

INICIATIVA MUNDIAL SOBRE TENDENCIAS DE LA LACTANCIA MATERNA



World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)

PANAMA 2015



Con el Apoyo:



Coordinación Regional Latino América y Caribe

CEFEMINA - IBFAN LAC

Apdo. Postal 5355-1000 San José, Costa Rica

tel-fax: 506- 2224 3986

cefemina@racsa.co.cr

www.ibfan-alc.org

www.worldbreastfeedingtrends.org

Antecedentes

La República de Panamá posee un territorio de 75,517 Km². La división política administrativa comprende nueve provincias, 76 distritos, 621 corregimientos y cinco comarcas indígenas.

La población panameña crece a un ritmo de 1.7% anual, estimándose para el año 2006 en 3,283,959 habitantes, con una densidad de 43.5 habitantes por Km². En las zonas urbanas del país se concentra el 64.0 % de la población.

La Encuesta de Niveles de Vida (Ministerio de Economía y Finanzas, 2003), revela que a pesar de que el ingreso per cápita de Panamá es relativamente alto, la pobreza sigue siendo un problema pues más de un millón de personas (37%) vive bajo la línea de pobreza, y de éstos, el 17% vive en condiciones de extrema pobreza.

Panamá es un país con un ingreso per capita alto, pero con una gran inequidad en su distribución. Entre los factores que explican la desigualdad existente está la diferencia entre el ingreso per cápita en distintas áreas o región geográfica así como el nivel de educación. En los menores de 5 años a nivel nacional, la prevalencia de desnutrición según el índice peso/edad fue del 6.8%, significativamente mayor en el área rural (10%) al compararse con un 4% en el área urbana. La prevalencia de la desnutrición en el área rural indígena fue de 22%, significativamente más alta que la observada en los menores de 5 años de las áreas urbanas (4%) y rural no indígena (6%). La prevalencia de desnutrición fue 5 veces mayor en los pobres en relación con los no pobres, mientras que en los pobres extremos esta relación fue 8 veces mayor. La desnutrición evaluada con el índice peso/talla afectó a proporciones muy bajas de preescolares (1.3%).

La prevalencia de la desnutrición crónica, de acuerdo al índice talla/edad, fue alta entre los preescolares del área rural indígena, ya que ascendió a cerca del 57%. Mientras que 14 de cada 100 niños de las áreas urbanas tenían retardo en talla moderado y severo, 57 de cada 100 niños del área rural indígena presentaban este deterioro en talla.

La pobreza y el retardo en talla estuvieron asociados ya que mientras cerca del 40% de los preescolares en pobreza extrema presentaron retardo en talla moderado o severo, éste sólo afectó al 10% de los no pobres.

El retardo en talla fue evidente aún en infantes menores de 6 meses, entre los cuales se detectó una prevalencia de cerca del 13 %. Sin embargo, esta prevalencia fue significativamente menor que entre los niños de 6 a 35 meses (20%) y de 36 a 59 meses (23%).

Después de las áreas indígenas, donde ya se mencionó que cerca del 60% de los menores de 5 años fueron identificados con retardo en talla, las áreas con mayor prevalencia de retardo en tallas fueron las provincias de Veraguas (29%), Panamá Este (22%), Bocas del Toro (22%) y Coclé (22%).

Situación Nacional

Panamá ha logrado avances importantes en la lucha contra el hambre, destacando que entre 1990 y el 2015 el país logró reducir la prevalencia de subnutrición desde un 26.4% a un 9.5%, alcanzando la meta relativa al hambre del primer Objetivo de Desarrollo de Milenio. la desnutrición bajó 'significativamente' de 22.1% en 2007 a 15.9% en 2013, la desnutrición crónica todavía persiste, especialmente en las zonas rurales y comarcas indígenas. La desnutrición crónica infantil en las comarcas indígenas de Panamá se sitúa por encima del 19 %, una cifra que supera con creces la media latinoamericana, que se sitúa en el 12.8 %, según la FAO.

‘Los promedios nacionales a veces esconden grandes disparidades. En las comunidades indígenas hay la mayor concentración de personas padeciendo hambre’, indicó Rivera. Los índices de desnutrición entre los niños indígenas en Panamá, son similares a los índices de El Salvador y Honduras, con un 20.6 % y 22.7 % respectivamente.

En este sentido, los participantes subrayaron la importancia de identificar y analizar los principales programas nacionales que inciden en las dos áreas prioritarias del Plan CELAC 2025: seguridad alimentaria y agricultura familiar; y en el diseño y operación de un mecanismo de monitoreo de las acciones identificadas.

Panamá es un país en plena transición epidemiológica presentando tanto problemas de deficiencia como de sobrepeso. En los pre escolares del área urbana el riesgo de sobrepeso fue de 13.4% y el sobrepeso 10.3%. Con relación a la clasificación de los preescolares por línea de pobreza, se encontró que las prevalencias de sobrepeso no variaron entre las diferentes categorías de pobreza, pero el riesgo de sobrepeso fue significativamente menor entre los menores viviendo en situación de pobreza (12%) y entre los pobres extremos (9%), en comparación con un 16% para los del área urbana.

En las embarazadas, el sobrepeso resultó significativamente menor en el área rural (20.7%) que en la urbana (53.8%), donde una de cada dos embarazadas tenía un peso excesivo para su talla y su edad gestacional.

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN WBTi

Objetivo General:

Evaluar el avance de las intervenciones de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria del país en el marco de lo establecido en la Estrategia Mundial de la Alimentación del Lactante y del niño pequeño.

Objetivos Específico:

- ✓ Conocer los avances, limitaciones y dificultades encontradas en cada uno de los indicadores del Informe.
- ✓ Fortalecer los procesos de articulación entre instituciones para favorecer acciones que contribuyan a obtener mejores tasas de lactancia materna.

METODOLOGÍA

Cumpliendo el intervalo que establece IBFAN de 3 a 5 años para la elaboración de los informes, considerando los avances y el compromiso institucional adquiridos con las recomendaciones anteriores, se inicia un nuevo proceso de planificación para la construcción del informe 2015. Se tomaron en cuenta el proceso y las herramientas metodológicas establecidas en el manual de la “Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna” WBTI, así como lo contenido en la más reciente actualización de la estrategia.

Se conformo un equipo de trabajo capacitado en el tema en comunicación permanente con la coordinación regional de IBFAN-LAC.

El equipo de trabajo estableció criterios de selección de acuerdo a los indicadores para las entidades participantes, a fin de obtener información confiable en relación al desempeño como país.

El proceso realizado incluyo los siguientes aspectos:

A. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: Se realizó a través de la documentación proveniente de fuentes nacionales referidas a Leyes, Políticas, Reglamentos, Programas, otras normativas e informes pertinentes proporcionados por las instituciones participantes.

B. TALLER DE CONSULTA: Se realizo un taller de consulta para la construcción del informe nacional con la participación de entidades de los sectores: Públicos, Académicos, ONG Internacionales, ONG Nacionales, Organizaciones Comunitarias, UNICEF y OPS y otras agencias de N-U., en el cual se explicó los antecedentes y la metodología de trabajo.

Se tomaron en cuenta los siguientes componentes de los indicadores analizados:

- ✓ La pregunta clave a investigar.
- ✓ Antecedentes sobre por qué la práctica, la política o el componente del programa es importante.
- ✓ Una lista de criterios esenciales como subconjunto de preguntas que deben considerarse a la hora de identificar los logros y las áreas que necesitan mejorar, con directrices para la puntuación, calificación por color y clasificación de cómo le va al país.

Posteriormente se conformaron mesas de trabajo, talleres y presentaciones en las que se discutieron los indicadores relacionados a las Políticas, Programas y Alimentación del Lactante y el Niño(a) Pequeño(a). En cada uno de los criterios se calificaron de acuerdo a la infor **Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna - WBTi**

Antecedentes

La Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna -WBTi por sus siglas en inglés) es una iniciativa innovadora, desarrollada por IBFAN Asia, para servir de referencia y evaluar la situación del avance hacia la implementación de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño(a) pequeño(a) a nivel nacional. La herramienta se basa en dos iniciativas mundiales, la primera es (GLOPAR) de WABA y la segunda es de la de la OMS (“La alimentación del lactante y del niño(a) pequeño(a): Herramienta para la evaluación de las prácticas, políticas y programas nacionales”. La WBTi está diseñada 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. La WBTi ha identificado 15 indicadores en dos partes, y cada indicador tiene significado específico.

La Parte I se refiere a políticas y programas (indicadores 1 a 10)	La Parte II se ocupa de las prácticas de alimentación infantil (indicadores 11 a 15)
1. Políticas, programas y coordinación nacional 2. Iniciativa Hospital Amigo del Niño (Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa) 3. Implementación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna 4. Protección de la maternidad 5. Sistemas de atención en salud y nutrición (para respaldar la lactancia materna y la ALNP) 6. Apoyo a las madres y asistencia social comunitaria 7. Apoyo informativo 8. Alimentación infantil y VIH 9. Alimentación infantil durante emergencias 10. Mecanismos de monitoreo y sistema de evaluación	11. Iniciación temprana de la lactancia materna 12. Lactancia materna exclusiva 13. Duración media de la lactancia materna 14. Alimentación con biberón 15. Alimentación complementaria

Una vez efectuada la evaluación de brechas, los datos sobre 15 indicadores se introducen en el cuestionario usando el kit de herramientas (toolkit©) de WBTi en la web, específicamente diseñada para satisfacer esta necesidad. El kit de herramientas cuantifica objetivamente los datos y ofrece una clasificación por color: rojo, amarillo, azul o verde. El kit de herramientas puede generar mapas visuales o gráficos y cuadros para ayudar en la promoción a todo nivel: nacional, regional e internacional.

- **Cada indicador que se utiliza para la evaluación tiene los siguientes componentes;**
 - La pregunta clave que se debe investigar.
 - Antecedentes sobre por qué la práctica, la política o el componente del programa es importante.
 - Una lista de criterios esenciales como subconjunto de preguntas que deben considerarse a la hora de identificar los logros y las áreas que necesitan mejorar, con directrices para la puntuación, calificación por color y clasificación de cómo le va al país.

Parte I: Se ha formulado una serie de criterios para cada meta, con base en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño(a) pequeño(a) (2002) y la Declaración de Innocenti sobre la Alimentación de Lactantes y Niños(as) pequeños(as) (2005). En cada indicador hay un subconjunto de preguntas. Las respuestas a estas preguntas permiten identificar logros y carencias en las políticas y programas que implementan la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño(a) pequeño(a). Esto demuestra los avances de un país en un área en particular de acción en la Alimentación del Lactante y del Niño(a) pequeño(a).

Parte II: Las prácticas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) en la parte II solicitan datos numéricos específicos de cada práctica con base en datos de la encuesta aleatoria de hogares, de alcance nacional.

Una vez recopilada y analizada la información sobre los indicadores, se introduce en el kit de herramientas en la web, mediante el 'Cuestionario WBTi'. Además, el kit de herramientas asigna una puntuación y un color a cada indicador, según **Directrices de IBFAN Asia para WBTi**

- **Parte I: Políticas y programas de ALNP**
- En la Parte I, cada pregunta tiene una puntuación de 0 a 3 y cada indicador tiene una puntuación máxima de 10. Una vez introducida la información acerca de los indicadores, se califica el logro del indicador en particular; puede ser rojo, amarillo, azul y verde con base en las directrices que se sugieren a continuación.

<i>Directrices de IBFAN Asia para WBTi</i>	
<i>Puntajes</i>	<i>Calificación por color</i>
0 – 3.5	Rojo
4 – 6.5	Amarillo

7 – 9	Azul
> 9	Verde

mación y evidencia.

• **Resumen de la Parte I: Políticas y programas de ALNP**

Metas:	Puntaje total cada indicador (de 10)
1. Políticas, programas y coordinación nacional	
2. Iniciativa de los Hospitales Amigos de los Niños	
3. Implementación del Código Internacional	
4. Protección de la maternidad	
5. Sistemas de atención de salud y nutrición	
6. Apoyo a las madres y asistencia social comunitaria	
7. Apoyo informativo	
8. Alimentación infantil y VIH	
9. Alimentación infantil durante emergencias	
10. Monitoreo y evaluación	
Puntaje de la Parte I (Total)	

Directrices de IBFAN Asia para WBTi

El puntaje total de políticas y programas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) (indicadores 1-10) se calcula sobre la base de 100.

Puntajes	Calificación por color	Puntaje Marque la que aplica y ponga el %
0 – 30.9	Rojo	
31 – 60.9	Amarillo	
61 – 90.9	Azul	
91 – 100	Verde	

• **Parte II: Prácticas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as)**

- En la Parte II, solicitamos datos numéricos sobre cada práctica de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as). Se recomienda a quienes participen en esta evaluación que usen datos de una encuesta aleatoria de hogares de alcance nacional¹.

¹ Una fuente de datos que suele ser de gran calidad es la Encuesta Demográfica y de Salud (EDS) (4), efectuada en colaboración con

Los datos recopilados de esa manera se introducen en el kit de herramientas en la web. Luego se califica el logro de ese indicador en particular, ya sea **rojo, amarillo, azul o verde**. Los puntos de corte para cada uno de estos niveles han sido seleccionados en forma sistemática, con base en un análisis de los logros del pasado según estos indicadores en los países en desarrollo. Estos se incorporan desde la herramienta de la OMS.

