

INVESTIGACIÓN EN LACTANCIA

Aspectos Éticos en la Promoción de la Lactancia Humana y el Amamantamiento

ANA M. PARRILLA RODRÍGUEZ, MD, MPH; JOSÉ J. GORRÍN PERALTA, MD, MPH, FACOG

La lactancia humana y el amamantamiento han tomado auge en Puerto Rico gracias al esfuerzo de muchas mujeres y de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y privadas. Entre los aspectos que pueden afectar el inicio, establecimiento y mantenimiento de la lactancia exitosa se encuentran posibles conflictos éticos en los profesionales de la salud así como los intereses económicos concernidos con la producción y mercadeo de las leches artificiales. Los fabricantes de éstas dedican grandes esfuerzos de mercadeo y enormes sumas de dinero para vender sus productos, en detrimento de la lactancia y el amamantamiento. El interés de lucro de estas compañías está en contradicción con la salud pública y con la promoción de la lactancia. La comunidad internacional ha venido realizando esfuerzos por más

de dos décadas para crear estructuras protectoras de los derechos de las madres y de sus hijos a una alimentación ideal libre de presiones comerciales a través de la lactancia y el amamantamiento. Se discuten los posibles conflictos éticos relacionados a la nueva industria de los equipos de lactancia, especialmente cuando éstos se mercadean meramente por el lucro. Se plantean recomendaciones para que los profesionales de la salud sepan enfrentar y responder a las estrategias de compra de conciencias practicadas por los fabricantes de leches artificiales con el propósito de que los profesionales de la salud legitimen sus productos y les ayuden en el mercadeo de los mismos.

Palabras clave: Lactancia, Amamantamiento, Conflictos éticos, Intereses económicos, Mercadeo.

En años recientes la promoción de la lactancia humana ha tomado auge en nuestro país. Ésto a partir del pronunciamiento de la Política Pública para la Promoción de la Lactancia Materna del Departamento de Salud de Puerto Rico y el esfuerzo de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y privadas (1, 2). Dada la importancia y la necesidad del adiestramiento a los profesionales de la salud sobre el manejo de la lactancia fue necesario emitir una orden administrativa para que a todos los profesionales de la salud se les requiera tomar al menos 3 horas de educación continuada en lactancia materna para sus licencias profesionales (3, 4, 5, 6, 7). Con el auge en la promoción de la lactancia materna se presentan algunos aspectos que pueden afectar el inicio y establecimiento de la misma y muchos de éstos se relacionan a los conflictos éticos y a los intereses concernidos con la promoción de las leches artificiales.

La industria de la leche artificial. Los fabricantes de leche artificial no han podido combatir racionalmente el enorme cúmulo de evidencia científica sobre los beneficios de la leche humana y los riesgos de la alimentación artificial. Los bebés lactados exclusivamente disfrutaban de un efecto protector biológico y psicosocial que es consistente a través de todos los niveles socioeconómicos. Se observó en los niños lactados menos diarrea, tos, sibilancias, vómitos y menos visitas al médico por enfermedad (8). La lactancia también reduce la incidencia de infecciones de oídos, linfoma, diabetes insulino dependiente y alergias, entre otros (9). La alimentación con leche materna se ha asociado a valores significativamente más altos en el desarrollo cognoscitivo que la alimentación con fórmula (10).

La comercialización de los productos de estas compañías va dirigida a señalar que, después de la leche materna, su producto es lo mejor y más parecido, presentándose como la segunda opción y compitiendo por obtener el endoso de los padres y los proveedores de salud (11). No existe promoción de parte de éstos sobre los riesgos de la alimentación artificial y lo que ésto implica para la salud de los infantes. Los riesgos de esta alimentación incluyen: deficiencias en el aprendizaje,

Del Programa de Salud de la Madre y el Niño, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

Dirigir correspondencia a: Ana M. Parrilla, MD, MPH, Escuela Graduada de Salud Pública, Programa de Salud de la Madre y el Niño, Box 365067, San Juan, Puerto Rico 00936-5067. Correo electrónico: gorrin.parrilla@edupro.net.pr.

manifestaciones alérgicas en mayor cantidad y severidad, un riesgo aumentado de mortalidad y morbilidad, el efecto de los excesos, deficiencias y omisiones de ingredientes esenciales, la presencia de contaminantes, los disturbios cardiorespiratorios asociados a la alimentación con botella, los altos costos, las alteraciones al sistema inmunológico, los riesgos en la preparación y el desarrollo de problemas ortodónticos, entre otros (12,13).

