

BOLETÍN 3

LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA NUTRICIÓN INFANTIL



de cero
a Siempre

ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

BOLETÍN 3

LA IMPORTANCIA
DE LA LACTANCIA MATERNA
EN LA NUTRICIÓN INFANTIL

de cero
a Siempre

ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

Boletín 3
**LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA
EN LA NUTRICIÓN INFANTIL**

COORDINACIÓN DEL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

COMPILACIÓN Y PRODUCCIÓN DEL TEXTO FINAL

EDICIÓN

CORRECCIÓN DE ESTILO

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

IMPRESIÓN

BOGOTÁ D.C., COLOMBIA
Marzo de 2013
ISBN 152152

Photography Credits

Equipo del Ministerio de Salud, págs. 12, 17 y 18

Carolina Turriago Borrero, pág. 31

Luisa Fernanda Juliá (Alta Consejería Presidencial para Programas Especiales), portada

TABLA DE CONTENIDO

La Importancia de la Lactancia Materna en la Nutrición Infantil	13
---	----

Práctica de la lactancia materna..... 16

- **Tabla 1.** Porcentaje de niños y niñas que recibieron leche materna al nacer por departamentos, 2005 y 2010 18
- **Gráfica 1.** Duración de la lactancia materna total y exclusiva en Colombia, 1995-2010 19

Alimentación complementaria..... 20

- **Gráfica 2.** Duración mediana en meses de la lactancia materna exclusiva por departamento, 2010 21
- **Gráfica 3.** Porcentaje de niños y niñas menores de 3 años que consumió frutas y vegetales ricos en vitamina A* por departamento, 2005 y 2010 ... 23

Desnutrición..... 24

- **Gráfica 4.** Desnutrición en niños y niñas menores de 5 años, 1990-2010 25

Consideraciones finales..... 26

- **Gráfica 5.** Desnutrición crónica y global por departamento, 2010 27
- **Tabla 2.** Desnutrición en América Latina, 1993-2008 . 28

Bibliografía	31
--------------------	----





3

LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA NUTRICIÓN INFANTIL

LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA NUTRICIÓN INFANTIL

La leche materna es el único alimento que proporciona todos los nutrientes necesarios para el óptimo crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas en sus primeros meses de vida. Contiene células, factores inmunológicos, factores anti-infecciosos y hormonas que favorecen su salud, los protegen de un gran número de enfermedades comunes y estimula su desarrollo físico, cognitivo y psicosocial. No hay ningún otro alimento que tenga la propiedad de ser lo único necesario para el ser humano en un momento de la vida, por eso después del primer año de vida es necesario buscar los nutrientes que se requieren a través de una alimentación variada. La leche materna es irremplazable por otros alimentos e imposible de replicar con procedimientos químicos; además, no implica ningún gasto monetario y está a fácil disposición para todos los momentos en que el niño o la niña la demanda.

Como práctica, la lactancia materna también trae múltiples beneficios. Fortalece el vínculo afectivo entre la madre y el hijo o hija, estimula sus sentidos y promueve su autoconfianza y seguridad. Según algunos estudios¹, el amamantamiento permite a las madres conocer y atender oportunamente las señales de hambre y saciedad de sus hijos e hijas, y a su vez, los niños y niñas aprenden que no es necesario llorar para satisfacer el hambre y la necesidad de protección, lo cual permite desarrollar más fácilmente su capacidad de autorregulación del temperamento y las emociones. Las madres también se benefician al lactar, ya que su inicio temprano evita el sangrado del útero en el momento del parto, el amamantamiento exclusivo y a libre demanda durante los primeros cuatro meses tiene un efecto anticonceptivo, y la práctica de la lactancia ayuda a recuperar el peso habitual de las mujeres y reduce las probabilidades futuras de presentar cáncer de seno, ovario o matriz.

¹ La Enciclopedia sobre el desarrollo de la Primera Infancia, del Centro de Excelencia de la Universidad de Montreal en Canadá, reúne varios estudios que apuntan en esta dirección. La enciclopedia puede consultarse en el sitio web www.child-encyclopedia.com/en-ca.

La leche materna, por excelencia, proporciona las grasas esenciales para la formación de las vías nerviosas y se asocia con un mejor coeficiente intelectual. Aunque los niños y niñas nacen con cerca de 100 billones de células cerebrales (neuronas) que constituyen su potencial de desarrollo para toda la vida, el 95% de ellas aún no están conectadas al nacer, por lo cual a partir de allí, gracias a la interacción constante entre el cerebro, el cuerpo y el entorno, se inicia una extraordinaria formación de “vías neuronales” que le permiten al niño o niña ver, oír, oler, caminar, hablar, pensar y, en general, usar sus sentidos y aprender de ellos. Para todo esto, la leche materna contribuye de manera significativa, ya que las vías neuronales están recubiertas de una sustancia denominada mielina, que facilita la conducción eléctrica de los mensajes nerviosos y está compuesta, en gran medida, por ácidos grasos esenciales proporcionados por la leche materna. Este proceso de mielinización se desarrolla especialmente durante los primeros tres años de vida, con una mayor intensidad en los primeros dos años.

Debido a que el cerebro es más receptivo para fijar experiencias en esta etapa, es importante aprovecharla al máximo proporcionando la leche materna como el único y mejor alimento. Los resultados científicos sugieren que el crecimiento cerebral durante el primer año de vida es más importante que el producido durante la etapa fetal para determinar la función cognitiva, razón por la cual la estimulación realizada en los primeros meses favorece en gran medida las potencialidades que se desarrollan de allí en adelante. La evidencia muestra incluso que los niños y niñas amamantados tienen un mayor coeficiente intelectual que aquellos no amamantados, lo cual se observa con más acento en los niños y niñas prematuros y con bajo peso para su edad gestacional².

