World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)

Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna (WBTi)[1]

INFORME NACIONAL
PERÚ

CESIP/IBFAN Perú
Jr. Coronel Zegarra 722. Jesús María.
Lima 11. Perú
www.cesip.org.pe
postmast@cesip.org.pe

IBFAN

Coordinación Regional
CEFEMINA
Apdo Postal 5355-1000
San José, Costa Rica
cefemina@racsa.co.cr
www.ibfan-alc.org
cefemina@racsa.co.cr

Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna (WBTi)

[1] Favor coordinar con la oficina regional IBFAN LAC el uso de este documento.

1. Introducción

Perú se ubica en la región central y occidental de América del Sur, y tiene una extensión de 1.285.215 km2. Esta dividido políticamente en 25 regiones y en 195 provincias y 1.834 distritos. Cuenta con una población de 28´220,764 habitantes (Censo 2007) y una tendencia a desacelerar su ritmo de crecimiento. Actualmente se observa una creciente urbanización en el país como resultado de procesos migratorios a zonas urbanas y una tasa de crecimiento de la población rural más lenta que la urbana.

Es considerado un país de renta media con un PBI per cápita de US$ 3,846 en 2007. Se destaca por haber experimentado, en los últimos 10 años, un crecimiento económico sostenido que en el 2008 llegó a 9.8%. Sin embargo, se constata que la pobreza no ha tenido el mismo ritmo, así en el periodo 2001-2007, mientras el PBI per cápita se elevó en 30,8 por ciento, la pobreza se redujo en sólo 10,5 puntos, manteniendo, la desigualdad y la exclusión social.

Los diferentes indicadores económicos y sociales señalan la existencia de importantes brechas y ubican al país entre los más inequitativos de Latinoamérica (en 2007, el cociente entre el mayor y menor decil de gasto fue de 15.8 veces), que es, a su vez, la Región más desigual del mundo. Las poblaciones indígenas de las áreas rurales y amazónicas son las más postergadas del país, sobreviven con una economía de subsistencia, tienen deficientes vías de comunicación, baja cobertura y calidad de servicios de salud y educación y los peores indicadores socio-sanitarios del país.

El Perú es uno de los países de América Latina con más alta prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años de edad, sólo superado por Guatemala, Haití, Honduras, Ecuador y Bolivia. Asimismo, debido a su peso poblacional, el Perú se encuentra entre los 36 países que concentran el 90% de los desnutridos crónicos menores de 5 años de todo el mundo

Una vez más, el promedio nacional de desnutrición crónica (28,5%) cubre las grandes brechas que hay entre regiones más desarrolladas como Tacna (6.3%), Moquegua (9.5%), Tumbes o Lima/Callao (11.4%) y las más pobres como Huancavelica (59.2%), Huánuco (49.6%), Cajamarca (46.6%), Ayacucho (42.2%) y Apurímac (41.7%), caracterizadas por la alta ruralidad y el predominio de población indígena quechua hablante. (ENDES continua, 2007, con patrón OMS 2006).

Otro elemento a destacar es que el descenso de la prevalencia de desnutrición crónica entre el 2005 y el primer semestre del 2009 (28.0% a 24.2%). Sin embargo diferencia entre la zona urbana y rural es aún muy amplia de 14.4% ámbito urbano a 40.8% en el ámbito rural. (ENDES continua 2009, primer semestre con patrón OMS).

Algunas Estadísticas del Perú

Indicador	Valor	Año
Población total	28´220,764 habitantes	2007
% PBI destinado al sector Salud	9.09%	2009
Distribución por edades	30.5% (0-14 años), 63.1% (15-64 años), 6.4% (65 años o más)	2007
Tasa de crecimiento anual de la población	1.6 %	2007
Tasa bruta de natalidad*	19.1 por mil	2007
Tasa bruta de mortalidad*	6.0 por mil	2007
Edad mediana	25.2 años	2007
Esperanza de vida al nacer*	72.5 años	2007
Población por área geográfica	75.9% (área urbana) 24.1% (área rural)	2007
Hijos por mujer	3.2	2007
Alfabetismo de la mujer	3.5 %	2006
Mortalidad infantil	21 por mil	2008
Bajo Peso al nacer	6.7 %	2006

2. Objetivos, estrategia y metodología del proceso desarrollado en Perú

El objetivo de este proceso es realizar un seguimiento del estado de cumplimiento en el Perú de la Estrategia Mundial de Alimentación del lactante y del niño pequeño.

De este modo se espera proporcionar al gobierno nacional, a la Comisión Multisectorial de Promoción y Protección de Lactancia Materna, las instituciones de la sociedad civil, a las agencias de cooperación internacional y a los actores involucrados, la información crítica y necesaria para llenar los vacíos identificados en las políticas y prácticas de alimentación de lactantes y de niños(as) pequeños(as).

Para la elaboración del cuestionario de la Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna, se hizo una revisión de la información nacional, consignada en fuentes oficiales y documentos del Ministerio de Salud.

El documento se ha consultado con los miembros de la Comisión Multisectorial de Promoción y Protección de la Lactancia Materna como son los representantes de los Ministerios de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, Ministerio de la Mujer y del Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual, (INDECOPI), representantes de la sociedad civil y expertos en lactancia materna, consultores IBCLC entre ellos. Los aportes recibidos se han sistematizado e incorporado.