- La definición de varios indicadores cuantitativos se ha tomado de “Indicadores de la OMS para evaluar las prácticas de alimentación infantil - 2008” Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243596662_spa.pdf (Anexo 10.1)
- **Resumen de la Parte II: Prácticas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) (ALNP)**

Práctica ALNP	Resultado	Puntaje total cada indicador
Indicador 11 Inicio de la lactancia materna	_____ %	
Indicador 12 Lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida	_____ %	
Indicador 13 Duración media de la lactancia materna	_____ %	
Indicador 14 Alimentación con biberón	_____ %	
Indicador 15 Alimentación complementaria	_____ %	
Puntaje de la Parte II (Total)		

Directrices de IBFAN Asia para WBTi

El puntaje total de prácticas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) (indicadores 11-15) se calcula sobre la base de 50.

Puntajes	Calificación por color	Puntaje Marque la que aplica y ponga el %
0 – 15	Rojo	
16 - 30	Amarillo	
31 - 45	Azul	
46 – 50	Verde	

Total de la Parte I y Parte II (indicadores 1-15): Prácticas, políticas y programas de ALNP

El puntaje total puntaje total de las **prácticas, políticas y programas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) (indicadores 1-15)** se calcula sobre la base de 150. Los países se clasifican según:

Puntajes	Calificación por color	Puntaje Marque la que aplica y ponga el %
0 – 45.5	Rojo	
46 – 90.5	Amarillo	
91 – 135.5	Azul	
136 – 150	Verde	

Evaluación WBTi Panamá 2015

Indicador 1: Políticas, programas y coordinación nacional

Pregunta clave: ¿Existe una política nacional para la alimentación/ lactancia materna de lactantes y niños(as) pequeños(as) que proteja, promueva y apoye la alimentación óptima de lactantes y niños(as) pequeños(as), que sea apoyada por un programa del gobierno? ¿Existe un mecanismo que coordine, como un comité nacional para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) y una persona coordinadora del comité? (Véase el Anexo 1)

Antecedentes

La “*Declaración de Innocenti*” fue adoptada en 1990. Recomendaba que todos los gobiernos contaran con comités y coordinadores(as) nacionales de lactancia materna como mecanismos establecidos para proteger, promover y apoyar la lactancia materna en el país. La Cumbre Mundial de la Niñez (2000) recomendó a todos los gobiernos diseñar políticas nacionales de lactancia materna. La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño(a) pequeño(a) (2002) hace un llamado a la acción urgente por parte de todos los estados miembro(a)s para desarrollar, ejecutar, monitorear y evaluar una política integral sobre ALNP. La *Declaración de Innocenti* sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) (2005) encierra los compromisos renovados en esa histórica reunión de aniversario y reúne las cinco metas operativas adicionales identificadas como parte de la Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y el niño(a) pequeño(a), incluyendo las resoluciones de la WHA con respecto a la ALNP. La Guía de Planificación para la

implementación nacional de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niños Pequeño(2007) llama a implementar de manera concreta y enfocada la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niños Pequeño en estrategias, políticas y planes de acción nacionales.

Posibles fuentes de Información

- La mayoría de países ya cuentan con su Plan de Acción Nacional sobre Nutrición y su Plan de Acción Nacional para la Niñez, como seguimiento a la Cumbre de la ONU para la Niñez.
- Aparte de esto, las Políticas Nacionales sobre Nutrición y las Políticas Nacionales en Salud deben contemplar también la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as).
- Muchos países han tomado acción y ya cuentan con comités nacionales de lactancia materna. Sería muy útil obtener las minutas de este comité, así como sus términos de referencia.
- Muchos países también han realizado reuniones del CRC, y las minutas e informes de estas reuniones se podrían utilizar.
- Las discusiones sobre la implementación de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño(a) pequeño(a) pueden realizarse a nivel nacional con el(la) Coordinador(a) Nacional de Lactancia Materna, funcionarios(a)s(as) de los Ministerios de Salud y Planificación y/o Trabajo, representantes reguladores del gobierno, OMS, UNICEF y grupos de promoción de la lactancia materna como IBFAN. Averigüe y obtenga copias escritas de cualquier política nacional que cubra la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as).
- Otras fuentes podrían ser las políticas y programas de la IHAN, legislación nacional como seguimiento al *Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna* (El Código) y su proceso de implementación o los reportes de las organizaciones comunitarias sobre nutrición y salud.

<i>Directrices para la puntuación</i>	
Criterios	✓ Marque todas las que se aplican
1.1) El gobierno ha adoptado/ aprobado oficialmente una política nacional sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as)	1
1.2) La política recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, iniciando la alimentación complementaria después de los seis meses y continuando la lactancia materna hasta los 2 años o más.	1

1.3) Un plan de acción nacional diseñado con base en la política	2
1.4) El plan cuenta con financiamiento adecuado	0
1.5) Existe un Comité Nacional de Lactancia Materna o comité de ALNP	1
1.6) El comité nacional de lactancia materna (o alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) celebra reuniones, monitoreo y revisiones periódicas	2
1.7) El comité nacional de lactancia materna (alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) se enlaza eficazmente con todos los otros sectores como salud, nutrición, información, etc.	0.5
1.8) El Comité de Lactancia Materna está dirigido por un(una) Coordinador(a) con términos de referencia claros, y comunica periódicamente la política nacional a nivel regional, distrital y comunal	0.5
Puntaje total	8 /10

Fuentes de información utilizadas (favor indicar en la lista):

1. *PLAN NACIONAL DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA 2009-2014*
2. *ACTAS MENSUALES DE LA COMISION DE LACTANCIA MATERNA. 2010-2015*

Conclusiones (Resuma los aspectos de la política, el programa y la coordinación de la ALNP que son adecuados, cuáles deben mejorar y por qué; y cualquier análisis adicional necesario)

Existe política nacional de lactancia expresada en la Ley 50, el programa de niñez y adolescencia basa sus acciones en el plan de niñez y adolescencia, la comisión nacional de promoción de lactancia materna ha estado vigente y reuniéndose mensualmente durante los últimos 5 años. Debe profundizar su funcionamiento con un financiamiento adecuado que permita programar y ejecutar acciones por la misma comisión.

Brechas (Indique las carencias identificadas en la implementación de este indicador):

1. *Desfase entre el plan de niñez y adolescencia y las políticas de lactancia materna para ejecutar de forma independiente con financiamiento acciones y actividades*
2. *La comisión de promoción de lactancia materna (CONFOLACMA) debe ser mas beligerante en sus decisiones, a fin de proteger eficazmente acciones en promoción de lactancia y alimentación del lactante y niño pequeño (ALNP)*

Recomendaciones (Indique las medidas para cerrar las brechas):

1. *Fortalecer el funcionamiento de CONFOLACMA con financiamiento nacional en cumplimiento de la ley 50 y su reglamento*

Indicador 2: Cuidados para bebés e Iniciativa Hospital Amigo del Niño (Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa)²

Preguntas clave:

- ¿Qué porcentaje de hospitales y maternidades que ofrecen servicios de maternidad han sido designados “Amigos del Niño” con base en criterios globales o nacionales?
- ¿Cuál es la calidad de la implementación del programa de la IHAN? (Véanse anexos 2.1, 2.2, 2.3)

Antecedentes:

La Declaración conjunta de la OMS y UNICEF: *Proteger, promover y apoyar la lactancia materna: el papel especial de los servicios de maternidad*, de 1989, hacía un llamado a los líderes de quienes trabajan en los servicios de maternidad para que mantuvieran o, de ser necesario, volvieran a establecer una “cultura de lactancia”. La *Declaración de Innocenti* de 1990 insta a los gobiernos a garantizar que todos los servicios de maternidad practiquen plenamente los *Diez Pasos para una Lactancia Exitosa*.

Los diez pasos para una lactancia exitosa allí establecidos se convirtieron en los pilares de la Iniciativa Mundial de Hospitales Amigos del Niño, lanzada en 1992 por ambos organismos. Varios países iniciaron acciones en virtud de la IHAN, y los avances alcanzados hasta el momento se limitan a cifras; los informes sugieren que se retrocede si las habilidades de los trabajadores de salud no se mejoran lo suficiente. La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño(a) pequeño(a) indica la necesidad de

² **Los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa:** La IHAN promueve, protege y apoya la lactancia materna por medio de los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa para Hospitales, como lo indica UNICEF/OMS. Los pasos para los Estados Unidos son los siguientes:

1. Mantener una política escrita sobre lactancia materna que se comunique periódicamente al personal de salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud a fin de otorgar las habilidades necesarias para implementar esta política.
3. Informar a todas las mujeres embarazadas sobre los beneficios y el manejo de la lactancia materna.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia a más tardar una hora después del nacimiento.
5. Enseñar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia, incluso si han de separarse de sus bebés.
6. No dar a los lactantes ningún alimento ni bebida que no sea leche materna, a menos que se trate de indicaciones médicas.
7. Practicar el "alojamiento conjunto" - permitir que las madres y los recién nacidos permanezcan juntos durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna sin restricciones.
9. No dar chupetes ni tetinas a los bebés que amamantan.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y recomendar a las madres que los busquen al salir del hospital o clínica

implementar la IHAN, monitorear y reevaluar las instalaciones ya designados (materiales desarrollados en 1998) y ampliar la Iniciativa para incluir clínicas, centros de salud y hospitales pediátricos. Los Criterios Globales siguen siendo el requisito mínimo para todos los recintos amigos del niño. Los Criterios Globales se modificaron en 2005, para actualizarlos y tener en cuenta nuevas evidencias sobre mejores prácticas y para garantizar que las necesidades de las madres que no amamantan se cumplieran, así como para ofrecer nuevos criterios para el VIH y la alimentación de lactantes y el cuidado adecuado para las madres, que podría incluirse a discreción de la autoridad nacional de la IHAN.

El material de atención integral -revisado, actualizado y ampliado- se publicó en 2009, y es un documento exhaustivo para guiar la implementación, supervisión y evaluación. Contiene un curso de capacitación de 20 horas para todos los trabajadores de salud y un programa especial para los países con una prevalencia del 20% de madres VIH-positivas y/o un programa de PMTI. El material de la IHAN de 2009 incluye nuevos módulos específicos para apoyar a las madres que no amamantan y para una atención adecuada para las madres, así como recomendaciones para la expansión de los hospitales amigos de los niños hasta la alimentación complementaria. Se subraya el enfoque en el cumplimiento del Código Internacional.

El *cuestionario* se enfocará tanto en el aspecto cuantitativo como cualitativo. Analiza los porcentajes de hospitales y maternidades que han sido designados IHAN y cómo se realiza el monitoreo y la evaluación y cómo se amplía el programa.

Posibles fuentes de información:

- Pueden realizarse entrevistas con miembro(a)s del comité nacional de la Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño y la Niña (IHAN) en el Ministerio de Salud y con funcionarios(a)s(as) de UNICEF y la OMS.
- Revise cualquier informe sumario sobre el estatus de IHAN, el número (y los porcentajes) de hospitales declarados Amigos del Niño, etc.
- Refiérase al último informe situacional sobre la IHAN preparado por la sede de UNICEF para obtener las cifras oficiales reportadas por el país.
- Investigue con grupos IBFAN y otros grupos de lactancia materna del país información sobre la cantidad y calidad de la IHAN.
- Conozca sobre la calidad de los servicios; puede realizar entrevistas con las madres que hayan dado a luz en esos hospitales.
- Utilice estudios realizados sobre IHAN en el país para obtener más información.

Directrices – Criterios cuantitativos

2.1) 1 de 39 del total de hospitales (públicos y privados) y maternidades que ofrecen el servicio de maternidad han sido designados o reevaluados como “Amigos del Niño” en los últimos 5 años 2.5 %

<i>Directrices para la puntuación</i>	
Criterios	√ Marque la opción que se aplica (solo una)
0	
0.1 - 20%	1
20.1 - 49%	
49.1 - 69%	
69.1-89 %	
89.1 - 100%	
Clasificación total	1/5

Directrices – Criterios cualitativos *Calidad del programa de implementación IHAN:*

<i>Directrices para la puntuación</i>	
Criterios	√ Marque las que aplican
2.2) El programa IHAN depende de la capacitación de los(las) trabajadores(as) en salud usando un programa de capacitación de al menos 20 horas ³	1.0
2.3) Existe un sistema estándar de monitoreo ⁴	0
2.4) El sistema de evaluación incluye entrevistas al personal de salud en maternidades y centros de cuidado posnatal	0
2.5) El sistema de evaluación depende de entrevistas con las madres	0
2.6) Se han incorporado sistemas de reevaluación ⁵ en los planes	0

³ Se pueden usar programas de capacitación en ALNP como el programa de capacitación en ALNP ‘4 en 1’ de IBFAN Asia, el curso de orientación en lactancia de la OMS, etc.