En virtud de lo anterior, la recomendación de la Organización Mundial de la Salud es dar lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida y continuarla hasta los dos años o más, si es posible, con ali-

² Rafael Perez-Escamilla. Influencia de la lactancia materna en el desarrollo psicosocial, En: *Enciclopedia sobre el desarrollo de la Primera Infancia*, Centro de Excelencia Universidad de Montreal, Canadá. Disponible en www.child-encyclopedia.com/en-ca.



mentos complementarios apropiados para la edad³. Estas recomendaciones están ratificadas en el *Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020* y constituyen un referente para la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, al igual que para la Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia “De Cero a Siempre”.

Con el fin de analizar la importancia que actualmente tiene la lactancia materna en el país, a continuación se revisan algunos indicadores acerca de la profundidad de su práctica, su transición hacia la alimentación complementaria y los niveles actuales de desnutrición, como una forma de evaluar si las estadísticas existentes son consistentes con los beneficios de la lactancia, y si es necesario promoverla con mayor intensidad, a fin de mejorar las condiciones nutricionales de los niños y niñas en primera infancia.

³ OMS – Organización Mundial de la Salud (2003). Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra.

Práctica de la lactancia materna

Además de la duración de la lactancia, se recomienda que su inicio se dé durante la primera hora después del parto, debido al alto contenido nutricional y de factores protectores (inmunoglobulinas y anticuerpos) que contiene la primera leche materna (denominada calostro), así como al efecto que ello genera en la estimulación de su producción definitiva y en el fortalecimiento del vínculo madre-hijo. Al respecto,



la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) de 2010⁴ evidencia que “Un 56,6% de las mujeres informó haber amamantado en la primera hora de nacido, [...] otro 19,7% empezó a amamantar durante el primer día de nacido; mientras que el 30,8% lo hizo en los primeros tres días posparto” (p. 217). Las diferencias socio-demográficas son significativas en esta práctica, en tanto las mujeres

⁴ La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) de 2010 es un esfuerzo conjunto de Profamilia, el Instituto Nacional de Salud, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Ministerio de la Protección Social, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el Instituto Colombiano del Deporte (Coldeportes), la Organización Internacional de Migraciones (OIM), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Asociación Colombiana de Facultades de Nutrición y Dietética. Sus resultados se pueden consultar en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadGestion/ENSIN1>.

de zona rural (53,6%) inician la lactancia en la primera hora en menor proporción que las de zona urbana (57,7%), y se observa un mayor inicio temprano de la lactancia en mujeres con educación superior, mayor nivel del SISBEN y las atendidas por profesionales de la salud.

Con respecto a 2005, el amamantamiento en la primera hora de nacido aumentó en 7,7%, al tiempo que disminuyó el porcentaje de quienes amamantaron durante el primer día de nacido, de 22,4% en 2005 a 19,7% en 2010. En los departamentos de Guaviare, San Andrés y Boyacá se registran valores de este indicador superiores a 70%, en tanto que en otros diez, siete de ellos de la Costa Atlántica como son La Guajira, Cesar, Córdoba, Bolívar, Sucre, Magdalena y Atlántico, se registran porcentajes inferiores a 50% e incluso 40%. Los departamentos de Vichada, Guaviare, San Andrés, Bogotá y Antioquia presentan incrementos superiores a 20 puntos en este indicador, mientras que los departamentos de Casanare y Atlántico registran reducciones en la misma proporción (ver [Tabla 1](#)).

La práctica de la lactancia materna, en general, ha disminuido en el país, pues pasó de un 97,1% de mujeres que alguna vez amamantó a su hijo o hija en 2005, a 96,0% en 2010; en consecuencia, aumentó el porcentaje de madres que nunca amamantó a sus hijos de 2,9% a 4,0%. De acuerdo con la ENSIN, el 58% de los motivos para no amamantar se relacionan con el niño (no recibe, falleció, prefiere otros alimentos) y el 42% con la madre, los cuales se refieren en su mayoría a dificultades para lactar o cansancio. Los mayores porcentajes de niños y niñas alguna vez amamantados se encuentran en departamentos de la Amazonía como Vaupés con 98%, Amazonas con 97,8% y Guainía con 97,4%, así como en algunos de la región central como Huila con 97,5%, Nariño con 97,3% y Bogotá con 97,1%; a su vez, los menores porcentajes de amamantamiento se presentan en los departamentos de Risaralda con 93,9%, Caldas con 93,8%, Córdoba con 93,2% y Sucre con 93% (ver [Tabla 1](#)).

Además de su reducción como práctica, la duración de la lactancia tampoco presenta progresos. Por un lado, su duración total se incrementó de manera importante entre 1995 y 2005, pero no cambió para el 2010, de modo que, actualmente, está distante en cerca de 9 meses res-

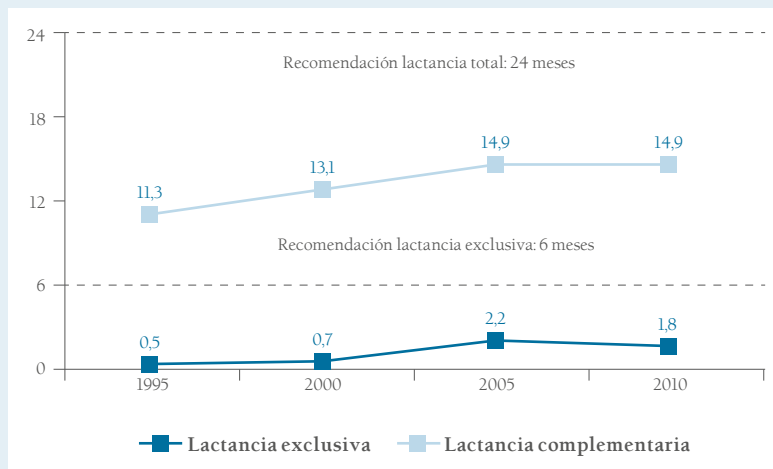
Tabla 1. Porcentaje de niños y niñas que recibieron leche materna al nacer por departamentos, 2005 y 2010

