



BREVE ANÁLISIS DE LA LACTANCIA MATERNA EN MÉXICO

POR: JULIETA PONCE-SÁNCHEZ¹, JOSÉ DEL TRONCO PAGANELLI²
COMITÉ TÉCNICO - CIUDADANO DE AMAMANTAMIENTO

La leche humana es la alimentación normal de toda persona al nacer. La lactancia “adecuada” es considerado un factor protector de diabetes, cáncer de mama, síndrome metabólico y enfermedades cardiovasculares, posibilitando ahorro notables en el gasto público y privado orientado a salud y alimentación (Bonvecchio A., kauffer-Horwitz, Fernandez-Gaxiola, & Rivera D., 2015).

La Organización Mundial de la Salud establece tres características de una lactancia materna “adecuada”, es decir que permita obtener el máximo beneficio demostrado por la ciencia: 1) *inmediatez*, para lograrla dentro de la primera hora al nacer, 2) *exclusividad*, es decir que sea, durante los seis primeros meses de vida, el único alimento para el bebé, y 3) *continuidad*, al mantener la lactancia como parte de la dieta infantil hasta los dos años de vida o más, si se desea³ (OMS, 2016).

Para que las madres puedan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, la OMS y el UNICEF recomiendan:

- Iniciar lactancia en la primera hora de vida
- Sólo dar leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua
- Amamantar a demanda con la frecuencia requerida por el niño o la niña, tanto de día como de noche
- No utilizar biberones, tetinas ni chupetes

MÉXICO MAL AMAMANTADO

Acciones públicas dirigidas a lograr prácticas adecuadas de Lactancia Materna (LM) en México, han sido incapaces de detener su descenso, lo que causa a su vez, enfermedades respiratorias, gastroenteritis, enterocolitis necrosante⁴, otitis, síndrome de muerte súbita, obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, inteligencia baja, deterioro del desarrollo neuromotor, malformaciones dentales y pobreza (Gonzalez de Cosio, Escobar-Zaragoza, Gonzalez C., & Rivera-Dommarco, 2013) (Victoria, y otros, 2016) (Thomas, 2014), además de incrementar de forma innecesaria el gasto público y privado, que deriva con pérdidas económicas irre recuperables,

¹ Nutricionista del Centro de Orientación Alimentaria (COA Nutrición), parte del CTCA.

² Profesor investigador de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, (FLACSO) México, parte del CTCA.

³ La inmediatez es la condición fundamental, puesto que de ella dependen en buena medida los dos restantes, y está directamente relacionada con la posibilidad de que los bebés recién nacidos y sus madres cuenten con alojamiento conjunto durante los primeros 90 minutos, luego de haber nacido. Esto contribuye significativamente a que los recién nacidos aprendan de forma “inmediata” a alimentarse del pecho de su madre, a la vez que estimula desde un inicio la producción de leche por parte de esta última. En tal sentido, más allá del tipo de parto ocurrido (natural o vía cesárea), la ciencia médica ha encontrado que el hecho de haber iniciado el proceso conocido como “trabajo de parto” resulta fundamental, ya que en ese momento la liberación de hormonas por parte del bebé, y la ampliación de la placenta, inician el proceso de producción de leche materna, lo que permite que durante el alojamiento conjunto la madre ya esté en condiciones de alimentar a su bebé de forma inmediata.

⁴ La enterocolitis necrosante ocurre cuando la pared intestinal muere, los bebés con mayor riesgo de padecer esta afección son los prematuros y los alimentados con fórmulas concentradas en lugar de leche materna.



El gobierno mexicano reconoció el deterioro de la lactancia como problema público al incorporarlo a la agenda gubernamental desde 1981 a través de la Secretaría de Salud (SS, 2014) y además, implementó políticas para tratar de resolverlo durante los últimos seis sexenios. Empero, la práctica del “amamantamiento” continúa en franco deterioro; en general desde el momento de nacer, y en particular a partir del tercer mes de vida y hasta los 23 meses de vida.

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012 el 97% de las y los bebés llegan sin LM al sexto mes de vida y la proporción de infantes que reciben leche de sus madres en el mes 23 de vida es nula (0%), contrario a la recomendación internacional. Sumado a ello, resulta preocupante la tendencia decreciente, ya que de 2006 a 2012, la reducción de la lactancia materna exclusiva a nivel nacional fue de 7.9 puntos porcentuales. En el medio rural, donde el poder adquisitivo es menor que en las zonas urbanas, la caída fue aún más profunda: 18.4 puntos según los datos oficiales de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (INSP, 2012).