⁴ El **monitoreo** es un sistema dinámico de recopilación y revisión que ofrece información sobre la implementación de los *Diez Pasos* para asistir con la gestión continua de la *Iniciativa*. Puede ser organizado por los hospitales mismos o a un nivel superior del sistema. Se deben recopilar datos en forma continua o periódica (por ejemplo, de manera semestral o anual) para medir el apoyo a la lactancia que se ofrece en los hospitales y las prácticas de alimentación de las madres.

nacionales, con implementación sujeta a plazos	
2.7) Existe (o existió) un programa sujeto a plazos para aumentar la cantidad de instituciones IHAN en el país	0.5
2.8) El VIH se integra al programa IHAN	0.5
2.9) Los criterios nacionales implementan los criterios de la IHAN Global plenamente (Véase el Anexo 2.1)	0.5
Puntaje total	2.5
Puntaje total	3.5/10

Fuentes de información utilizadas (favor indicar en la lista):

1. Plan operativo anual de la coordinación de niñez y adolescencia. Años 2010-15
2. Plan operativo anual de CONFOLACMA.2010-14
3. Plan PTMI 2014

Conclusiones (Resuma el desempeño cuantitativo y cualitativo del país para alcanzar los objetivos de la Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño y la Niña (implementando los Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa). Indique los aspectos de la iniciativa que deban mejorarse y por qué y cualquier análisis adicional necesario):

Si bien se ha desarrollado varios cursos de 20 horas de la IHAN, en todas las regiones y hospitales del país, con el uso del módulo 3. Los Hospitales no ha implementado el módulo 4 para la autoevaluación del cumplimiento de los 10 pasos de la Iniciativa. Las regiones de salud estarán ampliando la capacitación del personal de los centros de salud.

Brechas (Indique las carencias identificadas en la implementación de este indicador):

1. Hace falta monitorear de cerca cada uno de los hospitales donde se ha desarrollado la capacitación de 20 horas, para insistir en la autoevaluación paso previo para el reconocimiento por evaluadores externos y la certificación como HAN
2. Ausencia de grupo de evaluadores externos
3. Fallas en la formación de personal Directivo y Directores de Hospitales en la IHAN

⁵ La **reevaluación** se puede describir como un nuevo diagnóstico o examen de la institución, luego de que se ha declarado hospital amigo de los niños y las niñas, a fin de determinar si continúa respetando los *Diez Pasos* y otros criterios amigos de los niños. Por lo general, la planifica y programa la autoridad nacional encargada de la IHAN para efectos de evaluar el cumplimiento continuo de los *Criterios Globales* e incluye una reevaluación de parte de un equipo externo. Debido a que se necesitan recursos humanos y financieros, en muchos países podría ser factible reevaluar a los hospitales una vez cada tres años, pero la decisión final sobre la frecuencia de la reevaluación recae en la autoridad nacional.

Recomendaciones *(Indique las medidas recomendadas para cerrar las brechas):*

1. *Establecimiento de sistema de monitoreo de hospitales capacitados en IHAN, que de acuerdo a la alta rotación de personal de salud que se incorpora al servicio de los hospitales, anualmente informe del número de personal de ha recibido capacitación en el módulo 3*
2. *Conformación oficial del grupo de evaluadores externos, capacitación basada en el módulo 4*
3. *Capacitación de Directivos de programas y de hospitales con el módulo 1 y 2.*

Indicador 3: Implementación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

Pregunta clave: ¿Están vigentes y se implementan el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las posteriores resoluciones de la AMS? ¿Se han tomado nuevas acciones para hacer efectivas las disposiciones del Código? (Véanse los Anexos 3.1, 3.1)

Antecedentes:

La “*Declaración de Innocenti*” hace un llamado a todos los gobiernos para que tomen medidas para implementar todos los artículos del *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna* y las posteriores resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud. El propósito del Código es el de contribuir con una nutrición inocua y adecuada a los lactantes, mediante la protección y promoción de la lactancia materna y garantizando el uso adecuado de los sucedáneos de la leche materna cuando sean necesarios, con base en información correcta y una comercialización y distribución apropiadas. La “Situación del Código por País” del ICDC detalla el avance de los países en la implementación del Código y ofrece suficiente información sobre las medidas tomadas.

Los países deben promulgar leyes para dar seguimiento al Código Internacional. Desde entonces, se han adoptado diversas resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud, que fortalecen el *Código Internacional* y tienen el mismo estatus del Código y también deben tomarse en cuenta. La Estrategia Mundial para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) hace un llamado a un incremento de las acciones relativas a este objetivo. De acuerdo con la OMS, de los 191 Estados Miembro(a), 162 han tomado medidas para darle efecto, pero el informe de la ICDC saca a relucir el hecho de que hasta ahora solo 32 países han aprobado leyes nacionales que cubren el Código en su totalidad.

Un informe de la OMS (2013) “Implementación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna por país: informe de estado 2011” también destaca el sombrío estado de la implementación mundial del Código Internacional. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85621/1/9789241505987_eng.pdf

El Código ha sido reafirmado por la Asamblea Mundial de la Salud en varias oportunidades mientras asumía resoluciones sobre diversos temas relacionados con la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as).

Posibles fuentes de información:

- Los informantes clave incluyen funcionarios(a)s(as) del Ministerio de Salud, la OMS y UNICEF.

- Pueden obtenerse datos actuales sobre la implementación del Código por país en:
 - el Centro Internacional de Documentación del Código (*International Code Documentation Centre*, ICDC) de la red International Baby Food Action Network (IBFAN), que publica el reporte “Situación del Código por País” en forma periódica www.ibfan.org/english/pdfs/btr04/socccountry04.pdf
 - los grupos locales de lactancia materna y la oficina de Puntos Focales de IBFAN
 - otros grupos que han realizado encuestas nacionales sobre el cumplimiento del Código.

Directrices para la puntuación	
Criterios (Medidas legales que existan en el país)	Puntaje
3a: Estado del Código Internacional de Comercialización	
✓ (Marque las que aplican. Si es más de una, anote la puntuación mayor.)	
3.1) No se ha tomado ninguna medida	
3.2) Se está estudiando el mejor enfoque	
3.3) Las medidas nacionales están en espera de aprobación (durante no más de tres años)	
3.4) Algunas disposiciones del Código como medida voluntaria	
3.5) Todas las disposiciones del Código como medida voluntaria	
3.6) Directriz/circular administrativa implementando el Código en forma total o parcial en centros de salud con sanciones administrativas	
3.7) Algunos artículos del Código como ley	
3.8) Todos los artículos del Código como ley	
3.9) Las disposiciones pertinentes de las resoluciones de la AMS posteriores al Código se incluyen en la legislación nacional ⁶ a. Se incluyen disposiciones con base en al menos 2 de las resoluciones de la AMS como se indica a continuación	6

⁶ El acatamiento a las resoluciones de la AMS debe incluirse en la legislación nacional y aplicarse mediante órdenes judiciales para marcar este puntaje.

1. No se permite la donación de suministros gratuitos o subsidiados de sucedáneos de la leche materna (WHA 47.5)
2. Se recomienda el etiquetado de los alimentos complementarios, comercializados o declarados para su uso a partir de los 6 meses de edad (WHA 49.15)
3. Se prohíben las afirmaciones de salud y nutrición en productos para lactantes y niños pequeños (WHA 58.32)
4. Las etiquetas de los productos cubiertos cuentan con advertencias sobre los riesgos de contaminación intrínseca y reflejan las recomendaciones de la FAO/OMS para la preparación segura de la leche de fórmula para lactantes (WHA 58.32, 61.20)

b. Se incluyen disposiciones con base en las 4 resoluciones de la AMS que se indican a continuación	
	6
3b: Implementación del Código y la legislación nacional	
3.10 La medida o ley establece un sistema de monitoreo	
3.11 La medida prevé sanciones y multas que se impondrán a los infractores	1
3.12 Se monitorea el cumplimiento de la medida, y las violaciones se reportan a los entes correspondientes	
3.13 Se ha sancionado a los infractores de la ley en los últimos tres años	
Puntaje total (3a + 3b)	7/10

Fuentes de información utilizadas (favor indique en la lista):

1. *Ley 50 del 23 de Noviembre de 1995_*
2. *Informe breve de protección a la maternidad 2015, en Latinoamérica y el caribe PANAMA. IBFAN 2015*
3. *Decreto Ejecutivo 1457 del 30 de Octubre de 2012 por el cual se Reglamenta. la ley 50*

Conclusiones: *(Resuma los aspectos de la implementación del Código que se han logrado, y cuáles aspectos deben mejorar y por qué. Identifique las áreas que requieren un análisis más profundo)*
Se ha logrado el establecimiento de un sistema legal nacional para el cumplimiento del Código, se requiere de un sistema de monitoreo regular acerca de violaciones a la ley 50 Las instancias técnicas del programa de niñez y adolescencia, son 3 funcionarios que atiende lo propio del programa y además les tocaría verla por el cumplimiento de la Ley 50. La CONFOLACMA, son funcionarios ad honorem que mensualmente se reúnen para ver lo referente a la promoción, el tiempo regular no les alcanza para monitorear el cumplimiento de la ley

Brechas: *(Indique las carencias identificadas en la implementación de este indicador):*

1. *No hay sistema de monitoreo implementado de la aplicación de la ley y el reglamento que conduzca a la toma de decisiones*
2. *No contamos con una estructura administrativa y legal que conduzca a la aplicación de sanciones o multas por el incumplimiento de la ley 50*

Recomendaciones: *(Indique las medidas recomendadas para cerrar las brechas):*

1. *El monitoreo del cumplimiento de la ley 50 y la aplicación del reglamento deberá establecerse en el nivel nacional y en el nivel regional para detectar y tomar las medidas necesarias aplicando el Código Sanitario.*
2. *Debe desarrollarse el articulado referente a que la CONFOLACMA, debe contar con presupuesto propio que le permita organizarse y profundizar medidas de alcance en el monitoreo de la ley 50. Las instituciones pertenecientes a CONFOLACMA deberán asumir su propia responsabilidad en la aplicación de actividades y temas según dicta la ley y el reglamento*
3. *Deberá estudiarse aparte el sistema de multas o sanciones que corresponda de acuerdo a la ley y el reglamento*

Indicador 4: Protección de la maternidad

Pregunta clave: ¿Existe legislación u otras medidas (políticas, reglamentos, prácticas) que cumplan o superen las normas de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para la protección y el apoyo de la lactancia materna para madres, incluyendo aquellas las madres trabajadoras del sector informal? (Véase el Anexo 4)

Antecedentes:

Las Declaraciones de Innocenti (1999, 2005) y la Estrategia Mundial para la ALNP (2002) de la OMS hacen un llamado a la formulación de legislación imaginativa para proteger el derecho a la lactancia materna de las mujeres trabajadoras, y el posterior monitoreo de su aplicación de conformidad con la Convención No. 183, 2000 de la OIT para la Protección de la Maternidad y su Recomendación 191. La Convención de la OIT para la Protección de la Maternidad (MPC) 183 indica que las mujeres trabajadoras deben recibir:

- Protección en salud, protección en su trabajo y la no discriminación para trabajadoras embarazadas y lactantes
- Al menos 14 semanas de licencia por maternidad, remuneradas
- Uno o más recesos diarios para lactancia materna remunerados o reducción de las horas laborales diarias para amamantar

Además, la Recomendación 191 fomenta la creación de espacios para lactancia materna dentro de los lugares de trabajo o próximos a ellos.

El concepto de protección de la maternidad contempla 7 aspectos: 1) el alcance (en términos de quién(es) está(n) cubierta (s); 2) licencias (duración; cuándo se toman, antes o después de dar a luz; licencia obligatoria); el monto de la licencia remunerada y quién la paga – el patrono o el gobierno; 3) beneficios monetarios y médicos; 4) recesos para lactancia materna; 5) instalaciones para lactancia materna; 6) protección en salud para mujeres embarazadas y lactantes y sus bebés; 7) protección del empleo y no discriminación.

Únicamente una pequeña cantidad de países han ratificado la C183, pero bastantes países ya han ratificado la C103 y/ o cuentan con legislación y prácticas nacionales que son más fuertes que las disposiciones de cualquiera de las Convenciones de la OIT.

La protección de la maternidad para todas las mujeres implica que también deben estar protegidas las mujeres que trabajan en la economía informal. La Declaración de Innocenti 2005 hace un llamado de atención urgente a las necesidades especiales de las mujeres del sector no formal.

Una adecuada protección de la maternidad también reconoce el papel que desempeña el padre en la crianza y de ahí la necesidad de la licencia de paternidad.

Posibles fuentes de información:

- Puede realizarse entrevistas con funcionarios(a)s(as) de los Ministerios de Salud, Trabajo, Bienestar Social o Asuntos de la Mujer y con el personal de ONG como IBFAN.
- En el sitio web de la OIT se encuentran datos sobre las convenciones de la OIT y su avance en ratificarlas en los diversos países.
- WABA también ha documentado el perfil de los países sobre la situación de la Protección de la Maternidad www.waba.org.my/womenwork/mpc19nov04.pdf. Enumera la extensión de las licencias por maternidad y paternidad, así como quién(es) cubre(n) su pago, los recesos concedidos o no por lactancia materna y si son pagados o no.