Departamento	2005			2010		
	% Alguna vez amamantado	% Empezó en la primera hora de nacido	% Empezó en el primer día de nacido	% Alguna vez amamantado	% Empezó en la primera hora de nacido	% Empezó en el primer día de nacido
La Guajira	97,2	34,4	22,2	96,4	47,9	10,2
Cesar	97,8	37,6	23,5	94,6	46,5	19,5
Magdalena	96,9	41,1	23,0	95,9	35,3	28,0
Atlántico	97,7	49,9	22,8	96,7	25,6	40,0
San Andrés	98,7	51,9	29,1	96,4	73,4	6,9
Bolívar	98,3	44,4	23,8	97,5	39,6	31,9
Sucre	96,3	42,6	22,0	93,0	39,0	26,7
Córdoba	96,9	48,0	17,0	93,2	43,7	26,7
Norte de Santander	98,2	43,2	20,3	96,7	51,1	23,8
Santander	98,2	51,6	22,9	95,7	48,7	28,7
Boyacá	98,2	53,4	19,8	96,1	71,2	13,6
Cundinamarca	94,8	48,9	28,0	95,1	53,9	20,3
Meta	98,6	61,3	14,0	96,3	55,6	24,2
Bogotá	98,2	45,5	26,6	97,1	67,0	17,1
Antioquia	95,2	45,5	26,7	95,4	65,6	13,9
Caldas	96,8	61,7	9,3	93,8	69,2	11,0
Risaralda	95,8	65,4	17,3	93,9	69,5	10,1
Quindío	94,7	68,7	15,5	94,2	66,7	19,8
Tolima	96,0	61,1	13,9	94,9	59,2	16,6
Huila	96,8	49,7	25,4	97,5	57,6	18,0
Caquetá	97,2	47,2	17,1	96,1	39,3	34,7
Valle	96,3	50,7	25,1	95,8	67,2	13,1
Cauca	97,6	54,2	12,3	96,7	69,5	9,1
Nariño	98,7	62,1	14,7	97,3	58,3	15,6
Chocó	97,1	33,7	17,9	95,8	52,7	10,6
Arauca	96,0	50,2	18,7	96,9	65,4	11,9
Casanare	97,4	71,3	10,1	97,9	50,6	30,4
Guainía	97,5	56,2	28,6	97,4	68,2	8,4
Vichada	97,9	32,9	35,8	96,1	66,6	10,1
Amazonas	96,9	46,3	24,0	97,8	60,2	12,1
Putumayo	97,8	55,5	26,6	94,7	66,8	11,0
Guaviare	97,2	46,8	29,6	95,2	75,8	7,8
Vaupés	98,3	40,6	28,8	98,0	43,9	36,2
Total Nacional	97,1	48,9	22,4	96,0	56,6	19,7
Zona Urbana	96,8	49,8	24,3	95,9	57,7	20,6
Zona Rural	97,9	47,1	18,3	96,2	53,6	17,2

Fuente: ENDS 2005 y 2010, Capítulo 11,

pecto al estándar internacional, establecido en 24 meses (ver Gráfica 1). Según la ENSIN 2010, “La mayor duración se presentó en la región de Amazonía y Orinoquía (19,1 meses) [...] Boyacá fue el departamento que más se acercó a la recomendación internacional con una mediana de duración 22,6 meses en promedio. Las mujeres residentes en zona rural, con menos años de educación formal y menor nivel del SISBEN amamantaron durante más tiempo, así como las mujeres indígenas” (p. 219).

Gráfica 1. Duración de la lactancia materna total y exclusiva en Colombia, 1995-2010



Fuente: ENSIN 2010, p. 220.

Por su parte, la lactancia materna exclusiva muestra un incremento en los años 1995 (0,5 meses), 2000 (0,7 meses) y 2005 (2,2 meses), pero decae en 2010 (1,8 meses). De cualquier forma, su duración se conserva muy distante del estándar internacional de 6 meses. La ENSIN 2010 señala al respecto que “El departamento de Casanare fue el que más se aproximó a la recomendación internacional [...] con una duración de 4,6 meses, seguido por Boyacá (4,5 meses), Nariño (3,8 meses) y Tolima (3,3 meses). En las subregiones en las que se encuentran tres de las cuatro grandes ciudades (Cali, Medellín y Barranquilla) se presentó lactancia materna exclusiva menor de 1 mes de duración y

por región, fue menor en la Atlántica” (p. 219). Los datos por departamento muestran que en la región de la Amazonía se presenta la mayor duración de la lactancia materna exclusiva (ver [Gráfica 2](#)).

