a los requisitos establecidos a nivel internacional, con el fin de identificar las estrategias de publicidad que desestimulan la práctica de la lactancia materna y aplicar las acciones correctivas necesarias.

- * Establecimiento de estrategias adecuadas para el apoyo a la mujer gestante, que ayuden a la reducción de la prevalencia de bajo peso al nacer tales como, atención y apoyo nutricional a las mujeres gestantes, así como la suplementación con hierro, ácido fólico y diversificación de su régimen alimentario.

- * Estrategias de comunicación para la promoción de la lactancia materna diseñadas para diversos públicos y utilizando todas las herramientas disponibles en la tecnología de la información y la comunicación.

- * Establecimiento de alianzas empresariales e institucionales para la implementación de las Salas Amigas de la Familia Lactante en el Ambito Laboral, que orienten y fortalezcan acciones de apoyo, promoción y protección de la lactancia materna, como parte de la estrategia Organizaciones Saludables.

- * El MSPS y el ICBF de manera conjunta fortalecerán las acciones para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna a través de asistencia técnica para la implementación efectiva de las estrategias complementarias en el Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020 en las entidades territoriales que lo soliciten.

Retos para rescatar la práctica de la lactancia materna.

Terminada la revisión y análisis de cuarenta y dos años de historia de la lactancia materna en Colombia, se evidencia que el país dispone de un amplio marco normativo y de políticas públicas, derivadas de normas y recomendaciones internacionales, orientadas a garantizar los derechos humanos, dentro de los cuales la primera infancia es prioritaria.

La tendencia positiva de la duración de la lactancia materna, aunque modesta hasta el 2005, y su estancamiento en el 2010, ha dejado sorpresas e incertidumbre en todos los estamentos del estado comprometidos con la salud pública de los niños, niñas, mujeres y familias. Esta situación obliga a reflexionar: ¿Qué se dejó de hacer? ¿Qué se interrumpió? ¿Qué hace falta por hacer?, respuestas que merecen ser escuchadas por toda la comunidad, para que de manera conjunta, se enfrenten los retos, que demandarán mejorar la práctica de la lactancia materna en todos los rincones del país.

Para reactivar la acreditación de las Instituciones Amigas de la Mujer y Infancia en el país, como lo expresa el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012-2019 es necesario definir los indicadores que la articulan al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

La Declaración de Innocenti de los años 1990 y 2005, junto a la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño del año 2002, son los puntos de partida para el fortalecimiento de las políticas públicas de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. Las condiciones están dadas en el Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020 que convoca a toda la sociedad en su conjunto a promover, proteger y apoyar la lactancia materna, acción que fortalece el trabajo intersectorial. Para cumplir con sus objetivos y metas, es necesario que el Ministerio de Salud retome su coordinación y se visibilicen sus referentes locales en los Comités de Política de Primera Infancia o de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Así mismo, el Plan Decenal de Lactancia Materna, debe incluirse en los Planes de Desarrollo Territoriales, esto contribuirá a garantizar los recursos para su operación y su sostenibilidad.

Para reactivar la acreditación de las Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia en el país, como lo expresa el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012-2019 es necesario definir los indicadores que la articulan al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y multiplicar las experiencias exitosas de los departamentos de Nariño y Cundinamarca, al resto del país. Ahora bien, si el 97% de la atención prenatal es brindada por personal médico y el 95% de los nacimientos ocurre en instituciones de salud, es el momento de garantizar el inicio de la lactancia materna en la primera hora de nacido el bebé y promoverla hasta los dos años y más.

La atención materno infantil con calidad, requiere que las entidades que hacen parte del Plan Decenal de Lactancia Materna, incluido el Departamento para la Prosperidad Social, Familias en Acción, consoliden equipos de facilitadores del Curso en Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, para garantizar de manera permanente la capacitación del talento humano que brinda atención a las madres, sus hijos y familia.