<i>Directrices para la puntuación</i>	
Criterios	Marque el que se aplica
4.1) A las mujeres cubiertas por la legislación nacional se les otorga el siguiente número de semanas de licencia por maternidad, remuneradas a. Cualquier período menor a las 14 semanas b. 14 a 17 semanas c. 18 a 25 semanas d. 26 semanas o más	1.5
4.2) A las mujeres cubiertas por la legislación nacional se les otorga al menos un receso por lactancia materna o la reducción en su jornada laboral diaria. a. Receso sin pago b. Receso pagado	1
4.3) La legislación obliga a los patronos de mujeres en el sector privado del país a conceder al menos 14 semanas por licencia de maternidad, remuneradas, y recesos por lactancia materna pagados.	1
4.4) Existe una disposición en la legislación nacional que prevé espacios en el lugar de trabajo para lactancia materna y/ o guarderías en los lugares de trabajo del sector formal. <i>(es posible que más de una opción se aplique)</i> a. Espacio para lactancia y expresión de leche materna b. Guardería	1.5
4.5) A las mujeres de los sectores informales o no organizados y agrícolas se les concede lo siguiente: a. algunas medidas de protección b. la misma protección que las mujeres que trabajan en el sector formal	1
4.6) <i>(se puede aplicar más de uno)</i> a. Las trabajadoras cuentan con información sobre leyes, reglamentos y políticas de protección a la maternidad b. Existe un sistema para el monitoreo del cumplimiento y una forma para que las trabajadoras denuncien si no se respetan sus derechos.	1
4.7) En el sector público se concede la licencia de paternidad durante al	0

menos 3 días.	
4.8) En el sector privado se concede la licencia de paternidad durante al menos 3 días.	0
4.9) Existe legislación que prevé la protección en salud de las trabajadoras embarazadas y lactantes: ellas son informadas sobre condiciones peligrosas en sus lugares de trabajo y se les ofrecen trabajos alternativos con el mismo salario hasta que ya no estén embarazadas o amamantando.	0.5
4.10) Existe legislación que prohíbe la discriminación en el empleo y garantiza la protección laboral para las mujeres trabajadoras durante su período de lactancia materna.	1
Puntaje total:	8.5/10

Fuentes de información utilizadas (favor de indicar en la lista):

1. *Constitución de la Republica. Artículo 56 y 68*
2. *Código de Trabajo de Panamá. Artículo 106*
3. *Informe breve de protección a la maternidad 2015, en Latinoamérica y el caribe PANAMA. IBFAN 2015*
4. *Status of maternity protection by country. WABA 2015*
5. *Normativa panameña de protección a la lactancia. CONFOLACMA 2015*

Conclusiones (Resuma los aspectos de la legislación que son apropiados y cuáles aspectos deben mejorar y por qué. Identifique las áreas que requieren un análisis más a fondo) :

Se cuenta con una legislación nacional adecuada desde hace varios años, la aplicación de licencias de maternidad se aplica y cubre a través del seguro social. Habrá que iniciar una movilización para extender la licencia de paternidad, ya que hay padres que sí reconocen al hijo y la respectiva paternidad. Esta iniciativa debe estudiarse más a fondo.

Brechas (Indique las carencias identificadas en la implementación de este indicador):

1. *Existe la instancia de quejas en casos determinado que el empleados no cumpla con la licencia por gravidez, mas no hay un sistema de monitoreo del cumplimiento de las mujeres trabajadoras*
2. *El Código de trabajo protege la salud de la embarazada y de la lactante, de jornadas extraordinarias, de jornadas nocturna o mixtas, pero las condiciones peligrosas no siempre son bien manejadas porque el código no hace esta referencia explícita, para ser reubicada en forma alternativa.*
3. _____

Recomendaciones (Indique las medidas recomendadas para cerrar las brechas):

1. *Incorporar un sistema de monitoreo de cumplimiento de las licencias de maternidad o de gravidez en la Caja de Seguro Social.*
2. *Facilitar la iniciativa de la licencia de paternidad, esto podría lograrse también como un incentivo al reconocimiento explícito de la paternidad, ya que en el Parte clínico de nacimiento (que se extiende en las maternidades del país) existe una casilla donde el padre declara la paternidad. Como en Panamá, esta declaración ha venido en descenso, (actualmente el 16% de los padres declaran la paternidad al momento de nacer), podría ser un incentivo conceder licencia de paternidad si previamente han declarado la paternidad*

Indicador 5: Sistemas de atención en salud y nutrición (para respaldar la lactancia materna y la ALNP)

Pregunta clave: *¿Reciben los (las) cuidadores(as) que trabajan en estos sistemas la capacitación especializada necesaria, y su currículo de formación previa al servicio respalda la alimentación óptima de lactantes y niños(as) pequeños(as)? ¿Estos servicios apoyan prácticas adecuadas de parto y lactancia para las mujeres? ¿Las políticas de los servicios de atención en salud apoyan a madres y niños(as)? ¿Se han establecido responsabilidades respecto del Código? (Véanse los Anexos 5.1, 5.2)*

Antecedentes:

Se ha documentado que muchos de los trabajadores en salud y nutrición carecen de las habilidades adecuadas para dar orientación sobre la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as), lo cual es vital para el éxito de la lactancia materna.

Lo ideal sería que los nuevos graduados de programas de atención en salud pudieran promover las prácticas óptimas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) desde el inicio de su carrera. Todos(as) los cuidadores(as) que interactúan con las madres y sus niños(as) pequeños(as) deben contar con la actitud, el conocimiento y las habilidades básicas necesarias para integrar a su trabajo la orientación sobre lactancia materna, el manejo de la lactancia y la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as). Los temas

pueden integrarse en diversos niveles durante la formación y el empleo. Por lo tanto, debe revisarse el programa completo con el fin de evaluar este aspecto.

Posibles fuentes de información:

- Se puede obtener información de las instituciones educativas, el Ministerio de Salud y Nutrición u otros sectores pertinentes, personal de recursos humanos, instructores de orientación sobre la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as), UNICEF, OMS, donantes u otros proyectos que trabajan en la revisión y la reforma de planes de estudio, administradores y egresados.
- Revise los planes de estudios o cursos de medicina, enfermería y nutrición. La ***Lista de control para educación*** se puede usar para comprobar si los objetivos de aprendizaje sobre la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) son adecuados.

Directrices para la puntuación			
Criterios	Puntaje		
	✓ Marque el que aplique		
	Adecuado	Inadecuado	No hay referencia
5.1) Al revisar las instituciones y los programas de formación académica previa al servicio para profesionales de salud en el país ⁷ , se comprueba que los planes académicos sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) son adecuados/ inadecuados		1	
5.2) Se han diseñado normas y directrices para contar con procedimientos y apoyo del parto adecuado para las madres, y se han distribuido a todos los centros de salud y personal encargado de brindar atención en maternidad. (Véase en el Anexo 5b el ejemplo de criterios para cuidados favorables a las madres)	2		

⁷ Los tipos de instituciones y programas educativos que deben tener planes de estudio relativos a la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) pueden variar de un país a otro. Los departamentos de las diversas instituciones que tienen a su cargo la formación en varios temas también pueden variar. El equipo evaluador deberá decidir cuáles instituciones y departamentos son imprescindibles para incluir en la revisión, con la orientación de los expertos académicos en alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as), según convenga.

5.3) Existen programas de capacitación en el trabajo, que ofrecen los conocimientos y habilidades relacionados con la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) para las personas que trabajan en atención de la salud /nutrición. ⁸	2		
5.4) Los (las) trabajadores(as) en salud de todo el país reciben capacitación sobre su responsabilidad según la implementación del Código y la regulación nacional.		0.5	
5.5) El contenido y las habilidades relativos a la alimentación de lactantes se incorporan, según proceda, a los programas de capacitación, enfocándose en (enfermedad diarreica, infección respiratoria aguda, IMCI, atención de niño(a) sano(a), planificación familiar, nutrición, el Código, VIH/SIDA, cáncer de mama, salud de la mujer, enfermedades no transmisibles, etc.)	1		
5.6) Los programas de capacitación en el trabajo citados en 5.5 se ofrecen en todo el país. ⁹	1		
5.7) Las políticas sobre salud infantil prevén que las madres y sus bebés permanezcan juntos cuando alguno(a) de ellos(as) se enferma.	1		
Puntaje total:	8.5/10		
Conclusiones y Recomendaciones			

Fuentes de información utilizadas (favor de indicar en la lista):

1. *Programas docentes de las carreras de Medicina, Enfermería, y Nutrición*
2. *Módulo 3 y 4. IHAN Curso de 20 horas de capacitación para personal de salud*

Conclusiones: (Resuma los aspectos adecuados del sistema de salud y atención nutricional y los que deben mejorar y por qué. Identifique las áreas que requieren un análisis más profundo.)

Debe mejorarse la temática y el contenido de Lactancia materna en los planes de estudio de las carreras profesionales de Medicina, Enfermería y Nutrición. Se requiere un análisis más profundo las técnicas de consejería para madres gestantes y lactantes

⁸ El tipo de trabajadores(as) en salud que deben recibir capacitación puede variar de un país a otro, pero debe incluir cuidadores(as) que atiendan a mujeres y niños(as) en campos como medicina, enfermería, partería, nutrición y salud pública.

⁹ Se puede considerar que los programas de capacitación se ofrecen “en todo el país” si existe al menos un programa de capacitación en cada región o provincia o jurisdicción similar.

Brechas: *(Indique las carencias identificadas en la implementación de este indicador) :*

1. *Deficiencias en los contenidos referente al Código internacional de sucedáneos de leche materna, a la Estrategia de alimentación infantil., a la Ley 50 y su respectiva Reglamentación.*
2. *Desconocimiento de las técnicas de promoción y educación a madres gestantes y lactantes basado en habilidades para la consejería*

Recomendaciones: *(Indique las medidas recomendadas para cerrar las brechas):*

1. *Incluir en los temas de capacitación de la educación formal de personal de salud (médicos, enfermeras, nutricionistas) lo referente al Código internacional de sucedáneos de leche materna, a la Estrategia de alimentación infantil., a la Ley 50 y su respectiva Reglamentación.*
2. *Incluir habilidades de consejería, necesarias para hacer un trabajo integral de promoción de lactancia materna, preferenciando la exclusividad, el manejo de la alimentación de lactantes y niños pequeños*

Indicador 6: Apoyo materno y asistencia social comunitaria – Apoyo comunitario para mujeres embarazadas y madres lactantes

Pregunta clave: ¿Existen sistemas de apoyo materno y asistencia social comunitaria para proteger, promover y apoyar una óptima alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as)? (Véase el Anexo 6)

Antecedentes:

El apoyo comunitario para las mujeres es esencial para contar con prácticas óptimas de lactancia materna. El Paso 10 de la IHAN y la Estrategia Mundial para la ALNP, que incluye apoyo materno y de pares, reconoce esta necesidad. El apoyo materno, según lo define la Iniciativa Global para el Apoyo Materno (IGAM) es “cualquier apoyo que se brinde a las madres con el propósito de mejorar las prácticas de lactancia materna, tanto para las madres como para lactantes y niños(as) pequeños(as).”

Las mujeres necesitan el apoyo de políticas públicas en salud basadas en evidencias, así como de trabajadores(as) en salud, patronos(as), amigos(as), familiares, la comunidad y,

especialmente, el de otras mujeres y madres en lo que respecta la preparación para la lactancia materna, que puede darse durante el embarazo, posparto y después de haber dado a luz. Llegar al nivel de la comunidad para dar el apoyo adecuado, voluntarios de la comunidad o trabajadores de salud de los sistemas de salud pueden ofrecer y garantizar un apoyo sostenido a las madres. Sus conocimientos y habilidades deben ser de la más alta calidad y deben contar con la capacitación necesaria para dar apoyo. Es necesario contar con orientación adecuada en la comunidad para motivar y aumentar la confianza en la lactancia materna y la alimentación complementaria en el hogar. El apoyo a las madres puede darse en la misma comunidad, por parte de grupos de mujeres; a veces, son grupos de apoyo a la madre (MSG) conformados por madres exitosas y otras personas de la misma comunidad. Los grupos de apoyo de madres son un componente básico del empoderamiento de las mujeres. Con el conocimiento correcto a nivel comunitario y una buena labor de extensión, las madres pueden ayudarse entre ellas, dando lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y continuando durante dos años o más, así como empezar alimentos complementarios adecuados en el hogar cuando haya servicios y orientación de parte de grupos de apoyo a las madres o trabajadores de salud en los servicios de salud. Los centros comunitarios dirigidos por mujeres y el ministerio infantil pueden ayudar en el cuidado de los bebés cuando las madres están en el trabajo.

Otra área importante a tener en cuenta son las personas que viven en zonas remotas, donde los servicios son difíciles de dar y recibir.

El apoyo de compañeras en la comunidad y grupos de apoyo a las madres han demostrado aumentos a las tasas de lactancia materna exclusiva y las tasas de alimentación complementaria apropiada, incluso en intervenciones a gran escala. La calidad de la interacción y orientación son temas críticos.

La orientación y los servicios comunitarios de ALNP deben ser enfocados a las nuevas madres y los diversos grupos vulnerables.

También existe la necesidad de proporcionar información adecuada para mejorar la nutrición de la madre, sin la cual la acción de ALNP de las madres puede resultar subóptima, pues la madre es incapaz de producir leche de buena calidad y prepararla y alimentar adecuadamente.

El apoyo de la madre con frecuencia se visualiza de mujer a mujer (o, más comúnmente, de madre a madre), pero en general abarca el suministro de información precisa y oportuna para ayudar a una mujer a tener más confianza; formular recomendaciones sensatas basadas en investigaciones actualizadas; brindar una atención compasiva antes, durante y después del parto; practicar la empatía y la escucha activa, dar asistencia y orientación prácticas.

También incluye el apoyo y la orientación por parte de profesionales y trabajadores de salud. Diversos servicios de extensión comunitaria también pueden ayudar a las mujeres con la ALNP óptima.