La elaboración de este documento ha significado la revisión de los indicadores de Lactancia Materna que tiene el país y poder apreciar su modificación a través de los últimos años.

Asimismo se ha recibido que podrán ser incorporados al plan de trabajo de la Comisión Multisectorial de Promoción y Protección de la Lactancia Materna, a fin de promover el monitoreo en las actividades regulares de Promoción y Protección de la Lactancia Materna en el país.

Esperamos que este Informe sea un insumo importante para la elaboración del Plan de Acción 2010 de la Comisión Nacional Multisectorial de Promoción y Protección de la Lactancia Materna.

3. Resultados

Parte I: Prácticas de Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as)

Indicador 1: Iniciación Temprana de la Lactancia Materna

Pregunta Clave: *¿Porcentaje de bebés amamantados(as) dentro de la hora posterior a su nacimiento?*

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" 3 de los *Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa* de las nuevas directrices de la Iniciativa de Hospitales Amigables con la Niñez (IHAN), debe colocarse al (la) bebé "piel-con-piel" con su madre durante la primera media hora posterior al parto y ofrecerle el pecho dentro de 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 (a 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. Evidencia emanada de un estudio comunitario grande refleja que la iniciación temprana es una de las principales intervenciones para prevenir la mortalidad neonatal.

Directriz:

Indicador 1	Clave de Puntuación de la OMS	Directriz de IBFAN Asia para la *WBTi*		
		Puntaje	**Código por Color**	**Calificación**
Iniciación de la Lactancia Materna (en el lapso de 1 hora)	0-29%	3	**Rojo**	**D**
	30-49%	6	**Amarillo**	**C**
	50-89%	9	**Azul**	**B**
	90-100%	10	**Verde**	**A**

Situación del Indicador en Perú

Indicador 1	Clave de Puntuación de la OMS	Directriz de IBFAN Asia para la *WBTi*		
		Puntaje	**Código por Color**	**Calificación**
Iniciación de la Lactancia Materna (en el lapso de 1 hora)	0-29%	3		**D**
	30-49%	6	**47.5%**	**C**
	50-89%	9		**B**
	90-100%	10		**A**

Fuente: Perú Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Continua 2004 - 2006 Informe Principal Instituto Nacional de Estadística e Informática. USAID Perú. Measure DHS

La lactancia materna en Perú es una práctica generalizada con una alta influencia cultural. El 98.4% de niños y niñas lactó al menos una vez. Sin embargo sólo el 47.5% recibe lactancia

materna en el primera hora de nacido(a). Cabe señalar que el inicio de la lactancia en el primer día del nacimiento se incrementa hasta el 87.8%.

En este indicador se muestra que las madres sin educación dan de lactar a sus niños y niñas en la primera hora de vida en un porcentaje mayor (52.3%) al contrario de las madres con educación superior que reportan un porcentaje menor (37.3%). También hay diferencias en la lactancia en la primera hora, cuando el parto es atendido por un personal de salud, como enfermera (66.2%), y obstetriz (61.1%) en comparación a los partos que no contaron con asistencia de una persona, en este caso sólo un 33.7% de recién nacidos (as) lactó durante la primera hora.

Considerando los niveles de pobreza por quintiles, el inicio de la lactancia materna es una practica mas frecuente entre las madres del quintil inferior (51.8%) frente al quintil superior (37.1%).

Hay alguna diferencia entre el inicio de la lactancia materna en la primera hora de los niños(as) nacidos(as) en áreas rurales, (50.3%), en comparación a los(as) niños(as) nacidos(as) en área urbana (45.3%). Y en relación al lugar de nacimiento no hay diferencias significativas entre los niños nacidos en sus domicilio (47.3) y los niños que nacen en algún establecimiento de salud (45.4%).

Total de puntos para el indicador 1 Perú: 6 puntos.

Indicador 2: Lactancia Materna Exclusiva Durante los Primeros Seis Meses

Pregunta Clave: *¿Porcentaje de bebés de 0<6 meses de edad exclusivamente amamantados(as) en las últimas 24 horas[2]?*

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 Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as). Más adelante, la Junta Ejecutiva de UNICEF también adoptó esta resolución y la Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) en septiembre de 2002, alcanzando un consenso único en esta recomendación de la salud. Además, en áreas con alta frecuencia de VIH, hay evidencia de que la lactancia materna exclusiva resulta ser más protectora que la "alimentación mixta" por el riesgo de transmisión del VIH a través de la leche materna. Nuevos análisis publicados en Lancet apuntan con claridad al rol de la lactancia materna

2 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)

exclusiva por los primeros seis meses como esencial para la supervivencia y desarrollo infantil.