Esta recomendación cobra importancia si se tiene en cuenta que a 2012, el Ministerio de Salud avanza en la elaboración de 25 “*Guías de Atención Integral*” basadas en la evidencia, que actualiza las expedidas en el 2000. Se espera que esta revisión defina la Consejería en Lactancia Materna, como la norma nacional que brinda apoyo efectivo a las madres para lograr una duración óptima de la lactancia materna y una alimentación complementaria adecuada y saludable. Este proceso de actualización de normas, debe incluir el Decreto 1397 de 1992 y las Guías Alimentarias para los dos primeros años de vida, compromiso pendiente del ICBF desde el año 2000. Igualmente,

la diversidad cultural del país, precisa que la investigación explore las prácticas para el destete y de lactancia materna y alimentación complementaria, especialmente en los pueblos indígenas.

Las estrategias en curso: Bancos de Leche Humana, Programa Madre Canguro, Instituciones Amigas de la Mujer e Infancia y Salas Amigas de la Familia Lactante, que han demostrado sus buenas prácticas de lactancia materna, deben articularse como una red de apoyo a las madres en lactancia, en donde los mayores beneficiados sean las niñas y niños que necesitan de la leche hu-

mana para sobrevivir. Todas las formas de apoyo juntas serán necesarias para lograr que esa alta proporción de madres que han alimentado con leche materna a sus hijos alguna vez, no la interrumpan, previniendo y resolviendo aquellos problemas que han sido motivo de su suspensión, según los estudios.

El reto es llegar a todos los entornos donde transcurre la vida cotidiana de las madres y la infancia y esto sólo será posible, cuando toda la sociedad colombiana se comprometa a sembrar cultura por la lactancia materna. El hogar, la comunidad, universidades, jardines infantiles, me-

dios de transporte, parques, centros comerciales y lugares de trabajo, pueden constituirse en espacios amigables con la lactancia materna.

La protección de la maternidad, específicamente el tiempo otorgado por la licencia post parto, debe ser coherente con el tiempo que demanda el cuidado y crianza del recién nacido y con la recomendación de la duración óptima de la lactancia materna, razón suficiente para ampliarse a por lo menos seis meses. Una legislación que permite que las mujeres desempeñen su papel biológico de procrear y criar a sus hijos, al tiempo que conservan su papel productivo como trabajadoras, solo puede ser beneficiosa para toda la sociedad.

Finalmente, se espera que los organismos internacionales, especialmente la OPS/OMS y UNICEF, de los cuales se recibieron durante muchos años aportes fundamentales para garantizar los derechos en la primera infancia a una nutrición y alimentación óptima, fortalezcan sus compromisos con el gobierno nacional y lo acompañen a enfrentar los nuevos retos, consagrados en los Objetivos y Metas del Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020.

El reto es llegar a todos los entornos donde transcurre la vida cotidiana de las madres y la infancia y esto sólo será posible, cuando toda la sociedad colombiana se comprometa a sembrar cultura por la lactancia materna.



DECRETO NÚMERO 1397 de 1992 (Agosto 24)

por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna y se dictan otras disposiciones.

El Presidente de la República de Colombia, en uso de las facultades conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, y

CONSIDERANDO:

Que es deber del Gobierno fomentar la Lactancia Materna ya que de ella depende en gran medida el desarrollo físico, intelectual y psicológico de la población.

Que igualmente el Gobierno Nacional suscribió el "Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna", adoptado mediante Resolución número AMS 34 -22 del 21 de mayo de 1981, por la Asamblea Mundial de la Salud, comprometiéndose a incorporar en su legislación interna las normas del mismo.

Que Colombia en septiembre de 1990, suscribió el Acuerdo de la Cumbre Mundial en favor de la infancia.

DECRETA:

Artículo 1° CAMPO DE APLICACION. Las disposiciones del presente Decreto se aplicará a los productores, distribuidores y comercializadores de alimentos de fórmula para lactantes y alimentos complementarios de la leche materna al igual, que al personal de los organismos que dirijan o presten servicios de salud.

Artículo 2° DEFINICIONES GENERALES. Para efectos de la aplicación del presente Decreto se entiende por:

PERSONAL DE SALUD: Toda persona, profesional o técnica, incluido el personal voluntario no remunerado, que trabaje en un servicio que dependa de un sistema de atención de salud público o privado.

ALIMENTO DE FORMULA PARA LACTANTES: Aquellos productos de origen animal o vegetal que sean materia de cualquier procesamiento, transformación o adición, incluso la pasteurización, de conformidad con el Codex Alimentarius, que por su composición tenga por objeto suplir parcial o totalmente la función de la leche materna en niños menores de dos (2) años.

ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS DE LA LECHE MATERNA: Son aquellos productos alimenticios procesados, manufacturados o industrializados, incluida la pasteurización, destinados a la alimentación de niños menores de dos (2) años y que no tengan la calidad de alimentos de fórmula para lactantes.

COMERCIALIZACION: Las actividades de producción, distribución, venta, publicidad, relaciones públicas y servicios de información relativas a los productos de que trata este Decreto.

DISTRIBUIDOR: La persona, sociedad o cualquier otra entidad que, en el sector público o privado, se dedique (directa o indirectamente) a la comercialización, al por mayor o al detal, de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la Leche Materna.

PRODUCTOR: Toda persona natural o jurídica que se dedique a la actividad de producir alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la Leche Materna.

PUBLICIDAD: Toda forma de comunicación realizada por personas naturales o jurídicas a través de los medios de radiodifusión sonora, televisión, prensa, cine, afiches, vallas, pancartas, plegables folletos o cualquier otro medio de divulgación pública, en ejercicio de una actividad comercial con el fin de promover bienes o servicios.

ENVASE: Toda forma de embalaje de un producto que permita su protección, transporte y venta al detal.

ETIQUETA: Todo rótulo, marbete o indicación gráfica escrita, impresa, marcada o grabada sobre un envase indicando qué producto identifica, sus características, contenido y cualquier información sobre el mismo.

SUMINISTROS: Las cantidades de un producto facilitadas para su utilización durante un determinado período, gratuitamente o a bajo precio.

MUESTRAS: Son las unidades o pequeñas cantidades que se facilitan gratuitamente sin ánimo de comercialización.

Artículo 3° DE LA INFORMACION. La información que acompañe los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la Leche Materna, debe ser clara, objetiva, veraz, consistente y que no induzca a engaño.

ALIMENTOS DE FORMULA PARA LACTANTES.

Artículo 4° DEL CONTENIDO DEL MATERIAL. Todo material informativo, de divulgación y educativo sobre alimentación de los niños, especialmente de lactantes, dirigido a cualquier público, debe contener datos sobre los siguientes aspectos:

a) La relevancia de la exclusividad de la lactancia materna durante los primeros cuatro (4) a seis (6) meses de vida, para lograr todos los beneficios nutricionales, afectivos e inmunológicos del lactante menor.

b) Los efectos negativos que ejerce sobre la lactancia materna la introducción parcial del biberón o de otro tipo de alimentación antes del tiempo requerido.

Parágrafo. El material de divulgación y de formación científica respecto de los alimentos de fórmula para lactantes debe cumplir con normas éticas, proporcionando una información científica y veraz.

Artículo 5° DE LA PROMOCION COMERCIAL. En toda promoción comercial de alimentos de fórmula para lactantes se deber hacer mención específica a:

a) La leche materna es el mejor alimento para el niño.

b) Si no se siguen estrictamente las indicaciones de preparación e higiene, el alimento promocionado es perjudicial para la salud del niño.

c) La utilización del biberón incide negativamente en la calidad y cantidad de lactancia materna.

PROHIBICIONES.

Artículo 6° En la promoción comercial de alimentos de fórmula para lactantes se prohíbe:

- a) Hacer mención, alusión o representación gráfica del biberón.
- b) Toda leyenda dibujo o alusión directa o indirecta que induzca a hacer creer que el alimento de fórmula para lactantes es superior a la leche materna o que pretenda limitarla, igualarla, compararla y el utilizar términos como humanizada o maternizada.
- c) Hacerla por medio de ofrecimientos gratuitos o subsidiados de cualquier bien o servicio, inclusive los dirigidos a los usuarios y empleados de los organismos de salud.

Artículo 7° La realización de actividades de publicidad y promoción de alimentos de fórmula para lactantes a nivel de madres, familiares, o del público en general, no está permitida.

Parágrafo. Las actividades informativas, sólo podrán hacerse a los profesionales de la salud, tanto del sector público como del privado, donde desarrollen su labor, únicamente para la presentación y difusión científica de productos, quede ninguna manera desestimen la práctica de la Lactancia Materna exclusiva, ni sean sugeridos como sustitutos de la Leche Materna.

