



Revista Ciencias de la Salud

ISSN: 1692-7273

editorial@urosario.edu.co

Universidad del Rosario

Colombia

López Sáleme, Rossana; Díaz Montes, Carmen Elena; Hernández Barrios, Nery;  
Mercado Mercado, Laura; Aguilar Arroyo, Cyndi; Cifuentes Salinas, Lilian  
Percepción de la iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (iami) en  
Cartagena, 2012

Revista Ciencias de la Salud, vol. 13, núm. 3, 2015, pp. 395-409  
Universidad del Rosario  
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56242524007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Percepción de la iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMÍ) en Cartagena, 2012

Perception of the Mother- and Baby-Friendly Hospital Initiative (MBFHI) in Cartagena, Colombia, 2012

Percepção da iniciativa Instituições Amigas da Mulher e a Infância (IHAC) em Cartagena, 2012

Rossana López Sáleme MEd<sup>1</sup>, Carmen Elena Díaz Montes MEd, Nery Hernández Barrios<sup>2</sup>, Laura Mercado Mercado<sup>3</sup>, Cyndi Aguilar Arroyo<sup>4</sup>, Lilian Cifuentes Salinas<sup>5</sup>

Recibido: 11 de abril de 2014 • Aceptado: 7 de julio 2015

Doi:

Para citar este artículo: López-Sáleme R, Díaz-Montes CE, Hernández-Barrios N, Mercado-Mercado L, Aguilar-Arroyo C, Cifuentes-Salinas L. Percepción de la iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMÍ) en Cartagena, 2012. Rev Cienc Salud. 2015;13(3):395-410. doi:

## Resumen

**Objetivo:** Establecer el grado de percepción de la implementación de los pasos de la iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMÍ) en establecimientos de salud de la ciudad de Cartagena en 2012. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, cuya población estuvo constituida por 21 instituciones públicas y privadas, la muestra fue de 8 instituciones seleccionadas aleatoriamente. Participó todo el personal capacitado en iniciativa de hospitales amigos de los niños que labora en las instituciones. La información fue analizada a partir de 2 instrumentos: "Evaluación del Grado de implementación de la estrategia Iniciativa de hospitales amigos de los niños" y "Formulario de autoapreciación y aplicación en instituciones hospitalarias y ambulatorios". **Resultados:** El grado de implementación de la iniciativa varía dependiendo de las características de la atención de la institución valorada. En el ámbito hospitalario, se encontró que disponer de una política de apoyo a la infancia, capacitación del personal —en este aspecto—, así como garantizar la calidad del parto, el inicio precoz de lactancia materna (LM) y su práctica, entre otros, (pasos 1, 2, 4 y 6) tuvieron un grado de implementación medio. Mientras que la conformación de grupos de apoyo (paso 10) presentó un grado bajo. En el nivel ambulatorio fueron los pasos 1, 4, 5 y 10 sobre los que se obtuvo un grado medio, los demás pasos mantuvieron un grado alto. Ninguna institución ofrece chupos o biberones. **Conclusión:** La iniciativa Instituciones Amigas de

1 Universidad de Cartagena, Colombia. Correo electrónico: rolopsa@yahoo.com

2 Maternidad de Bocagrande, Cartagena, Colombia.

3 Fundación Tiempo de Vida, Cartagena, Colombia.

4 ESE, San José de Guaviare, Colombia.

5 Prosalco IPS, Medellín, Colombia.

la Mujer y la Infancia en las instituciones de salud se encuentra en un grado de implementación alto y medio en los niveles de atención ambulatoria y alto, medio y bajo en el nivel hospitalario.

*Palabras clave:* Lactancia materna, instituciones de salud, evaluación, alojamiento conjunto, política nutricional.

### *Abstract*

*Objective:* To establish the perception level of the implementation of the BFHI initiative steps in health institutions in Cartagena in 2012. *Material and methods:* Descriptive study in a population constituted by 21 public and private institutions, as well as all trained personnel in the initiative of baby friendly hospitals, who work in these institutions, with a sample of 8 institutions. Information was collected by means of two instruments: "Assessment of the implementation levels of the initiative baby friendly hospitals' strategy" and "Application form of self-perception and application in hospitals and in ambulatory level". *Results:* The implementation level varies depending on the characteristics of each assessed institution. At hospital level the steps number 1, 2, 4 y 6 showed a middle implementation level, while the step number 10 indicated a low level. While at ambulatory level the steps number 1, 4, 5 and 10 presented a middle level, the others steps showed a high level. No institution offers pacifiers or baby bottles. *Conclusion:* Implementation of the BFHI initiative in health institutions is in a high and middle level in ambulatory institutions, while in hospitals it is in high, middle and low levels.

*Keywords:* Breastfeeding, Health institutions, Evaluation, Rooming-in care, Nutrition policy.

### *Resumo*

*Objetivo:* estabelecer o grau de percepção da implementação dos passos da iniciativa Instituições Amigas da Mulher e a Infância (IHAC) em estabelecimentos de saúde da cidade de Cartagena em 2012. *Materiais e métodos:* estudo descritivo, cuja população esteve constituída por 21 instituições públicas e privadas, a amostra foi de 8 instituições selecionadas aleatoriamente. Nelas participou todo o pessoal capacitado em iniciativa de hospitais amigos das crianças que trabalha nas instituições. A informação foi analisada a partir de 2 instrumentos: "Avaliação do Grau de implementação da estratégia iniciativa de hospitais amigos das crianças" e "Formulário de auto-apreciação e aplicação em instituições hospitalares e ambulatoriais". *Resultados:* o grau de implementação da iniciativa varia, dependendo das características da atenção da instituição valorada. No âmbito hospitalar, encontrou-se que dispor de uma política de apoio à infância, capacitação do pessoal —neste aspecto—, assim como garantir a qualidade d parto, o início precoce do aleitamento materno (AM) e sua prática, entre outros, (passos 1, 2, 4 e 6) tiveram um grau de implementação médio. Enquanto que a conformação de grupos de apoio (passo 10) apresentou um grau baixo. No nível ambulatorio foram os passos 1, 4, 5 e 10 sobre os que se obteve um grau médio, os demais passos mantiveram um grau alto. Nenhuma instituição oferece chupetas ou biberões. *Conclusão:* a iniciativa Instituições Amigas da Mulher e a Infância nas instituições de saúde encontra-se em um grau de implementação alto e médio nos níveis de atenção ambulatoria e alto, médio e baixo no nível hospitalar.