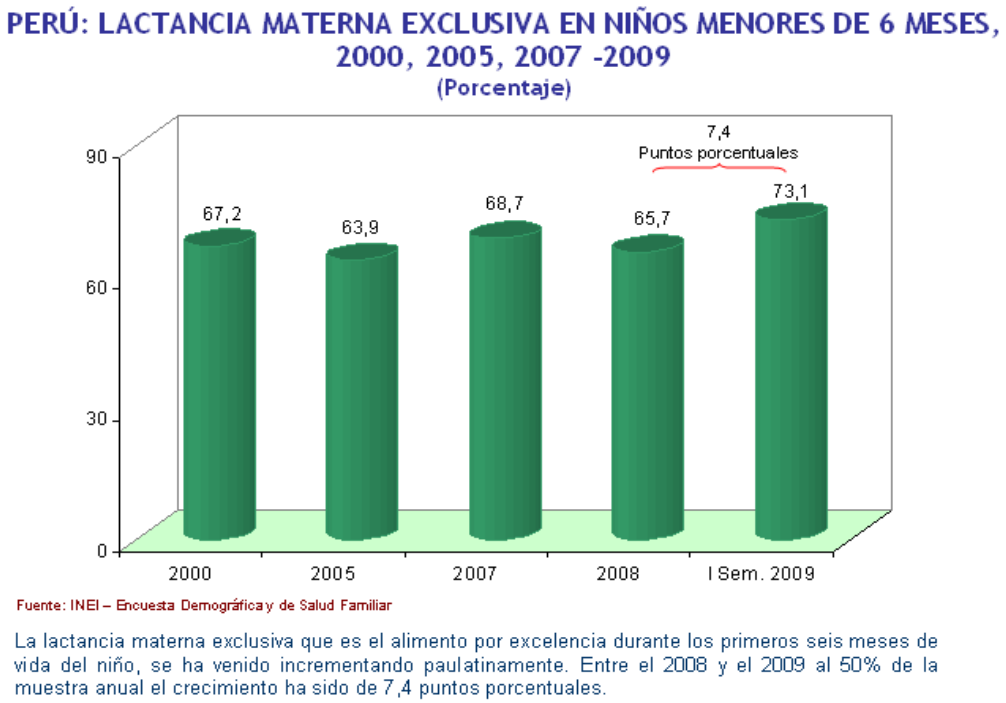
Directriz:

Indicador 2	**Clave de Puntuación** de la OMS	Directriz de IBFAN Asia para la *WBTi*		
		Puntaje	**Código por Color**	**Clasificación**
Lactancia Materna Exclusiva (durante los primeros 6 meses)	0-11%	3	**Rojo**	**D**
	12-49%	6	**Amarillo**	**C**
	50-89%	9	**Azul**	**B**
	90-100%	10	**Verde**	**A**

Situación del Indicador en Perú

Indicador 2	**Clave de Puntuación** de la OMS	Directriz de IBFAN Asia para la *WBTi*		
		Puntaje	**Código por Color**	**Clasificación**
Lactancia Materna Exclusiva (durante los primeros 6 meses)	0-11%	3		**D**
	12-49%	6		**C**
	50-89%	9	**73.1**	**B**
	90-100%	10		**A**

Fuente: Perú Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2009 Primer semestre. Instituto Nacional de Estadística e Informática. USAID Perú. Measure DHS



Para este indicador se ha tomado como referencia el ultimo reporte oficial del Instituto de Estadística e Informática (INEI) con la ***Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES***

2009 I semestre, que muestra que la proporción de niños y niñas con lactancia materna exclusiva, se ha ido incrementado paulatinamente en los últimos años, según se observa.

Total de puntos para el indicador 2 Perú: 9 puntos.

Indicador 3: Duración Mediana de la Lactancia Materna

Pregunta Clave: *¿Los (las) bebés son amamantados(as) por una duración mediana de cuántos meses?*

Antecedentes

La *"Declaración Innocenti"* y la Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) recomienda que los (las) bebés sigan siendo amamantados(as) hasta los dos años o más, junto con el inicio de alimentos complementarios adecuados y apropiados después de los seis meses. La leche materna sigue siendo una fuente importante de nutrición y líquidos, además de protección inmunológica para el (la) lactante y niño(a) pequeño(a). La proximidad continua entre madre e hijo(a) que proporciona la lactancia materna ayuda al desarrollo óptimo del (la) lactante y niño(a) pequeño(a).

Directriz:

Indicador 3	**Clave de Puntuación de la OMS**	Directriz de IBFAN Asia para la *WBTi*		
		Puntaje	**Color**	**Clasificación**
Duración Mediana de la Lactancia Materna	0-17 Meses	3	**Rojo**	**D**
	18-20 ''	6	**Amarillo**	**C**
	21-22 ''	9	**Azul**	**B**
	23-24 ''	10	**Verde**	**A**

Situación del Indicador en Perú

Indicador 3	**Clave de Puntuación de la OMS**	Directriz de IBFAN Asia para la *WBTi*		
		Puntaje	**Perú 2006**	**Clasificación**
Duración Mediana de la Lactancia Materna	0-17 Meses	3		**D**
	18-20 ''	6	**19.7**	**C**
	21-22 ''	9		**B**
	23-24 ''	10		**A**

Fuente: Perú Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Continua 2004 - 2006 Informe Principal Instituto Nacional de Estadística e Informática. USAID Perú. Measure DHS

La duración *mediana* de la lactancia indica que el 50 por ciento de las(os) niñas(os) lactan 19.7 meses. Este promedio es 2 meses menos que en la anterior **Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES** 2000 (21.6 meses).

La duración mediana de la lactancia exclusiva es de 3.6 meses y no muestra diferencias según el sexo de los niños. Esta duración se acentúa según nivel de educación de la madre: es mayor entre las madres con educación primaria (4.7 meses) que entre las madres con educación superior (1.5 meses).

En relación al lugar de residencia, la duración mediana de la lactancia exclusiva es ligeramente mayor entre los niños y las niñas que residen en el área rural (4.6 meses) y los niños de la Sierra y Selva (4.5 y 4.8 meses respectivamente).