Las actividades en estos contextos incluyen apoyo de mujer a mujer, orientación individual o grupal, visitas a los hogares u otras medidas y actividades pertinentes a nivel local que garanticen que las mujeres tengan acceso a información correcta y respetuosa, asistencia y servicios de orientación sobre alimentación del lactante y el niño(a) pequeño(a). El apoyo a la madre reforzado mediante la extensión comunitaria o el apoyo basado en la comunidad ha resultado útil en todos los ámbitos para garantizar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y la lactancia continua, con alimentos complementarios adecuados y locales durante 2 años o más. Debe realizarse una revisión y evaluación de los sistemas de apoyo comunitario existentes, en particular para la prestación de orientación en alimentación del lactante y niño(a) pequeño(a). Las mujeres que dan a luz en un hospital necesitan el apoyo continuo en el hogar y en la comunidad, con ayuda de todos los miembros(as) de la familia, entre ellos el padre y la abuela del bebé.

Posibles fuentes de información:

- Pueden realizarse discusiones con representantes del Ministerio de Salud, Nutrición, Ministerio de Bienestar Social, Ministerio de Asuntos de la Mujer o cualquier otra instancia gubernamental dedicada al bienestar social, el(la) Coordinador(a) Nacional de Lactancia Materna (o para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as), grupos de Apoyo Materno, grupos de lactancia materna o representantes de ONG como IBFAN, WABA y LLLI, involucradas en la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as).
- También se pueden analizar circulares y órdenes gubernamentales o documentos de programas de salud o nutrición infantil.

Directrices para la puntuación			
Criterios	Puntaje		
	✓	Marque las que aplican	
	Sí	En cierta medida	No
6.1) Todas las mujeres embarazadas tienen acceso a los sistemas y servicios de apoyo comunitario que prestan servicios de orientación para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as).		1	
6.2) Todas las mujeres reciben apoyo para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) después del parto, para iniciar la lactancia materna.		1	
6.3) Todas las mujeres tienen acceso a apoyo y orientación para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) y servicios de apoyo de cobertura nacional.		1	
6.4) La orientación comunitaria mediante grupos de apoyo para madres y los servicios de apoyo para mujeres embarazadas o lactantes están incorporados a una política general de salud y desarrollo de lactantes y niños(as) pequeños(as) ALNP/Salud/Nutrición.			0
6.5) Los(las) voluntarios(as) comunales y trabajadores(as) en salud reciben capacitación en orientación para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as).		1	
Puntaje total:	4/10		
Conclusiones y Recomendaciones			

Fuentes de información utilizadas (favor de indicar en la lista):

1. *Revisión de experiencias con líderes del grupo Liga de la Leche Panama*

Conclusiones (Resuma los aspectos adecuados del sistema de salud y atención nutricional y los que deben mejorar y por qué. Identifique las áreas que requieren un análisis más profundo):

El sistema de salud en cada una de las instalaciones donde se ofrece atención al parto debería identificar grupos comunitarios de apoyo o personal voluntario, que pueda dar el soporte a nivel del hogar y de la comunidad

Brechas (Indique las carencias identificadas en la implementación de este indicador):

1. *Existencia limitada de madres de la comunidad o de madres voluntarias que deseen participar como grupo de apoyo a madres gestante o lactantes*

Recomendaciones *(Indique las medidas recomendadas para cerrar las brechas):*

1. *Incentivar la participación del voluntariado en el tema de apoyo a madres gestantes y lactantes*
2. *Fortalecer la formación de los promotores de la salud con contenidos adecuados en lactancia materna exclusiva y alimentación de lactantes y niños pequeños*

Indicador 7: Apoyo informativo

Pregunta clave: ¿Se están implementando estrategias integrales de Información, Educación y Comunicación (IEC) para mejorar la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) (lactancia materna y alimentación complementaria)? (Véanse los Anexos 7.1, 7.2)

Antecedentes:

Las mujeres y los cuidadores tienen derecho a apoyo objetivo y adecuado; las estrategias de información, educación y comunicación (IEC) son aspectos importantes de un programa integral para mejorar las prácticas de alimentación del lactante y del niño(a) pequeño(a).

Sin embargo, debido a que tales programas son costosos y a menudo se efectúan en un contexto comercial, tienden a atraer financiamiento inadecuado; por ejemplo, de la industria de la alimentación de bebés. Esto puede socavar la eficacia de cualquier campaña y conducir a decisiones imprudentes.

El primer paso esencial de una estrategia informativa consiste en asegurarse de que la influencia de la industria de alimentos para bebé en tales mensajes sea mínima. Los enfoques de IEC pueden incluir el uso de actividades en medios electrónicos (TV, radio, video) e impresos (afiches, tarjetas de orientación, rotafolios, manuales, periódicos, revistas), así como actividades interpersonales (orientación, educación grupal, grupos de apoyo) y comunitarias para comunicar información importante, además de material de motivación para madres, familias y la comunidad.

Las estrategias informativas tienen más probabilidad de llevar a cambios positivos de la conducta si se acompañan de sesiones de orientación, visitas al hogar, discusiones grupales orientadas a la acción y obras dramáticas enfocadas en la resolución de problemas. Las estrategias IEC son exhaustivas cuando garantizan que todos los medios y canales transmiten mensajes concisos, coherentes, apropiados y orientados a la acción, para públicos meta a nivel nacional, institucional, comunitario y familiar.

Posibles fuentes de información:

- Pueden realizarse entrevistas con representantes de agencias nacionales de comunicación o información, televisoras o estaciones de radio nacionales, funcionarios(a)s(as) del Ministerio de Salud como Coordinador(a) /Comité Nacional de Lactancia Materna (o para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as),

funcionarios(a)s(as) en educación sobre salud y nutrición, funcionarios(a)s(as) de los Ministerios de la Mujer y Desarrollo Infantil/ Bienestar Social y representantes de UNICEF, OMS y ONG.

- Considere la revisión de muestras de espacios publicitarios de medios electrónicos y material impreso, además de observar eventos de los medios sobre consejería, educación y comunitarios.

<i>Directrices para la puntuación</i>			
Criterios	Puntaje ✓ Marque las que aplican		
	Sí	En cierta medida	No
7.1) Existe una estrategia nacional de IEC para mejorar la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as), que garantiza que la información y los materiales no contienen ninguna influencia comercial ni posibles conflictos de interés.	2		
7.2 ^a) Los sistemas nacionales de salud y nutrición incluyen orientación individual sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as)	1	.	
7.2b) Los sistemas nacionales de salud y nutrición servicios de educación grupal y orientación sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as).	1	.	
7.3) Los materiales IEC sobre ALNP son objetivos y coherentes, están alineados con recomendaciones nacionales e internacionales e incluyen información sobre los riesgos de la alimentación artificial.		1	
7.4) Se están implementando programas locales de IEC (como la Semana Mundial de Lactancia) que incluyen la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) y carecen de influencia comercial	2		
7.5) Los materiales y mensajes de IEC incluyen información sobre los riesgos de la alimentación artificial de acuerdo con las directrices de la OMS/FAO sobre la preparación y manipulación de preparados en polvo para lactantes (PIF). ¹⁰	2		

¹⁰ para garantizar que los médicos y otros profesionales de salud, los trabajadores comunitarios de salud y las familias, las madres y padres y otros cuidadores y en especial de lactantes de alto riesgo, obtengan

Puntaje total:	9/10
Conclusiones y Recomendaciones	

Fuentes de información utilizadas (favor de indicar en la lista):

1. *Revisión de materiales educativos y didácticos de lactancia materna y alimentación de lactantes y niños pequeños*

Conclusiones (Resuma los aspectos adecuados del programa de IEC y cuáles deben mejorar y por qué. Identifique las áreas que requieren un análisis más profundo):

Existen materiales educativos pero se requiere establecer una estrategia nacional de IEC. Complementar la información de lactancia materna exclusiva y acompañada en los lactantes y niños pequeños

Los materiales informativos deben incluir los riesgos de la alimentación con formulas según las directrices de OMS/FAO relativos a los preparados en polvo para lactantes

Brechas (Indique las carencias identificadas en la implementación de este indicador):

1. *Ausencia de estrategia nacional de IE*

Recomendaciones (Indique las medidas recomendadas para cerrar las brechas):

1. *Identificar las estrategias en el desarrollo de la IEC para mejorar la alimentación del lactante y del niño pequeño (Lactancia materna y alimentación complementaria)*
2. *Producción de material informativo uniforme en los contenidos*

información y capacitación suficiente y oportuna -de parte de los proveedores de salud- sobre la preparación, utilización y manipulación de preparados o fórmulas en polvo para lactantes, con el fin de minimizar los riesgos sanitarios; que estén conscientes de que la fórmula infantil en polvo puede contener microorganismos patógenos y que debe prepararse y utilizarse debidamente; y, si corresponde, que esta información se transmita en una advertencia explícita en los envases;

Indicador 8: Alimentación infantil y VIH

Pregunta clave: *¿Se cuenta con políticas y programas que garanticen que las madres VIH positivas reciban el apoyo necesario para llevar a cabo la práctica nacional recomendada de alimentación infantil? (Véanse los Anexos 8.1, 8.2)*

Antecedentes:

*El VIH y la alimentación infantil, 2010: un marco actualizado para la acción prioritaria*¹¹ ha sugerido las siguientes actividades para lograr que los niños sobrevivan, sin VIH.

- Diseñar o revisar (según proceda) una política nacional integral sobre la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as), que incluya VIH y alimentación infantil.
- Promover y apoyar las prácticas de una adecuada alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as), aprovechando la oportunidad de implementar las directrices modificadas sobre VIH y alimentación infantil.
- Ofrecer apoyo adecuado a las mujeres VIH positivas para permitirles llevar a cabo la práctica de alimentación infantil recomendada, que incluye garantizar el acceso a tratamiento antirretroviral o profilaxis.
- Desarrollar e implementar una estrategia de comunicación para promover prácticas adecuadas de alimentación orientada a personas encargadas de decisiones, trabajadores en salud, la sociedad civil, trabajadores comunitarios, madres y sus familias.
- Implementar y hacer cumplir el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y posteriores resoluciones pertinentes de la AMS.
-

El hecho de que el VIH se puede transmitir a través de la lactancia materna, pero también que la lactancia tiene implicaciones que pueden salvar la vidas de los bebés y niños plantea un dilema para todos, incluidos los responsables políticos, consejeros sobre alimentación infantil y las madres que son VIH positivas, pues no saben si elegir la lactancia materna para su bebé o darle alimentación sustituta.

La alimentación sustituta óptima rara vez es posible en entornos con recursos limitados. La alimentación con fórmula es costosa y poco fiable, y resulta difícil mantener suministros constantes de fórmula infantil en los países con una infraestructura limitada para el transporte y almacenamiento. Incluso cuando la leche de fórmula se ofrece libremente, es posible que no sea culturalmente aceptable y a menudo pone a la madre en riesgo de que su

¹¹ OMS 2010. Directrices de la OMS sobre el VIH y la alimentación infantil: marco actualizado para la acción prioritaria. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75152/1/FWC_MCA_12.1_eng.pdf

estado de VIH se dé a conocer a su familia y la comunidad de manera no intencional. En vista de ello, la lactancia materna se ha mantenido como la mejor práctica de alimentación, independientemente del estado de VIH en la mayoría de los entornos, sobre todo en los países en desarrollo, donde la prevalencia del VIH es alta. Por otra parte, la evidencia ha demostrado que los medicamentos antirretrovirales (ARV), ya sea la terapia antirretroviral de por vida (ART) o profilaxis de fármacos antirretrovirales, que se otorga a la madre lactante y al bebé puede reducir el riesgo de transmisión mediante lactancia hasta apenas el uno por ciento. Así, las Directrices de la OMS de 2010 estipulan que las autoridades sanitarias nacionales, e incluso las autoridades locales, si corresponde, deben decidir si los servicios de salud serán los principales encargados de aconsejar a las madres que se sabe están infectadas por el VIH a optar por la lactancia materna y recibir intervenciones ARV (para ellas o sus bebés) o bien de evitar toda la lactancia, como la estrategia que dará a los recién nacidos la mayor oportunidad de no infectarse con VIH y seguir con vida.

Las políticas y programas para implementar esto de manera eficaz deberán contar con pruebas de VIH y orientación psicológica (HTC) y ofrecerlas en forma rutinaria a todas las madres. Además, se deberá brindar asistencia para garantizar que los ARV sean accesibles a todas las madres lactantes de acuerdo con las recomendaciones nacionales y dar apoyo y seguimiento a todas las madres, independientemente de su estado VIH.

En una situación de emergencia, en los países que recomiendan la lactancia materna exclusiva con ARV para las madres infectadas por el VIH, la recomendación debe permanecer igual, incluso si los ARVs no estén disponibles temporalmente.

En los países que recomiendan la alimentación con fórmula para las madres infectadas por el VIH, se debe actuar con gran cuidado para asegurarse de que haya fórmula infantil compatible con el Código disponible solo para aquellos bebés que lo necesiten. Las autoridades nacionales y/o la autoridad de gestión de emergencias debe determinar si la recomendación de alimentar con fórmula sigue siendo apropiado dadas las circunstancias.

El personal de salud que trate a madres y recién nacidos necesita preparación para hacer frente a las circunstancias que pudieran surgir situaciones de emergencia, incluyendo el apoyo a las mujeres infectadas por el VIH.

