



**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**Curso académico 2013/14**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**COMPARACIÓN DE LA  
SITUACIÓN DE LA LACTANCIA  
MATERNA ENTRE ESPAÑA Y  
NORUEGA**

***Autora: M<sup>a</sup> Ángeles Morán Barrio***

***Tutora: Carolina González Hernando***

# ÍNDICE

<b>1. RESUMEN</b> .....	<b>2</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>3</b>
<b>3. METODOLOGÍA</b> .....	<b>5</b>
<b>4. OBJETIVOS</b> .....	<b>6</b>
<b>5. DESARROLLO DEL TEMA</b> .....	<b>6</b>
5.1. Beneficios de la lactancia materna .....	6
5.2. Iniciativas políticas de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna .....	7
5.3. Situación de la lactancia materna en España .....	9
5.4. Situación de la lactancia materna en Noruega.....	12
5.5. Acreditación IHAN.....	14
5.6. Grupos de apoyo a la lactancia materna en España.....	17
5.7. Importancia del papel de los profesionales sanitarios en la lactancia materna .....	19
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	<b>21</b>
<b>7. IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA</b> .....	<b>22</b>
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>24</b>

## 1. RESUMEN

El propósito de este trabajo es realizar una comparativa de la situación de la lactancia materna entre España y Noruega. España, muy por debajo de las recomendaciones que abogan organismos internacionales es el contrapunto de Noruega, uno de los países con mayores tasas de lactancia materna de Europa. Los factores relacionados con el inicio y mantenimiento de la lactancia materna no son únicamente sanitarios; medidas políticas y sociales son vitales en la que promoción, protección y apoyo del arte de amamantar, como, por ejemplo, las políticas de conciliación de la vida familiar y laboral, la visión social positiva del amamantamiento o la “cultura de la lactancia”, entre otras. No obstante, la lactancia materna no deja de ser un acto natural, que requiere aprendizaje y adquisición de conocimientos y habilidades específicas, donde los profesionales sanitarios tienen un papel crucial. España se encuentra a la cola de los países industrializados de hospitales con la acreditación IHAN, un indicador de calidad asistencial obstétrico-neonatal gracias al desarrollo de prácticas hospitalarias basadas en la evidencia científica a cargo de profesionales expertos con formación específica en lactancia materna. Por su parte, se estima que el 95% de los recién nacidos del país nórdico, nacen en un hospital IHAN. Sin duda, el modelo noruego es un modelo de éxito a imitar por países como España dónde aún queda mucho por hacer a nivel político, social y, especialmente, sanitario.

**Palabras clave:** *lactancia materna, Noruega, España, formación*

## 2. INTRODUCCIÓN

La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño realizada conjuntamente por la OMS y UNICEF, declara que la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad es una recomendación de salud pública mundial y que no practicarla supone un factor de riesgo importante en la morbi-mortalidad del lactante y del niño pequeño, debido a sus numerosos beneficios<sup>1</sup>.

Según la encuesta más reciente y amplia realizada a nivel nacional, las tasas de lactancia materna en España están muy por debajo de las recomendaciones que abogan organismos internacionales. En España, el 64,8% de los recién nacidos son amamantados con leche materna durante el primer mes de vida; a los 6 meses las cifras descienden hasta el 24,8% y a los 12 meses tan sólo un 7,2% continúan con lactancia materna<sup>2</sup>.

En Noruega, las tasas de lactancia materna, según el último estudio realizado en el país, son del 98% en el primer mes de vida, 82% a los 6 meses y 46% a los 12 meses<sup>3</sup>. Estas cifras, presumiblemente, se deben a las políticas e iniciativas promovidas por el gobierno de este país que facilitan la lactancia materna de forma indirecta.

Permisos de maternidad y paternidad prolongados, posibilidad de trabajos a tiempo parcial para las mujeres cuando sus hijos son pequeños, pausas en la jornada laboral para amamantar a sus hijos, además de un alto nivel de formación en lactancia materna de los profesionales sanitarios y un gran número de hospitales noruegos con la acreditación IHAN<sup>3</sup>; son algunas de las razones por las cuales Noruega tiene estas elevadas tasas de lactancia materna y, según el Informe Sobre el Estado Mundial de la Madres de 2011, es el mejor país del mundo para ser madre<sup>4</sup>.

Según un artículo de investigación publicado en Noruega, existe una relación negativa entre la lactancia materna y el cuidado de los niños en guarderías, a cargo de niñeras o por sus abuelos y al contrario cuando los cuidadores son los progenitores<sup>3,5</sup>. Teniendo en cuenta que en Noruega la mayoría de los niños menores de un año son cuidados por sus padres, gracias a las políticas de conciliación de la vida familiar y laboral imperantes en el país, se trata de un factor significativo asociado, especialmente, a la duración del amamantamiento. Además, otro factor muy importante como es la

educación maternal, se asocia de forma positiva con el inicio y la duración de la lactancia materna<sup>5</sup>. El alto nivel de formación de los profesionales sanitarios en lactancia materna, con cursos que posibilitan una educación continuada a estos profesionales en todos los hospitales, es uno de los factores determinantes para que se den esas elevadas tasas de lactancia materna<sup>3</sup>.

En nuestro país, durante las tres primeras semanas posparto se produce un aumento en el porcentaje de abandonos. Por tanto, resulta imprescindible una correcta intervención por parte de los profesionales sanitarios, abordando las diferentes dificultades que llevan a las madres a dejar de dar el pecho a sus bebés de manera precoz. Para ello es necesaria una formación adecuada de los profesionales, basada en la evidencia científica actual<sup>6</sup>. Sin olvidar que tan importante es poner en marcha estrategias e intervenciones que promocionen la lactancia materna, como realizar una correcta evaluación de los resultados obtenidos; para lo que se necesitan métodos de registro adecuados y unificados, que permitan un control y una correcta comparación<sup>1,2</sup>.

Además, se debe tener en cuenta el papel tan importante que juegan los organismos públicos competentes en la posibilidad de que las madres amamenten a sus hijos el tiempo necesario. Por ejemplo, mediante la adopción de medidas de diferente índole, como son: periodos de permiso por maternidad más prolongados, posibilidad de jornadas a tiempo parcial durante el amamantamiento, guarderías en los puestos de trabajo, pausas durante la jornada laboral para dar el pecho, adecuación de espacios para extracción de leche materna en el trabajo, etc.<sup>6</sup>.

Por tanto, es necesario el apoyo a las iniciativas existentes que promocionan la lactancia materna, la adquisición de un gran compromiso por parte de la esfera política que posibilite un marco adecuado de actuación<sup>1</sup> y, además, el seguimiento de un modelo de éxito en cuanto a lactancia materna, como es el modelo noruego.