Aunque la evidencia científica demuestra los peligros de la alimentación con fórmula y los daños potenciales que ésta tiene sobre la salud todavía muchos médicos toman una posición neutral o fomentan el uso de la fórmula en sus pacientes (14,15,16). Parrilla encontró que en todos los hospitales estudiados en Puerto Rico, la práctica de distribuir paquetes de despedida a las madres al irse de alta es universal, no empece a que esto está asociado a un destete temprano (17, 18, 19). La donación de equipo y dinero a los hospitales, por otro lado, los compromete a promocionar la leche artificial (20).

Tanto Valaitis como Howard et al encontraron que las madres reciben información sobre como alimentar a sus bebés que es publicada muchas veces por las compañías de leche artificial, además de recibir ofertas de éstas compañías durante su embarazo (21, 22). Se identificó en el estudio de Howard et al que las mujeres que se atienden en el sector privado reciben más ofertas de las compañías de fórmula que las que se atienden en clínicas afiliadas a un hospital. En la gran mayoría la distribución de las muestras se hace a través de los hospitales y los médicos durante el periodo prenatal, aunque también por promoción directa (22).

En otro estudio de Howard et al. auspiciado por el Negociado de Salud de la Madre y el Niño del gobierno federal (MCHB) se encontró que la exposición de las madres a los materiales promocionales de leches artificiales aumentó significativamente la interrupción de la lactancia las primeras dos semanas. Se encontró además que entre las mujeres con intención de lactar por tres meses o menos se acortó la duración de la lactancia exclusiva, completa y total. Concluyen los autores que el material educacional relativo a la alimentación infantil debe apoyar inequívocamente a la lactancia como el método óptimo y que los materiales promocionales de las leches artificiales deben eliminarse de los escenarios prenatales (23).

Las compañías de fórmulas para infantes siempre han usado a los profesionales de la salud para comercializar sus productos porque reconocen la influencia que éstos tienen en las decisiones que toman sus pacientes y los utilizan para darle credibilidad y seguridad a su producto (21, 24). Los médicos, enfermeras, nutricionistas y otros profesionales de la salud reciben rutinariamente regalos, que van desde muestras de fórmula, cenas, auspicios de

convenciones hasta pago de viajes y educación continuada (11, 25). Durante los años 1929 a 1932 la Asociación Médica Americana requería a las compañías de leche artificial (fórmula) que anunciaran sus productos solamente a la profesión médica. Desde 1988 la Compañía Nestlé, dueño de las fórmulas Carnation, comenzó una campaña agresiva de información directa a los consumidores a través de los medios de comunicación, seguida poco después por la Bristol Myers/Mead Johnson y los productos Gerber (24).

La industria de leche artificial es una de millones de dólares. En la Argentina, por ejemplo, el monto de las importaciones de leches de fórmula de cinco compañías (Abbott, Bristol Myers, Wyeth, Bago & Nestlé) fue de \$2,106,800. de mayo de 1996 a abril de 1997 (26).

La ganancia de capital versus la salud pública. Al hablar de la alimentación de nuestros niños y niñas es esencial que partamos de la premisa que el interés de lucro de los fabricantes de leches artificiales está en contradicción con la salud pública. Los intereses de la madre y su bebé, en pos de la óptima salud de ambos, se logran mejor cuando se lacta según recomendado por la Academia Americana de Pediatría y la Organización Mundial de la Salud; esto es, lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida seguida por lactancia prolongada una vez se comienzan los alimentos sólidos (27, 28). Los intereses de las compañías de leches artificiales, por otro lado, persiguen maximizar el tamaño de su mercado aumentando el número de madres que compran sus productos, desde lo más temprano posible hasta lo más tarde posible.