*Palavras-chave:* Aleitamento materno, instituições de saúde, avaliação, alojamento conjunto, política nutricional.

## Introducción

La lactancia materna es el primer sistema de alimentación natural para los niños lactantes, brinda todo el soporte nutricional que ellos requieren, debido a que aporta la energía y los nutrientes nece-

sarios para los primeros meses de vida. Además, fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo y protege al niño de las enfermedades infecciosas y crónicas (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado la alimentación exclusiva con leche materna hasta los seis meses y, desde allí, poder incluir alimentos complementarios, además motiva a continuar amamantando al niño con alimentación complementaria por lo menos hasta los 24 meses (2). A pesar de los múltiples beneficios reportados en la actualidad, en el ámbito mundial existe baja prevalencia de lactancia materna (LM), situación que no es ajena en Colombia, en donde la Encuesta de Demografía y Salud (ENDS) 2010 reporta que la duración de la LM exclusiva fue de 1,8 meses, y la duración total de LM fue de 14,9 meses en promedio, lo que muestra, en la región Caribe, una duración LM exclusiva de 0,7 meses (3). Por otro lado, un estudio realizado en Cartagena mostró que la práctica de LM exclusiva es del 36 % y el promedio de duración en meses de 2,4, datos que corroboran que el promedio de LM está por debajo de los parámetros internacionales recomendados de 6 y 24 meses, respectivamente (4).

Para disminuir las altas tasas de morbilidad y mortalidad en los niños menores de un año, la baja prevalencia de LM exclusiva y el inicio precoz de alimentación complementaria, derivado del consumo inadecuado de fórmulas infantiles, surgen los diez pasos para una lactancia exitosa, IAMM (5). En 1989 la OMS y Unicef, a partir de la Declaración Conjunta de "Los diez pasos hacia una feliz lactancia materna" proponen los cri-

terios globales para los Hospitales Amigos de los Niños, que son un conjunto de estándares acordados a nivel internacional para evaluar los logros obtenidos en la aplicación de los diez pasos (5).

En Colombia, la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños ha tenido un gran avance conceptual y metodológico que responde a las necesidades del país y ha formulado una propuesta más amplia y armónica con los servicios que se prestan, que se ha denominado "Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia". Esta estrategia se ha posicionado como un instrumento para el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de la salud materna e infantil, que es aplicable a instituciones, tanto ambulatorias como hospitalarias de cualquier nivel de complejidad y conjuga los diferentes indicadores tanto de estructura como de proceso y de resultado que son pertinentes en la atención de esta población (6).

La IAMM es una iniciativa propuesta para motivar a las instituciones a mejorar sus prácticas de atención en salud y nutrición materna e infantil, al seguir los principios de universalidad, igualdad y no discriminación, participación e inclusión, responsabilidad social y rendición de cuentas (6).

La iniciativa propone a las instituciones que prestan servicios de atención a gestantes, madres, niñas, niños y adolescentes una metodología que les permita, de manera sistemática, autoevaluarse, analizar sus prácticas de atención, realizar un plan de mejoramiento, hacer los ajustes necesarios, ser evaluados por profesionales externos a

la institución y, finalmente, ser acreditados como una Institución Amiga de la Mujer y la Infancia al seguir sus pilares de integralidad, calidad y continuidad (6).

El reconocimiento de las instituciones prestadoras de salud como Amigas de la Mujer y la Infancia significa el cabal cumplimiento de estándares de calidad en la atención de la salud a mujeres, madres, niñas y niños, basado en la integralidad de acciones, en continuar el cuidado, tanto al interior de las instituciones de salud como los que se prestan en los hogares, las comunidades, y en la atención humana a las madres, niñas, niños y sus familias desde una perspectiva de derechos (6).

Los diez pasos de la iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia y los criterios globales, que se aceptan como los estándares que las instituciones deben lograr para su designación, tienen, a su vez, indicadores de estructura, procesos y resultados que demuestran cómo se cumple cada uno de ellos. El convertirse en una Institución Amiga de la Mujer y la Infancia es un proceso que se inicia con la voluntad política de las partes y, a partir de allí, por medio de una autoapreciación, realizada por la institución de salud, se establece una línea de base de sus prácticas vigentes con respecto a los diez pasos propuestos en la estrategia IAMI (6).

Estos son:

1. Disponer, por escrito, de una política en favor de la salud materno e infantil con enfoque de derechos y criterios de calidad que incluyan el fomento a la lactancia materna.
2. Capacitar a todo el personal de salud que atiende a la mujer y la infancia, de tal forma que esté en condiciones de poner en práctica la política IAMI.
3. Brindar a las mujeres gestantes, educación, atención oportuna y pertinente para que puedan vivir satisfactoriamente su gestación y prepararse para el parto, el puerperio y la lactancia materna, fomentando la participación familiar en estos procesos.
4. Garantizar la atención del parto con calidad y calidez, dentro de un ambiente de respeto libre de intervenciones médicas innecesarias, favorecer el inicio temprano de la lactancia materna en la primera media hora del nacimiento y el contacto inmediato piel a piel.
5. Brindar ayuda efectiva a las mujeres a y sus familias para que puedan poner en práctica la lactancia materna, incluso si tienen que separarse de sus hijos e hijas, y orientarlas sobre los cuidados del recién nacido y pautas de crianza.
6. Promover en las madres y sus familias la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de edad y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años o más, el control del crecimiento y desarrollo infantil y la adecuada nutrición de la madre.
7. Favorecer el alojamiento conjunto madre-hijo o madre-hija durante las 24 horas del día en caso de hospitalización, aún en caso de niñas y niños mayorcitos (en las unidades neonatales, en urgencias y en pediatría).
8. Fomentar en las madres y familias la práctica de la lactancia materna a libre demanda sin restricción ni horarios fijos, y promover el apoyo a la madre lactante por parte del esposo o compañero y de la familia.
9. No dar a los niños y niñas alimentados a pecho, chupos ni biberones y cumplir con el Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna y la norma nacional que lo adopte.
10. Desarrollar estrategias de apoyo a la madre, por medio de la conformación de Grupos de Apoyo a la madre y al desarrollo infantil, y establecer mecanismos de apoyo institucional que permitan resolver los problemas tempranos durante el amamantamiento y la crianza (6).