Total de puntos para el indicador 3 Perú: 6 puntos.

Indicador 4: Alimentación con Biberón

Pregunta Clave: *¿Qué porcentaje de bebés amamantados(as) menores de 6 meses reciben otros alimentos o bebidas en 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 enlatadas, 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.) Después de los seis meses, cualquier líquido se le debe suministrar en tacita en vez de biberón. Los biberones con pezones artificiales y pacificadores (tetinas o chupetes) pueden causar 'confusión de pezón' y por tanto el rechazo del (la) lactante al pecho luego de su uso. Es más difícil mantener limpios los biberones que las tazas y la ingesta de patógenos puede ocasionar enfermedades y hasta la muerte. Los pacificadores también pueden contaminarse con facilidad y causar enfermedades.

Directriz:

Indicador 4	Clave de Puntuación de la OMS	Directriz de IBFAN Asia para la *WBTi*		
		Puntaje	**Código por Color**	**Clasificación**
Alimentación con Biberón (<6 meses)	30-100%	3	**Rojo**	**D**
	5-29%	6	**Amarillo**	**C**
	3-4%	9	**Azul**	**B**
	0-2%	10	**Verde**	**A**

Indicador 4	Clave de Puntuación de la OMS	Directriz de IBFAN Asia para la *WBTi*		
		Puntaje	**Código por Color**	**Clasificación**
Alimentación con Biberón (<6 meses)	30-100%	3		**D**
	5-29%	6	**23.3%**	**C**
	3-4%	9		**B**
	0-2%	10		**A**

Fuente: Perú Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Continua 2004 - 2006 Informe Principal Instituto Nacional de Estadística e Informática. USAID Perú. Measure DHS

Según la información de ENDES el porcentaje de niños y niñas que son alimentados con biberón se va incrementando desde los primeros meses. Así en niñas y niños menores de 2

meses reciben biberón en un 17.4%, los(as) niños(as) de 2- 3 meses el 31.3% y entre los niños(as) de 4 a. 5 meses es el 23.3%.
El grupo de niños y niñas de 6 a 9 meses reciben biberón en un 40.9%.

Total de puntos para el indicador 4 Perú: 6 puntos.

Indicador 5: Alimentación Complementaria

Pregunta Clave: *¿Porcentaje de bebés amamantados(as) que reciben alimentos complementarios a los 6-9 meses de edad?*

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. Estas cifras pueden ayudar a determinar si es importante promover la prolongación de la lactancia materna y/o la incorporación más temprana o más tardía de los alimentos complementarios. 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.

Directriz:

Indicador 5	**Clave de Puntuación de la OMS**	Directriz de IBFAN Asia para la *WBTi*		
Alimentación Complementaria (6-9 meses)		**Puntaje**	**Código por Color**	**Clasificación**
	0-59%	3	**Rojo**	D
	60-79%	6	**Amarillo**	C
	80-94%	9	**Azul**	B
	95-100%	10	**Verde**	A

Indicador para el Perú

Indicador 5	**Clave de Puntuación de la OMS**	Directriz de IBFAN Asia para la *WBTi*		
Alimentación Complementaria (6-9 meses)		**Puntaje**	**Código por Color**	**Clasificación**
	0-59%	3		D
	60-79%	6		C
	80-94%	9	**88.8%**	B
	95-100%	10		A

Fuente: Perú Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Continua 2004 - 2006 Informe Principal Instituto Nacional de Estadística e Informática. USAID Perú. Measure DHS

Entre Las niñas y los niños de 6-9 meses que lactan, un alto porcentaje (88%) recibe algún alimento sólido o semisólido.

Acerca de la alimentación de los(as) lactantes de 6 - 9 meses se informa que el 61.3% de niños de 6-7 meses y que 86.4% de niñas y niños de 8 - 9 meses recibieron otro líquido diferente a la leche materna, es así que el 42.6% de niñas(os) de 6-7 meses y 55.5% de niños(as) de 8 - 9 meses recibieron otra leche. Especificamente esta reportado que el 6.7% de niños(as) de 6-7 meses y 4,2% de niños(as) de 8 - 9 meses recibió fórmula infantil.

La información se complementa al señalar que el 62% de niños y niñas recibe algún alimento de origen animal y 64.8% algún alimento preparado con grasa, aceite ó mantequilla. Asimismo, el 75.8% recibieron alimentos vegetales ricos en vitamina A

Total de puntos para el indicador 5 Perú: 9 puntos.

Parte II: Políticas y Programas para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) (ALNP)

En la Parte II se ha desarrollado un conjunto de criterios para cada objetivo con base en la *Declaración Innocenti* y más allá, es decir, considerando la mayoría de los objetivos de la *Estrategia Global*. Para cada indicador, hay un subconjunto de preguntas que conducen a un logro clave, señalando el desempeño de un país en una área específica. Cada pregunta tiene un posible puntaje de 0-3 y el indicador tiene un puntaje máximo de 10. Una vez que se ingresa la información de los indicadores, se clasifica y califica el logro alcanzado con el indicador objetivo en particular, es decir, Rojo o grado 'D', Amarillo o grado 'C', Azul o grado 'B' y Verde o grado 'A'.