Como profesionales sanitarios, jugamos un papel crucial en la lactancia materna. Por eso son preocupantes algunos resultados obtenidos en diferentes investigaciones. Por ejemplo, en un estudio realizado en la comunidad de Castilla y León, el 20% de los casos en los que se abandonó la lactancia materna, el motivo fue el consejo sanitario<sup>7</sup>. En otro realizado a nivel de atención primaria, en la Comunidad Valenciana, se observa que todavía hay profesionales sanitarios que consideran que hay leche materna de mala

calidad o que siguen transmitiendo conocimientos erróneos sobre la técnica de amamantamiento a las madres<sup>8</sup>, lo que denota, aún, falta de formación sobre la lactancia materna, contribuyendo a dificultarla mediante prácticas inadecuadas por parte de los profesionales sanitarios<sup>9</sup>.

Queda patente que la lactancia materna, debido a su gran importancia, es una cuestión que requiere intervenciones a nivel sanitario, social y político<sup>6</sup>. Sin embargo, el éxito de la lactancia materna tendrá lugar cuando todas las acciones estén coordinadas entre sí<sup>10</sup> y todos los organismos y los profesionales trabajen en la misma dirección. A partir de las estrategias realizadas a nivel mundial, todos los países deben desarrollar planes nacionales y regionales compatibles con las recomendaciones basadas en la evidencia que abogan estos organismos. El Plan Estratégico europeo para la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna realizado por un grupo de expertos en lactancia, marca una serie de acciones, objetivos y responsabilidades a nivel de planificación, gestión, financiación, educación, comunicación, formación, evaluación y control; que deberían contener todos los planes nacionales y regionales para conseguir una eficaz promoción, protección y apoyo de la lactancia materna<sup>10</sup>.

### **3. METODOLOGÍA**

Para la realización de esta revisión bibliográfica, las fuentes de información consultadas han sido:

- Bases de datos especializadas en Ciencias de la Salud: *Pubmed, Medline, Biblioteca Cochcrane Plus, Biblioteca Virtual en Salud, SciELO, Biblioteca Universitaria de la Universidad de Valladolid (Almena)*.
- Buscadores y portales de internet: *Google académico, Google Books, Fisterra, portal Ministerio de Sanidad Español y Noruego, Asociación Española de Pediatría, Portal de Salud de Castilla y León*.
- Revistas de Salud: *Pediatría de Atención Primaria, Matronas Profesión, Reduca, Enfermería Global, Nutrición Hospitalaria, Redalyc, Food and Nutrition Bulletin*.

## **4. OBJETIVOS**

Objetivo general: comparar las tasas de lactancia materna de España y Noruega con el fin de proponer mejoras siguiendo un modelo de éxito.

Objetivos específicos:

- Identificar qué factores influyen en las elevadas tasas de lactancia materna de Noruega y aquellos relacionados con las bajas tasas de amamantamiento en España.
- Definir las iniciativas existentes en la actualidad en España para mejorar las tasas de lactancia materna, como Hospitales IHAN, Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna...
- Proponer medidas llevadas a cabo por profesionales sanitarios que mejoren las tasas de éxito en lactancia materna en nuestro medio.

## **5. DESARROLLO DEL TEMA**

### **5.1. Beneficios de la lactancia materna**

La leche materna es el alimento adecuado para que lactantes y niños pequeños tengan un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos<sup>1, 6, 11-13</sup>. Es idónea para el lactante puesto que se adapta a sus requerimientos, modificando su composición y volumen según las necesidades del mismo. Está compuesta de nutrientes esenciales, factores inmunológicos y de crecimiento, hormonas, enzimas, etc., siendo el alimento más completo y seguro para el lactante<sup>2</sup>.

La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y la introducción de alimentos que complementen a la leche materna hasta, como mínimo, los dos años de edad<sup>1, 2, 6, 10, 11</sup>.

Numerosos estudios de investigación realizados en diferentes países, incluidos en un programa de nutrición elaborado por la Organización Panamericana de la Salud, avalan dichas recomendaciones demostrando los innumerables beneficios para la salud de la lactancia materna, tanto para la madre como para su hijo<sup>14</sup>.

En lactantes y niños pequeños, la lactancia materna se asocia con una disminución del riesgo de diarrea, infecciones respiratorias, otitis, muerte súbita del lactante y enfermedades crónicas como diabetes mellitus y obesidad. En la madre, amamantar a su hijo, supone una reducción del riesgo de padecer cáncer de mama y de ovario, osteoporosis en edad avanzada y anemia, entre otros<sup>4, 14, 15</sup>.

Los beneficios de la lactancia materna no solo atañen a la esfera de la salud, sino que abarcan, también, aspectos psicológicos, sociales, económicos y medioambientales<sup>13, 15</sup>. En relación a los tres últimos, el uso de fórmulas adaptadas supone un gasto económico añadido a las familias. Practicar la lactancia materna puede conllevar menores costes en los cuidados proporcionados en los servicios de salud, derivados de la morbilidad infantil<sup>14</sup>.

Además, el amamantamiento crea un vínculo afectivo entre madre e hijo que proporciona confianza y seguridad a ambos<sup>9, 16</sup>. Según Carlos González, pediatra de la Asociación Catalana Pro Lactancia Materna, *“la lactancia materna es una demostración física de afecto”*; añade que es *“mucho más que un alimento o una medicina”* y que *“no debe verse como un medio para lograr un objetivo, sino como un fin en sí mismo”*<sup>4</sup>.

## **5.2. Iniciativas políticas de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna**

A lo largo de los años se han aprobado diversas iniciativas y estrategias, a nivel mundial, con el fin de proteger, promover y apoyar la lactancia materna; así como adjudicar responsabilidades y competencias en esta materia.

Todas ellas son la base de las intervenciones que se llevan a cabo respecto a la alimentación de los lactantes y constituyen un marco legal y de actuación para organismos internacionales, gobiernos, servicios de salud, profesionales sanitarios y sociedad, fundamentalmente, en cuanto a la lactancia materna.

- **Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna (1981)**: este código se aprobó en la Asamblea Mundial de la Salud en 1981; el Gobierno de España lo incluyó en su legislación mediante un Real Decreto doce años después. El objetivo es proteger y fomentar la lactancia materna regulando la comercialización de

productos sucedáneos de la leche materna como biberones, chupetes y tetinas. Con él se impide la promoción y publicidad de sucedáneos, además de asegurar que las madres reciben una información adecuada de los productos de nutrición infantil<sup>1, 2, 6, 10, 15</sup>.

- **Declaración de Innocenti (1990) Sobre la Protección Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna:** promulgada en Florencia, en un reunión conjunta de la OMS y UNICEF, sobre “La lactancia materna en el decenio 1990: una iniciativa a nivel mundial” y ratificada en 2005. En ella se insta a los gobiernos de todo el mundo a adoptar las medidas necesarias para conseguir una “cultura de la lactancia materna”. Se declara como meta de salud a nivel mundial la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad<sup>1, 2, 6, 10, 15</sup>.