Los datos generales tanto ambulatorios como hospitalarios son instrumentos estandarizados para diligenciar cada tres meses. Su importancia radica en que la Institución Prestadora de Salud (IPS) puede seleccionar un grupo de indicadores trazadores o claves que resultan esenciales para realizar seguimiento a la iniciativa y evaluar los procesos relacionados con esta. El aplicarse de manera periódica le permite al comité contar de forma regular con información relevante para la toma de decisiones. El suministro de la información es responsabilidad directa de los coordinadores de programas (6).

Cuando el establecimiento de salud, al aplicar el formulario de autoapreciación cumple con el 100 % de los indicadores de cada paso, puede solicitar la evaluación externa, por medio de la cual se califica el cumplimiento de los criterios globales en la institución y le permite a un equipo de evaluadores externos reportar su grado de avance a la autoridad competente, sea municipal o departamental, quien define, mediante una reunión técnica, que se realiza con el equipo de profesionales de salud pública y calidad, su reconocimiento como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia e informa sobre su decisión al Ministerio de la Protección Social y a Unicef, quienes reciben copia del informe respectivo y del acta que sustenta la decisión del ente local de salud (6).

A lo largo de los años, son muchos los cambios que se han logrado con IAMM, es así como, en algunos países, casi todos los hospitales son amigos de la infancia. Se estima que un 28 % de todas las maternidades del mundo lo son, y el 31 % se ubican en los países en desarrollo y han implementado, alguna vez, los diez pasos, lo que ha contribuido al aumento de las tasas de LM, a pesar de la agresiva promoción comercial de fórmulas infantiles y biberones (7). En países como Mongolia, África, Suiza, Suecia, Holanda, Francia, Reino Unido, Norteamérica,

Cuba y Chile se ha demostrado que, con la aparición e implementación de la estrategia, se ha aumentado significativamente la prevalencia de LM exclusiva (7, 8).

En cuanto a la evaluación de la implementación de la estrategia IAMM, existen varias investigaciones a nivel internacional (7, 9, 10), entre las que se encuentra un estudio realizado en 167 instituciones amigas de la infancia en Brasil, el cual mostró que el 82 % de estas cumplía con la implementación de los diez pasos. Se observó un grado de implementación mayor al 90 % en todos los pasos (9). A diferencia de un estudio realizado en un hospital en Venezuela, en el que se halló que no existía una política a favor de la LM y que se evidenció en los bajos porcentajes obtenidos en la implementación de los pasos 2, 4, 9 y 10 (10).

Se conocen pocas investigaciones a nivel nacional en donde se evalúe la IAMM como una estrategia, entre estas, una llevada a cabo en el Valle del Cauca, la cual informó que la implementación de la estrategia IAMM era baja y ninguna institución tenía una política de apoyo a la lactancia natural (11-13). El grado de implementación se considera alto solo respecto de tres pasos específicos: oferta exclusiva de leche materna, alojamiento conjunto y el estímulo a la LM a libre demanda; los demás pasos se ubicaron en grado medio y bajo, lo que evidenció la necesidad de reforzar las formas de implementar la estrategia (13).

En la actualidad, el Ministerio de Protección Social está exigiendo el cumplimiento de la IAMM en las instituciones de salud, debido a esto el Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS), en conjunto con la Universidad de Cartagena, en 2006 realizó tres capacitaciones, con esto logró instruir a un rango de 150 a 200 profesionales de instituciones de salud con servicio de ginecología y obstetricia. Una vez capacitado el personal, por medio de un acta, se comprometen



a cumplir a cabalidad con los diez pasos para una lactancia feliz (14). Actualmente, son 52 las instituciones capacitadas en la estrategia, hasta la fecha, que establecen el compromiso de favorecer su implementación (14). Hace 23 años se acreditó en Cartagena la primera Institución Amiga de la Mujer y la Infancia, la cual se mantuvo acreditada entre 1991-2004 (14).

Partiendo de los logros que ha tenido la estrategia IAMI en otros países, conociendo los beneficios que genera la LM y teniendo en cuenta la situación nutricional y de salud de los infantes colombianos y, en particular, de Cartagena, resulta fundamental la valoración de la percepción de la implementación de la iniciativa en las instituciones de la ciudad. Ya que esto permitirá a las instituciones y al personal de salud identificar las fortalezas y las falencias que se presentan en el cumplimiento de los diez pasos que la componen, con el fin de que desarrollen las acciones necesarias que contribuyan al aumento de la prevalencia de la LM; aspecto que se reflejará a largo plazo en el mejoramiento de salud y la calidad de vida de los niños y niñas menores de un año.

### *Materiales y métodos*

Estudio descriptivo que muestra el grado de percepción de la implementación de cada paso de la iniciativa IAMI en instituciones de salud de la ciudad de Cartagena.

*Población y muestra:* Existen 53 instituciones de salud en las que se han capacitado a los funcionarios en la IAMI, pero solo se tomaron 21 que son las que brindan atención al binomio madre - hijo, entre las cuales se encuentran Entidades Promotoras de Salud (EPS) e IPS públicas y privadas, así como instituciones con régimen especial (policías, maestros, etc.). Se entrevistó a todo el personal capacitado que participa en el desarrollo de IAMI.

Las 21 instituciones fueron clasificadas según características similares, con el fin de obtener mayor representatividad. Quedando distribuidas de la siguiente manera:

- Categoría A: IPS de carácter privado que solo atienden a población materna.
- Categoría B: EPS de carácter privado.
- Categoría C: conformadas por las EPS subsidiadas.
- Categoría D: EPS de carácter público.
- Categoría E: IPS de carácter público.
- Categoría F: IPS de carácter privado
- Categoría G: Instituciones de régimen especial (magisterio, policía).
- Categoría H: IPS pública que solo atienden a población materna

*Muestreo:* En las categorías en donde existía más de una institución, se realizó una selección aleatoria, se tomó una institución por categoría, así se seleccionaron ocho instituciones. El personal que formó parte de la muestra en las instituciones seleccionadas estuvo compuesto por doce personas del ámbito hospitalario y veintiuna del ambulatorio.