Posibles fuentes de información:

1. Consulte los siguientes documentos para determinar si se incluyen recomendaciones globales sobre el VIH y alimentación infantil en la política nacional:
 - a. OMS 2010. Directrices sobre el VIH y la alimentación infantil. Principios y recomendaciones para la alimentación infantil en el contexto del VIH y un

resumen de la evidencia. Disponible en:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599535_eng.pdf?ua=1

Visitado el 20 de agosto de 2013

- b. OMS 2009. Asesoría rápida. El uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento de mujeres embarazadas y la prevención de la infección por VIH en lactantes. Recomendaciones para un enfoque de salud pública.

Disponible en:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598934_eng.pdf

Visitado el 20 de agosto de 2013.

2. Analice los informes de la organización nacional de control del VIH/SIDA.
3. Entreviste a funcionarios(a)s(as) del Ministerio de Salud, el organismo encargado del control del VIH/SIDA, UNICEF, OMS, etc.

Directrices para la puntuación			
Criterios	Puntaje		
	✓ <i>Marque las que aplican</i>		
	Sí	En cierta medida	No
8.1) El país cuenta con una política integral y actualizada, consecuente con directrices internacionales sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as), que incluye alimentación infantil y VIH		1	
8.2) La política sobre alimentación infantil y VIH da vigencia al Código Internacional y la Legislación Nacional.		0.5	
8.3) El personal en salud y los(las) trabajadores(as) comunitarios(as) reciben capacitación en políticas de VIH y alimentación infantil, riesgos asociados con las diversas opciones de alimentación para lactantes hijos(as) de madres VIH positivas y sobre cómo brindarles orientación y apoyo.		0.5	
8.4) Se cuenta con pruebas y orientación sobre VIH (HTC), pruebas y orientación para inicio de exámenes de VIH (PIHTC) y Orientación y Pruebas Voluntarias y Confidenciales (VCCT), y se ofrecen en forma rutinaria a las parejas que están pensando en un embarazo y a las mujeres embarazadas y sus compañeros.	1		
8.5) Se brinda a madres VIH positivas orientación consecuente con las recomendaciones internacionales actuales, y adecuada al contexto local.	1		

8.6) Se apoya a las madres para llevar a cabo las prácticas recomendadas de alimentación infantil, con orientación adicional y seguimiento para que la implementación de tales prácticas sea factible.	1		0
8.7) Las madres VIH positivas que están amamantando y reciben apoyo mediante ARVs consecuentes con las recomendaciones nacionales, reciben seguimiento y apoyo adicional para garantizar que se mantengan los ARVs.	1		
8.8) Se hacen esfuerzos especiales para contrarrestar la desinformación sobre VIH y alimentación infantil y para promover, proteger y apoyar 6 meses de lactancia materna exclusiva y lactancia materna prolongada en la población general.			0
8.9) Existe un monitoreo constante para determinar los resultados de las intervenciones para prevenir la transmisión del VIH a través de la lactancia materna en las prácticas de alimentación infantil y su impacto en la salud de las madres y lactantes, incluyendo aquellos (as) que son VIH negativos (as) o de estatus desconocido.		0.5	
Puntaje total:	6.5/10		

Fuentes de información utilizadas (favor de indicar en la lista):

1. *Revisión de documentos de VIH/SIDA*
2. *Clínicas TARV*

Conclusiones (*Resuma los aspectos adecuados del programa de VIH y alimentación infantil, y cuáles aspectos deben mejorar y por qué. Identifique las áreas que requieren un análisis más profundo*) :

La política del manejo de VIH, es la entrega de fórmulas a todos los hijos de madre VIH positiva. Debe mejorarse el concepto y ofrecer a la madre las opciones que permita decidir según su habito,

Brechas (*Indique las carencias identificadas en la implementación de este indicador*):

1. *La política de manejo al contagio del VIH, no se ha actualizado según la generación del conocimiento y opciones de lactar de forma segura.*

Recomendaciones (*Indique las medidas recomendadas para cerrar las brechas*):

1. *Revisar y Actualizar la política de manejo de VIH y lactancia a la luz de nuevas recomendaciones*

Indicador 9: Alimentación infantil durante emergencias

Pregunta clave: ¿Existen políticas y programas apropiados que garanticen que las madres, lactantes y niños(as) recibirán protección y apoyo adecuados para una alimentación adecuada durante emergencias? (Véase el Anexo 9)

Antecedentes:

Los (las) lactantes y niños(as) pequeños(as) se encuentran entre los grupos más vulnerables en emergencias. La interrupción de la lactancia materna y la inadecuada alimentación complementaria aumentan el riesgo de desnutrición, enfermedad y mortalidad. En situaciones de emergencia y auxilio, la responsabilidad de proteger, promover y apoyar las prácticas óptimas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) y de minimizar las prácticas perjudiciales debe compartirse entre las instituciones del país afectado por la emergencia y las agencias de respuesta a la emergencia. La guía Operativa Concisa para asegurar la alimentación adecuada en situaciones de emergencia y cumplir así con las normas internacionales en emergencias, ha sido diseñada por el Grupo Central Interagencial para la Alimentación Infantil en Emergencias y fue adoptada por la AMS en 63.23 en 2010 (Alimentación Infantil en Emergencias. Guía Operativa para personal de emergencias y socorro y directores de programas, versión 2.1, 2007, grupo de AIE <http://www.enonline.net/resources/6>). Los detalles prácticos sobre cómo implementar la guía resumida en la Guía Operativa se incluyen en los materiales de capacitación complementarios, desarrollados también mediante la colaboración interagencial y como parte de los materiales de desarrollo de capacidades del grupo de las Naciones Unidas en Nutrición (UN Nutrition Cluster). Todos estos recursos están disponibles en www.enonline.net.

Posibles fuentes de información:

Debe establecerse contacto con las autoridades nacionales (o equivalentes) encargadas de prepararse y responder ante las emergencias, además del personal designado de los programas nacionales en salud y nutrición, para obtener información sobre el desarrollo de políticas y la implementación de las actividades de preparación y respuesta. Ellos debieran poder entregar una lista detallada de criterios necesarios para proteger, promover y apoyar las prácticas de alimentación adecuadas para lactantes y niños(as) pequeños(as) durante

cualquier emergencia. Esta lista ofrece referencias e información útiles para asistir en el puntaje de los criterios presentados a continuación.

<i>Directrices para la puntuación</i>			
Criterios	Puntaje ✓ Marque las que aplican		
	Sí	En cierta medida	No
9.1) El país cuenta con una política integral para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) que incluye la alimentación infantil en emergencias y contiene una lista con todos los elementos básicos incluidos en la Guía Operativa de AIE.		1	
9.2) Se ha designado a la (s) persona (s) que tiene(n) a su cargo la coordinación nacional con los aliados pertinentes, como la ONU, donantes, militares y ONG para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) en situaciones de emergencia.	2		
9.3) Se ha diseñado un plan de preparación y respuesta ante emergencias con base en los pasos prácticos citados en la Guía Operativa. El plan se ha implementado en situaciones recientes de emergencia, y abarca lo siguiente: a) intervenciones básicas y técnicas para crear un ambiente propicio para la lactancia materna, como orientación por consejeros debidamente capacitados, apoyo para volver a la lactancia y nodrizas, y espacios protegidos para la lactancia materna b) medidas para minimizar los riesgos de la alimentación artificial, incluyendo una declaración sobre cómo evitar las donaciones de sucedáneos de la leche materna, biberones y tetinas, y procedimientos estándar para el manejo de donaciones no solicitadas y gestión de las adquisiciones y el uso de cualquier fórmula infantil y BMS, de acuerdo con criterios estrictos, la Guía Operativa de AIE y el Código Internacional, así como las ulteriores resoluciones pertinentes de la AMS		1	
9.4) Se han asignado recursos para la implementación del plan de preparación y respuesta a emergencias.		1	

9.5) a) Se ha incorporado orientación y material de capacitación adecuado sobre alimentación del lactante y del niño(a) pequeño(a) en caso de emergencias a las capacitaciones previas al servicio y en el servicio para el personal de gestión de emergencias y atención de salud. b) Se está llevando a cabo orientación y capacitación de acuerdo con el plan nacional de preparación y respuesta a emergencias			0
Puntaje total:	5/10		

Fuentes de información utilizadas (favor de indicar en la lista):

1. *Informes del sistema y del plan de preparación y respuesta de emergencias*

Conclusiones (Resuma los aspectos adecuados del plan de preparación y respuesta a emergencias y cuáles deben mejorar y por qué. Identifique las áreas que requieren un análisis más profundo):

Al plan existente debe de incorporarse los conceptos y la consejería adecuada en lactancia en casos de emergencias y estar totalmente incluidos en las diferentes etapas del plan.

Actualizar la capacitación de lactancia materna a personal de emergencias valorando la lactancia materna exclusiva versus los riesgos de alimentación con fórmulas en casos de emergencias.

Revisar el material de capacitación y de orientación a la población sobre lactancia materna exclusiva en casos de emergencias

Brechas (Indique las carencias identificadas en la implementación de este indicador):

1. *Ausencia de métodos y de conocimientos del porque se debe incluir la lactancia materna exclusiva como alimentación preferencial de lactantes en casos de emergencia.*
2. *Preferenciar la donación de fórmulas infantiles en casos de emergencia.*

Recomendaciones (Indique las medidas recomendadas para cerrar las brechas):

1. *Actualizar la capacitación de lactancia materna a personal de emergencias valorando la lactancia materna exclusiva versus los riesgos de alimentación con fórmulas en casos de emergencias*
2. *Revisión de contenidos del material de capacitación en casos de emergencias para incluir lactancia materna exclusiva*

Indicador 10: Mecanismos de monitoreo y sistema de evaluación

Pregunta clave: ¿Existen sistemas de monitoreo y evaluación donde se recopilen, analicen y utilicen datos en forma rutinaria a fin de usarlos para mejorar las prácticas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as)? (Véase el Anexo 10.1)

Antecedentes:

Los componentes de monitoreo y evaluación (M & E) deben incorporarse a las principales actividades del programa y recolección de datos sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) con relación a las prácticas de alimentación integradas a sistemas o estudios nacionales sobre vigilancia nutricional y monitoreo en salud.

Los datos periódicos de monitoreo o del sistema de gestión de la información deben recopilarse y analizarse en forma sistemática, y los directores de programas deben considerarlos como parte del proceso de planificación, gestión e implementación. Cuando proceda, deberán recopilarse datos de línea base y de seguimiento para medir los resultados. Se deben tener en cuenta criterios unificados sobre el uso de indicadores y estrategias de recopilación de datos definidos a nivel internacional en aras de aumentar la disponibilidad de datos comparables¹². Es vital concebir estrategias para garantizar que los resultados de evaluaciones importantes se utilicen para asegurarse de que las decisiones se tomen con base en evidencias.

Posibles fuentes de información:

Pueden realizarse entrevistas con funcionarios(a)s(as), directores de programa y/o especialistas en evaluación que supervisan o realizan actividades de monitoreo y evaluación dentro del programa nacional para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as). El Gobierno Nacional que realiza estudios como la Encuesta en Demografía y Salud (o encuestas nacionales similares) también puede suministrar información. Revise cualquier informe de evaluación importante que esté disponible. Hable con personas clave en la toma de decisiones que deberían recibir y usar los resultados de M & E. Los grupos de lactancia materna en el país también podrían tener información sobre este aspecto.

Directrices para la puntuación

¹² Ver el informe de la OMS sobre los indicadores para evaluar las prácticas de lactancia materna, donde encontrará sugerencias sobre estrategias de indicadores y recolección de datos sobre lactancia materna. La OMS se encuentra en el proceso de considerar indicadores apropiados para medir las prácticas de alimentación complementarias.

Criterios	Puntaje		
	✓ Marque las que aplican		
	Sí	En cierta medida	No
10.1) Los componentes de monitoreo y evaluación están incorporados a las principales actividades del programa de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as).	2		
10.2) Los datos y la información de los avances alcanzados en la implementación del programa ALNP son usados por los directores del programa para guiar las decisiones de planificación e inversión		1	
10.3) Se recopilan datos sobre los avances hacia la implementación de las actividades del programa de ALNP periódicamente a nivel nacional y subnacional.		1	
10.4) Los datos y la información relacionada con el avance del programa de ALNP se reportan a personas encargadas de decisiones			0
10.5) El monitoreo de prácticas esenciales de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) se ha incorporado a un sistema nacional de vigilancia nutricional y/o monitoreo de la salud, o en encuestas nacionales de salud.		1	
Puntaje total:	5/10		

Fuentes de información utilizadas (favor de indicar en la lista):

1. *Sistema de estadísticas de salud*
2. *Informes de supervisión de niñez y adolescencia*

Conclusiones (Resuma los aspectos adecuados del monitoreo y la evaluación y cuáles deben mejorar y por qué. Identifique las áreas que requieren un análisis más profundo)
Aunque en las historias clínicas de los lactantes, existe y se exige que sea monitoreado en cada consulta la forma de alimentación láctea. El sistema regular de información no recolecta de forma sistemática la información de alimentación infantil. Deberá identificarse la forma más adecuada de recolectar esta información. Actualmente se trabaja en el establecimiento de un expediente electrónico en las instalaciones de la red de servicios de salud, esta es una oportunidad de incluir el monitoreo de la alimentación infantil

Brechas (Indique las carencias identificadas en la implementación de este indicador):

1. *Ausencia de información de alimentación infantil de forma regular*
2. *Solo se tiene acceso a la información de la alimentación infantil por medio de la encuesta MICs de UNICEF*

Recomendaciones *(Indique las medidas recomendadas para cerrar las brechas):*

1. *Incorporar en el nuevo sistema de expediente electrónico el monitoreo de la lactancia materna exclusiva y la alimentación infantil según edad en meses del lactante atendido y la recolección de esta información de forma regular.*

Indicador 11: Iniciación temprana de la lactancia materna

Pregunta clave: ¿Cuál es el porcentaje de bebés que amamantan durante la primera hora de nacimiento?