Directrices de IBFAN Asia para la WBTi

Puntajes	***Código por Color***	***Calificación***
0 – 3	**Rojo**	**D**
4 – 6	**Amarillo**	**C**
7 – 9	**Azul**	**B**
Más de 9	**Verde**	**A**

Esta parte del juego de herramientas cubrirá los objetivos de "*Innocenti y más allá"* en cuanto a las políticas y programas. Nuevamente, el Puntaje se asignará como un Código por Color para una mejor comprensión de la situación actual en lo concerniente a la Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as).

Indicador 6: Política, Programa 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) y que dicha política sea apoyada por un programa del gobierno? ¿Existe un mecanismo que coordine un comité y coordinador(a) nacionales similares para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as)?*

Antecedentes

La *"Declaración 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 Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) hace un llamado a la acción urgente por parte de todos los estados miembros para desarrollar, ejecutar, monitorear y evaluar una política integral sobre ALNP.

Fuentes de Información Usadas:

- Resoluciones Ministeriales Nº 0103-93-SM/DM y RM. Nº 240-2000-SA/DM, que establecen la declaración de la "Semana de la Lactancia Materna en el Perú".

- Decreto Supremo Nº 003-2002-PROMUDEH, que aprobó el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2002-2012.
- Resolución Ministerial Nº 126-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica Nº 006-MINSA-INS-V.01 "Lineamientos de Nutrición Materna".
- Resolución Ministerial Nº 610-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica Nº 010-MINSA-INS-V.01 "Lineamientos de Nutrición Infantil".
- Decreto Supremo Nº 066-2004-PCM, que aprobó la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria 2004-2015.
- Decreto Supremo N° 009-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Alimentación Infantil.
- Resolución Ministerial Nº 933-2005/MINSA, que establece la conformación del Comité Técnico Institucional para la Promoción y Protección de la Lactancia Materna.
- Decreto Supremo Nº 009-2006-MIMDES, disponen implementación de Lactarios en instituciones del Sector Público donde laboren veinte o más mujeres en edad fértil.
- Resolución Ministerial Nº 959-2006/MINSA, que aprobó la Directiva Sanitaria Nº 009-MINSA/DGPS-V.01: "Directiva Sanitaria para Implementación de Lactarios en los Establecimientos y Dependencias del Ministerio de Salud".
- Decreto Supremo Nº 055-2007/PCM, que aprobó la Estrategia Nacional "CRECER".
- Decreto Supremo N° 003 – 2008, que aprueba el Listado priorizado de intervenciones Sanitarias Garantizadas para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Salud Materno Neonatal
- Decreto Supremo Nº 018-2008-SA, que crea la Comisión Multisectorial de Promoción y Protección de la Lactancia Materna.
- Resolución Ministerial Nº 959-2006/MINSA, que aprueba la Norma Tecnica de Salud que establece el Conjunto de Intervenciones Articuladas para la Reducción de la Mortalidad Neonatal en el primer nivel de atención, emn la familia y la comunidad.

Criterios del Indicador 6

	Puntaje √ *Marcar cuando aplica*
6.1) El gobierno ha adoptado/ aprobado oficialmente una política nacional sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as)	2
6.2) La política promueve 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.	0
6.3) Un plan de acción nacional diseñado junto con la política	0
6.4) El plan cuenta con financiamiento adecuado	0
6.5) Existe un Comité Nacional de Lactancia Materna	1
6.6) El Comité Nacional de Lactancia Materna (alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) realiza reuniones y revisiones periódicas	1
6.7) El Comité Nacional de Lactancia Materna (alimentación de lactantes y	0.5

niños(as) pequeños(as) se enlaza con todos los otros sectores como salud, nutrición, información, etc. en forma efectiva	
6.8) El Comité de Lactancia Materna está dirigido por un(una) Coordinador(a) con términos de referencia claros	0.5
Puntaje Total	**5 /10**

Total de puntos para el indicador 6 en Perú: 5 puntos

Conclusiones

En el Año 2006 el El Perú actualizó el Reglamento de Alimentación Infantil, basado en el Código Internacional de Comercializacion de Sucedáneos de la Leche Materna y sus posteriores Resoluciones de la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud.

El Reglamento de Alimentación Infantil, tiene como finalidad lograr una eficiente atención y cuidado de la alimentación de las niñas y niños hasta los 24 meses, mediante las acciones de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna y orienta las prácticas para la alimentación complementaria. Este Reglamento fue desarrollado con una activa participación de las organizaciones no gubernamentales y una determinante decisión de la Autoridad del Ministerio de Salud.

El Reglamento tiene un carácter normativo y considera 61 artículos referidos a:

*** Disposiciones Generales:**
- Regulación
- Órganos de Vigilancia
***Alimentación de la niña y el niño hasta los 24 meses de edad:**
- Lactancia Materna y Alimentación Complementaria
- Promoción de la Lactancia Materna
- Acciones Intersectoriales para el Fomento y Protección de la Lactancia Materna
*** Sucedáneos de la leche materna y alimentos infantiles complementarios:**
- Fabricación y comercialización
- Envases, rotulación ó etiquetado
- Información
- Publicidad
- Personal de Salud
- Restricciones.
*** Infracciones, medidas de seguridad y sanciones**
*** Disposiciones complementarias transitorias y finales que establecen la formación de una Comisión Multisectorial de Promoción y Protección de la Lactancia Materna, que tiene como objetivo contribuir con el cumplimiento de las políticas establecidas.**

En cumplimiento de las disposiciones del mencionado Reglamento, se estable la Comisión Multisectorial de Promoción y Protección de la Lactancia Materna, con participación de todos los sectores públicos como son los representantes de los Ministerios de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, Ministerio de la Mujer y del Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual, (INDECOPI), y con representantes de las organizaciones de la sociedad civil organizada.