*Instrumentos de recolección de información:* Para la recolección de la información se utilizaron dos instrumentos; el primero estandarizado internacionalmente y recomendado por la Organización Panamericana de Salud (OPS) y el segundo elaborado por grupo investigador de la Universidad del Valle:

1. “El formulario de autoapreciación para instituciones hospitalarias y ambulatorias” consta de doce ítems, los dos primeros evalúan datos de identificación y censales de la institución, posteriormente se valora cada uno de los pasos de la estrategia con su respectiva auto apreciación. El diligenciamiento del formulario de autoapreciación permitirá a

la institución de salud realizar una revisión detallada de sus prácticas y compararlas con los indicadores de estructura, proceso y resultado propuestos para cada criterio global. Las preguntas de este instrumento se derivan de los criterios globales que requieren una respuesta sencilla en términos de sí, no o no aplica, según sea el caso, para cada uno de los pasos de la estrategia, el cual conduce al análisis de las prácticas (5).

Para esta investigación, se asumió por criterio del grupo investigador el porcentaje de respuestas afirmativas, para determinar el grado de implementación de acuerdo con la autoapreciación obtenida de la iniciativa IAMM en las instituciones, de la siguiente manera: Alto (más del 75 %), medio (entre 50 % y 74,9 %), bajo (entre 25 % y 49,9 %) y muy bajo (menos del 24,9 %).

2. Instrumento "Implementación de la iniciativa de institución amiga de la mujer y la infancia", el cual consta de diez ítems con respuestas de sí y no, las preguntas están orientadas a verificar la existencia de documentación y/o observar si se cumple cada paso.

Este instrumento evalúa la implementación de la iniciativa, teniendo en cuenta una puntuación de 0 a 10 donde 0 significa que no se implementa ningún paso, de 1 a 3 indica baja implementación, de 4 a 6 una implementación media y de 7 a 9 una alta implementación (13). Este instrumento es una lista de chequeo que permite ver el panorama global de la institución, al ver el grado de implementación cada paso de manera general.

Para determinar el grado de implementación se tuvo en cuenta la autoapreciación, que permitió percibir la implementación de manera institucional, y la lista de chequeo para conocer el panorama general.

#### *Procedimiento y análisis de la información:*

Luego de recibir respuesta positiva de participación en el estudio por parte de los gerentes de las instituciones, los investigadores se dirigieron a estas y realizaron la verificación de la información documental de los pasos 1 al 10. Utilizaron el instrumento de evaluación del grado de implementación y, posteriormente, se consolidaron los resultados en el instrumento de evaluación del grado de implementación de la iniciativa IAMM (13). Luego, durante una semana, el grupo investigador realizó una visita a las siete instituciones de salud que aceptaron participar y le realizaron al personal de salud las preguntas del instrumento de autoapreciación, previa firma del consentimiento informado. El instrumento de autoapreciación se procesó teniendo en cuenta la ponderación de respuestas por paso, para esto se calcula del total de respuestas positivas (sí) sobre el total de ítems por cada paso de la estrategia, según las diferentes características de las instituciones, con el fin de mostrar el porcentaje alcanzado en cada paso. Posterior a la aplicación del cuestionario de autoapreciación, se realizó la lista de chequeo, la cual buscaba verificar la implementación de cada paso de la estrategia.

*Análisis estadístico:* Los datos fueron almacenados y analizados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, Windows 7.0, del cual se obtuvieron tablas con porcentajes sobre la población a nivel ambulatorio y hospitalario, se usó la respuesta afirmativa (sí) para hallar los porcentajes de respuestas de cumplimiento sobre cada paso por institución. Estos porcentajes obtenidos por institución se ponderaron para obtener el promedio de las instituciones participantes.

*Consideraciones éticas:* Les fue enviada una solicitud de invitación a participar en el estudio a los gerentes de las instituciones seleccionadas e, igualmente, al personal de la institución capacitado en la estrategia, a las personas que aceptaron participar voluntariamente se les entregó el



consentimiento informado, teniendo en cuenta el respeto a la privacidad de la identificación de las instituciones y las personas, según el Artículo 11 de la Resolución 008430 de 1993.

## Resultados

De las ocho instituciones de salud seleccionadas, siete aceptaron participar en el estudio, una de régimen especial no aceptó.

*Características de las instituciones:* De las siete instituciones participantes solo cuatro informaron aspectos relacionados con la atención al niño y a la gestante.

Para la institución A, 4 partos vaginales, 35 partos por cesárea, 4 recién nacidos de bajo peso al nacer, 1 recién nacido de muy bajo peso al nacer. La institución D, 39 partos vaginales, 14 partos por cesáreas, 3 recién nacidos de bajo peso y 1 recién nacido de muy bajo peso. La institución E, 82 partos por cesárea, 8 recién nacidos de bajo de peso, 1 recién nacido de muy bajo peso. La institución H reporta un promedio de 698 partos, 348 por cesárea, 139 recién nacidos de bajo peso, 70 recién nacidos de muy bajo peso.

La información de las instituciones B, C y E no fue suministrada.

*Autoapreciación del personal capacitado en las instituciones de salud durante la atención hospitalaria:* La autoapreciación del personal capacitado en IAMI reflejó diferentes promedios de respuestas positivas en cada paso y por institución, la información que se expresa en la tabla 1 es el ponderado de seis instituciones, debido a que el personal de la institución prestadora de servicios que brinda atención en el parto y puerperio es común para las instituciones B, C y D, las demás instituciones manejan personal independiente.

En cuanto a disponer de una política explícita sobre LM (paso 1), se observó que en todas las instituciones el promedio de respuestas fue del 63,9 %. De este, la institución H obtuvo un 83,3 %, seguido de la institución A con 75 % y,

en menor proporción, la institución C con 37,5 %. Respecto del paso 2, capacitación del personal que atiende al binomio madre - hijo, el promedio fue de 59,3 %. De estas, las instituciones A y H obtuvieron el mayor porcentaje con 70,4 %, respectivamente, seguido de la institución E con 66,7 %.