- **“Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) (1991):** elaborada conjuntamente por la OMS y UNICEF para dar respuesta a la Declaración de Innocenti y dotar a los servicios materno-infantiles de prácticas seguras basadas en la evidencia científica que posibiliten el derecho a decidir de las madres sobre la alimentación de sus hijos, con información y atención de máxima calidad. En España, actualmente, se denomina acreditación IHAN. Aquellos hospitales que quieren obtener el reconocimiento de hospital IHAN, deben conseguir una acreditación que asegure que tras una evaluación exhaustiva de sus prácticas hospitalarias, cumplen con una serie de requisitos, entre ellos, los “Diez Pasos para una feliz lactancia natural” y el cumplimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna<sup>1, 2, 6, 10, 15</sup>.

- **Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (2002):** desarrollada por la OMS y UNICEF, como guía para la adopción de las medidas necesarias para asegurar una correcta nutrición de los lactantes y los niños pequeños, expresando la obligación y responsabilidad de los gobiernos en su ejecución. Define la acreditación IHAN de los servicios de salud como la herramienta más eficaz para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna. Se apoya en las estrategias e iniciativas anteriores, basándose además en la evidencia de datos científicos y epidemiológicos<sup>1</sup>.

### **5.3. Situación de la lactancia materna en España**

Según la Encuesta Nacional de Salud realizada en España en los años 2011-2012, publicada en el Instituto Nacional de Estadística (INE), un 66,19% de los lactantes son amamantados exclusivamente con leche materna a las 6 semanas de vida; a los 3 meses un 53,55%; y a los 6 meses, únicamente, un 28,44%<sup>17</sup>.

Estas cifras no distan significativamente de las obtenidas en la encuesta realizada en 2006. Únicamente se produce un ligero incremento de los lactantes amamantados exclusivamente con leche materna a los 6 meses de edad<sup>18,19</sup>. En la Encuesta Nacional de Salud de 2006, se reflejan las cifras de lactancia materna por Comunidades Autónomas, siendo el País Vasco y La Rioja las dos comunidades con mayor porcentaje de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. En contraposición, comunidades como Asturias, Ceuta y Melilla tienen un porcentaje significativamente menor con respecto a la media del país. En estas dos últimas, únicamente un 1,59% de los lactantes, a los 6 meses, son amamantados, de forma exclusiva con leche materna. La comunidad autónoma de Castilla y León tiene unas cifras de lactancia materna prácticamente equiparables a la media nacional, superando en dos puntos el porcentaje de lactantes alimentados sólo con leche materna a las 6 semanas de vida<sup>18</sup>.

Según la publicación del V Congreso Español de Lactancia Materna, que tuvo lugar en Murcia en 2009, la duración media de la lactancia materna en España es de 3,2 meses<sup>19</sup>; datos obtenidos del estudio realizado en 18 provincias españolas, puesto en marcha por el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría<sup>20</sup>.

En la mayoría de los estudios de investigación realizados a nivel nacional acerca de los factores causantes del abandono de la lactancia materna, la decisión materna, por diferentes motivos, es la principal<sup>7, 23, 26, 27, 29</sup>. La creencia de no tener suficiente leche para alimentar al bebé, la escasa ganancia ponderal, la sensación de que se queda con hambre, la falta de confianza y el escaso apoyo del entorno, son los motivos más frecuentes que las puérperas alegan para abandonar la lactancia materna de forma precoz<sup>7, 22, 23, 26</sup>. Además, ciertas prácticas hospitalarias contribuyen a dicho abandono, como son la introducción de biberones en las plantas de maternidad, no realizar el

contacto piel con piel de forma precoz, los partos distócicos, especialmente, la cesárea y la no realización de educación posnatal, una vez que abandonan el hospital<sup>23-27, 29</sup>.

Existen otros motivos que favorecen el abandono de la lactancia materna a partir de los 4 meses, siendo el más común en todos los estudios, la necesidad de reincorporación de la madre al trabajo<sup>7, 23, 27, 28</sup>, coincidiendo con la finalización del permiso de maternidad.

En las publicaciones citadas anteriormente, se reflejan también aquellos factores que favorecen tanto el inicio como el mantenimiento de la lactancia materna, siendo los más significativos, el contacto piel con piel de forma precoz en el paritorio, la educación maternal durante el embarazo y tras el parto, el apoyo de los profesionales sanitarios durante la estancia hospitalaria y en el periodo más inmediato tras el alta, así como el apoyo familiar y del entorno. La asistencia por parte de profesionales sanitarios, tanto durante su estancia hospitalaria, como tras el alta, es el factor favorecedor más importante de la lactancia materna<sup>23, 28</sup>.

Tras revisar estudios de diferentes regiones del país, se puede afirmar que en la decisión de continuar o abandonar la lactancia materna intervienen numerosos aspectos y que, por tanto, las intervenciones para el éxito de la misma tienen que ser a nivel pre, peri y posnatal<sup>29</sup>, teniendo un papel fundamental la igualdad de las informaciones transmitidas por los profesionales sanitarios<sup>25</sup>.

En la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño se insta a los poderes públicos a realizar un esfuerzo y adoptar así medidas necesarias de diversa índole para el éxito de la lactancia materna. Estas medidas van desde políticas de igualdad de género, políticas de conciliación familiar y laboral, políticas de derechos de maternidad; hasta la obligatoriedad de formación continuada y especializada de profesionales sanitarios y la necesidad de información y educación que influya de manera positiva en todos los aspectos relativos a la crianza de los niños, especialmente, proyectar como una práctica natural la lactancia materna<sup>1</sup>. El apoyo por parte de todos los sectores de la sociedad es crucial para el éxito de la lactancia materna.

En España, en la actualidad, el permiso de maternidad es de 16 semanas ininterrumpidas, con posibilidad de transferir al padre, excepto las 6 semanas posteriores al parto, con una remuneración del 100%. En cambio, el permiso de paternidad es de 13 días ininterrumpidos con un 100% del subsidio<sup>30-33</sup>. En materia de políticas de

conciliación de la vida familiar y laboral, España está por debajo de la media europea, destinando una parte reducida del presupuesto nacional a dicho fin<sup>31, 33</sup>. No sólo el permiso de maternidad es menor de un año, como es lo recomendable, sino que existe una desigualdad de género, privándole al padre de participar en el cuidado de su hijo en el momento más crucial durante los primeros meses de vida, que a su vez constituiría un apoyo muy importante para la madre durante este periodo<sup>7, 26, 31-33</sup>.

Dicha desigualdad de género está patente en la situación socio-laboral de las mujeres españolas, no sólo en cuanto a salarios, tipos de empleo, mayor temporalidad de los contratos, sino en la aún escasa representación femenina en puestos de responsabilidad institucional<sup>33</sup>. Este hecho adquiere gran relevancia puesto que si las mujeres tienen cargos públicos con poder de decisión es más fácil llevar a cabo políticas para apoyar temas relacionados con los derechos de la mujer y la maternidad<sup>1</sup>.