La Comisión ha sostenido reuniones regularmente por algunos periodos y se han concretado algunas actividades, tales como:

- El INDECOPI, ha incorporado a sus acciones, la vigilancia y denuncia las violaciones del Reglamento. Un ejemplo de estas denuncias son el caso de la publicidad indebida y de acciones de competencia desleal de los sucedáneos de la leche materna, como la entrega gratuita de fórmulas infantiles.
- Las organizaciones de la sociedad civil, realizan actividades continuas en relación a la promoción y protección de la lactancia materna.
- La celebración de la Semana de la Lactancia Materna, única actividad en conjunto de la Comisión Multisectorial.

Asi tambien el Gobierno Peruano ha diseñado la Estrategia Nacional CRECER", con el objetivo de lograr la reducción de la desnutrición crónica infantil. En este marco se han priorizando como programas estratégicos el Programa de Articulación Nutricional" y Programa Materno – Neonatal. A trvés de los mencinados programas las Regiones tienen la facultad de financiar actividades para la Promoción y Protección de la lactancia materna y la Alimentacion Complementaria en niños menores de 36 meses.

Recomendaciones
Elaboración del plan de acción de la Comisión con la participación y aporte de cada integrante de la Comisión.
Realizar acciones conjuntas y complementarias entre los integrantes de la Comisión para la promoción y protección de la Lactancia Materna, de acuerdo a las funciones asignadas en el Reglamento.
Realizar un monitoreo tecnico y financiero de las actividades de promocion y protección de la lactancia materna a nivel regional.

Indicador 7: Iniciativa de Hospitales Amigables con la Niñez (Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa)

Preguntas Clave:
7A) ¿Qué porcentaje de hospitales y maternidades que ofrecen servicios de maternidad han sido designados "Amigables con la Niñez" con base en criterios globales o nacionales?
7B) ¿Qué son los aportes de capacitación especializada y la sostenibilidad de la IHAN?
7C) ¿Cuál es la calidad del programa de implementación de la IHAN?

Antecedentes:

La *Declaración Innocenti* hace un llamado a todos los servicios de maternidad para que practiquen plenamente los *Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa,* que buscan *Proteger, promover y apoyar la lactancia materna: el rol especial que juegan los servicios de maternidad, Declaración Conjunta de OMS/UNICEF.* El Informe de Avance de 1999 de UNICEF sobre la IHAN enumera el número total de hospitales /maternidades que hay en cada país y el número total que han sido designados como "Amigables con la Niñez". De acuerdo con el Paso 2 de los diez pasos, todo el personal de los servicios de maternidad debe capacitarse en el manejo de la lactancia. UNICEF y OMS recomiendan que todo el personal reciba al menos 18 horas de capacitación y un mayor nivel de capacitación sería aún más deseable. Ya varios países han iniciado acciones en la IHAN aunque los avances alcanzados hasta ahora se expresan solo en números; los informes reflejan que podría haber un retroceso

si no se mejoran significativamente las habilidades de los (las) trabajadores(as) en salud. La Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) indica que es necesario realizar una revitalización de la IHAN y de que su evaluación también se realice periódicamente para ayudar a la sostenibilidad de este programa y contribuir a incrementar la lactancia materna exclusiva.

El juego de herramientas se enfocará tanto en el aspecto cuantitativo como cualitativo. Analizará los porcentajes de hospitales y maternidades que han sido designados IHAN, así como la calidad del programa, es decir, los aportes en capacitación especializada al IHAN, lo cual resulta vital para su sostenibilidad, y cómo se realiza su monitoreo y evaluación.

Fuentes de información usadas:

- Reglamento de Alimentación Infantil Decreto Supremo 2006-009
- Norma Técnica que establece el Conjunto de Intervenciones Articuladas para la Reducción de la Mortalidad Neonatal en el primer nivel de atención NT 074- MINSA. DGSP
- Manual para la Promoción y Protección de la Lactancia Materna, Guía para el Facilitador
- Informes Técnicos del Ministerio de Salud

Directrices 7A Cuantitativas

7.1) __2__ de _196___ del total de hospitales (tanto públicos como privados) y maternidades que ofrecen el servicio de maternidad han sido designados "Amigables con la Niñez" _1.02___ %[3]

Criterios		√ **Marque sólo "una"**
0 - 7%	Perú 1.02%	**1**
8 – 49%		2
50 – 89%		3
90 – 100%		4
Clasificación de los logros cuantitativos de la IHAN:		**_1_____/4_____**

Directrices:
Indicador 7B Cualitativo

*Aporte de capacitación especializada del programa IHAN __**2**__ de _2_ hospitales designados como IHAN que han sido certificados después de haber capacitado a su personal con el nivel mínimo recomendado de capacitación de 18 horas para todo su personal que trabaja en los servicios de maternidad.*

Criterios	**Marque sólo "una"**
0-25%	1
26-50%	1.5
51 –75%	2.5
75% o más	**3.5**
Puntaje Total:	**_3.5___/3.5_____**

[3] Se ha incluido en el total de hospitales a 145 de Ministerio de Salud (estadística oficial) y a 51 hospitales del Seguro Social del Perú que recibiron la capacitación para la implementación de la IHAMN en el año 2007.