En relación con brindar educación a la gestante (paso 3), el promedio fue de 81,7 %. El personal de la institución que brinda atención del parto y puerperio en un 100 % es el que atiende a las instituciones B, C y D, seguido de la institución H con 92,9 % y, en menor porcentaje, la institución A con 57,1 %. El promedio del paso 4, garantizar el trabajo de parto con calidad y calidez, fue de 74,4 %, aspecto en el que las instituciones B, D y F obtuvieron un 80,0 %; seguido de las instituciones A y H con 73,3 %, respectivamente, y, en menor porcentaje, la institución C con 60 %.

Respecto de la orientación que debe recibir la mujer durante el puerperio (paso 5), se obtuvo un promedio de 93,2 %, del cual la institución C logró un 100 %, seguida por la institución F con 96,3 %. Quienes menos cumplieron fueron las instituciones B, D y E con 88,9 %.

En cuanto al apoyo efectivo en la práctica de la LM (paso 6), el promedio fue de 51,6 %. Las instituciones B y D obtuvieron 71,4 %, seguidas de las instituciones A, E y F con 57,1 %, respectivamente, y, en menor proporción, la institución C con un 14,3 %. En relación con el alojamiento conjunto (paso 7), el promedio de respuesta fue alto 92,6 %.

En cuanto al paso 8, el promedio fue de 88,9 %. En este paso, la mayoría de las instituciones cumple con la práctica de LM y, en menor grado, la institución E, con un 50,0 %. En relación con la no utilización de biberones o chupos (paso 9), se observó que todas las instituciones cumplen en un 100 % con este paso. Mientras que solo el 42,2 % cumple con el diseño de estrategias y utiliza mecanismos de apoyo comuni-

tario e institucional a las puérperas, ubicándolas en un grado bajo de implementación (tabla 1). La institución F aplica en un 86,7 % el paso 10, seguida de la institución A, con 53,3 % y, en menor porcentaje, las instituciones B y D con 20 %, debido a que solo es la institución prestadora.

Los pasos 3, 5, 7, 8 y 9 obtuvieron un grado de implementación alto a nivel hospitalario.

*Autoapreciación del personal capacitado en las instituciones de salud durante la atención ambulatoria:* No se obtuvo información del personal de las instituciones de la categoría A que brinda atención ambulatoria, debido a que esta no atiende a las usuarias en su control prenatal, sus pacientes son de carácter particular o pertenecen a diferentes regímenes de salud y en la institución B no hubo disponibilidad de los datos. La información reportada está sobre la base de cinco instituciones.

En cuanto al paso 1 (disponer de la política de IAMM), el promedio de autoapreciación en todas las instituciones fue 55 %. De estas, las instituciones C, E y F obtuvieron una autoapreciación de 75 %; la institución D no cuenta con una política de apoyo a la LM.

El promedio de autoapreciación del paso 2 en todas las instituciones fue 77,8 %. De estas, la institución H obtuvo el mayor porcentaje en cuanto a la capacitación del personal que atiende al binomio madre - hijo con 91,7 %, seguido de las instituciones C, D y F con 75 % y, en menor promedio, la institución E con 72,4 %. En relación con brindar educación a las gestantes durante la gestación (paso 3), el promedio fue de 95,2 %. Entre las instituciones que cumplen en totalidad este paso, se encuentran las instituciones H y D con el 100 % y, en menor promedio, la institución F con 86,7 %.

En cuanto al cumplimiento del paso 4, garantizar el trabajo de parto con calidad y calidez, se obtuvo un promedio de 62,5 %. La institución H obtuvo un 80,0 %, seguido de las instituciones C y D con 60,0 %. Respecto de la orientación brindada en el puerperio (paso 5) se obtuvo un promedio de autoapreciación de respuestas positivas de 61,3 %. Todas las instituciones informaron promedios entre 61,5 % y 60,6 %. El 79,8 % del personal de las instituciones informa que brinda apoyo efectivo en la práctica de la LM (paso 6), aspecto en el cual las instituciones C, D, F y H obtuvieron un 80 % de respuestas positivas. En cuanto al fomento

Tabla 1. Porcentaje de autoapreciación y grado de implementación del personal capacitado en la Iniciativa IAMM en las instituciones hospitalarias en la ciudad de Cartagena, 2012

% de respuestas por paso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Instituciones										
F	37,5	59,3	90,5	80	96,3	57,1	100	100	100	86,7
E	87,5	66,7	78,6	80	88,9	57,1	66,7	50	100	40
A	75	70,4	57,1	73,3	92,6	57,1	100	100	100	53,3
H	83,3	70,4	92,9	73,3	92,6	52,4	88,9	83,3	100	33,3
C	37,5	55,6	71,4	60	100	14,3	100	100	100	20
B - D (*)	62,5	33,3	100	80	88,9	71,4	100	100	100	20
TOTAL	63,9	59,3	81,7	74,4	93,2	51,6	92,6	88,9	100	42,2
Promedio Grado de implementación*	Medio	Medio	Alto	Medio	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Bajo

Fuente: Instrumento de auto apreciación hospitalaria y ambulatorias.

\* Clasificación asumida por el grupo investigador

Tabla 2. Porcentaje de autoapreciación del personal capacitado y grado de implementación de cada a paso de la iniciativa IAMM en las instituciones ambulatorias en la ciudad de Cartagena, 2012

% de respuestas por paso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Instituciones										
F	75	75	86,7	40	61,5	80	50	33,3	57,1	66,7
E	75	72,4	95,8	72,5	60,6	78,8	90,6	81,3	78,6	72,2
H	50	91,7	100	80	61,5	80	100	100	85,7	66,7
C	75	75	93,3	60	61,5	80	75	100	85,7	88,9
D	0	75	100	60	61,5	80	75	66,7	5,7	55,6
TOTAL	55,0	77,8	95,2	62,5	61,3	79,8	78,1	76,3	78,6	70,0
Promedio grado de implementación *	Medio	Alto	Alto	Medio	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Medio

Fuente: Instrumento de auto apreciación hospitalaria y ambulatorias.