La contradicción insalvable entre el afán de lucro de estas compañías y la salud pública ha quedado patéticamente plasmada en las tasas ascendentes de malnutrición y mortalidad producidas en el mundo por el abandono de la lactancia y el amamantamiento (29). Los trabajadores de la salud pública se enfrentaron a los efectos nefastos de la alimentación artificial pero sus señalamientos y advertencias cayeron mayormente en oídos sordos por muchos años mientras las ventas de leches artificiales crecían en todo el mundo. En los países más desarrollados las estrategias incluyeron la separación temprana de madre y bebé en los partos hospitalarios, la institucionalización de las salas de recién nacidos ("nurseries"), la introducción precoz de alimentación artificial, bobos y mamaderas y las donaciones de dinero y equipos a los hospitales a cambio de la distribución gratuita por parte de éstos de sus productos.

El efecto neto de estas prácticas incluyó, por supuesto, el abandono progresivo de la lactancia y el amamantamiento como la norma cultural en nuestra sociedad. Una vez lograda una generación de madres que

no habían amamantado, la próxima generación perdió el modelo de aprendizaje y la red de apoyo social que constituyen los pilares fundamentales de las normas culturales de comportamiento. El ciclo reproductivo, que comienza con la fecundación del huevo y debiera terminar con el destete de la criatura nacida, ha quedado de esa manera tronchado para millones de mujeres durante el siglo XX.

El único recurso que le quedaba a una madre que deseaba lactar era su proveedor de servicios obstétricos o pediátricos. Las escuelas de formación de estos profesionales, desgraciadamente, han excluido de sus currículos el adiestramiento en las técnicas del amamantamiento así como el conocimiento teórico relativo a los beneficios de la lactancia y los riesgos para la salud pública de la alimentación artificial (3, 4, 5). Hemos producido ya varias generaciones de médicos, enfermeras y nutricionistas sin conocimientos mínimos adecuados sobre este tema. Mientras ésto ha estado ocurriendo los fabricantes de leches artificiales contribuyen económicamente a las organizaciones profesionales de médicos, auspician reuniones y convenciones, se anuncian en las revistas científicas de estas organizaciones y, en el colmo del cinismo, hasta auspician actividades de educación continuada para la presentación del tema de la lactancia materna. Sus recursos profesionales, su agenda y su mensaje comercial quedan, naturalmente, incluidos en estas actividades.

La industria de leche artificial tiene, además, otras prebendas para los profesionales de la salud que acceden a aceptarlas. Se dan préstamos, "grants", pagos por artículos, regalos y viajes a conferencias. Se apoya la investigación médica y en nutrición y hasta se dan regalos en metálico para los médicos que recomienden sus productos (29). Un estudio publicado en *Pediatrics* en 1991 encontró que la industria farmacéutica tiene gastos en promoción entre \$6,000.00 y \$8,000.00 por médico por año (30). Desde Gran Bretaña se ha informado que 31 de los 50 asesores en políticas de salud y nutrición aceptaron haber recibido pagos de las industrias de alimentos y drogas, incluyendo las compañías de leches artificiales (29).

Desarrollo de políticas de salud para proteger el amamantamiento. En el 1981, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Este Código es una recomendación internacional de salud pública para regular la comercialización de los sustitutos de la leche materna (Tabla 1) (31). Aunque originalmente los Estados Unidos votó en contra de su aprobación, en 1994 se unió a los países que apoyan la implantación del Código. Para el 1998 alrededor de 20 países habían

Tabla 1. Resumen de las Disposiciones del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

1. Prohibir la publicidad o promoción de estos productos al público general.
2. Prohibir la promoción de estos productos en instalaciones que provean atención de salud.
3. Prohibir la distribución de muestras gratuitas a mujeres embarazadas o madres lactantes que pueda fomentar la utilización de sucedáneos de la leche materna o la alimentación con biberón.
4. No permitir que personal provisto o remunerado por los fabricantes o los distribuidores de estos productos oriente a las madres.
5. Prohibir regalos o muestras de estos productos a los profesionales de la salud.
6. Prohibir el uso de imágenes o textos que puedan idealizar el uso de sucedáneos de la leche materna, incluyendo imágenes de infantes.
7. La información ofrecida a los profesionales de la salud sobre estos productos debe ser científica y objetiva y no llevará implícita o suscitará la creencia de que la alimentación con fórmula es equivalente o superior a la lactancia natural.
8. Toda información sobre alimentación artificial, incluyendo las etiquetas, debe explicar las ventajas y superioridad de la leche materna y los costos y peligros asociados con la alimentación artificial.
9. Productos no apropiados, tales como la leche condensada, no deben promoverse para uso en la alimentación de infantes.
10. Todos los productos deben ser de una alta calidad y tomar en consideración las condiciones climatológicas y de almacenamiento en el país de que se trate.