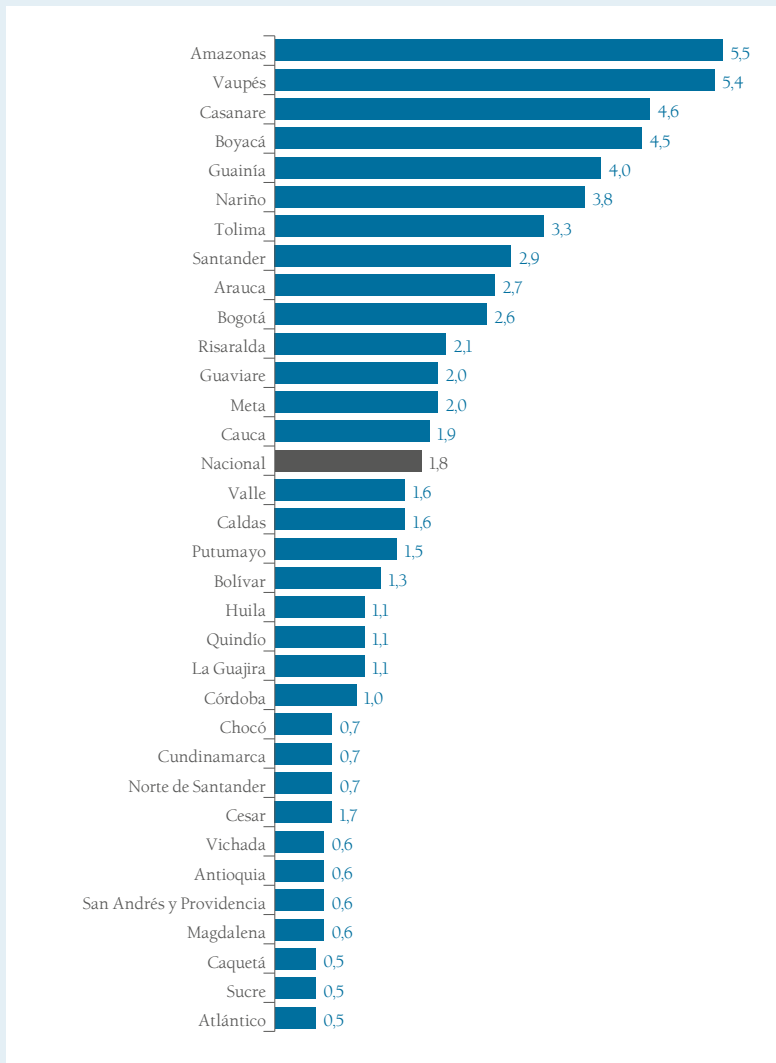
Frente a otros países del continente, los indicadores relacionados con la práctica de la lactancia materna en Colombia aparecen bien posicionados, aunque lejos de los niveles ideales. En cuanto al inicio del amamantamiento en la primera hora posparto, el resultado nacional es similar al obtenido en Honduras y República Dominicana (60%) y superior al de Bolivia (47%) y Haití (39%), según la ENSIN (p. 227). Por su parte, “El promedio de lactancia materna exclusiva en Colombia es mayor que el de otros países de América Latina tales como República Dominicana y El Salvador (0,5 meses), Honduras (0,6), Nicaragua (0,7) y Haití (1,7); pero inferior al de Guatemala (3,6). [...] Con relación a la lactancia total, tienen menor duración en Colombia (14,9 meses) y República Dominicana (7 meses); comparados con El Salvador (20 meses), Guatemala (27 meses), Haití (19 meses), Honduras (20 meses) y Nicaragua (18 meses)” (p. 228).

Alimentación complementaria

A partir del sexto mes de vida, es recomendable iniciar un proceso de incorporación paulatina de alimentos a los niños y las niñas, según la consistencia apropiada para su edad, con el propósito de responder a los mayores requerimientos nutricionales y prevenir la desnutrición. Este periodo es de gran vulnerabilidad, debido a que las prácticas inapropiadas de alimentación pueden exponer a los niños y las niñas a situaciones de malnutrición, infecciones y enfermedades. Se recomienda iniciar con cantidades pequeñas de papillas, compotas y purés, de acuerdo a las habilidades de los niños para pasarlos, y luego aumentar la cantidad, frecuencia y consistencia de los alimentos, conforme crece el niño o niña, sin interrumpir la lactancia materna.

Al respecto, la ENSIN evidencia que en Colombia se inicia de manera prematura a los niños y niñas a la ingesta de alimentos líquidos distintos a la leche materna a los 2,7 meses, a alimentos blandos o se-

Gráfica 2. Duración mediana en meses de la lactancia materna exclusiva por departamento, 2010



Fuente: ENSIN 2010.

misólidos a los 5,3 meses y a alimentos sólidos a los 8,0 meses. “Entre los niños amamantados, antes de los 6 meses ya han iniciado la introducción de otros líquidos y alimentos y se usa comúnmente la fórmula o leche infantil (33,2%). Entre 6 y 9 meses, a los niños que recibieron leche materna se les introdujo en la alimentación, principalmente, ce-