Además, en España, el denominado “permiso de lactancia” pueden disfrutarlo uno de los dos progenitores hasta los 9 meses de vida del lactante, que consiste en ausentarse del trabajo una hora diaria o fraccionada en dos periodos de 30 minutos<sup>33, 34</sup>.

Por otro lado, en la sociedad española existe una visión diferente a muchos otros países europeos respecto a la imagen de una madre amamantando a su hijo en público. En una encuesta nacional realizada en 2013, sentirse incómoda dando el pecho en un lugar público era señalado como inconveniente para dar el pecho<sup>35</sup>.

Respecto a los hospitales españoles, en la actualidad, 16 de ellos poseen la acreditación IHAN y 11 están en fase de implantación, lo que supone en torno a un 3% del total de hospitales y maternidades del país<sup>36</sup>. Se trata de la herramienta más eficaz para contribuir al cambio de las maternidades de los servicios de salud, al asegurar la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna. Sus principales líneas de actuación son la correcta práctica asistencial de los profesionales sanitarios a las madres y la protección de la publicidad comercial poco ética de los productos artificiales sustitutivos de la leche materna<sup>1, 36</sup>.

Estos datos son sólo algunas pinceladas de la situación actual de nuestro país y de los factores que influyen de manera directa e indirecta en las tasas de lactancia materna.

A destacar en nuestro medio, son los dos periodos dónde se produce una mayor tasa de abandono de la lactancia: uno desde el alta de la maternidad hasta la primera visita al pediatra al mes de vida del lactante, que coincide con la pérdida de contacto y apoyo profesionales sanitario; y otro a partir de los 3 meses, coincidiendo con la incorporación al trabajo de la madre<sup>37</sup>. Por ello, parece lógico que se haga necesario centrar las estrategias de actuación a estos dos niveles, con el fin de aumentar las tasas de lactancia materna.

#### **5.4. Situación de la lactancia materna en Noruega**

En Noruega prácticamente la totalidad de los recién nacidos son amamantados exclusivamente con leche materna. El inicio es casi universal, en torno a un 98%. A los 6 meses, aproximadamente el 82% de los lactantes continúan con lactancia materna, siendo de las tasas más altas de los países industrializados. A los 12 meses, las tasas de lactancia materna descienden al 46%<sup>38</sup>.

La duración media de la lactancia materna en Noruega es de 9,5 meses<sup>36</sup>, alrededor de seis más que en España<sup>19, 36</sup>.

Los factores asociados con el abandono de la lactancia materna exclusiva son la administración de suplementos de forma temprana de agua azucarada o leche de fórmula, durante la primera semana de vida y a partir de los 3 meses; y los partos por cesárea<sup>3, 38, 39</sup>. Sin embargo, en Noruega, únicamente un 17% de los partos son por cesárea<sup>3, 38</sup>; siendo comparativamente bajo respecto a nuestro país en torno al 25% según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Las recomendaciones de la OMS ponen como límite el 15%, como buen indicador de asistencia al parto<sup>13</sup>.

A los 6 y 12 meses de vida del lactante, el factor más importante que favorece la continuidad de la lactancia materna, es la educación maternal recibida<sup>3</sup>.

En Noruega, los profesionales de salud de los servicios materno-infantiles tienen un gran nivel de formación en el tema, puesto que desde el Centro Nacional de Lactancia Materna se imparten cursos que fomentan una formación continuada<sup>3</sup>. Todo ello está íntimamente relacionado con que más del 90% de sus hospitales tienen la acreditación

IHAN<sup>3, 36</sup> y se estiman que el 95% de los nacimientos del país tienen lugar en tres hospitales de Oslo, todos ellos con acreditación y, por tanto, con personal especializado en lactancia materna<sup>38, 39</sup>.

En los hospitales noruegos no está permitida la entrega de muestras que promocionen la introducción de leche de fórmula u otro tipo de alimentación complementaria; y el etiquetado y publicidad de estos productos es exhaustivamente revisado para proteger la lactancia materna natural<sup>3</sup>.

En el país escandinavo existe una red nacional de bancos de leche materna, donde algunas madres donan su leche para alimentar a lactantes de madres que no tienen leche suficiente por diversos motivos, especialmente en prematuros<sup>40</sup>.

Además, desde el gobierno se crea un sistema de apoyo a la lactancia materna con iniciativas a nivel nacional, con el fin de conseguir alcanzar las recomendaciones internacionales de la OMS<sup>3</sup>. Las políticas familiares y de igualdad juegan un papel muy importante en la tasas de lactancia materna del país<sup>3, 41</sup>. En Noruega, el permiso por nacimiento que se le otorga a los padres es diferente y más amplio que en España. El permiso de lactancia es de una hora diaria, con posibilidad de fraccionarse en dos periodos de 30 minutos. El denominado permiso parental es de 46 semanas con el 100% del salario o 56 semanas con el 80%, a disfrutar por uno de los dos progenitores; de las cuales 9 semanas son de permiso por maternidad y 8 semanas son de permiso por paternidad, intransferibles<sup>3, 31</sup>. Este hecho adquiere gran relevancia, puesto que según un estudio realizado en el país en el 2010, los lactantes en los que el cuidado no recae principalmente en sus padres, tienen una mayor tasa de abandono de la lactancia<sup>3</sup>. Con estos permisos tan prolongados, en Noruega, únicamente un 3% de los lactantes menores de un año están en centros infantiles<sup>3</sup>.

No solo es una cuestión de formación de profesionales, acreditación de hospitales IHAN y apoyo con medidas gubernamentales; hay algo más, como es “la cultura de lactancia materna”, imperante en el país noruego. Frases como “*la lactancia es lo más normal, es más embarazoso sacar un biberón en público*” o “*las mujeres amamantan en las cafeterías y en las tiendas de forma abierta*”<sup>41</sup>, son sólo un ejemplo de la mentalidad de la sociedad noruega y la creencia de sus profesionales en la lactancia.

Por todo ello y desde hace varias décadas, Noruega es considerada como un modelo a seguir por el resto de países gracias a su férreo apoyo a la lactancia materna, considerándola prácticamente como “una cuestión de Estado”<sup>42</sup>.

## **5.5. Acreditación IHAN**

La “Baby Friendly Hospital Initiative” (BFHI) es un proyecto internacional impulsado por la OMS y UNICEF con el objetivo principal de capacitar a los profesionales sanitarios para prestar apoyo y proporcionar información basada en la evidencia científica a todas las madres y que de este modo la toma de decisiones, en cuanto al cuidado y alimentación de sus hijos, sea libre<sup>36</sup>.

Es una iniciativa que promueve actividades basadas en la evidencia científica para promocionar, proteger y apoyar la lactancia materna y que se ha demostrado que es la herramienta más eficaz para aumentar las tasas de inicio y duración de lactancia materna<sup>1, 10, 36</sup>.