La Iniciativa Mundial Sobre Tendencias de la Lactancia Materna, WBTi⁵ por sus siglas en inglés, otorgó a México 73.5 puntos de 150 puntos posibles, es decir 4.9 en una escala de 0 a 10 de calificación, obtenidos por la evaluación de 15 indicadores. Aunque hubo mejorías entre 2008 y 2015 en las tendencias de LM, la principal recomendación de la WBTi para México es “establecer un mecanismo sostenido de monitoreo y de denuncia de violaciones del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna ante las autoridades correspondientes, con la participación de organizaciones de la sociedad civil, la academia y otros grupos preocupados por el bien público” según su informe 2015 publicado a nivel global (Arana & Zepeda-Medina, 2015).

“MAS VALE AMAMANTAR QUE LAMENTAR”: LAS CONSECUENCIAS

Las prácticas inadecuadas de LM, especialmente la carencia de exclusividad durante los primeros 6 meses de vida, se asocian a 1.4 millones de muertes y a 10% de la carga de enfermedades entre los niños menores de 5 años de edad, representando un costo considerable en la economía local (Thomas, 2014). La ausencia de LM se asocia con una inteligencia baja y con pérdidas económicas mundiales de alrededor de \$302 billones de dólares anuales, esto puede representar hasta el 49% Ingreso Nacional Bruto Mundial (Victoria, y otros, 2016).

Recientemente, los costos de la lactancia inadecuada por otitis media, gastroenteritis y “Enfermedades Crónicas No transmisibles” en los Estados Unidos, se han estimado en \$3.6 miles de millones de dólares cada año (Colchero MA, 2015). En el caso de México, si se siguieran las recomendaciones de la OMS en términos de lactancia materna se ahorrarían hasta \$ 2,429.5 millones de dólares, según estimaciones de recientes investigaciones del Instituto Nacional de Salud Pública (González de Cossío T, 2015).

Un estudio local realizado en Puebla reporta un consumo promedio mensual de 8 latas de fórmulas lácteas para bebés, en los 2 primeros meses de vida, lo que representa un gasto de entre \$767 a \$1,160 por bebé al mes; los meses 3 y 4 el promedio son 12 latas con un costo de \$1,150 a \$1,740, según la marca, y en los meses 5 y 6 el costo oscila entre \$863 a \$1,740; en infantes mayores de 6 meses, el costo es de entre \$692 y \$1,056, sin incluir biberones ni otros gastos (López, 2010).

⁵ WBTi es una iniciativa para ayudar a los países a evaluar las fortalezas y debilidades de sus políticas y programas para proteger, promover y apoyar las prácticas óptimas de alimentación infantil y de lactantes conforme a recomendaciones internacionales.



Con base en datos de la agencia *Nielsen*, se reportó una venta mundial aproximada de 30 mil millones de dólares sólo de fórmulas infantiles, con crecimiento de 37% anual en América Latina (Énfasis Alimentación, 2015). Tan sólo en el 2010 en México se vendieron 43.8 toneladas de fórmulas lácteas, para 2015 la estimación fue de 47.3 toneladas de acuerdo a un artículo publicado en *El Financiero* (Zepeda, 2015). Las fórmulas lácteas deslactosadas, hipoalergénicas, contra la diarrea o anti-regurgitación reportaron un alza de 15 % en un año y *Nido de Nestlé* tiene el 29.9 por ciento de mercado; seguido de *Nan* también de *Nestlé* con 29.3 por ciento y el tercer sitio lo ocupa la marca *Enfamil* de *Mead Johnson Nutrition Co*, de acuerdo con los datos de *Euromonitor International*. Según su reporte financiero sobre fórmulas infantiles, tanto de inicio como de seguimiento, *Nestlé* afirma “Hubo una contribución positiva de los mercados emergentes, en especial China y México” (*Nestlé*, 2016).

Existe evidencia de incentivos económicos que justifican la “conveniencia social” de la lactancia materna. Según la UNICEF México se calcula un retorno del 8% en las ganancias a empresas en caso de ampliar licencia por maternidad y flexibilizar la jornada laboral como incentivo económico al sector (Crowly, 2014).