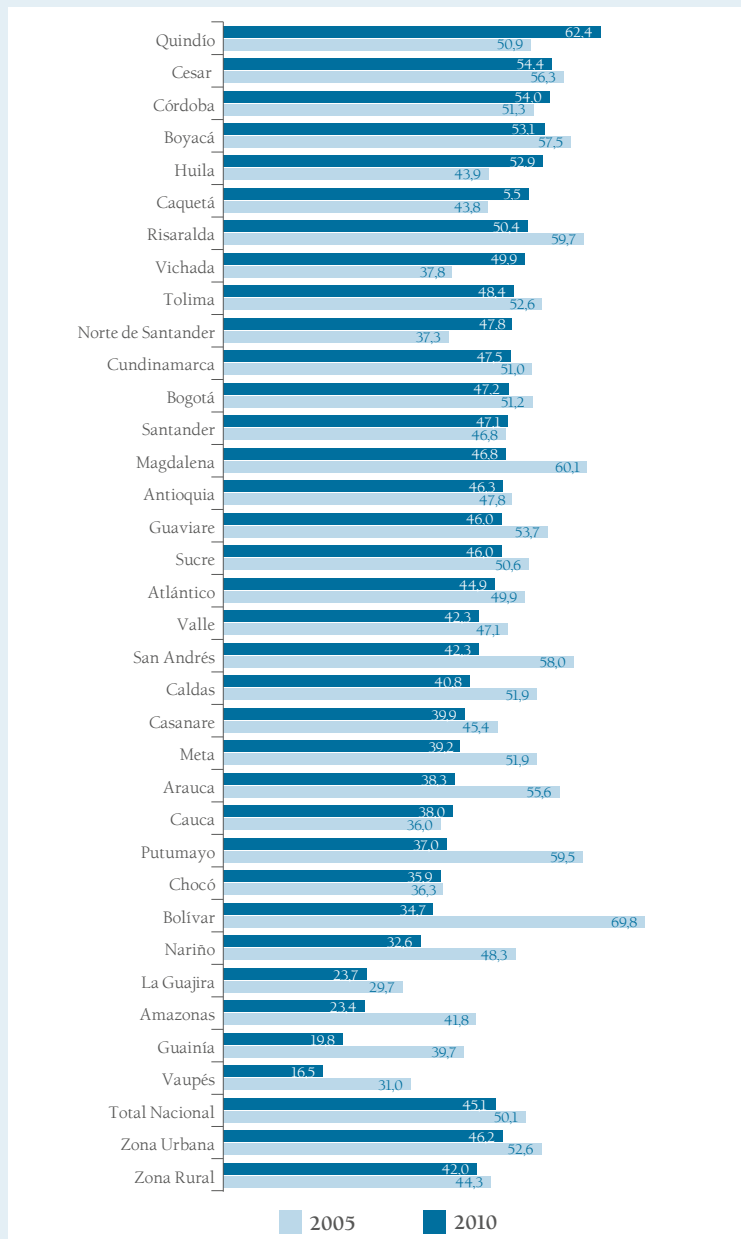
reales y otros líquidos no lácteos. Fue bajo el porcentaje de niños a los cuales se les ofreció, en las 24 horas previas a la encuesta, leguminosas, frutas y verduras y otros lácteos” (p. 222). El uso de fórmula alimenticia o leche infantil en niños y niñas menores de 6 meses pasó de 30,4% en 2005 a 35,6% en 2010, y disminuyó el consumo de otros líquidos del 19,8% a 14,4%.

Se recomienda desde el inicio de la etapa de alimentación complementaria ofrecer alimentos ricos en vitamina A, dada su importancia para la visión, la generación y conservación de tejido epitelial interno y externo, el crecimiento corporal y el desarrollo de los sistemas inmunológicos y reproductivos. Esta vitamina juega un papel importante en la prevención de las complicaciones del sarampión, evita problemas respiratorios y diarreicos en los niños y niñas, y tiene un efecto protector antioxidante contra agentes que destruyen células orgánicas, por lo cual resulta esencial su asimilación desde el primer año de vida.

En Colombia se observa que menos de la mitad (45,1%) de los niños y niñas menores de 3 años consumieron frutas y verduras ricas en vitamina A (tales como ahuyama, acelga, zanahoria, espinaca, mango, papaya, durazno, chontaduro), con prevalencias muy bajas de consumo en la zona rural (42%) con respecto a la zona urbana (46,2%), al igual que en los departamentos de La Guajira (23,7%), Amazonas (23,4%), Guainía (19,8%) y Vaupés (16,5%) (Ver [Gráfica 3](#)). Con respecto a 2005, el consumo de alimentos ricos en vitamina A disminuyó en casi 5%, tanto en zona urbana como rural, y de igual manera en 29 de los 32 departamentos del país.

Existen diferencias regionales significativas en las prácticas de alimentación complementaria. En las regiones de Bogotá y Pacífica se utilizaron con mayor frecuencia frutas y verduras ricas en vitamina A y leche en polvo tipo fórmula, mientras que las regiones de Amazonas y Orinoquía fueron las que presentaron menores porcentajes de consumo de estos alimentos. Por su parte, las leguminosas fueron de bajo consumo en la región Atlántica, y otras leches y derivados lácteos no fueron de uso frecuente en las regiones de Amazonía, Orinoquía y Pacífica (ENSIN 2010, p. 224).

Gráfica 3. Porcentaje de niños y niñas menores de 3 años que consumió frutas y vegetales ricos en vitamina A* por departamento, 2005 y 2010



Fuente: ENDS 2005, Capítulo 11, Cuadros 11.7.1 y 11.7.2, y ENDS 2010, Capítulo 11* Frutas y verduras amarillas o verde oscuras.

De acuerdo con la ENSIN 2010, “la introducción de alimentos complementarios a la leche materna se continúa realizando en forma precoz y la calidad de la dieta es especialmente carente en el grupo de edad de 6 a 8 meses” (p. 228). Lo anterior significa que el país corre notables riesgos en la alimentación de los niños y niñas menores de un año, debido a que la lactancia materna exclusiva y complementaria dura mucho menos tiempo del sugerido, se introduce prematuramente a los niños y niñas a la alimentación complementaria, y la dieta suministrada cotidianamente antes de los 3 años carece de los nutrientes requeridos para asegurar su óptimo desarrollo.