Directrices:
Indicador 7C Cualitativo
Calidad del programa de implementación IHAN:

Criterios	√ *Marcar cuando aplica*
7.3) El programa IHAN depende de la capacitación de los(las) trabajadores(as) en salud	0.5
7.4) Hay establecido un sistema estándar de monitoreo	0
7.5) Un sistema de evaluación depende de entrevistas con las madres	0
7.6) Se han incorporado sistemas de reevaluación en los planes nacionales	0.5
7.7) Existe un programa con limitación de tiempo para aumentar la cantidad de instituciones IHAN en el país	0.5
Puntaje total	**__1.5____/2.5_____**
Puntaje total 7ª, 7B y 7C	**____6_____**

Comentario

La IHAMN se implementó en el Perú desde 1993, como una actividad del Ministerio de Salud y con proceso integral a nivel nacional. Este proceso incluyo el compromiso de autoridades, capacitación de facilitadores nacionales quienes llegaron a capacitar a casi la totalidad de hospitales del país. Como resultado de estas acciones se lograron acreditar en el lapso de tres años a 90 hospitales como Amigos de la Madre y el Niño en el lapso de tres años.

Durante los años siguientes se ha realizado algunas actividades de promoción de la lactancia materna, pero en forma aislada y a propósito de la celebración de la Semana de la Lactancia Materna, pero no se aplicó el monitoreo de los hospitales acreditados debido especialmente a la falta de recursos humanos y financieros.

Por otro lado en el 2001, se llevó a cabo una encuesta por evaluadores externos, para conocer el estado del cumplimiento de los 10 pasos en una muestra de hospitales acreditados. Los resultados de esta actividad fueron desalentadores dado que sólo un hospital de los encuestados, cumplía con los 10 pasos. Se evidenció la casi nula actividad de promoción y protección de la lactancia materna a nivel comunitario. Y al mismo tiempo no se realiza la vigilancia de la comercialización de Sucedáneos.

En el año 2007 el Seguro Social del Perú - EsSalud, decidió implementar la IHAMN e inició un proceso de capacitación realizando 3 cursos macro regionales, capacitándose a 273 profesionales de la salud. Luego de las actividades realizadas se logró la acreditación como HAMN del Hospital de Pucallpa - EsSalud.

En el 2008 y teniendo como marco de acción la prioridad de reducir la desnutrición infantil el Ministerio de Salud ha iniciado la reactivación de la IHAMN. El plan de fortalecimiento incluye, acciones con los servicios de salud y las acciones comunitarias.
A la fecha las actividades realizadas son:

I. Elaboración de un plan de reactivación de la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el niño para Hospitales y Establecimientos de Salud que atienden partos, considerando la adecuación de los instrumentos, teniendo como base el material de la IHAMN actualizado por OMS- UNICEF a nivel global.

II. Traducción, adaptación y validación del Manual para el Facilitador con una amplia participación de técnicos expertos. Se ha publicado la versión nacional

III. Se desarrollaron reuniones informativas a Directores y autoridades de las Direcciones de Salud y de los Establecimientos de Salud

IV. Ejecución de 12 Cursos de Capacitación a los que asistieron profesionales de salud seleccionados por las DIRESAS respectivas. Capacitando a 81 médicos, 143 enfermeras, 89 obstetrices, 7 nutricionistas y 2 asistentas sociales.

V. Traducción y validación del instrumento de autoevaluación, el que ha sido entregado en los talleres de facilitadores. Como producto de los talleres se vienen realizando replicas a nivel de redes y hospitales, como parte del proceso para acreditar como Hospital Amigo de la Madre y el Niño.

VI. Ejecución del curso taller de Monitoreo y Autoevaluación con formación de Monitores Regionales y Validación de los Instrumentos de Monitoreo y Autoevaluación de la IHAMN a nivel nacional.

Acciones pendientes:

VII. Validación de los instrumentos de la IHAMN en los Establecimientos de Salud (no Hospitales) que atienden partos.

VIII. Validación del instrumento de evaluación externa que se realizará con la Dirección Ejecutiva de Calidad de Salud del Ministerio de Salud, a fin de institucionalizar el proceso.

IX. Elaboración del Manual para consejeras comunitarias

X. Elaboración de material impreso complementario

XI. Aplicación del Monitoreo, Evaluación Externa y Acreditación.

Conclusiones y Recomendaciones

Si bien el Ministerio de Salud dio un impulso inicial a la implementación de la IHAMN, contó para ello con apoyo de la Cooperación Internacional, sin embargo no hubo una continuidad de acciones que hicieran posible el mantener los logros alcanzados hasta el año 1996.

En relacion a las actividades las visitas realizadas a las diferentes regiones demuestran que el personal de salud no aplica el Reglamento de Alimentación Infantil y no se realizan las acciones de consejería y apoyo a la lactancia materna. Asimismo existe una expansión de la promocion de sucedáneos de la leche materna que se ofrece a todo el público incluyendo a madres.