implantado el Código como legislación nacional, 27 países han promulgado leyes con muchos de los contenidos del Código y otros 21 países tienen implantado el Código en su totalidad como medida voluntaria o como política nacional. Por otro lado 22 gobiernos tienen un proyecto de ley que está pendiente de aprobación por el parlamento (32).

La Red Internacional de Grupos Pro Alimentación Infantil, (IBFAN por sus siglas en inglés), se fundó en 1979 para apoyar y coordinar los esfuerzos de grupos e individuos que trabajan en las áreas de salud, nutrición, alimentación apropiada y desarrollo humano, defendiendo el interés público y social sobre los intereses particulares. La Red "está constituida por grupos de interés público alrededor del mundo que buscan reducir la morbilidad y mortalidad infantil y luchar por los derechos de la niñez

y de las mujeres, en especial lo que concierne a vivir una vida saludable en todos sus aspectos” (33). IBFAN tiene como uno de sus principios el garantizar el derecho del personal de salud y de los consumidores de acceder a sistemas de salud libres de toda presión comercial. IBFAN realiza campañas para la aplicación y vigilancia del Código Internacional y sus resoluciones alrededor del mundo.

Como parte de los esfuerzos para proteger y promover la lactancia materna se organizó en 1991, en la ciudad de Nueva York, la Alianza Mundial pro Lactancia Materna, (WABA por sus siglas en inglés). Esta organización se crea con el fin de apoyar a los gobiernos a lograr el cumplimiento de la Declaración de Innocenti para la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna, adoptada el 1 de agosto de 1990. Desde 1992 coordina la celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna durante la primera semana de agosto. Esta es su campaña global principal y cada año está dirigida alrededor de un tema principal que promueve y apoya el amamantamiento (34).

La Organización Mundial de la Salud y UNICEF

Tabla 2. Diez Pasos Hacia Una Feliz Lactancia Natural

Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén *médicamente* indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y sus niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.
9. No dar a los niños alimentados a pecho chupetes o mamaderas artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

lanzaron la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) en el 1991. Este es un programa formal de acreditación con 10 pasos mayores (Tabla 2). La implantación de estos diez pasos remueve las barreras hospitalarias para la lactancia materna y permite un inicio efectivo, para un buen establecimiento y apoyo del amamantamiento. Se exige además para la certificación de Hospital Amigo del Niño que el hospital no reciba de las compañías de leche artificial donaciones o subsidios de sus productos (leche, botellas y mamaderas) sobre todo si éstos conllevan la distribución de fórmula gratuita a las madres (35, 36). Actualmente existen 14,661 hospitales certificados como Hospitales Amigos del Niño en 132 países alrededor del mundo; de éstos, 23 se encuentran en los Estados Unidos (37). Puerto Rico aún no cuenta con un Hospital Amigo del Niño.

Como vemos, las últimas dos décadas han visto una creciente ola de esfuerzos organizativos por parte de la comunidad internacional para crear una estructura protectora de los derechos de las madres y sus niños frente al poderío económico de la industria de leches y otros alimentos artificiales para niños. Según mencionamos en la introducción a este trabajo Puerto Rico cuenta ya con un excelente documento de Política Pública para la Promoción de la Lactancia Materna. Estamos todavía, sin embargo, rezagados en este tema si nos comparamos con otros países, incluyendo muchos con niveles de desarrollo económico inferiores al nuestro.