Definición del indicador: Proporción de bebés nacidos en los últimos 24 meses que fueron amamantados máximo una hora después de nacer

Antecedentes

Muchas madres en el mundo dan a luz a sus bebés en su casa, especialmente en países en desarrollo y más aún en áreas rurales. La lactancia materna se inicia tardíamente en muchos de estos lugares por aspectos culturales u otras creencias. Conforme al “Paso” 4 de los *Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa* de las nuevas directrices de la Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño y la Niña (IHAN), el bebé se debe poner en contacto “piel con piel” con su madre en la primera media hora posterior al parto, y se le debe dar el pecho en la primera hora en todo parto normal. Si la madre ha sido sometida a una cesárea, debe ofrecérsele el pecho al(la) bebé cuando la madre esté en condiciones de responder y esto ocurre también dentro de unas pocas horas de la anestesia general. Aquellas madres a las que se les ha practicado una cesárea necesitan ayuda adicional pues de lo contrario podrían iniciar la lactancia materna mucho más tarde. De manera óptima, el(la) bebé debería comenzar a amamantarse antes de que se le realice cualquier procedimiento de rutina (como bañarlo(a), pesarlo(a), cuidado de su cordón umbilical, aplicación de medicamentos para los ojos). La lactancia materna temprana ayuda a mantener un mejor control de la temperatura del(la) recién nacido(a), fortalece la vinculación afectiva entre madre e hijo(a) y además aumenta la posibilidad de establecer la lactancia materna exclusiva temprana y el

éxito de la misma. La evidencia de estudios refleja que la iniciación temprana de la lactancia podría reducir la mortalidad neonatal un 22%¹³

Fuente de datos: Encuestas demográficas y de salud, encuesta MICS, encuesta nacional y sub-nacional, sistemas nacionales de información de salud

Directriz:

Indicador 11	Calificación adaptada de la herramienta de la OMS (véase el Anexo 11)	Directriz de IBFAN Asia para la WBTi		
Iniciación de la lactancia materna (en 1 hora)		Puntaje	Clasificación por color	
	0.1-29%	3	Rojo	
	29.1-49%	6	Amarillo	47%
	49.1-89%	9	Azul	
	89.1-100%	10	Verde	

Fuente de datos (incluyendo el año):

Encuesta MICS. Instituto Nacional de Estadística. Contraloría General de la Republica. UNICEF. 2014

¹³ Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. Pediatrics 2006; 117: 380-386

Indicador 12: Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses

Pregunta clave: ¿Cuál es el porcentaje de bebés de 0-6 meses de edad que recibieron lactancia materna exclusiva en las últimas 24 horas¹⁴?

Definición del indicador: Lactancia materna exclusiva con menores de 6 meses: Proporción de lactantes de 0-5 meses de edad que son alimentados exclusivamente con leche materna

Antecedentes

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses es sumamente crucial para la supervivencia, crecimiento y desarrollo de lactantes y niños(as) pequeños(as). Disminuye el riesgo de enfermedad, especialmente de enfermedades diarreicas. Además, prolonga la amenorrea de la lactancia en madres que amamantan con frecuencia. La OMS comisionó una revisión sistemática de literatura científica publicada sobre la duración óptima de la lactancia materna exclusiva y en marzo de 2001, los resultados se sometieron a revisión técnica y examen detallado durante una Consulta con Expertos. Esta Consulta con Expertos recomendó un cambio a “lactancia materna exclusiva durante 6 meses” en lugar de las recomendaciones anteriores de 4 meses. En mayo de 2001, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) adoptó formalmente esta recomendación a través de la resolución 54.2 /2001. En el 2002, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó otra resolución 55.25 que adoptó la Estrategia Mundial para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as). Más adelante, la Junta Ejecutiva de UNICEF también adoptó esta resolución y la Estrategia Mundial para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) en septiembre de 2002, alcanzando un consenso único en esta recomendación de la salud. Un análisis publicado en Lancet¹⁵ destaca claramente el papel de la lactancia materna exclusiva por los primeros seis meses, esencial para la supervivencia y el desarrollo infantiles.

Fuente de datos: Encuestas demográficas y de salud, encuesta MICS, encuesta nacional y sub-nacional, sistemas nacionales de información de salud

Directriz:

Indicador 12	Calificación adaptada de la herramienta de la OMS (véase el Anexo 11)	Directriz de IBFAN Asia para la WBTi		
		Puntaje	Clasificación por color	
Lactancia materna exclusiva (durante los primeros 6 meses)	0.1-11%	3	Rojo	
	11.1-49%	6	Amarillo	21.5%
	49.1-89%	9	Azul	

¹⁴ Lactancia materna exclusiva significa que el(la) lactante ha recibido sólo leche materna (de su madre o de una nodriza, o de leche materna extraída) y ningún otro líquido o sólido con la excepción de gotas o jarabes que consisten en suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos (2)

¹⁵ Robert E Black, Saul S Morris, Jennifer Bryce. Where and why are 10 million children dying every year? THE LANCET 2003; 361 : 2226-34.

	89.1-100%	10	Verde	
--	-----------	----	-------	--

Fuente de datos (incluyendo el año):

Encuesta MICS. Instituto Nacional de Estadística. Contraloría General de la Republica.
UNICEF. 2014

Anexo 12**Calculadora de la tasa de lactancia materna exclusiva¹⁶**

<i>Calculadora de la tasa de lactancia materna exclusiva (LME) utilizando datos DHS disponibles para intervalos de dos meses</i>			
			De las tablas publicadas:
1a	LME, 0–1 mes	%	Tasa LME en porcentajes para bebés LM 0 - <2 meses
1b	LME, 2–3 meses	%	Tasa LME en porcentajes para bebés 2 - <4 meses
1c	LME, 4–5 meses	%	Tasa LME en porcentajes para bebés 4 - <6 meses
1d	LME, 0–5 meses	21.5 %	Tasa LME calculada para bebés 0 – <6 meses
			De las tablas publicadas:
2a	Número, 0–1 mes		Número total de niños en el grupo etario de 0 - <2 meses
2b	Número, 2–3 meses		Número total de niños en el grupo etario de 2 - <4 meses
2c	Número, 4–5 meses		Número total de niños en el grupo etario de 4 - <6 meses
2d	Número, 0–5 meses		Cálculo del número total de niños entre 0 - <6 meses de edad
			Números absolutos calculados

¹⁶ OMS (2003). Alimentación de lactantes y niños pequeños: Herramienta para evaluar las prácticas, políticas y programas nacionales. Disponible en <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562544.pdf>

3a	Números LME, 0–1 mes		Niños 0 – <2 meses alimentados exclusivamente con leche materna
3b	Números LME, 2–3 meses		Niños 2 – <4 meses alimentados exclusivamente con leche materna
3c	Números LME, 4–5 meses		Niños 4 – <6 meses alimentados exclusivamente con leche materna
3d	Números LME, 0–5 meses		Niños 0 – <6 meses alimentados exclusivamente con leche materna

Instrucciones para calcular la tasa de alimentación exclusiva con leche materna en niños entre 0 y <6 meses de edad

1. Busque el cuadro sobre “estado de lactancia materna” en el capítulo sobre nutrición infantil y materna en la *Encuesta Demográfica y de Salud (DHS)* más reciente en el país seleccionado.
2. Encuentre los datos sobre el porcentaje de niños alimentados con “la materna exclusiva” y los datos sobre el “número de niños vivos” de los mismos grupos de edad - por lo general, la segunda y última columnas de la tabla.
3. Indique las tasas de lactancia materna exclusiva (LME) en porcentajes para los niños de 0-1, 2-3, y 4-5 en las filas 1a–1c de la tabla anterior. (Use cifras con un punto decimal, como 15,6%).
4. Indique el número total de niños vivo en edades 0–1, 2–3 y 4–5 en las filas 2a–2c de la tabla anterior.
5. Calcule el número de niños en la encuesta en edades entre 0 y 5 meses sumando los números de las filas 2a-2c e introduzca este número en la fila 2d anterior.
6. Calcule el número de niños que se alimentan exclusivamente con leche materna para cada grupo etario multiplicando el número total en cada grupo etario por el porcentaje de niños alimentados exclusivamente con leche materna en ese grupo etario, e inserte en las filas correspondientes ($1a \times 2a = 3a$; $1b \times 2b = 3b$; $1c \times 2c = 3c$). Redondee cada número al número entero más próximo.
7. Calcule el número de niños amamantados exclusivamente entre 0 y 5 meses de edad sumando la cantidad de niños alimentados exclusivamente con lactancia materna en cada grupo de edad, e introduzca ese número en la fila 3d anterior ($3a + 3b + 3c = 3d$).
8. Calcule la tasa de alimentación exclusiva con leche materna para niños entre 0 y 5 meses de edad dividiendo el número de niños entre 0 y 5 meses que son alimentados exclusivamente con leche materna entre el número total de niños de esas mismas edades e inserte el porcentaje en la fila 1d anterior ($3d / 2d = 1d$).

Indicador 13: Duración mediana de la lactancia materna

Pregunta clave: ¿Los/as bebés son amamantados(as) por una duración media de cuántos meses?

Antecedentes

La “*Declaración de Innocenti*” y la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño(a) pequeño(a) recomienda que los bebés sigan siendo amamantados durante dos años o más, junto con alimentos complementarios adecuados y apropiados a partir de los seis meses. La leche materna sigue siendo una fuente importante de nutrición y líquidos, además de protección inmunológica para el lactante y el niño(a) pequeño(a). La proximidad continua entre madre e hijo(a) que proporciona la lactancia materna ayuda al desarrollo óptimo del lactante y el niño(a) pequeño(a).

Fuente de datos: Encuestas demográficas y de salud, encuesta MICS, encuesta nacional y sub-nacional, sistemas nacionales de información de salud

Directriz:

Indicador 13	Calificación adaptada de la herramienta de la OMS (véase el Anexo 11)	Directriz de IBFAN Asia para la WBTi		
Duración mediana de la lactancia materna		Puntaje	Clasificación por color	
	0.1-18 meses	3	Rojo	15.5 meses
	18.1-20 ”	6	Amarillo	
	20.1-22 ”	9	Azul	
	22.1-24 o después ”	10	Verde	

Fuente de datos (incluyendo el año):

Encuesta MICS. Instituto Nacional de Estadística. Contraloría General de la Republica. UNICEF. 2014

Indicador 14: Alimentación con biberón

Pregunta clave: ¿Qué porcentaje de bebés amamantados, 0-12 meses, recibe otros alimentos o bebidas (incluyendo leche materna) en biberón?

Definición del indicador: Proporción de niños entre 0 y 12 meses de edad que son alimentados con biberón

Antecedentes

Los(las) bebés deben ser amamantados(as) en forma exclusiva durante sus primeros 6 meses de edad y no necesitan recibir ningún otro líquido, ni fórmulas de leche fresca o enlatada, ya que ello les causaría un mayor daño y reemplazaría a la preciada leche materna. Asimismo, después de los seis meses los(las) bebés idealmente deben recibir leche materna más alimentos complementarios. Si un(a) bebé no pudiera recibir la leche materna del pecho de su madre, debe dársele en una tacita. (Si no pudiera tragar, se le debe dar la leche materna por medio de un tubo de alimentación.) La alimentación con biberón se refiere a la proporción de niños entre 0 y 23 meses de edad que son alimentados con un biberón que tiene pezón o tetina. La información sobre alimentación con biberón es útil debido a la posible interferencia de la alimentación con biberón en las prácticas de lactancia óptima y la relación entre alimentación con biberón y una mayor morbilidad y mortalidad por enfermedades diarreicas. Los biberones con pezones artificiales son particularmente susceptibles a contaminación.

Fuente de datos: Encuestas demográficas y de salud, encuesta MICS, encuesta nacional y sub-nacional, sistemas nacionales de información de salud

Directriz:

Indicador 14	Calificación adaptada de la herramienta de la OMS (véase el Anexo 11)	Directriz de IBFAN Asia para la WBTi		
Alimentación con biberón (0-12 meses)		Puntaje	Clasificación por color	
	29.1-100%	3	Rojo	63%
	4.1-29%	6	Amarillo	
	2.1-4%	9	Azul	
	0.1-2%	10	Verde	

Fuente de datos (incluyendo el año): En niños de 0 a 23 meses.