Artículo 8° Los productores y comercializadores no podrán ofrecer, con el objeto de promover los productos de que trata el presente Decreto, al personal de salud ni a sus familias, gratificaciones, incentivos financieros y materiales, así como tampoco muestras gratis de los mismos alimentos y especialmente biberones y chupetes.

Artículo 9° El personal de salud no podrá proporcionar a las madres ni a sus familiares muestras y suministros de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna.

Artículo 10. Se prohíbe la publicidad, promoción y exhibición de alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna en los organismos que presten servicios de salud o utilizar cualquier otro mecanismo de promoción que menoscabe la práctica de la lactancia materna.

Artículo 11. Los productores y comercializadores no podrán entregar a las madres muestras gratuitas o en venta a bajo precio de los alimentos enunciados en este Decreto, ni obsequios, utensilios, biberones y chupetes.

DE LOS ROTULOS O ETIQUETAS DE ENVASES Y EMPAQUES DE LOS ALIMENTOS DE FORMULA PARA LACTANTES Y COMPLEMENTARIOS DE LA LECHE MATERNA.

Artículo 12. Los rótulos de envases y empaques de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la Leche Materna se someterán a lo previsto en el Título Quinto de la Ley 9 de 1979 y en la Resolución 8688 del mismo año, expedida por el Ministerio de Salud o las que las sustituyan o modifiquen o adicionen.

Artículo 13. El rótulo de todo alimento para lactantes debe contener en forma visible:

- a) La manera precisa e higiénica de preparar y utilizar el alimento.
- b) La leyenda: La Leche Materna es el mejor alimento para el niño.
- c) La instrucción: " Si no se siguen estrictamente las indicaciones de preparación e higiene, éste o cualquier otro alimento, es perjudicial para la salud del niño".
- d) La indicación del uso higiénico de utensilios de preparación y suministro destacando la taza y la cuchara.

Artículo 14. Los rótulos de los envases y empaques de los alimentos de fórmula para lactantes no pueden contener:

- a) Dibujos y representaciones de figuras humanas.
- b) Dibujos y representaciones de biberones, diferentes a los que se utilizan para indicar su preparación.
- c) Leyendas, dibujos o alusiones directas o indirectas que induzcan a hacer creer que el alimento de fórmula para lactantes es superior a la leche materna o que pretenda limitarla, igualarla o compararla y el utilizar términos como humanizada o maternizada.

ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS DE LA LECHE MATERNA.

Artículo 15. E toda promoción comercial de alimentos complementarios de la Leche Materna se debe estimular a la madre para que amamante al niño el mayor tiempo posible, haciéndole mención específica en forma resaltada a:

- a) La Leche Materna es el mejor alimento para el niño.
- b) El producto proporcionado sólo es complementario de la Leche Materna después de los primeros cuatro (4) meses de edad del niño.

Artículo 16. En la promoción comercial de alimentos complementarios de la Leche Materna está prohibido: hacer mención, alusión o representación gráfica de biberón.

Artículo 17. El rótulo de todo alimento complementario debe contener en forma visible, además de la manera higiénica de prepararlo y utilizar el alimento, las siguientes leyendas en forma resaltada:

- a) La Leche Materna es el mejor alimento para el niño.
- b) Este producto sólo es complementario de la Leche Materna después de los primeros cuatro (4) meses de edad del niño.
- c) Suministre este producto utilizando taza o cuchara.

Artículo 18. Los rótulos de los envases y empaques de los alimentos complementarios de la Leche Materna, no pueden hacer alusión escrita o representación gráfica del biberón.

Artículo 19. Las infracciones a este Decreto serán sancionadas de conformidad con lo previsto en la Ley 9 de 1979 de acuerdo al procedimiento señalado en el Decreto 2780 de 1991.

Artículo 20. El presente Decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial el Decreto 1220 de 1980.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Santafé de Bogotá, D. C., a 24 de agosto de 1992.

CESAR GAVIRIA TRUJILLO

El Ministro de Salud,
GUSTAVO I. DE ROUX RENGIFO.



ACUERDO 480 DE 2011

(Diciembre 16)

“Por medio del cual se establecen políticas para la adopción de las salas amigas de la familia lactante en el ámbito laboral en las entidades distritales y se dictan otras disposiciones”.