Desnutrición

Existe una relación positiva entre nutrición y desarrollo neurológico. En particular, el hierro, el yodo y los ácidos grasos esenciales desempeñan un papel central en la conformación del tejido cerebral, la migración y ubicación de las neuronas, y la conducción de los impulsos nerviosos. Por tanto, los trastornos que resultan de deficiencias nutricionales en la primera infancia, como la desnutrición crónica, la anemia por carencia de hierro y las deficiencias de yodo, se expresan en pobre capacidad de atención, memoria y percepción, pérdida de coeficiente intelectual y bajo rendimiento cognitivo; además, se asocian en mayor medida a situaciones de ingreso a la escuela a edades tardías, repetición, fracaso escolar, baja productividad y limitaciones para criar y educar a sus hijas e hijos.

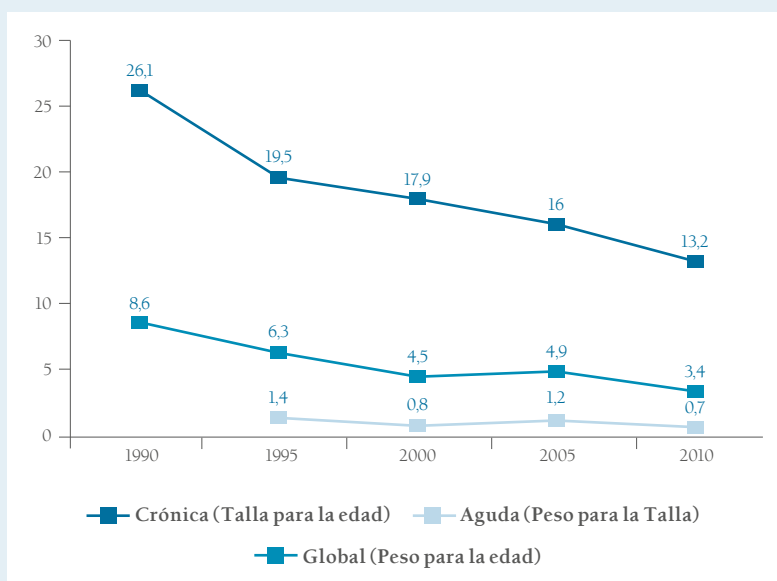
La desnutrición también se manifiesta en infecciones y enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida, como obesidad, diabetes, hipertensión arterial y colesterol elevado, que conllevan alto riesgo de muerte y secuelas en el desarrollo físico y la salud humana. Las carencias de hierro, yodo, vitamina A y zinc, cuya ocurrencia es más frecuente entre los seis meses y los dos años de vida, puede ocasionar pérdida de las capacidades cognitivas, aumento del riesgo de enfermedades y muerte, e incluso retrasar el crecimiento. Es así como la desnutrición crónica (es decir, la baja estatura para la edad) en los primeros años, expresa caren-

cias acumuladas a nivel nutricional, afectivo, de acceso a servicios de salud y de saneamiento básico, entre otros factores, que ocasionan alteraciones permanentes e irreversibles en el desarrollo neurológico y físico.

De acuerdo con los resultados de la ENSIN 2010, el 13,2% de los niños y las niñas menores de 5 años presentan desnutrición crónica y el 30,2% tiene riesgo de presentarla. Así mismo, un 3,4% de los niños y las niñas menores de 5 años presentan desnutrición global (es decir, bajo peso para la edad), la cual lleva el riesgo de convertirse en crónica si no recibe un tratamiento oportuno. A pesar de que estas prevalencias de desnutrición se han reducido a la mitad en los últimos 20 años (ver [Gráfica 4](#)), aún se encuentran por encima de las metas establecidas para los Objetivos de Desarrollo del Milenio, las cuales corresponden a un 8% para desnutrición crónica y un 2,6% para desnutrición global .

La prevalencia de estas dos medidas de desnutrición es mayor entre los niños y niñas que presentaron bajo peso al nacer (27,0% de des-

Gráfica 4. Desnutrición en niños y niñas menores de 5 años, 1990-2010



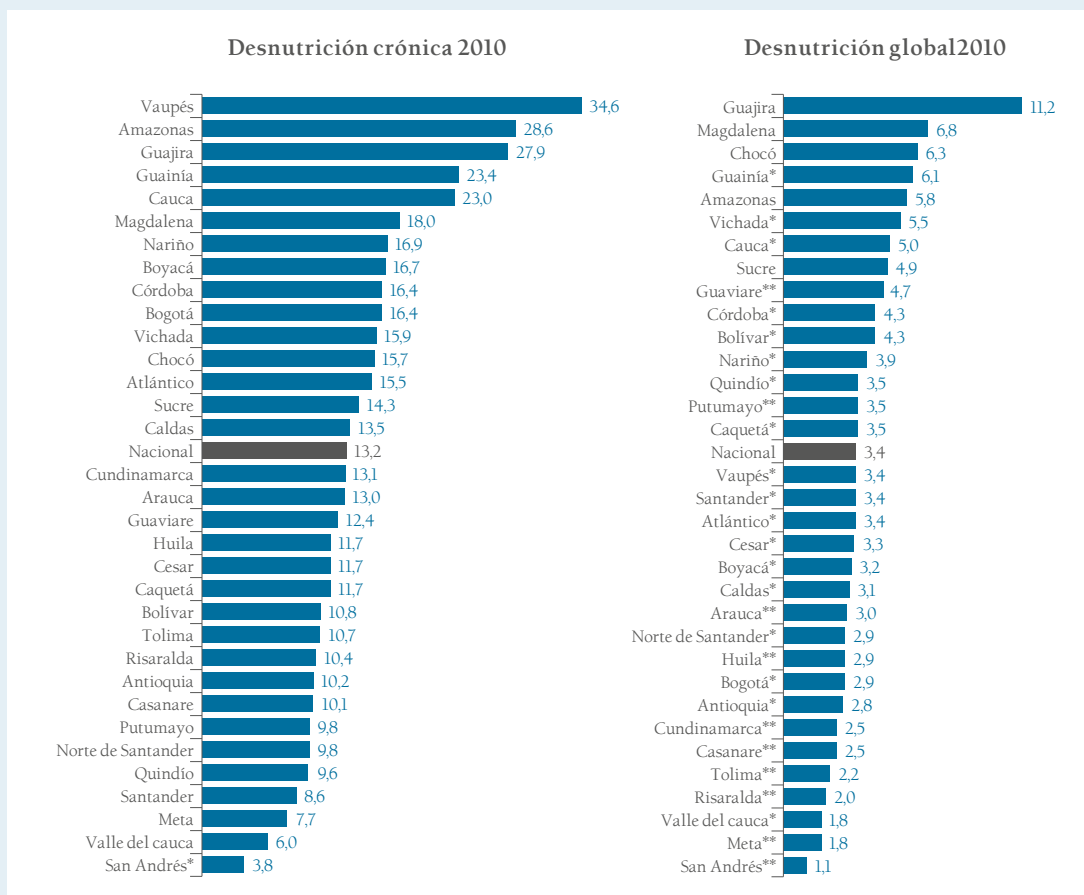
Fuente: ENSIN 2010. Patrones de referencia OMS 2006.