Para la sección española del proyecto, inicialmente, se acuñó el término IHAN como acrónimo de “Iniciativa Hospital Amigo de los Niños”. Debido a su rechazo por parte de la Asociación Española de Pediatría, se decidió que el término sería “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. Hoy en día, se ha optado por utilizar “IHAN” como término propio<sup>36</sup>.

Esta estrategia surgió de la necesidad de prestar ayuda a las madres que querían amamantar a sus hijos y que por las prácticas hospitalarias erróneas, llevadas a cabo durante años, no eran capaces. Fue en un Hospital de San Diego, en California, dónde se comenzaron a introducir cambios en esas prácticas y a obtener resultados muy satisfactorios de dichas variaciones, mediante evaluaciones continuas de sus actividades<sup>36</sup>.

Este fue solo el punto de partida de esta iniciativa mundial en la que la OMS y UNICEF deciden premiar con la acreditación IHAN, en el caso de España, a aquellos hospitales que introduzcan cambios en la asistencia materno-infantil, siendo la formación específica en lactancia materna, el requisito primordial para iniciar ese cambio; sometiéndose a evaluaciones periódicas muy exigentes<sup>36</sup>.

La acogida en la mayoría de los países fue todo un éxito, si bien es verdad que la tasa de implantación de la IHAN es mayor en aquellos países donde los gobiernos han proporcionado el apoyo necesario para su puesta en marcha. Es una iniciativa exigente en sus requisitos y por tanto en su obtención. Por ello, se han introducido algunos cambios para que la motivación de los hospitales sea mayor, al ver más factible la obtención de la acreditación. Uno de ellos es el establecimiento del sistema de acreditación en cuatro fases, que facilita el cumplimiento progresivo de los objetivos y el reconocimiento de los cambios que se van produciendo; y otro la creación del Asesor de Hospital, un profesional experto de un hospital que ya posee la acreditación para orientar al hospital aspirante en la realización de cambios necesarios para recibir el galardón. Para mantener la acreditación, los hospitales galardonados se someten a evaluaciones cada 2 años, en la que se avala el cumplimiento de los requisitos<sup>36</sup>.

Hoy en día, aquellos hospitales que quieran conseguir la acreditación IHAN que les dota del reconocimiento de buena calidad asistencial obstétrico-neonatal, deben cumplir una serie de requisitos<sup>36</sup>:

- Cumplir los “Diez Pasos hacia una lactancia de éxito”:

- Paso 1. *Disponer de una normativa escrita de la lactancia que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal.*

El objetivo es recoger todas las actividades de obligado cumplimiento para todos los profesionales sanitarios implicados en el cuidado materno-infantil.

- Paso 2. *Capacitar a todo el personal de salud para que pueda poner en práctica la normativa de lactancia materna.*

El objetivo es formar a los profesionales sanitarios creando un grupo de formación en lactancia materna para asegurar que ésta sea de calidad.

- Paso 3. *Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia y la forma de ponerla en práctica.*

El objetivo es que profesionales sanitarios expertos doten a las madres de habilidades y conocimientos en lactancia materna mediante educación prenatal y durante el puerperio.

- Paso 4. *Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora tras el parto.*

El objetivo es poner todos los medios necesarios para que el recién nacido inicie la lactancia en la primera hora de vida y ayudar a reconocer cuando el bebé está en disposición de amamantar; todo ello asociado a un mayor éxito de la lactancia materna. El método más eficaz es el contacto piel con piel nada más nacer y el apoyo del profesional sanitario durante la primera toma.

- Paso 5. *Mostrar a las madres como amamantar a su hijo y como mantener la lactancia incluso si ha de separarse de él.*

El objetivo es que las madres aprendan la técnica de la lactancia, mediante nociones teóricas, prácticas y apoyo psicológico. Así como enseñarles el método de extracción de leche manual o con sacaleches.

- Paso 6. *No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna, a no ser que esté medicamente indicado.*

El objetivo es no administrar de forma rutinaria suplementos de no ser por indicación médica e informar a las madres de la fisiología de la lactancia materna, “subida de la leche”, pérdida de peso fisiológica del recién nacido, etc.

- Paso 7. *Practicar el alojamiento conjunto madre-hijo las 24 horas del día.*

El objetivo es no separar al recién nacido de su madre, ni durante los procedimientos, ya que la cohabitación favorece la lactancia materna, mejora la calidad del sueño de madre e hijo y favorece el vínculo entre ambos.

- Paso 8. *Ayudar a las madres a la lactancia materna a demanda.*

El objetivo es fomentar una lactancia a demanda, cuando la madre y/o el recién nacido quieran, sin horarios entre tomas, ni tiempo de duración de cada una.

- Paso 9. *No dar a los niños alimentados al pecho, tetinas o chupetes artificiales.*

El objetivo es no proporcionar chupetes o tetinas a los recién nacidos para no interferir con la lactancia materna, con el aprendizaje de succión y que no se produzca la denominada “confusión del pezón” del recién nacido. El chupete se recomienda a partir del mes de vida, cuando la lactancia este instaurada.

- Paso 10. *Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a la salida del hospital.*

El objetivo es proporcionar información a la madre sobre los grupos de apoyo existentes. El asesoramiento de otras madres, el apoyo de unas a otras y la empatía son fundamentales en el mantenimiento de la lactancia materna tras abandonar el hospital.

- Cumplir el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.
- Tener, al menos, un 75% de lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria.
- Proporcionar información y apoyo a las madres que no amamantan.
- Ofrecer atención amigable a la madre durante la asistencia al parto y puerperio.

## **5.6. Grupos de apoyo a la lactancia materna en España**

Uno de los motivos que producen mayor número de abandonos de la lactancia materna es la falta de apoyo de la madre<sup>7, 9, 11</sup>, especialmente tras el alta hospitalaria<sup>2, 36</sup>.

Los grupos de apoyo a la lactancia natural son asociaciones de madres lactantes que se prestan voluntarias a escuchar, apoyar y ayudar a otras madres en el amamantamiento, ya que poseen experiencia y formación en el tema<sup>2</sup>. Es un apoyo directo, cercano, de igual a igual, dónde las madres buscan identificarse con otras madres en su misma situación, compartiendo experiencias, dudas y sentimientos. Estos grupos surgieron en la década de los 70 ante la necesidad de buscar apoyo e información de aquellas madres que querían amamantar a sus hijos y no la tenían por la falta existente de apoyo en los hospitales<sup>2, 36</sup>. Hoy en día es un pilar fundamental para muchas madres lactantes tras abandonar el hospital.

Según la Asociación Española de Pediatría, los grupos de apoyo a la lactancia son una herramienta de gran importancia para aumentar la duración de la lactancia materna<sup>2</sup>.