EL CONCEJO DE BOGOTÁ, D.C.

En uso de sus atribuciones Constitucionales y Legales, especialmente las conferidas por el numeral 1º. del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993,

ACUERDA:

ARTÍCULO 1º.-

La Administración Distrital de manera progresiva y de acuerdo con la disponibilidad presupuestal de cada entidad, implementará salas amigas de la familia lactante en el ámbito laboral en las entidades del Distrito Capital.

Parágrafo:

Las Secretarías Distritales con el apoyo de la Secretaría Distrital de Integración Social, definirán los espacios y las sedes institucionales en las que se implementarán las salas amigas de la familia lactante en el ámbito laboral.

ARTÍCULO 2º.-

La Secretaría Distrital de Integración Social coordinará, apoyará técnicamente y evaluará la implementación de las salas amigas de la familia lactante en el ámbito laboral, en las entidades del Distrito Capital.

ARTÍCULO 3º.-

Las entidades distritales al implementar las salas amigas de la familia lactante de las que trata el presente Acuerdo, garantizarán el cumplimiento de las normas establecidas en materia de bioseguridad y calidad; para ser acreditadas por la Secretaría Distrital de Integración Social.

ARTÍCULO 4º.-

El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

MARÍA VICTORIA VARGAS SILVA
Presidenta

SANDRA MARCELA ROJAS MACÍAS
Secretaria General

CLARA EUGENIA LÓPEZ OBREGÓN
Alcaldesa Mayor Designada de Bogotá, D.C.



Bibliografía



- Bartick M, Reinhold, A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics* 2010.
- CEPAL, UNICEF. Evolución de la desnutrición crónica infantil y su distribución socioeconómica, en siete países de América Latina. Chile; 2008.
- Encuesta de Prevalencia de Demografía y Salud, 1986. Cooperación Centro Regional de Población. Bogotá, Colombia. Marzo 1988.
- Departamento Nacional de Planeación. Plan de Desarrollo para Cerrar la Brecha República de Colombia, 1974-1978. Bogotá; 1974.
- Departamento Nacional de Planeación. Documento Conpes Social 091, Consejo Nacional de Política Económica y Social. "Metas y Estrategias de Colombia para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio - 2015". Bogotá; 2005.
- Departamento Nacional de Planeación. Documento Conpes Social 109, Consejo Nacional de Política Económica Social, República de Colombia, "Política Pública Nacional de Primera Infancia "Colombia por la Primera Infancia". Bogotá; 2007.
- Departamento Nacional de Planeación. Documento Conpes Social 113. Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Bogotá; 2008.
- Departamento Nacional de Planeación. Plan de Desarrollo Prosperidad para Todos República de Colombia, 2010-2014. Bogotá; 2010.
- Defensoría del Pueblo. Las políticas públicas alimentarias en Colombia. Un análisis desde los derechos humanos. Bogotá; 2011.
- Encuesta de la Prevalencia Demografía y Salud, 1986. Corporación Centro Regional de Población. Bogotá; marzo 1988.
- Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud, 1990. PROFAMILIA, Bogotá, Colombia y Institute for Resource Development/Macro International, Inc. Columbia, Maryland, USA; Bogotá; junio 1991.
- Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud, 1995. PROFAMILIA, Bogotá, Colombia y Institute for Resource Development/Macro International, Inc. Columbia, Maryland, USA. Bogotá; octubre 1995.
- Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud, 2000. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. PROFAMILIA, Bogotá; octubre 2000.
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. PROFAMILIA, Bogotá; noviembre 2005.
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010. PROFAMILIA. Bogotá; febrero 2011.
- Gobierno de Colombia. Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012-2019. Gobierno Nacional 2013.
- Jelliffe DB. Commerciogenic malnutrition. *Nutr Rev.* 1972;30:199-205.
- IBFAN. Historia del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna. 1993.
- Ip, S. Chung, M. Raman, G. Trikalinos, TA, Lau, J. A Summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's Evidence Report on Breastfeeding in Developed Countries. *Breastfeeding Medicine*, 2009.
- Lutter, CK, Lutter, R. Fetal and early childhood undernutrition, mortality and lifelong health. *Science*, 2012.