Encuesta MICS. Instituto Nacional de Estadística. Contraloría General de la República. UNICEF. 2014

Anexo 14

Calculadora de la tasa de alimentación con biberón (BOT) ¹⁷

Calculadora de la tasa de alimentación con biberón (BOT) utilizando datos DHS disponibles para intervalos de dos meses			
			De las tablas publicadas:
1a	BOT, 0–1 mes	%	Tasa BOT en porcentajes para bebés LM 0 - <2 meses
1b	BOT, 2–3 meses	%	Tasa BOT en porcentajes para niños LM 2 – <4 meses
1c	BOT, 4–5 meses	%	Tasa BOT en porcentajes para niños LM 4 – <6 meses
1d	BOT, 6–7 meses	%	Tasa BOT en porcentajes para niños LM 6 – <8 meses
1e	BOT, 8–9 meses	%	Tasa BOT en porcentajes para niños LM 8 – <10 meses
1f	BOT, 10–11 meses	%	Tasa BOT en porcentajes para niños LM 10 – <12 meses
1g	BOT, 0–11 meses	%	Tasa BOT en porcentajes para niños LM 0 – <12 meses
			De las tablas publicadas:
2a	Número, 0–1 mes		Número total de niños LM en el grupo etario de 0 - <2 meses
2b	Número, 2–3 meses		Número total de niños LM en el grupo etario de 2 - <4 meses
2c	Número, 4–5 meses		Número total de niños LM en el grupo etario de 4 - <6 meses
2d	Número, 6–7 meses		Número total de niños LM en el grupo etario de 6 - <8 meses
2e	Número, 8–9 meses		Número total de niños LM en el grupo etario de 8 - <10 meses
2f	Número, 10–11 meses		Número total de niños LM en el grupo etario de 10 - <12 meses
2g	Número, 0–11 meses		Cálculo del número total de niños LM entre 0 - <12 meses de edad
			Números absolutos calculados
3a	Números BOT, 0–1 mes		Niños LM 0 – <2 meses alimentados con biberón
3b	Números BOT, 2–3 meses		Niños LM 2 – <4 meses alimentados con biberón
3c	Números BOT, 4–5 meses		Niños LM 4 – <6 meses alimentados con biberón
3d	Números BOT, 6–7 meses		Niños LM 6 – <8 meses alimentados con biberón

¹⁷ OMS (2013). Alimentación de lactantes y niños pequeños: Herramienta para evaluar las prácticas, políticas y programas nacionales. Disponible en <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562544.pdf>

3e	Números BOT, 8–9 meses		Niños LM 8 – <10 meses alimentados con biberón
3f	Números BOT, 10–11 meses		Niños LM 10 – <12 meses alimentados con biberón
3g	Números BOT, 0–11 meses		Niños LM 0 – <12 meses alimentados con biberón

No contamos con encuesta DHS.

Instrucciones para calcular la tasa de alimentación con biberón en niños entre 0 y <12 meses de edad

1. Busque el cuadro sobre “tipos de alimentos que recibieron los niños en las últimas 24 horas” en el capítulo sobre nutrición infantil y materna en la *Encuesta Demográfica y de Salud (DHS)* más reciente en el país seleccionado.
2. Encuentre los datos sobre el porcentaje de niños en lactancia materna (LM) “utilizando un biberón con pezón” y los datos sobre el “número de hijos” para los mismos grupos etarios; por lo general, son las dos últimas columnas de la tabla.
3. Indique las tasas de alimentación (BOT) en porcentajes para niños en las edades 0–1, 2–3, 4–5, 6–7, 8–9 y 10–11 en las filas 1a–1f en la tabla anterior. (Use cifras con un punto decimal, como 15,6%).
4. Indique el número total de niños en edades 0–1, 2–3, 4–5, 6–7, 8–9, y 10–11 en las filas 2a–2f en la tabla anterior.
5. Calcule el número de niños en la encuesta en edades entre 0 y 11 meses sumando los números de las filas 2a–2f e introduzca este número en la fila 2g anterior.
6. Calcule el número de niños LM que son alimentados con botella para cada grupo etario multiplicando el número total en cada grupo etario por el porcentaje de niños alimentados con biberón en ese grupo etario, e inserte en las filas correspondientes ($1a \times 2a = 3a$; $1b \times 2b = 3b$; $1c \times 2c = 3c$; $1d \times 2d = 3d$; $1e \times 2e = 3e$ y $1f \times 2f = 3f$). Redondee cada número al número entero más próximo.
7. Calcule el número de niños LM que son alimentados con botella entre los 0 y 11 meses de edad sumando los números de niños LM que son alimentados con botella en cada grupo etario, e inserte este número en la fila 3g anterior ($3a + 3b + 3c + 3d + 3e + 3f = 3g$).
8. Calcule la tasa de alimentación con biberón para niños LM entre 0 y 5 meses de edad dividiendo el número de niños LM entre 0 y 11 meses que son alimentados con biberón

entre el número total de niños LM de esas mismas edades e inserte el porcentaje en la fila 1g anterior ($3g / 2g = 1g$).

Indicador 15: Alimentación complementaria – Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves

***Pregunta clave:** ¿Qué porcentaje de bebés amamantados(as) recibe alimentos complementarios a los 6-8 meses de edad?*

***Definición del indicador:** Proporción de lactantes entre 6 y 8 meses de edad que recibe alimentos sólidos, semisólidos o suaves*

Antecedentes

En vista de que los(las) bebés crecen constantemente y necesitan nutrición adicional junto con la lactancia materna continua, después de cumplir los 6 meses se les debe iniciar la alimentación complementaria con alimentos autóctonos disponibles localmente, que sean accesibles y sostenibles. Se les debe ofrecer alimentos blandos o en puré en pequeñas cantidades, de 3 a 5 veces al día. La alimentación complementaria debe incrementarse gradualmente en cantidad y frecuencia conforme crezca el(la) bebé. La lactancia materna, a petición, debe continuarse hasta los dos años o más. La alimentación complementaria también es importante desde el punto de vista de la atención, el(la) cuidador(a) debe interactuar constantemente con el(la) bebé y tomar las debidas medidas de higiene para mantenerlo(a) seguro(a).

El indicador propuesto aquí mide solo si los alimentos complementarios se dan oportunamente después de los 6 meses junto con la lactancia materna. La alimentación complementaria también debe ser adecuada, segura y suministrada en forma correcta, pero no se incluyen los indicadores para estos criterios porque los datos sobre estos aspectos de la alimentación complementaria aún no están disponibles en muchos países. Resulta útil conocer oportunamente la edad promedio en que se dan los alimentos complementarios, qué porcentaje de bebés no están siendo amamantados(as) de los 6-9 meses y también cuántos(as) bebés no amamantados(as) reciben oportunamente alimentos de reemplazo. Debe tomarse nota de esta información, si estuviese disponible, pero no recibe puntuación. También es posible generar más información como adicional y ayudar a orientar mejor los programas locales.

***Fuente de datos:** Encuestas demográficas y de salud, encuesta MICS, encuesta nacional y sub-nacional, sistemas nacionales de información de salud*

Directriz:

Indicador 15	OMS	Directriz de IBFAN Asia para la WBTi		
Alimentación complementaria (6-9 meses)	Calificación	Puntaje	Clasificación por color	
	0.1-59%	3	Rojo	
	59.1-79%	6	Amarillo	60.8%
	79.1-94%	9	Azul	
	94.1-100%	10	Verde	

Fuente de datos (incluyendo el año): en niños de 6 a 8 meses

Encuesta MICS. Instituto Nacional de Estadística. Contraloría General de la República.
UNICEF. 2014

Resumen de la Parte I: Políticas y programas de ALNP

Metas:	Puntaje (de 10)
11. Políticas, programas y coordinación nacional	8
12. iniciativa de los Hospitales Amigos de los Niños	3.5
13. Implementación del Código Internacional	7
14. Protección de la maternidad	8.5
15. Sistemas de atención de salud y nutrición	8.5
16. Apoyo a las madres y asistencia social comunitaria	4
17. Apoyo informativo	9
18. Alimentación infantil y VIH	6.5
19. Alimentación infantil durante emergencias	5
20. Monitoreo y evaluación	5

65

Directrices de IBFAN Asia para WBTi

El puntaje total de políticas y programas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) (indicadores 1-10) se calcula sobre la base de 100.

Puntajes	Calificación por color
0 – 30.9	Rojo
31 – 60.9	Amarillo
61 – 90.9 65	Azul
91 – 100	Verde

Conclusiones (*Resuma los logros en los diversos componentes del programa y las zonas que todavía necesitan trabajo adicional*)¹⁸ :

Existe política nacional de lactancia expresada en la Ley 50, el programa de niñez y adolescencia basa sus acciones en el plan de niñez y adolescencia, la CONFOLACMA ha

¹⁸ En este análisis, el resumen se hace con base en los PUNTAJES y la posición de su país o región en términos de las prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños en forma individual o combinada. Es bueno analizar esto con un equipo de partes interesadas. Averigüe las razones y elabore una lista de recomendaciones para los directos de salud y nutrición y los responsables políticos.

estado vigente y reuniéndose mensualmente durante los últimos 5 años. Debe profundizar su funcionamiento con un financiamiento adecuado que permita programar y ejecutar acciones por la misma comisión

Se ha logrado el establecimiento de un sistema legal nacional para el cumplimiento del Código, se requiere de un sistema de monitoreo regular acerca de violaciones a la ley 50 Limitantes técnicas del programa de niñez y adolescencia, que atiende lo propio del programa les corresponde verlar por el cumplimiento de la Ley 50. La CONFOLACMA, son funcionarios ad honorem que mensualmente se reúnen para ver lo referente a la promoción, el tiempo regular no alcanza para monitorear el cumplimiento de la ley

Se cuenta con una legislación nacional adecuada desde hace varios años, la aplicación de licencias de maternidad se aplica y cubre a través del seguro social. Habrá que iniciar una movilización para extender la licencia de paternidad, ya que hay padres que sí reconocen al hijo y la respectiva paternidad. Esta iniciativa debe estudiarse más a fondo.

Existen materiales educativos pero se requiere establecer una estrategia nacional de IEC. Complementar la información de lactancia materna exclusiva y acompañada en los lactantes y niños pequeños Los materiales informativos deben incluir los riesgos de la alimentación con fórmulas según las directrices de OMS/FAO relativos a los preparados en polvo para lactantes

La política del manejo de VIH, es la entrega de fórmulas a todos los hijos de madre VIH positiva. Debe mejorarse el concepto y ofrecer a la madre las opciones que permita decidir según su hábito de lactar

Al plan de emergencias existente debe de incorporarse los conceptos y la consejería adecuada en lactancia en casos de emergencias y estar totalmente incluidos en las diferentes etapas del plan.

Actualizar la capacitación de lactancia materna a personal de emergencias valorando la lactancia materna exclusiva versus los riesgos de alimentación con fórmulas en casos de emergencias. Revisar el material de capacitación y de orientación a la población sobre lactancia materna exclusiva en casos de emergencias

Aunque en las historias clínicas de los lactantes, existe y se exige que sea monitoreado en cada consulta la forma de alimentación láctea. El sistema regular de información no recolecta de forma sistemática la información de alimentación infantil. Deberá identificarse la forma más adecuada de recolectar esta información. Actualmente se

trabaja en el establecimiento de un expediente electrónico en las instalaciones de la red de servicios de salud, esta es una oportunidad de incluir el monitoreo de la alimentación infantil

Resumen de la Parte II: Prácticas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) (ALNP)

Práctica ALNP	Resultado	Puntaje
Indicador 11 Inicio de la lactancia materna	47 %	6
Indicador 12 Lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida	21.5%	6
Indicador 13 Duración media de la lactancia materna	15.5%	3
Indicador 14 Alimentación con biberón	63.8%	3
Indicador 15 Alimentación complementaria	60.8%	6
Puntaje de la Parte II (Total)		24

Directrices de IBFAN Asia para WBTi

El puntaje total de prácticas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) (indicadores 11-15) se calcula sobre la base de 50.

Puntajes	Calificación por color
0 – 15	Rojo
16 - 30	24 Amarillo
31 - 45	Azul
46 – 50	Verde

Conclusiones (*Resuma las prácticas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) son buenas y cuáles deben mejorar y por qué, así como análisis adicional necesario*)¹⁹:

Todas las prácticas hay que mejorarlas, sin embargo es de resaltar las de duración media de lactancia para llevar más cerca de 24 meses, consecuentemente bajaría la alimentación con biberón. Esto parece ser imperativo y al mismo tiempo un desafío.

Puede tener mayor factibilidad mejorar el inicio de lactancia así como la exclusividad, que con respecto a la encuesta MICS de 1995 cuando fue 25%, se han perdido 3.5 puntos porcentuales y también será un desafío elevar la exclusividad al doble.

¹⁹ En este análisis, el resumen se hace con base en los PUNTAJES y la posición de su país o región en términos de las prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños en forma individual o combinada. Es bueno analizar esto con un equipo de partes interesadas. Averigüe las razones y elabore una lista de recomendaciones para los directos de salud y nutrición y los responsables políticos.

Total de la Parte I y Parte II (indicadores 1-15): Prácticas, políticas y programas de ALNP

El puntaje total puntaje total de las **prácticas, políticas y programas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) (indicadores 1-15)** se calcula sobre la base de 150.

Los países se clasifican según:

Puntajes	Calificación por color
0 – 45.5	Rojo
46 – 90.5	89 Amarillo
91 – 135.5	Azul
136 – 150	Verde

Los puntajes de la parte I = a 65, con la parte II ...de 24, nos da un total de 89%, lo que nos sitúa en la zona amarilla.