\* Clasificación asumida por el grupo investigador

del alojamiento conjunto (paso 7), el personal reporta un promedio de auto apreciación de 78,1 %; la institución H obtuvo 100 % de respuestas positivas, seguida de la institución E con 90,6 %, y, en menor promedio, la institución F con 50 % del cumplimiento de este paso. En relación con el fomento de la práctica de LM a libre demanda y el apoyo del compañero y familia (paso 8) fue de 76,3 % en las instituciones C y H y el menor promedio lo obtuvo la institución E, con 33,3 %. El personal de las instituciones C, D y H cumple con el paso 9 en un 85,7 %, el cual contempla el no suministro de alimentación con biberones o chupos y, en menor porcentaje, la institución F, con 57,1 %. El 70 % de las instituciones cumplen con el diseño de estrategias y de mecanismos de apoyo comunitario e institucional a las púerperas. La institución C aplica este paso en mayor porcentaje, 88,9 %, seguida de la institución E, con 72,2 % y, en menor porcentaje, la institución D con 55,6 %. De igual forma, para los pasos 1, 2, 4, 6 y 10 tuvieron un grado de implementación media de la estrategia (tabla 2).

Las instituciones de salud en su atención a nivel ambulatorio no reportaron bajo grado de implementación. En cuanto al grado de implementación

general en la ciudad de Cartagena, se encontró que los pasos 3, 5, 7, 8 y 9 tuvieron un alto grado de implementación. Mientras que los pasos 1, 2, 4, 6, 10 tuvieron una implementación media de la estrategia, sin presentarse bajo grado de implementación en ninguno de los pasos (tabla 3).

Tabla 3. Grado de implementación de los pasos de la iniciativa IAMM, según las diferentes características de instituciones de salud en la ciudad de Cartagena, 2011

Pasos de la estrategia	Grado de implementación
1	Medio
2	Medio
3	Alto
4	Medio
5	Alto
6	Medio
7	Alto
8	Alto
9	Alto
10	Medio

Fuente: "Implementación de la iniciativa de institución amiga de la mujer y la infancia" diseñado por Cabrera La iniciativa de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia en hospitales del Valle del Cauca.

## Discusión

Los resultados de este estudio muestran diversos grados de percepción de la implementación de la iniciativa IAM en instituciones ambulatorias y hospitalarias, a pesar de que el mantenimiento continuo de los diez pasos de la estrategia es fundamental para aumentar la tasa de LM exclusiva, sobre los índices nacionales (3, 4, 11, 12, 13). La certificación con la estrategia en algunas instituciones es un modelo para otros hospitales (14). Sin embargo, es necesario evaluar en conjunto los diez pasos de IAM para garantizar que la calidad de la ayuda brindada al binomio madre - hijo sea constante y así obtener resultados positivos (15).

Vale la pena anotar que la discusión se realizó con la información obtenida por parte de las instituciones hospitalarias, debido a que no se encontraron estudios en el área ambulatoria para realizar comparaciones.

Para la transformación de las maternidades, la iniciativa IAM contempla, como punto de partida, el desarrollo y la publicación de una política escrita sobre LM (6). En este sentido, el estudio presentó un grado de implementación medio (63,9 %). Asimismo, Cabrera manifestó que el no tener una política propia y explícita sobre LM en los hospitales indica, claramente, la falta de norte en asuntos clave de la salud materna e infantil, al identificar que ninguna institución de su estudio cumplía con ese paso (13). Las políticas explícitas y escritas son básicas para tomar decisiones, en cuanto a selección de personal, prioridades de entrenamiento y capacitación, así como asignación del recurso humano (13).

En relación con la capacitación del personal que atiende a la mujer y la infancia en este ítem, se reportó un grado de implementación medio (59,3 %). Todo el recurso humano del hospital debe estar entrenado y capacitado en las bases científicas del amamantamiento, esta

capacitación debe ser continua y, sobre todo, tener en cuenta la existencia de la alta rotación de personal en los hospitales y, en especial, en los universitarios. Al respecto, en un estudio realizado en Teresina, Piauí en Brasil, los profesionales señalaron que el éxito de su acción con las mujeres depende de la realización de cursos regulares sobre el tema (16). Ellos creen que con la incorporación de nuevos conocimientos sobre LM serán capaces de mantener el interés de su público y ampliar la importancia de su acción. La continua adhesión a este paso es importante para asegurar los cambios en las prácticas hospitalarias que tienen como objetivo promover, proteger y apoyar la LM dentro del hospital (15). Los cursos de cinco días o cuarenta horas parecen dar mejores resultados de acuerdo con los reportes de la IAM, no obstante, se dificultan por situaciones administrativas (17). Es importante recordar que el momento crítico del inicio oportuno de la LM exitosa está en manos del personal hospitalario y en el terreno de las IPS, estos conocimientos resultan básicos para poder desarrollar habilidades cognitivas, verbales y motrices, necesarias para ayudar a madres e hijos a tener un buen comienzo del proceso (18).

Respecto del paso 3 (brindar a las gestantes educación, atención oportuna y prepararse para el parto, puerperio y la LM, fomentando la participación familiar), se halló un alto grado de implementación (81,7 %). Igualmente, un estudio realizado en Estados Unidos se destacó en la implementación de este paso (19). Contrario a esto, un estudio realizado en Venezuela mostró que solo el 49,8 % del personal manifestó haber orientado a las puérperas (10). La norma técnica para la detección temprana de alteraciones del embarazo establece, entre sus objetivos, brindar educación sobre LM a la gestante (20). Por ello, es importante señalar la necesidad de que las instituciones estén atentas a cualificar los equipos de salud encargados de realizar el

control prenatal tanto en hospitales como en las instituciones de primer nivel de atención, puesto que el dar información clara y específica a las mujeres en edad fértil y, principalmente, a las gestantes es fácil de hacer y favorece la práctica de LM (18).

En cuanto al paso 4, se obtuvo un grado de implementación medio, el 74,4 % del personal manifestó dar apoyo a la madre para iniciar la LM durante la primera media hora después de parto. Contrario a esto, en los hospitales brasileños hallaron baja implementación de este paso (9). Mantener el amamantamiento a corto, mediano y largo plazo será exitoso en tanto el bebé tenga una oportuna experiencia de succión, inmediatamente después de nacer, mientras el seno aún está suave y antes de que otros procedimientos neonatales rutinarios sean realizados dentro de las salas de parto (18).

Otro estudio realizado en Brasil evidenció que la LM en la primera hora de vida se ha visto obstaculizada por las prácticas inadecuadas en los hospitales, especialmente los privados (21). Igualmente, el estudio sugiere que las madres tienen poco o ningún poder de decisión sobre esta alimentación y dependen de las prácticas institucionales. El hecho de que la madre no tenga contacto con el recién nacido en la sala de parto reduce la prevalencia de LM en la primera hora, circunstancia que dificulta la implementación de este paso (18).