nutrición crónica y 8,8% de desnutrición global), entre los hijos e hijas de mujeres sin educación (31,3% y 12,2%), entre la población indígena (29,5% y 7,5%) y en el área rural (17,0% y 7,5%). Los departamentos con mayores niveles de desnutrición se encuentran ubicados en su mayoría en la Amazonía: Vaupés, Amazonas, Guainía, Vichada; algunos en la Costa Pacífica: Chocó, Nariño, Cauca; otros en la Costa Atlántica: Guajira, Magdalena, Córdoba, Atlántico, Sucre; y los demás en la zona andina: Boyacá, Bogotá y Caldas. Los departamentos menos afectados por esta problemática son San Andrés, Valle del Cauca y Meta (ver [Gráfica 5](#)).

En el plano regional, los indicadores de desnutrición de Colombia se muestran altos frente a los de Uruguay, Chile, Brasil, Argentina y Costa Rica, aunque según la ENSIN, “Colombia se encuentra en el grupo de países de América Latina que ha mejorado de forma constante sus prevalencias de retraso en talla y bajo peso” (p. 99). La situación del país es comparable con la de Brasil en 1995, República Dominicana en 1996, Uruguay en 2002 y Guyana en 2003, y presenta una mejor posición que Guatemala, Nicaragua, Honduras, Perú, Haití, Ecuador, entre otros (ver [Tabla 2](#)). No obstante, al interior del país hay regiones donde la situación nutricional es comparable a los índices más altos de Latinoamérica, como Vaupés, Amazonas, La Guajira, Guainía, Cauca y Magdalena que superan su valor promedio.

Consideraciones finales

Como se puede observar, las limitaciones del país en la práctica de la lactancia materna guardan una relación directa con los índices de desnutrición. Dado que el primer año de vida es definitivo para determinar las condiciones de salud y nutrición en los años posteriores, es claro que un aumento significativo en la práctica de la lactancia materna puede incidir de manera importante en la reducción de la desnutrición, lo cual favorece, a su vez, el desarrollo infantil. A la inversa, un acceso inadecuado e inoportuno a la alimentación durante el primer año de vida puede manifestarse posteriormente en condiciones de malnutrición.

Gráfica 5. Desnutrición crónica y global por departamento, 2010


Fuente: ENSIN 2010. Patrón de referencia: OMS 2006. *Coeficiente de variación entre 20% y 30%, precisión media. **Coeficiente de variación igual o superior a 30%, baja precisión.

Debido a ello, es importante adoptar medidas que contribuyan a mejorar el conocimiento de las personas sobre la lactancia materna. Al respecto, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2010⁵ muestra que sólo 7 de cada 10 mujeres recibieron asesoría sobre cómo iniciar la lactancia materna en los primeros dos días posparto

5 La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del año 2010 fue realizada con el apoyo de Profamilia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, el Ministerio de la Protección Social y la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional – USAID. Sus resultados pueden ser consultados en la página web www.profamilia.org.co.

Tabla 2. Desnutrición en América Latina, 1993-2008

País	Desnutrición crónica [A]						Desnutrición global [B]						
	1993-1997		1998-2003		2004-2008		1993-1997		1998-2003		2004-2008		
Argentina					8,2	/b	4,7					2,3	/b
Belice					22,2							4,9	
Bolivia	35,2	/c	33,1		32,5	/d	12,6		5,9			4,3	
Brasil	13,5				7,1		4,5					2,2	
Chile					2,1		0,8		0,7			0,6	
Colombia	19,7		18,1		16,2		6,3		4,9			5,1	
Costa Rica					5,6	[C]	4,5					1,1	[C]
Ecuador					29,0				12,5			6,2	
El Salvador	29,5		28,9	[D]/d	19,2	[D]/d	8,4	[D]				5,5	[D]
Guatemala	55,4		53,1				21,7		20,3				
Guyana			13,8						11,9			10,8	
Haití	37,2		28,3		29,7		24,0		13,9			18,9	
Honduras	43,3	/e	34,5	/d			19,2		12,5			8,6	
Jamaica	9,5		6,6		4,5		4,0		3,8			5,3	
México			21,9						6,0			3,4	
Nicaragua	29,6		25,2				9,6		7,8			4,3	
Panamá	21,5											3,9	
Perú	31,6		31,3				5,7		5,2			5,4	
Rep. Dominicana	13,9		8,0		9,8	[E]	4,7		3,5			3,4	
Uruguay			14,7		13,9		3,9					6,0	
América Latina y el Caribe			17,1						4,5				
<i>Revisado:</i>	Información revisada al 05 de enero de 2011						Información revisada al 24 de octubre de 2011						

Fuente: [A] Organización Mundial de la Salud (OMS): Base de datos global de crecimiento y desnutrición infantil. [B] OMS: Observatorio Mundial de la Salud, Banco de datos. [C] Ministerio de Salud de Costa Rica: Encuesta Nacional de Nutrición. [D] Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS): Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL). [E] Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM): Encuesta Demográfica y de Salud. Los datos corresponden al año más cercano del periodo señalado.