- Ministerio de la Protección Social. Registro fotográfico, estrategias de comunicación y movilización social, Colombia; 2007.
- Ministerio de Salud, ASCOFAME, INS, Investigación Nacional de Morbilidad, Bogotá; 1967.
- Mora JO. Situación Nutricional de la Población Colombiana 1977-1980. Volumen 1. Instituto Nacional de Salud. Bogotá; 1982.
- Ministerio de Salud, ICBF. Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo Infantil,-SUPERVIVIR-. Bogotá; 1984.
- Ministerio de Salud, ICBF, UNICEF. Plan Nacional para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna 1998-2008. Bogotá; 1998.
- Ministerio de Salud, UNICEF, Instituto de Programas Interdisciplinarios en Atención Primaria en Salud, Universidad Industrial de Santander, PROINAPSA-UIS. Iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, en el marco de los derechos. Manual para su aplicación, Colombia; 2005.
- Ministerio de Salud, UNICEF, PMA. Evaluación del Plan Decenal de Lactancia Materna 1998-2008. Colombia; 2009.
- Ministerio de Salud, ICBF, UNICEF, PMA. Plan Decenal de Lactancia Materna Compromiso de todos. 2010-2020, Colombia; 2010
- Naciones Unidas. Declaración sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño. Cumbre Mundial a Favor de la Infancia. Nueva York; 1990.
- OMS, UNICEF. Reunión conjunta sobre la Alimentación del Infante y del Niño Pequeño. Ginebra; 1979.
- OMS, UNICEF. Declaración Conjunta: para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Natural: la Función especial de los Servicios de Maternidad. Ginebra; 1989.
- OMS, UNICEF. Declaración de Innocenti, sobre la Promoción, Protección y Apoyo a la lactancia materna, Italia; 1990.
- OPS/OMS. Linkages, USAID, AED. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia, Washington DC; 2002.
- OPS/OMS. 30 años del Código en América Latina: Un recorrido sobre diversas experiencias de aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucédanos de la Leche Materna en la Región entre 1981 y 2011. Washington DC; 2011. (www.paho.org/alimentacioninfantil).
- OPS/OMS. Lactancia y Trabajo: Folleto para el Empresario, Folleto para Madres y Madres Futuras; Folleto para Compañeros de Trabajo. Washington DC; 2011 (www.paho.org/alimentacioninfantil).
- OMS, UNICEF, WELLSTAR, WABA, IBFAN, Liga de la Leche Materna. Declaración de Innocenti sobre la Alimentación de Lactantes y Niños Pequeños. Italia; 2005
- OMS. Resolución 55 Asamblea Mundial de la Salud, Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra; 2002.
- Presidencia de la República. Plan de Desarrollo Económico y Social “Para Cerrar la Brecha”. Colombia 1974-1978. Bogotá; 1974.
- Presidencia de la República, Ministerio de Salud, ICBF, UNICEF. Plan Nacional para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna. Colombia 1992-1994. Bogotá; 1992.
- Presidencia de la República, Ministerio de Salud, Misión permanente de Colombia en Naciones Unidas. Informe de Colombia en la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia, 1990-2000. Bogotá; 1990.
- Presidencia de la República, Comisión Intersectorial para la Primera Infancia. Cartilla De Cero a Siempre. Colombia, 2012.

IBFAN. Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna (WBTi). Colombia; 2008.

WHO. Evidence on the long-term effects of breastfeeding, Systematic reviews and meta-analysis. Geneva; 2007.

Williams CD. Milk and Murder. Address to the Rotary Club of Singapore; 1939.

Referencias adicionales

OMS. Guidelines on HIV and infant feeding 2010. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. Geneva; 2011.

OMS. Guidelines on Optimal Feeding of Very Low Birth-weight Infants in Low- and Middle-income Countries. Geneva; 2011.

OPS/OMS. Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Capítulo Modelo. Washington DC; 2010. (www.paho.org/alimentacioninfantil).

OPS/OMS, Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños, 2nd edición. Washington DC. 2013. (www.paho.org/alimentacioninfantil).

Se puede encontrar más información sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño en la página web www.paho.org/alimentacioninfantil