El grado de implementación del paso 5 resultó ser alto, el 93,2 % del personal manifestó que da consejo respecto de cómo colocarle al niño el seno, extracción y almacenamiento de la leche materna. Datos que difieren de los reportados en un estudio realizado por Mantilla en Venezuela, donde solo el 77 % del personal manifiesta dar orientación sobre LM después del parto (9, 15). Estos datos dejan en evidencia que esta práctica es realizada de la manera que exige la IAMI, teniendo en cuenta que la ini-

ciativa plantea que, por lo menos, el 80 % del personal que atiende a madres e infantes deben manifestar que brinda orientación a las madres, padres y/o familiares para el cuidado de salud y nutrición de los niños; igualmente para mantener el estado de salud de la madre durante el puerperio (15). Es importante informar que en el presente estudio no se indagó acerca de si esta información fue o no suministrada durante las primeras seis horas posteriores al parto.

En cuanto al paso 6, que promueve y facilita a las madres y familiares la práctica de la LM exclusiva a libre demanda hasta los seis meses de vida y educación sobre el amamantamiento y alimentación complementaria, se encontró un grado de implementación medio (51,6 %). Sin embargo, un estudio realizado por Rosenberg en Estados Unidos informó que este paso era de los menos implementados conjuntamente con los pasos 1 y 2 (19). Teniendo en cuenta el manual de aplicación de la iniciativa IAMI —el cual expresa que este paso no debe ser aplicado de manera aislada, debido a que la suplementación de LM con sucedáneos está íntimamente relacionada con la implementación incorrecta de los demás pasos—, a menudo se administra alimentación de fórmulas inadecuadas, por lo que resulta necesario una correcta capacitación del personal en cuanto a los riesgos de la alimentación con leches maternizadas, para que sean menos proclives a suministrar alimentación artificial a los bebés al momento de tener alguna dificultad en el amamantamiento (6, 15).

En cuanto al alojamiento conjunto (paso 7), se determinó que el grado de implementación de este paso fue alto (92,6 %), datos similares a los reportados en el Valle del Cauca (13). De la misma forma, en Brasil este paso presentó gran adherencia en el 99,4 % de los hospitales (9). Estar juntos permite a las madres responder rápidamente a las demandas alimenticias y



afectivas del bebé. Esta rápida respuesta genera seguridad en el neonato y garantiza el estímulo para el reflejo de producción y eyección de la leche materna (18).

En lo referente al fomento de la LM a libre demanda (paso 8), se obtuvo un alto grado de implementación (88,9 %), situación similar a la informada en un estudio realizado en Venezuela, donde el 100 % del personal manifestó que no hay restricciones para dar de mamar a los niños dentro del hospital (10). De la misma forma, estudios realizados en Brasil y EE.UU reportan alto grado de implementación en este paso (9, 19). Esto tiene gran importancia, debido a que la guía de asistencia profesional al nacimiento y la lactancia indica que la implementación de intervenciones que restringen la LM y el contacto madre - recién nacido han resultado ser perjudiciales para mejorar las cifras de LM (22).

Se obtuvo un alto grado de implementación en el paso 9 (100 %), debido a que las instituciones hospitalarias manifestaron tener una política de restricción al uso de biberones y chupos. Resultados similares a los hallados en un hospital en Venezuela, en donde la implementación de este paso se cumple a cabalidad (10). Mientras que Cabrera en el Valle del Cauca encontró que la implementación de este paso era media, situación preocupante debido a que hay razones conocidas que explican la inconveniencia de ofrecer estos elementos a bebés sanos (13). Primero, la succión del bebé en el seno es la manera más eficaz de favorecer el desarrollo completo del proceso de lactación, segundo, experiencias precoces de succión de teteros o chupos generan un patrón reflejo anormal de succión en el bebé (confusión de pezones o disfunción oral) (13).

Respecto de la conformación de grupos de apoyo a la lactancia (paso 10), se halló un grado bajo de implementación (42,2 %), de la mis-

ma forma, Mantilla señala que el 99,7 % de las puérperas desconoce la existencia de estos grupos apoyo (10). La necesidad y el efecto de participar en un grupo de apoyo a la LM están bien sustentados por la liga internacional de la leche y Unicef, es por ello que en países como Argentina se conocen más de cuarenta grupos de apoyo a la LM, cuyo objetivo principal es proporcionar conocimientos prácticos y técnicos para esta práctica (23). Los grupos de apoyo a la LM se perfilan como una alternativa válida en el fomento de esta en el posparto, hecho demostrado por el alto grado de satisfacción de las madres y por la influencia del grupo en la resolución de problemas causantes del abandono de esta práctica (24).

En conclusión, la implementación de la iniciativa IAM se encuentra en un grado de implementación alto y medio.

Los pasos 3, 5, 7, 8 y 9 fueron los que obtuvieron un grado de implementación alto en el ámbito hospitalario, mientras que los pasos 2, 3, 6, 7, 8 y 9 obtuvieron un grado de implementación alto en el ámbito ambulatorio. Todas las instituciones cumplen con el paso de no suministrar alimentación con biberones o chupos.

Los resultados arrojados ratifican la importancia que, particularmente, tiene la adecuada implementación de la Iniciativa IAM en el fomento, mantenimiento y duración de la práctica de LM, además de proporcionar evidencias a favor de su fortalecimiento y del compromiso que deben asumir los directivos y el personal de las instituciones. Los cuales contribuyen a cambiar las prácticas institucionales e individuales inadecuadas que entorpecen el inicio temprano y oportuno de la LM. Prácticas que podrían ser remplazadas al brindar capacitación oportuna y permanente y apoyo a los padres lactantes y sus familias. De la misma forma, señala la importancia de contar con recurso humano



cualificado en todos los aspectos relacionados con la LM.