En general, los beneficios de promover el amamantamiento serían notables, tanto en términos del gasto público, como del bienestar subjetivo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, asegurar el alojamiento conjunto con lactancia materna inmediata garantiza un ambiente emocional cálido y tranquilo, además de los beneficios para los hospitales, que necesitarían menos salas de recién nacidos, atenderían un número menor de infecciones neonatales, harían más eficiente el uso del tiempo del personal, y mejorarían su imagen y prestigio, con menos niños abandonados y más seguridad en emergencias (OMS, 2009).

¿QUÉ HACER? CUMPLIR LA LEY, NO MÁS LEYES

En México, existe un marco regulatorio adecuado para abordar el problema de los bajos y decrecientes índices de lactancia materna. Sin embargo, las estrategias de política pública diseñadas para revertir esta tendencia no han logrado los resultados esperados (Crowly, 2014). Acuerdos firmados en el pasado por el Estado en asambleas mundiales de salud y en convenciones internacionales tanto de alimentación como de derechos infantiles, son evidencia del reconocimiento del problema y de los compromisos públicos para resolverlo⁶. México posee uno de los marcos jurídicos más robustos de América Latina en LM, pero el peor en resultados de su práctica (Crowly, 2014). La protección de los derechos a la alimentación, a la salud y el Interés Superior en la niñez están amparados por la Constitución Política, y se cuenta además con 7 leyes, 1 reglamento, 3 acuerdos públicos y 4 Normas Oficiales Mexicanas, una de ellas (NOM-007-2SSA-2016) modificada recientemente. La mayoría de estos instrumentos legales han estado vigentes desde hace más de dos décadas y sin embargo los resultados van en la dirección opuesta. Es legítimo preguntarse entonces, donde están las causas de esa paradoja. La hipótesis de trabajo del Comité Técnico – Ciudadano de Amamantamiento (CTCA) sostiene que a pesar de un marco normativo de

⁶ México participó en 1971 en la 27ª Asamblea Mundial de Salud, en 1981 en la 67ª Reunión del Consejo Consultivo de la OMS /UNICEF y en la 34ª Asamblea Mundial de la Salud donde se firmó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Además, en 1989 participó en la declaración conjunta OMS/UNICEF para el movimiento mundial de apoyo a la LM y en la Declaración de Innocenti e Innocenti +15 en 1990, en la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia, en 2002 para la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño y, en 2005 la actualización de la iniciativa Hospital amigo del niño y de la niña.



avanzada, los instrumentos de política pública diseñados para aumentar los niveles de LM son insuficientes, y en algunos casos inadecuados.

INSUFICIENCIA DE LAS POLITICAS ORIENTADAS A LA *EXCLUSIVIDAD* DE LA LACTANCIA

Con intención de apoyar a mujeres trabajadoras se reformó en abril del 2014 el artículo 28 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, para contar con una hora por día para amamantar o para realizar extracción manual de leche en un lugar adecuado en su lugar de trabajo⁷. Ahora se considera como violencia laboral el negar el tiempo de lactancia previsto en la ley de acuerdo al artículo 11 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia⁸.

En julio del 2016 Mikel Arriola, director del IMSS, anuncia que las trabajadoras embarazadas podrán distribuir de acuerdo a su conveniencia 10 de las 12 semanas de licencia de maternidad. Sin embargo, el plazo legal de la licencia por maternidad -donde México se ubica como uno de los países con menos días otorgados para madres trabajadoras- se mantuvo sin cambios. En la actualidad, las madres mexicanas cuentan con un permiso de 84 días, mientras que la recomendación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) recomienda conceder al menos 98 días de licencia a la madre, e idealmente 168 días. Una licencia por maternidad de 84 días sólo asegura dos meses y medio de lactancia materna exclusiva, mientras las recomendaciones médicas hablan de 6 meses. Es decir, sólo se estaría cumpliendo 47% del tiempo de exclusividad recomendado por los científicos, el 50% de acuerdo con las propuestas de la OIT. Por ello, la extensión de la licencia por maternidad, la promoción de esquemas laborales que permitan el trabajo desde casa (“home office”) y la incorporación de lactarios en los lugares de trabajo son medidas que pueden contribuir a resolver dicha situación.