La industria de los equipos de lactancia. Según ha crecido la promoción de la lactancia materna también han ido apareciendo compañías que venden productos asociados a la lactancia materna. Se promocionan máquinas extractoras de leche, ropa para lactar, cojines, banquitos, sostenes y toda clase de parafernalia que puede usar la madre lactante. Si bien es cierto que estas cosas pueden ayudar a la madre lactante también es cierto que en la mayoría de los casos las mismas no son necesarias. Muchas mujeres tienen la idea de que es indispensable adquirir una máquina de extracción de leche para poder lactar (34). Esta premisa no es correcta pues existen unas indicaciones muy específicas para el uso de este equipo.

Existe el peligro adicional de que personas poco o nada adiestradas pretendan ofrecer ayuda profesional a madres lactantes sin realmente estar cualificadas para ello (6). Puede mediar la segunda intención de atraer un mercado potencial que incremente sus negocios. Existe la preocupación de que la industria creciente de “artículos para lactar” cree un conflicto de intereses cuando la persona que recomienda el uso de estos productos también se lucra de la venta de estos (38-40).

La culpa vs decisiones informadas. Otro aspecto de interés es la actitud de algunos profesionales de la salud

que temen informar a los padres sobre los riesgos asociados a la alimentación artificial alegando que no quieren causar sentimientos de culpa en los padres que no tengan éxito en la lactancia materna. La realidad es que en la enorme mayoría de las parejas que no logran establecer una lactancia exitosa a pesar de haberlo deseado su problema fue provocado por las barreras hospitalarias y de los profesionales de la salud que prevalecen en nuestro medio ambiente. En ese sentido estamos siendo utilizados por las compañías que fabrican leche artificial. Éstas utilizan nuestra credibilidad y autoridad profesional para promover sus productos a la vez que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de las barreras hospitalarias y a la información incorrecta que muchos profesionales le dan a sus pacientes. Las compañías de leche artificial son expertas socavando la confianza de las mujeres en su habilidad para producir leche materna (11). Estas compañías utilizan expertos en mercadeo social y publicidad para obtener provecho de todos los prejuicios sociales que existen en contra del amamantamiento para fomentar sus productos.

En realidad cuando no otorgamos la información correcta a nuestros pacientes estamos reflejando nuestro temor de no poder ofrecer ayuda efectiva para el inicio y establecimiento de la lactancia. Constantemente usamos la culpa, sin embargo, para lograr cambios de estilos de vida en nuestros pacientes. Les advertimos sobre los riesgos y las consecuencias de no usar asientos protectores en los carros para los niños, los riesgos de correr bicicleta sin casco protector, los riesgos de la obesidad, de no hacer ejercicio, de fumar y beber alcohol durante el embarazo, para mencionar solamente algunos. Las decisiones tomadas a base de información completa y correcta no deben causar sentimientos de culpa. A la mayoría de nuestros pacientes lo que les molesta es que no se le ofrezca la información correcta para ellos tomar una decisión bien informada.

Recomendaciones

Es necesario que la comunidad de profesionales de la salud respondamos a las estrategias de soborno y compra de conciencias de la única forma ética: rehusarnos a aceptar ningún apoyo económico de estas compañías que les permita mercadear sus productos en perjuicio de la salud pública y mediante la utilización del prestigio de las profesiones de la salud y de la confianza que la sociedad ha depositado en nosotros. IBFAN y WABA son algunas de las organizaciones internacionales que han emitido pronunciamientos para repudiar cualquier apoyo o auspicio financiero por compañías fabricantes de sucedáneos de la leche materna a reuniones o conferencias

que traten sobre salud o alimentación de la niñez.

Es necesario, además, que los profesionales de la salud cobremos conciencia de estos temas tan vitales para nuestro trabajo, nuestra imagen ante la sociedad y, sobre todo, para la salud pública. Es imprescindible que nos neguemos a continuar siendo tontos útiles para estos inmensos intereses comerciales. A medida que progresa la llamada globalización más gobiernos e instituciones financieras esgrimirán el mito del libre comercio, esa estrategia que solamente es libre para los poderosos y que pretende imponernos a todos los mismos patrones de vida y de consumo.