Las fortalezas del estudio radican en que este se enfoca en la salud pública y muestra una panorámica sobre la implementación de la iniciativa IAMI en Cartagena, además, es el primer estudio sobre este tema que se realiza en la ciudad. Los resultados pueden servir de punto de partida para que las instituciones y el

personal conozcan las debilidades que presenta la implementación de la estrategia y, a partir de estas, elaboren un plan de mejoramiento con el fin de lograr un alto grado de implementación. Las limitaciones del estudio son las propias de un estudio descriptivo, además, se presentaron algunas dificultades en la consecución de información por parte de una institución.

## Referencias

1. OMS. Lactancia materna exclusiva [internet]. s.d. [citado 2014 nov 10]. Disponible en: [http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/)
2. WHO. Global Consensus Meeting on Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Washington, D.C.: WHO; November 2007.
3. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Demografía y Salud - Profamilia. Lactancia materna y Estado Nutricional: Duración de la lactancia Materna, motivos de suspensión e intensidad diaria de amamantamiento. Bogotá: Profamilia; 2010.
4. Díaz C, López R, Herrera I, Arena D, Giraldo C, González L. Factors associated with breastfeeding in children less than one year of age in the city of Cartagena, Colombia, Rev Colomb Med. 2011;42(2):26-34.
5. Lozano M. Diez Pasos de la OMS y Unicef para favorecer la lactancia materna. Aplicación y evidencia científica de su eficacia. Lactancia Materna: guía para profesionales [internet]. 2004 [citado 2013 sep 22]. Disponible en: [http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores\\_en\\_salud/lactancia/CNLM\\_guia\\_de\\_lactancia\\_materna\\_AEP.pdf](http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf)
6. 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 [internet]. 2005 [citado 2013 sep 22]. Disponible en <http://www.unicef.org/colombia/pdf/IAMI-1.pdf>
7. Beake S, Pellowe C, Dykes F, Schmied V, Bick D. A systematic review of structured compared with non-structured breastfeeding programmes to support the initiation and duration of exclusive and any breastfeeding in acute and primary health care settings. Matern Child Nutr. 2012;8(2):141-61.
8. Sguassero Y. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva: Comentario de la BSR. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [internet]. 2008 [citado 2015 feb 2]. Disponible en: [http://apps.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/care\\_after\\_childbirth/yscom/es/](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/yscom/es/)
9. Moura de Araújo M de F, Soares-Schmitz B de A. Reassessment of baby friendly hospitals in Brazil. J Hum Lact Aug 2007;23:246-52.
10. Mantilla F. Cumplimiento de los pasos para pertenecer a hospitales amigos de los niños y de las madres en el hospital Dr. Antonio María Pineda, Estado Lara, [tesis de posgrado]. [Venezuela]: UCLA; [internet]. 2006 [citado 2014 may 12]. Disponible en: [http://bibliodar.mppeuct.gob.ve/?q=doc\\_categoria/LACTANCIA%20MATERNA%20-%20CONOCIMIENTO](http://bibliodar.mppeuct.gob.ve/?q=doc_categoria/LACTANCIA%20MATERNA%20-%20CONOCIMIENTO)

11. Huertas Y. Fortalecimiento de los pasos 2, 3, 5 y 6 de la estrategia IAM en la ESE San Antonio de Soatá. Memorias Congreso de investigación y pedagogía II nacional y I internacional. Perspectivas, retos y transformaciones en contexto educativo [internet] 2011; [citado 2014 may 12]; 358-65. . Disponible en: <http://www.uptc.edu.co/eventos/2011/educacion/documentos/memorias.pdf>
12. Cabrera G. Conocimientos acerca de la lactancia materna en el Valle del Cauca. Rev Fac. Nal. Salud Pública. 2003;21 (1):27-41.
13. Cabrera G. La iniciativa de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia en hospitales del Valle del Cauca. Rev Fac Nal Salud Pública. 2002;2(1):75-88.
14. Departamento administrativo distrital de Cartagena de Indias - Colombia. Programa para el monitoreo y seguimiento al personal capacitado en el componente Clínico y comunitario de la estrategia IAM dentro del programa alimentación y nutrición. Informe técnico; 2011.
15. Colombia, Unicef, Ministerio de la protección social. Lineamientos, Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia. Criterios globales para el cumplimiento de los 10 pasos de la estrategia instituciones amigas de la mujer y la infancia, IAM y formulario de auto apreciación para instituciones de salud Hospitalarias y ambulatorias, Estrategia de desarrollo institucional de los servicios de atención materna e infantil con enfoque de derechos en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud, Bogotá; 2010.
16. Ramos-Carmen V, Almeida João Aprígio Guerra de, Pereira Luciana Maria Ribeiro, Pereira Theonas Gomes. A iniciativa hospital amigo da criança sob a ótica dos atores sociais que a vivenciam em Teresina, Piauí. Rev. Nutr. 2010; 23(6):1019-30.
17. Duarte V, Delia A, Torres S, García M, Herrera M. Capacitación sobre lactancia materna al personal de enfermería de un hospital de segundo nivel de atención. Rev. Especialidades Médico-Quirúrgicas 2009;14(2):62-70.
18. Naylor A. Baby-Friendly Hospital Initiative: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in the twenty-first century. Pediatr Clin North Am 2001;48(2):475-83.
19. Rosenberg K, Stull J, Adler M, Kasehagen L, Kovach A. Impact of Hospital Policies on Breastfeeding Outcomes. Breastfeeding Medicine 2008 ju;3(2):110-6.
20. Colombia, Ministerio de Protección Social. Resolución 00412 del 2000: Norma técnica para la detección temprana de alteraciones del embarazo, por la cual se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. (2000 feb 25).
21. Siqueira C, Lazaro M, Couto M, Godoi A, Factores associados à amamentação a primeira hora de vida Rev Saude Publica 2011;45(1):69-78.
22. España, Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. Madrid: IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia; 2011.
23. Tesone M, Ageitos M. Lactancia Materna (Grupo de Apoyo a la Lactancia Materna, GALM). Argentina: Unicef; [internet]. 2001 [citado 2014 feb 2]. Disponible en: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar\\_insumos\\_LMgalm.PDF](http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_LMgalm.PDF)
24. Ortega E, Piñero S, Granada M, Arenas T, Jimenez V. El fomento postnatal de la lactancia materna: los grupos de apoyo. NURE inv. [internet]. 2010 [citado 2015 may 12]; 7(49). Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE49\\_original\\_fpostLM .pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE49_original_fpostLM.pdf)