El funcionamiento de los grupos de apoyo es propio de cada uno de ellos. Mayoritariamente se basan en reuniones semanales o mensuales en lugares habilitados por la comunidad donde unas madres a otras se prestan asesoramiento y comparten experiencias<sup>2, 10, 36</sup>. En la mayoría de acontecimientos que se producen en la vida de las

personas, la vivencia en grupo de los mismos ayuda a superar las dificultades. La lactancia materna es un acontecimiento más, que requiere aprendizaje y confianza en uno mismo, así como apoyo, especialmente cuando se abandona el hospital y surgen las primeras dificultades. Además, la mayoría ofrece la posibilidad de asesoramiento telefónico y pone a disposición de todas las madres y la comunidad en general información en páginas web de acceso libre<sup>36</sup>.

En España, existen numerosos grupos de apoyo a la lactancia materna distribuidos por las diferentes provincias y comunidades autónomas del país. En concreto en Castilla y León hay los siguientes<sup>16</sup>:

AVILA	- Asociación de apoyo a la Crianza y la Lactancia Materna del Tietar (CRIALA) - Asociaciones de madres lactantes de Ávila (AMALAV) - Grupo de apoyo a la lactancia materna de El Barco de Ávila - MAMAM'AS
BURGOS	- LACTARANDA - Asociación "Madres de la Leche" de Burgos - AMAMANTO
LEÓN	- Lactabia, lactancia materna Bierzo Alto - Asociación A.A.L.M. Crianza natural Grupo de madres - La Liga de la Leche León - Lactabebé. Asociación de apoyo a la maternidad y lactancia natural
PALENCIA	- Hermanas de Leche
SALAMANCA	- Asociación Salmantina de Apoyo a la Lactancia Materna "LECHE MÁGICA"
SEGOVIA	- La liga de la Leche Segovia - ALIMENTA
VALLADOLID	- La Liga de la Leche de Castilla y León - MAMAMAS - Apoyo Posparto RED DE MAR - LACTANCIA EN POSITIVO
ZAMORA	- APEGOLÁCTEO

Fuente: *Lactancia Materna el camino natural. Guía para padres. Programa de Promoción de la Lactancia Materna. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.*

## **5.7. Importancia del papel de los profesionales sanitarios en la lactancia materna**

Pese a ser un acto natural para todos los mamíferos, el amamantamiento es un comportamiento aprendido<sup>1</sup>. Según la “Teoría de adopción del rol materno” de Mercer, “*el rol materno es algo que se debe aprender y que va a depender de su entorno social, familiar y cultural*”<sup>43</sup>. Por tanto, el amamantamiento es algo que hay que aprender y para ello es necesaria la educación, ya que la alimentación del lactante es un pilar fundamental de ese rol. En la lactancia no solo interviene el reflejo de búsqueda y succión del lactante; si no que existe un componente cultural transmitido de generación en generación, de madres a hijas, acerca de la crianza del recién nacido, que en la últimas décadas se ha perdido<sup>2,9</sup>. La pérdida de este legado natural se ha visto influida por intereses económicos, sociológicos, laborales, etc. Además, la asistencia del parto y puerperio en hospitales, con rutinas erróneas durante años, y los partos distócicos cada día más numerosos han sido una traba más en un acto tan natural y tan propio de nuestra especie como es la lactancia materna<sup>2</sup>.

En la actualidad y desde hace ya algunos años, profesionales sanitarios y poderes públicos aúnan criterios mediante estrategias a nivel mundial, con el fin de proteger, promocionar y promover la lactancia materna<sup>1</sup>.

El papel determinante de los profesionales sanitarios en el éxito o fracaso de la lactancia materna ha sido demostrado en numerosos estudios y revisiones<sup>1, 2, 4, 6, 8, 13, 21, 36, 43</sup>.

Uno de los factores negativos más influyentes en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna es la escasa formación teórico-práctica de los profesionales sanitarios<sup>2, 8, 9, 36</sup>. Además, la opinión de estos profesionales tiene un peso muy importante en la decisión de la madre de dar el pecho<sup>36</sup>. Por ello, que hoy en día siga habiendo profesionales que piensan que hay leche materna de mala calidad, que la lactancia debe ser estricta en cuanto a horarios o que es necesario ofrecer suplementos a aquellos lactantes que se quedan insatisfechos<sup>8</sup>; solo hace que dificultar la instauración de la lactancia materna.

La necesidad de formación de profesionales sanitarios en general y de aquellos que trabajan en áreas de maternidad o infantil especialmente, es urgente<sup>1, 10, 36</sup>, ya que es uno

de los principales pilares del éxito de la lactancia<sup>36</sup> y, como se ha demostrado, es deficitaria<sup>2, 8, 9, 19</sup>.

Por tanto es imprescindible, en primer lugar, concienciar a todos los profesionales de salud de los beneficios de la lactancia materna; después, formarlos combinando conocimientos teóricos y prácticos; y, por último, dotarles de habilidades de comunicación con las madres durante el embarazo, parto y puerperio, que posibiliten la resolución de dificultades o problemas que surgen en el amamantamiento<sup>36</sup>.

Actualmente, los cursos de formación pregrado y posgrado que se imparten en España a profesionales se basan en conocimientos teóricos, pero no se incluye enseñanza práctica ni habilidades necesarias para ayudar a la mujer que quiere dar el pecho. Son escasos e insuficientes<sup>1, 10, 36</sup>.

Según la IHAN, es necesario considerar la creación de una red de profesionales especializados que formen al resto, con mayor énfasis en el personal que trabaja en área de maternidad y pediatría<sup>36</sup>. La forma más adecuada de adquirir competencias en el tema de la lactancia materna es asistiendo a cursos avanzados, con contenidos basados en la evidencia científica e impartidos por profesionales especializados<sup>10</sup>. Además, es indispensable la creación de protocolos para realizar unas prácticas hospitalarias adecuadas que recojan los procedimientos correctos que deben llevar a cabo todos los profesionales<sup>10, 36</sup>.

Se ha demostrado que ciertas prácticas hospitalarias muy sencillas y al alcance de todos los profesionales sanitarios favorecen la instauración y mantenimiento de la lactancia materna<sup>13, 21</sup>. Por ejemplo, no separar al recién nacido de su madre nada más nacer, colocarlo en posición prono sobre su vientre, sin ropa, piel con piel, posibilita que repte hasta alcanzar el pecho, realizando una succión correcta en el 90% de los casos<sup>13</sup>. Cuidar las condiciones del ambiente, favoreciendo una atmósfera de silencio, tranquilidad e intimidad, no separando a madre e hijo, influyen en una mayor duración de la lactancia<sup>13</sup>. Además, la explicación y apoyo de un profesional sanitario sobre la técnica de lactancia y la presencia del mismo durante la primera toma del bebé, se asocian con mayores tasas de lactancia materna<sup>21</sup>.

Además, está constatado que algunas rutinas hospitalarias como la introducción de sustitutivos de la leche materna, sin indicación médica, en los servicios de salud

materno-infantiles por parte de los profesionales sanitarios, influyen negativamente en la duración de la lactancia materna<sup>44</sup>.