INSUFICIENCIA DE LAS MEDIDAS PARA CUMPLIR CON LA *INMEDIATEZ*

Aun sin modificar las leyes laborales vigentes, resulta indispensable asegurar el logro de la lactancia materna inmediata antes de volver a casa luego del nacimiento, por representar la condición necesaria de la lactancia “exclusiva” y “continua”. Para ello, el enfoque adecuado es el que propone modificar –las incorrectas- y homologar las adecuadas prácticas hospitalarias en torno a la atención, alojamiento y cuidado de los recién nacidos, más que centrar la atención en la decisión individual de las madres. Si aumentamos la oportunidad hospitalaria de la lactancia “inmediata” a través de la obligatoriedad del alojamiento conjunto, se aumentan significativamente las probabilidades de una lactancia materna adecuada.

Los hospitales y maternidades actualmente reciben a más del 90 % de nacimientos a nivel nacional (Lazcano P., Schiavon, & Uribe Z., 2013). Según el análisis de las autoridades, la falta de nominación como “Hospital Amigo del Niño y de la Niña” es parte del problema de la baja lactancia. A pesar de ser una recomendación gubernamental desde 1990 en México, sólo 87 de los 1097 unidades médicas con servicio obstétrico en el sector público cuentan con dicha nominación, cuya obligación incluye la práctica de diez acciones a favor de la LM e implica un proceso administrativo cuya re-certificación trianual pocos alcanzan. En México de 1994 a 2003 se nominaron 767 hospitales

⁷ Adecuaciones a la ley federal de trabajadores del servicio del estado.

⁸ Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.



públicos y para el 2006 sólo 352 renovaron su nombramiento. Por tanto, el gobierno mexicano sigue sin poder comprobar la eficacia de los procesos hospitalarios a favor de la LM debido a la mínima incidencia demostrada en el alojamiento conjunto de las unidades hospitalarias del sector público.

En la más reciente modificación a la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio de la persona recién nacida (DOF, 07/04/2016), se incluyen los procedimientos de *alojamiento conjunto* en los primeros 30 minutos de vida. Ello significa que más allá de la nominación “Hospital Amigo”, en México, el alojamiento conjunto es obligatorio. Sin embargo, las Normas Oficiales carecen de mecanismos de exigencia y sanción, y existen brechas administrativas para transparentar su cumplimiento. Aun sin la nominación de hospitales y clínicas como amigos del niño y la niña, el sólo cumplimiento de la NOM-007-2SSA-2016 tendría posibilidades de incidir en cifras de consumo de leche humana. Incumplir la norma supone incentivos para hacerlo. Es decir, o cumplirlo es muy costoso (algo no evidente desde el punto de vista médico o de infraestructura hospitalaria), o no hacerlo genera beneficios. Quiénes y cómo se benefician del incumplimiento de la norma es una pregunta relevante, dados los costos públicos y privados que tiene la disminución de la LM en el país.

¿QUIÉNES GANAN Y QUIÉNES PIERDEN? PALADARES SECUESTRADOS DESDE EL NACIMIENTO

El contenido de azúcar en las fórmulas infantiles y alimentos dirigidos a la niñez pocas veces se había estudiado. Los doctores Walker y Goran, estudiaron 100 de esos productos y publicaron resultados donde destacan que las fórmulas infantiles en promedio contienen 27% de las calorías sólo de azúcares añadidos (Walker & Goran, 2015).

La proporción de azúcares encontrado en las fórmulas lácteas en un estudio mexicano, fue del 28 al 54% y el promedio de la cantidad de azúcares disponibles fue de 41%; donde el porcentaje de azúcares añadidos en los alimentos para bebés fue del 14 al 100% y el promedio del contenido de azúcares fue de 52 por ciento. Todos los productos analizados en ese trabajo contenían sodio y un producto excedió el doble de lo establecido en la norma oficial (Calvillo, Cabada, & Rojas, 2013).

El uso excesivo del biberón tiene serias consecuencias negativas para la salud dental, gastrointestinal y la psicomotricidad; es especialmente riesgoso en los primeros meses de vida por la deformación del instinto en la succión natural al seno materno. Si bien la recomendación internacional es evitar en lo posible el uso de mamilas en la vida, en México va en aumento. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición reporta uso de biberón en 6 de cada 10 (63.2%) niños y niñas de 0 a 23 meses, mientras en la Ciudad de México es de 82.1 por ciento (INSP, 2012).