El momento ha llegado para todos los profesionales de la salud en Puerto Rico que atendemos las necesidades de salud de las madres y los niños de que cobremos conciencia de la enorme importancia para nuestra sociedad de devolverle a ésta la norma cultural de la lactancia y el amamantamiento. Es ésta la estrategia de promoción de la salud y prevención de enfermedades más importante para las generaciones futuras. En tiempos de reforma de los servicios de salud cobra aún más importancia la necesidad de educar para la salud y de apoderar a nuestra población sobre las estrategias disponibles para lograrla. Si hemos de honrar nuestra posición tradicional de proteger a la población de madres y niños la protección y la promoción de la lactancia y el amamantamiento deben convertirse en una de las metas prioritarias de nuestra sociedad, de los profesionales de la salud y de los administradores de la reforma. Una vez desarrolladas en Puerto Rico las estrategias promulgadas en las políticas discutidas en este trabajo, los niveles superiores de salud que habrán de lograrse y los ahorros para el sistema que éstos producirán, nos permitirán prescindir de las prebendas de las compañías de leches artificiales. Bajo un nuevo paradigma, estas compañías podrán tener acceso a un mercado legítimo, con mercadeo ético a los profesionales de la salud, para sus productos.

Abstract

Breastfeeding has experienced a surge in Puerto Rico thanks to the efforts of many women, as well as governmental, non-governmental and private organizations. Among the aspects which can affect the initiation, establishment and maintenance of successful breastfeeding one finds potential ethical conflicts among health professionals as well as the financial interests of the companies which produce and market artificial milks. These companies dedicate great marketing efforts and enormous sums of money in the sale of their products, in detriment of breastfeeding. The profit motive of these companies is in open contradiction to public health and

to breastfeeding promotion. The international community has carried out efforts for more than two decades in the creation of structures which protect the rights of women and their children to ideal nutrition practices, free from commercial pressures, through breastfeeding. Possible ethical conflicts related to the new industry of breastfeeding paraphernalia are discussed, especially when these are marketed exclusively for profit. Recommendations are presented for health professionals in order for them to be able to face and respond to the unethical strategies practiced by the manufacturers of artificial milks in utilizing these professionals for legitimating and marketing their products.