Una de las funciones más importantes del profesional de enfermería es la educación sanitaria<sup>44, 45</sup>. Por tanto, estos profesionales, junto con el resto de profesionales sanitarios, son los encargados de dotar a las madres de información evidenciada respecto a la alimentación de sus hijos<sup>43</sup>. La mejora del conocimiento es uno de los elementos que contribuyen al éxito de la lactancia.

La educación prenatal y posnatal es uno de los factores que influyen de forma positiva tanto en la decisión de dar el pecho como en la duración de la lactancia materna<sup>6, 7, 12, 21-29, 43-45</sup>. El primer mes es crucial para el amamantamiento<sup>9</sup>. Por ello, se hace necesario mejorar la coordinación de los diferentes niveles asistenciales implicados en la asistencia al parto, puerperio y pediatría, con criterios comunes a todos ellos, para garantizar el apoyo a las madres lactantes transmitiendo informaciones unificadas<sup>44, 45</sup>.

## **6. CONCLUSIONES**

Con esta revisión se pretende exponer y tomar conciencia de la necesidad de cambio que requiere nuestro país en un tema tan importante y beneficioso como es la lactancia materna. Los países nórdicos nos llevan años de ventaja en políticas de conciliación de la vida familiar y laboral que promueven, protegen y apoyan la lactancia materna y, sin duda, su efectividad ha sido demostrada.

La influencia multifactorial en la lactancia materna, dificulta su éxito. Como profesionales sanitarios, somos un pilar básico para las madres que desean amamantar a sus hijos y, por tanto, estamos en la obligación de formarnos para brindar cuidados de calidad, apoyo e informaciones unificadas, trabajando todos en la misma dirección. El objetivo final, siempre, es proporcionar cuidados de calidad que mejoren la salud de madre e hijo y el bienestar de ambos.

La IHAN es la iniciativa a nivel mundial más importante para la promoción, protección a apoyo a la lactancia materna. Por tanto, la obtención de la acreditación hospital IHAN debe ser la meta a conseguir de los hospitales españoles, ya que ha sido calificada como

la herramienta más eficaz para aumentar las tasas en el inicio y duración de la lactancia materna. La motivación de los profesionales sanitarios para formarse específicamente en lactancia materna y el apoyo de las instituciones brindando los recursos necesarios son dos de los aspectos más importantes y necesarios para su consecución.

Esta revisión tiene ciertas limitaciones, la más importante es la falta de monitorización de datos de lactancia materna en cuanto a tasas de inicio, duración y factores relacionados con su abandono precoz. La existencia de estudios a nivel local o provincial no son suficientes ni representativos de toda la población, aunque si nos dan una idea de la situación actual.

## **7. IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA**

Uno de los objetivos específicos de esta revisión es proponer medidas que favorezcan el aumento de las tasas de lactancia materna en nuestro país; a continuación se formulan algunas propuestas:

- Fomentar la puesta en marcha de políticas de conciliación de la vida familiar y laboral en España, siguiendo un modelo de éxito como es el noruego. Instituciones y empleadores no pueden obligar a las madres a decidir entre su papel como madre lactante o mujer trabajadora. Permisos de maternidad y paternidad más prolongados, posibilidad de jornadas a tiempo parcial o con flexibilidad horaria durante los dos primeros años de vida del lactante, así como disponer de un lugar tranquilo y confortable para dar el pecho o sacarse la leche en su puesto de trabajo; pueden ser medidas que contribuyan al éxito de la lactancia materna. De este modo la madre lactante no sentirá inseguridad sobre su situación laboral y eso le hará tener más confianza y seguridad en dar el pecho a su bebé. El apoyo del entorno es fundamental. Además, los beneficios no son sólo para la madre y su hijo; presumiblemente disminuirán los ingresos del lactante como consecuencia de los beneficios de la leche materna y por tanto el posible absentismo laboral y costes sanitarios derivados.

- Unificar la monitorización de los datos relativos a la lactancia materna, al alta hospitalaria y en el seguimiento que se realiza por parte de los profesionales de atención primaria, tanto matronas como pediatras. Con datos significativos y representativos sobre los factores que se asocian al abandono de la lactancia materna en nuestro país, se podrán poner en marcha medidas específicas de actuación que sean efectivas. Y, sobre todo, podrán evaluarse.

- Coordinarse todos los profesionales de niveles de asistencia sanitaria primaria y secundaria relacionados con el cuidado materno-infantil en la realización de protocolos de actuación en cuanto a lactancia materna. Que todos los profesionales trabajen con una misma metodología y transmitan el mismo mensaje a las madres, es fundamental para conseguir el éxito del amamantamiento.

- Informar a todas las madres de la existencia de grupos de apoyo a la lactancia materna en su área de salud. Son de gran ayuda al salir del hospital y contribuyen a conseguir el auge de “la cultura de la lactancia” tan necesaria en nuestra sociedad.

- Captar específicamente a madres de estratos sociales más bajos, con tendencia a alimentar a sus hijos con leche artificial, para realizar educación maternal. A pesar del gasto económico añadido que supone y aunque los resultados de numerosos estudios no avalen esta afirmación pero sí la práctica clínica diaria, estas madres suele alimentar a sus hijos con leche artificial. La preparación de biberones requiere condiciones higiénicas adecuadas que en ocasiones no se cumplen en estos sectores de la población con las consecuencias que ello conlleva (por ejemplo, mayor probabilidad de infecciones). Por ello, por parte de los profesionales sanitarios sería interesante hacer mayor hincapié en estas madres en la promoción de la lactancia materna y, en caso de que su decisión sea no amamantar, informar sobre la preparación adecuada de la leche artificial.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. En 55ª Asamblea Mundial de la Salud. 16 de abril de 2002. Ginebra: OMS; 2002.
2. Hernández Aguilar MT. Epidemiología de la lactancia materna. Prevalencia y tendencia de la lactancia materna en el mundo y en España. En: Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna. Lactancia Materna: Guía para profesionales. Madrid: Ergon; 2004 (Monografías de la AEPED; 5).
3. Australian Government Department of Health [Internet] 2012 [Consultado el 27 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/int-comp-whocode-bf-init~int-comp-whocode-bf-init-ico~int-comp-whocode-bf-init-ico-norway>.
4. Informe sobre el estado mundial de las madres. Madrid: Save the children; 2011.
5. Kristiansen AL, Laude B, Overby NC. Factors associated with exclusive breastfeeding and breastfeeding in Norway. Public Health Nutr. 2010 Dec; 13 (12): 2087-96.
6. Gallardo Sánchez R, Álvarez Plaza C. Efectividad de intervenciones educativas postnatales en la duración de la lactancia materna. Reduca. Serie Matronas 2012; 4 (5): 174-209.
7. Sacristán Martín AM, Lozano Alonso JE, Gil Costa M, Vega Alonso AT. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011; 13 (49): 33-46.
8. Palomares Gimeno MJ, Labordena Barceló C, Sanantonio Valdearcos F, Agramunt Soler G, Náchter Fernández A, Palau Fuster G. Opiniones y conocimientos sobre lactancia materna en el personal sanitario. Rev Pediatr Aten Primaria, 2001; 3 (11): 41-50.
9. Olmo Navarro JE, Molina Ruano MD, López Sánchez-Sanchez R, Bermúdez Ruiz MI, Castaño Molina MA. Duración de la lactancia materna en el noroeste murciano. Matronas Prof. 2008; 9 (2): 12-16.
10. Proyecto de la UE sobre la Promoción de la Lactancia en Europa. Protección, promoción y apoyo de lactancia en Europa: plan estratégico para la acción.

- Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos, Luxemburgo, 2004. [Consultado el 27 de marzo de 2014] Disponible en: [http://www.aeped.es/sites/default/files/5-europe\\_a\\_blueprint\\_for\\_action.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/5-europe_a_blueprint_for_action.pdf)
11. Cerda Muñoz, L. La madre que amamanta y el entorno laboral. *Matronas Prof.* 2008; 9 (1): 21-26.
  12. Figuera Camargo FA, Latorre Latorre JF, Porras Careño JA. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Hacia la Promoción de la Salud.* 2011; 16 (1): 56-72.
  13. Otal Lospaus S, Morera Liáñez L, Bernal Montañes MJ, Tabueña Acin J. El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. *Matronas Prof.* 2012; 13 (1): 3-8.
  14. León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martín L. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia [internet]. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2002 [consultado el 5 de abril de 2014] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/bob-main.htm>
  15. Pose Becerra C, Díz Gómez J. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados a la duración hasta el primer año de vida. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Reduca. Serie Trabajos Fin de Master* 2010; 2 (1): 1401-1415.
  16. Lactancia Materna el camino natural. Guía para padres. Programa de Promoción de la Lactancia Materna. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.
  17. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España 2011-2012 [Acceso el 6 de abril de 2014] Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
  18. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España 2006 [Acceso el 5 de abril de 2014] Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
  19. Comité Nacional de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños. V Congreso Español de la Lactancia Materna. Murcia; 2009.
  20. García Vera C, Martín Calama J. Lactancia materna en España. Resultado de una encuesta de ámbito estatal. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2000; 2 (7): 373-387.
  21. Sánchez Arnedillo S, Romero Martínez J, Barberá Rubini N, Ruíz Ferron MC. Efectividad de una intervención educativa y asistencial en la prevalencia de la lactancia materna en el Área Sanitaria del Hospital de Valme. *Matrona Prof* 2006; 7 (2): 14-21.

22. Yaque M, Castillo E, Praena M, Sancho C, Fernández A, Herrera C, et al. Factores relacionados con el inicio de la lactancia materna en nuestro medio: diferencias entre cuatro zonas básicas de salud. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2000; 6 (2): 231-237.
23. Estévez González MD, Martell D, Medina R, García E, Saavedra P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Esp Pediatr* 2002; 56: 144-150.
24. Oliver A, Torrás N, Martínez L. Factores de influencia en la duración de la lactancia materna en el Hospital de Sant Pau de Barcelona. *Enferm Clin* 2003; 13 (6): 329-336.
25. González Oya JL, Valls Durán T, Mosquera González E, Herranz Álvarez M, López Ozores Y, Sanromán Varela MJ y cols. Estudio sobre la prevalencia de lactancia materna en los centros de salud de Valmiñor. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2008; 10: 603-616.
26. Cabezuelo Huerta G, Vidal Micó S, Abeledo Gómez A, Frontera Izquierdo P. Factores relacionados con el abandono precoz de la lactancia materna. *Rev Esp Pediatr* 2006; 62: 212-218.
27. Reventós Canet A, Crespo García A, Villa Vázquez S. Prevalencia de la lactancia materna en el Área Básica de Salud de Sant Feliú-2 (Barcelona). *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006; 8: 409-420.
28. Baztan I, Ortega I, Armendariz Y, Barace E. Evolución de la lactancia materna en la población que atiende el Centro de Salud de Mendillori. *An Sist Sanit Navar* 2009; 32 (1): 43-29.
29. Barriuso Lapresa LM. Estudio multivariante sobre la prevalencia de la lactancia materna en el centro-norte de España. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2007; 9: 589-612.
30. Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de Marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (vigente hasta el 1 de Enero de 2015). Órgano Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Publicado en BOE de 29 de Marzo de 1995.
31. López-Ibor RA, Escot Mangas L, Fernández Cornejo JA, Poza Lara C. El permiso de paternidad y la desigualdad de género: Propuestas de reforma para el caso de España. *Economic analysis working papers*; 2008 (13).

32. Castro García C, Pazos Morán M. Permisos de maternidad, paternidad y parentales en España: algunos elementos para el análisis de la situación actual.
33. Tercer Informe sobre la situación de las mujeres en la realidad sociolaboral española. 01/2011. Consejo Económico y Social de España. Departamento de Publicaciones.
34. Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de Marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. Publicado en: BOE núm.75, de 29/03/1995. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado.
35. Díaz Gómez M. Iniciativa Mundial de Lactancia Materna (IMLM): Encuesta Nacional sobre Hábitos de Lactancia. Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna.
36. IHAN: Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Informes, estudios e investigación 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
37. Rius JM, Ortuño J, Rivas C, Maravall M, Calzado MA, López A, Aguar M, Vento M. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. *An Pediatr (Barc)* 2014; 80 (1): 6-15.
38. Häggkvist AP, Brantsæ AL, Grijbovski AM, Helsing E, Meltzer HM, Haugen M. Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. *Public Health Nutrition* 2010: 1-19.
39. Baerug A, Bjoerneboe GE, Tufle E, Norum KR. Implementation of the WHO Multicentre Growth Reference Study in Norway. *Food and Nutrition Bulletin* 2004; 25 (1). The United Nations University.
40. Hagen Grovslien A, Gronn M. Donor Milk Banking and Breastfeeding in Norway. *J Hum Lact* 2009; 25 (2): 1-6.
41. Good breastfeeding policies-good breastfeeding rates. *CCL Family Found* 1998; 24 (4): 15
42. Benefit and Risk assessment of breastmilk for infant health in Norway. Opinion of the Steering Committee of the Norwegian Scientific Committee for food safety 2013.

43. García Cassanova MC, García Cassanova S, Pi Juan M, Ruiz Mariscal E, Parellada Esquius N. Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración? *Aten Primaria* 2005; 35 (6): 295-300.
44. García Fuertes P, Álvarez Vera M, Ávila Fumanal C, Aleixandre García C. Guía de Práctica Clínica: Educación sanitaria en lactancia materna. *Paraninfo Digital. Monográficos de Investigación en Salud*. Disponible en: <http://index-f.com/para/n19/181d.php>
45. Jiménez Sesma ML, Pardo Villacastillo V, Ibañez Fleta E. La influencia del profesional sanitario en la lactancia materna. *Medicina Naturista* 2009; 3 (2): 77-85.