El biberón ha sido un vehículo para la ingestión de otras bebidas distintas a la leche materna cuyas cantidades de azúcar dejan huella tanto en la percepción de los sabores como en las moléculas y papilas gustativas, llamada por investigadores del INNSZ como “impronta nutricional” o bien en otros trabajos como “impronta metabólica” ambas estudiadas recientemente como factores epigenéticos determinantes de la calidad de vida y muerte en la persona. La mala nutrición temprana no sólo afecta el desarrollo cerebral, el crecimiento y composición corporal, sino también la programación e impronta metabólica como riesgo para enfermedades crónico-degenerativas y otras anomalías en el desarrollo (Moreles & Marti, 2015) además, el acostumbamiento a sabores azucarados distorsiona la formación de hábitos alimentarios saludables entonces ¿Son los niños y niñas quienes deben aprender a comer a pesar del sistema alimentario actual?.



SIGUIENTES PASOS

El amamantamiento es un derecho humano colectivo, donde la madre y el niño o niña son los titulares del mismo. Corresponde a las autoridades como representantes del Estado y sujetos obligados, garantizar las condiciones para el ejercicio de este derecho, no son las mujeres las responsables solitarias de esta decisión, sino un sistema de protección, seguridad y garantía de sus derechos.

La pregunta sigue vigente ¿Por qué retrocedemos como país en lactancia materna si se cuenta con la estructura para hacerlo? Centrar la atención en las prácticas hospitalarias y en la disminución de los beneficios generados por el consumo de fórmulas alimenticias alternativas a la LM parecen ser el enfoque correcto.

En apoyo a las iniciativas de gobierno y con base en la sólida evidencia científica a favor del amamantamiento, es menester la participación amplia de los diferentes sectores sociales para avanzar en las estrategias menos costosas y más efectivas con base en derecho. Espacios abiertos donde se puedan vincular las aportaciones de la ciudadanía, la academia, las instituciones, autoridades, el sector público y privado en general, y las organizaciones no sólo de salud y nutrición, sino de un amplio sector con interés en otro modelo de Nación posible.

TRABAJOS CITADOS

- Calvillo, A., Cabada, X., & Rojas, D. (2013). La alimentación industrializada del lactante y el niño pequeño El nuevo meganegocio. México, DF, México.
- Cesar G Victora, M. ., (Januray de 2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*(10017), 475-490.
- Chiou, S.-T., Chen, L.-C., Chien, L.-Y., & Ye, H. (Marzo de 2014). Early Skin-to-Skin contact, Rooming-in and Breastfeeding. A comparison of the 2004 and 2011 National Survey in Taiwan. *Birth Issues in perinatal care*, 41(1), 33-38.
- Colchero MA, C. D.-G. (2015). Los costos pediátricos de la lactancia inadecuada en en México. *Tercer Foro Nacional de Lactancia Materna*. Instituto Nacional de Salu Pública, México.
- Crowly, I. M. (23 de Abril de 2014). Semana Mundial de la Lactancia. (A. p. Alimentaria, Entrevistador)
- López, L. L. (2010). *Medigraphic*. Recuperado el 01 de Junio de 2016, de Impacto en la economía familiar por uso de sucedáneos de leche materna en bebés sanos y uso de fórmulas especiales: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conapeme/pm-2010/pm101e.pdf>
- Álvarez-Zendejas, P. M. (2013). *Propuesta de Intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de Santo Tomás Ajusco*. Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Nutrición. Morelos: INSP.
- Énfasis Alimentación. (07 de Septiembre de 2015). *Revistas Énfasis Alimentación*. Recuperado el 25 de Julio de 2016, de Crece 37% ventas de fórmulas infantiles: <http://www.alimentacion.enfasis.com/notas/73179-crece-37-ventas-formulas-infantiles->
- Alegre, S., Hernandez, X., & Roger, C. (2014). *El interés superior del niño. Interpretaciones y experiencias latinoamericanas*. Sistema de Información Sobre la Primera Infancia en América Latina. Fundación Arcor / UNICEF.
- Arana, M., & Zepeda-Medina, Y. (2015). *Tendencias en Lactancia Materna* . World Breastfeeding Trends Initiative. San José: IBFAN.
- Argomedo M, A., Bribiesca G., F., Espinosa A., A., & Reyes, H. (s.f.). *Curso Avanzado de Apoyo a la Lactancia Materna*. México, México: APROLAM.
- Bonvecchio A., A. P., kauffer-Horwitz, M., Fernandez-Gaxiola, A. C., & Rivera D., J. (2015). *Guías Alimentarias y de Actividad Física. En contexto de sobrepeso y obesidad en la población mexicana*. México: Academia Nacional de Medicina.