Patrón de referencia OMS 2006.

Notas: /b Grupo etario entre 6-59 meses. /c Entre 3-35 meses. /d Entre 3-59 meses. /e Entre 12-59 meses. /f Muestra en población pobre.

por parte del personal de salud, al igual que sólo la mitad recibió algún tipo de capacitación sobre el tema. Por otro lado, el incremento en el uso de fórmula infantil, la introducción precoz de los niños y niñas a la alimentación complementaria y la suspensión temprana de la lactancia, sugieren que hay cierto nivel de desconfianza entre las madres acerca de las propiedades nutricionales de la leche materna y de su propia capacidad de amamantar, en tanto buscan los nutrientes en otros alimentos durante los primeros meses de vida, que no pueden sustituir las bondades de la leche materna.

En algunos departamentos ésta situación es más apremiante, particularmente en donde hay un alto grado de urbanización y mayores condiciones de desarrollo socioeconómico. Por el contrario, en departamentos donde predomina la población indígena y la ruralidad se presentan índices cercanos a las recomendaciones internacionales, lo cual podría sugerir que el mayor desarrollo socioeconómico trae consigo una falta de estímulo por la práctica de la lactancia, en tanto en esos lugares se presentan también los mayores porcentajes de uso de fórmula infantil y la introducción de otros alimentos antes de los 6 meses.



También se requieren medidas que permitan aumentar la duración de la lactancia materna, en función de cumplir con las recomendaciones internacionales. Un aporte significativo al respecto lo haría la extensión de la licencia de maternidad por lo menos hasta los 6 meses sugeridos por el estándar internacional, pues según la ENDS 2010, el principal motivo para suspender la lactancia materna en los niños y las niñas menores de 2 años es el agotamiento de la leche materna, hecho íntimamente asociado a la reducción de la intensidad en su suministro diario.

A pesar de la reducción observada en las tasas de desnutrición en el país, el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio requiere medidas estructurales desde los territorios, las instituciones de salud, la sociedad

civil y las comunidades, para garantizar la seguridad alimentaria de los niños y las niñas desde el comienzo de la vida. En este propósito, es indispensable la promoción de la lactancia materna y la introducción adecuada a la alimentación complementaria, tanto por su bajo costo para la sociedad, como por su alto impacto para el mejoramiento de las condiciones de salud y nutrición, el desarrollo neuronal, el fortalecimiento de los vínculos afectivos, la construcción de la autoestima en los niños y las niñas, y la promoción del desarrollo en general. Por esta razón, la lactancia es uno de los elementos centrales de la Estrategia “De Cero a Siempre” para promover la protección de la vida y el fortalecimiento del desarrollo de todos los niños y niñas en esta etapa.

BIBLIOGRAFÍA

- BOTERO QUERUBÍN, MARIA CARMEN AND COLLAZOS ALDANA, JAIME (2011). *Guideline for a differential approach to the effective enjoyment of the rights of displaced persons with disabilities in Colombia*. Bogotá: Ministry of Social Protection, Office of United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), pp. 27-29.
- BRUNER, JEROME (1984). *Action, Thought and Language*. Madrid: Alianza Editorial.
- CASTAÑEDA, ELSA AND CACERES, ASTRID (2012). *Contributions to the exercise of pedagogical proposals in the framework of an inclusive early education on rights-based approach*. Bogotá: Ministry of Education.
- CILLERO BRUNOL, MIGUEL (1999, November). The interests of the child under the International Convention on the Rights of the Child. In: *Justice and Rights of the Child*, No. 1. Santiago de Chile: United Nations Fund for Children, Area Office for Argentina, Chile and Uruguay, Ministry of Justice.
- CERDA, HUGO (1996). *Preschool Education. History, legislation, curricula and socioeconomic reality*. Bogotá: Magisterium.
- COLOMBIA, CONGRESS OF THE REPUBLIC (1946). Organic Law 83 of 1946, Child Advocacy. Bogota: Official Journal N° 26,363, of February 24, 1947. Available at: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0083_1946.html
- COLOMBIA, CONGRESS OF THE REPUBLIC (1991). Political Constitution, Bogotá.
- COLOMBIA, CONGRESS OF THE REPUBLIC (1994, June 2). Law 136. “By which rules are established aimed at modernizing the organization and functioning of municipalities.” Bogota: Official Gazette No. 41,377. Available at: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1994/ley_0136_1994.html

de cero a Siempre

ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA



Presidencia de la República



Presidencia de la República

Alta Consejería Presidencial para
Programas Especiales



MinCultura

Ministerio de Cultura



MinEducación

Ministerio de Educación Nacional



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social



**BIENESTAR
FAMILIAR**



DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN



DPS

DEPARTAMENTO PARA LA PROSPERIDAD SOCIAL



ANSPE

AGENCIA NACIONAL PARA LA
SUPERACIÓN
DE LA POBREZA EXTREMA