Referencias

1. Gobierno de Puerto Rico, Departamento de Salud. Secretaría Auxiliar para la Medicina Preventiva y Salud Familiar. Política Pública Para la Promoción de la Lactancia Materna en Puerto Rico 1995. San Juan, Puerto Rico.
2. Parrilla AM, Gorrín JJ. La lactancia materna en Puerto Rico: patrones tradicionales, tendencias nacionales y estrategias para el futuro. *P R Health Sci J* 1999;18:223-28.
3. Velasco E. Assessment of breastfeeding education and practice in Puerto Rico. University of Puerto Rico, Medical Sciences Campus, Graduate School of Public Health, 1994.
4. Meaux L, Dávila RR, Áviles A, Parrilla AM. Ginecólogos-obstetras y pediatras: conocimientos y experiencia hacia la lactancia materna. *P R Health Sci J* 1999; 18:251-56.
5. Meaux L, Dávila RR, Parrilla AM, Áviles A. Obstetras y pediatras: experiencia con la lactancia materna en sus programas de residencia. *P R Health Sci J* 1999; 18:353-57.
6. Parrilla AM. Análisis sobre las funciones de los proveedores de cuidado en lactancia humana y amamantamiento. *P R Health Sci J* 1999;18:359-61.
7. Oficina del Secretario. Orden Administrativa Número 129. Departamento de Salud, Estado Libre Asociado de Puerto Rico, 1998.
8. Raisler J, Alexander C, O' Campo P. Breast-feeding and infant illness: a dose-response relationship? *Am J Public Health* 1999;89:25-30.
9. Lawrence RA. A Review of the Medical Benefits and Contraindications to Breastfeeding in the United States-Maternal & Child Health Technical Information Bulletin. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health, HRSA 1997. p. 3-6.
10. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999;70: 525-35.
11. International Baby Food Action Network. Breaking the Rules, Stretching the Rules 1998: A Worldwide Report on Violations of the WHO/UNICEF International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. Penang, Malaysia 1998.
12. Walker M. A fresh look at the risks of artificial infant feeding. *J Hum Lact* 1993;9:97-104.
13. Walker M. Summary of the Hazards of Infant Formula: Part 2. Raleigh, NC: International Lactation Association, 1998.
14. Periodic Survey of Fellows. American Academy of Pediatrics Division of Child Health Research, Executive Summary #30. Pediatricians' Practices and Attitudes Regarding Breastfeeding Promotion. <http://www.aap.org/research/ps30exm.htm>
15. Howard CR, Howard FM, Weitzman ML. The physician as advertiser: the unintentional discouragement of breast-feeding. *Obstet Gynecol* 1993;81:1048-51.
16. Howard CR, Schaffer SJ, Lawrence RA. Attitudes, practices, and recommendations by obstetricians about infant feeding. *Birth* 1997;24:240-6.
17. Parrilla A. Iniciativa Hospital Amigo del Niño para el Hospital Universitario de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico (Tesis). Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, Escuela Graduada de Salud Pública 1994.
18. Perez-Escamilla R, Pollitt E, Lonnerdal B, Dewey K. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: an analytical overview. *Am J Public Health* 1994;84:89-97.
19. Chezem J, Friesen C, Montgomery, Fortman T, Clark H. Lactation duration: influences of human milk replacements and formula samples on women planning postpartum employment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1998;27:646-51.
20. Bird M, Leaf C. Who's feeding the babies? *San Juan Magazine* 1996 May-June p.40-46.
21. Valaitis RK, Sheeshka JD, O'Brien MF. Do consumer infant feeding publication and products available in physicians' offices protect, promote, and support breastfeeding? *J Hum Lact* 1997;13:203-208.
22. Howard CR, Howard FM, Weitzman ML. Infant Formula distribution and advertising in pregnancy: a hospital survey. *Birth* 1994;21:14-9.
23. Howard CR, Howard FM, Lawrence RA, Andresen E, DeBlicke E, Weitzman M. Office prenatal formula advertising and its effect on breast-feeding patterns. *Obstet Gynecol* 2000;95:296-303.
24. Greer FR, Apple RD. Physicians, formula companies, and advertising. A historical perspective. *Am J Dis Child* 1991; 145:282-6.
25. Baumslag N, editor. Breastfeeding: The Passport to Life. New York: NGO Committee on UNICEF;1989. p56-60.
26. IBFAN Argentina. Monitoreo del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna - Argentina 1997. Centro de Documentación del Código, Penang, 1997.
27. Gartner LM, Black LS, Eaton AP, Lawrence RA, Naylor AJ, Neifert ME, O'Hare D, Schanler RJ. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997;100:1035-39.
28. UNICEF/ WHO/ UNESCO. Facts for life: a communication challenge. New York, 1989.p.20.
29. Baumslag N, Michels D. Milk, money and madness - the culture and politics of breastfeeding. Bergin & Garvey, Westport CT, p. 147-83.
30. Margolis LH. The ethics of accepting gifts from pharmaceutical companies. *Pediatrics* 1991;88:
31. Organización Mundial de la Salud. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Ginebra 1981.
32. Sokol E, Allain A. Complying with the Code? A Manufacturer's and distributors' guide to the code. International Baby Food Action Network, Penang 1998.
33. IBFAN America Latina y el Caribe. ¿Qué es IBFAN? Centro de Recursos IBFAN ALC. Buenos Aires, Argentina.
34. Amin S. Nurturing the future - our first five years. WABA, Penang, 1996.
35. OMS/UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra 1989.
36. Baby-Friendly USA. The U.S. Baby-Friendly Hospital Initiative. Guidelines and evaluation criteria for hospital/ birthing center level implementation. Sandwich, MA: 1996.
37. UNICEF. BFHI News - The Baby-Friendly Hospital Initiative

- Newsletter. Division of Communication, Nov/ Dec 1999, New York , p 1.
38. Wilson-Clay B. A Code of ethics for lactation consultants?. J Hum Lact 1994;10:151-52.
39. Van Esterik P. Expressing ourselves: breast pumps. J Hum Lact 1996;12:273-74.
40. Nommsen-Rivers L, Heinig MJ. Competing interests and scientific publication. J Hum Lact 1999;15:87-8.
-
-