Comité Técnico- Ciudadano de Amamantamiento CTCA



- BSR. (2008). *Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos*. Recuperado el 28 de Junio de 2016, de Biblioteca de Salud Reproductiva OMS: <http://apps.who.int/rhl/newborn/hscom2/es/>
- DOF. (7 de Abril de 07/04/2016). *NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. México: Diario Oficial de la Federación.
- ENSANUT. (2012). Del total de partos entre 2007 y 2012, 1.74 millones fueron cesáreas programadas. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. INSP, México.
- FAO. (24 de Octubre de 2002). *Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Capítulo 7 Lactancia Materna*. Recuperado el 18 de Junio de 2016, de Depósito de documentos de la FAO: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0b.htm>
- Gonzalez de Cosio, T., Escobar-Zaragoza, L., Gonzalez C., L., & Rivera-Dommarco, J. (2013). Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. *Revista de Salud Pública de México*, 55(Supl (2)), 170-179.
- IBFAN. (2013). *Iniciativa Mundial de Cálculo de Costos de Lactancia Materna (WBCi)*. The Global Breastfeeding initiative for child survival /bpni. Delhi: BPNI / IBFAN Asia.
- INEGI. (2015). *México: mi país en pequeño*. Recuperado el 21 de Junio de 2016, de Instituto Nacional de Estadística y Geografía: <http://cuentame.inegi.org.mx/sabiasque/pequeno/default.aspx?tema=5>
- INSP. (2012). *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2012*. Secretaría de Salud, Centro de Investigación en Nutrición y Salud. México: SS.
- INSP. (2014). *Lactancia Materna en México*. Recuperado el 18 de Junio de 2016, de Instituto Nacional de Salud Pública de la Secretaría de Salud: <http://www.insp.mx/avisos/3367-lactancia-materna-mexico.html>
- Mataix Verdú, J. (2009). *Tratado de Nutrición y Alimentación*. Barcelona, España: Oceano / Ergon.
- Moreles, A., & Marti, A. (2015). *INFLUENCIA DEL AMBIENTE –ALIMENTACIÓN- EN LA PROGRAMACION EPIGENÉTICA DE LA OBESIDAD*. Recuperado el 01 de Julio de 2016, de Dpto. de Ciencias de la Alimentación, Fisiología y Toxicología.: <http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/21709/1/AdraianaMorevespob.pdf>
- Nestlé. (2016). *Prensa*. Recuperado el 25 de Julio de 2016, de Nestlé Resultados Financieros Anuales 2015: <https://www.nestle.com.mx/media/pressreleases/nestle-resultados-financieros-anuales-2015>
- OMS. (2009). *Infant Feeding*. Obtenido de World Health Organization: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse_s2_transparencias_es.pdf
- OMS. (2016). *Nutrición*. Recuperado el 01 de Junio de 2016, de Lactancia Materna Exclusiva: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
- SS. (2014). *Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018*. Gobierno de la República, Secretaría de Salud.
- Thomas, D. G. (19 de November de 2014). Is breast best in the west of England? Use of linked routinely collected data sources to quantify the protective effect of breastfeeding against infectious gastrointestinal and respiratory illness during the first year of life. *The Lancet. Special Issue*, 384(S78).
- Victoria, C., Bahl, R., Barros, A., França, G., Horton, S., Krasevec, J., . . . Rollins, N. (January de 2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490.
- Walker, R., & Goran, M. (16 de Julio de 2015). Laboratory Determined Sugar Content and Composition of Commercial Infant Formulas, Baby Foods and Common Grocery Items Targeted to Children. (I. 2072-6643, Ed.) *Nutrient*(7), 5850-5867.
- Wen, L., Hilton, G., & Carvalho, B. (Marzo de 2016). The Impact of Breastfeeding on Postpartum Pain After Vaginal and Cesarean Delivery. *Obstetric Anesthesia Digest*, 36(1), 38-40 (3).
- Zepeda, C. (08 de Octubre de 2015). Más mamás en la oficina más venta de fórmulas lácteas. (<http://www.elfinanciero.com.mx/economia/mas-mamas-en-la-oficina-mas-venta-de-formulas-lacteas.html>, Ed.) *El Financiero*.