La reactivación de la IHAMN debe contar con apoyo técnico, político y financiero, que haga posible contar con el recurso humano calificado y material de difusión para las madres gestantes y con niños y niñas menores de 2 años.

Indicador 8: Implementación del Código Internacional

Pregunta Clave: *¿Están vigentes e implementados el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y posteriores resoluciones de la AMS? ¿Se han tomado nuevas acciones para hacer efectivas las disposiciones del Código?*

Antecedentes:

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

Los países deben promulgar leyes como seguimiento de lo anterior. Desde entonces, se ha adoptado diversas nuevas resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud, que fortalecen el *Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna* que tienen el mismo estatus del Código y también deben tomarse en cuenta. La Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) hace un llamado a un incremento de las acciones para este objetivo. De acuerdo con la OMS, de los 191 Estados Miembro, 162 han tomado acción para darle efecto, pero el reporte 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. El ICDC usa criterios para evaluar el tipo de acción.
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).

Fuentes de información usadas:

- Reglamento de Alimentación Infantil Decreto Supremo N° 009- 2006-SA
- Informe de Monitoreo del Reglamento realizado por IBFAN Perú. Nov. 2007

Directrices

Pregunta Clave: ***¿****Están vigentes e implementados el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y posteriores resoluciones de la AMS? ¿Se han tomado nuevas acciones para hacer efectivas las disposiciones del Código?*

Criterios	**Puntaje** √ *Marcar cuando aplica* *Si más de uno aplica,* ***elija el puntaje más alto.***
8.1) No se ha tomado ninguna acción	0
8.2) Se está estudiando el mejor enfoque	0
8.3) Política nacional de lactancia materna incorporando el Código en forma total o parcial, pero no es vinculante y por tanto, no se puede hacer cumplir	0
8.4) Medidas nacionales (para tomar en cuenta medidas en vez de leyes), en espera de aprobación final	0

8.5) Directriz/circular administrativa implementando el Código en forma total o parcial en centros de salud con autorización administrativa	0
8.6) Algunos artículos del Código como medida voluntaria	0
8.7) Código como medida voluntaria	0
8.8) Algunos artículos del Código como ley	0
8.9) Todos los artículos del Código como ley	8
8.10) Todos los artículos del Código como ley, con monitoreo y ejecutables	0
Puntaje total:	**_8/10___**

Conclusiones

En el 2006 se aprobó con Resolución Suprema el Reglamento Nacional de Alimentación Infantil, que incorpora las recomendaciones del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y posteriores Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud. Este Reglamento revisa y actualiza el Reglamento de Alimentación Infantil aprobado por Decreto Supremo Nº 020-82-SA, del año 1982.

El Reglamento de Alimentación Infantil, fue resultado de una intensa acción de abogacía de parte de la Sociedad Civil, la que brindó asistencia técnica al Ministerio de Salud, para la elaboración y aprobación del documento.

Entre octubre y noviembre del 2007 IBFAN Perú realizó un ultimo monitoreo (en varias ciudades del país) del cumplimiento del Reglamento de Alimentación Infantil en Establecimientos de Salud. Es el primer monitoreo realizado luego de la aprobación del actual Reglamento.

Como uno de los principales hallazgos del monitoreo se evidenciaron las infracciones al Reglamento en los mismos Establecimientos del Ministerio de Salud que fueron visitados. Se observa el incumplimiento sistemático de parte de las empresas productoras de sucedáneos de la leche materna. Asimismo hay una falta de vigilancia y acción para el cumplimiento del Reglamento, de parte de las autoridades nacionales.

Recomendaciones

El Reglamento de Alimentación Infantil, tiene carácter obligatorio y su aplicación es a nivel nacional en sectores público y privado; por lo tanto, existiendo el mecanismo legal se recomienda a los sectores designados, que cumplan y hagan cumplir el Reglamento de Alimentación Infantil. Las organizaciones de la sociedad civil comprometidas con la promoción y protección de la Lactancia Materna pueden contribuir a este objetivo, como lo han venido haciendo desde hace muchos años.

La acción prioritaria que debe difundirse y exigirse es el cumplimiento de las disposiciones del Reglamento en las dependencias del Ministerio de Salud y en el Sector Privado.

Elaborar un programa continuo de Monitoreo del Cumplimiento del Reglamento a nivel de servicios públicos, privados y lugares de venta, principalmente.

Elaborar un material educativo comunicacional en una versión amigable de fácil lectura y comprensión para el personal de salud.

Indicador 9: Protección de la Maternidad

Pregunta Clave: *¿Existe legislación u otras medidas (políticas, reglamentos, prácticas) que cumplen con o van más allá de los estándares de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para la protección y apoyo de la lactancia materna para madres, incluyendo aquellas madres trabajadoras del sector informal?*

Antecedentes:

La Declaración Innocenti (1999, 2005) y la Estrategia Global para la ALNP (2002) de la OMS hacen un llamado para la provisión 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 específica 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 implica que también deben estar protegidas las mujeres que trabajan en la economía informal. La Declaración 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 juega el padre en la crianza y de ahí la necesidad de la licencia de paternidad.

Fuentes de información usadas:

- Reglamento de Alimentación Infantil Decreto Supremo N° 009- 2006-SA
- Ley No. 26644, que precisa el goce del derecho de descanso pre y post natal de la trabajadora gestante
- Ley Nº 27403, que otorga permiso de una hora a las madres que dan de lactar a sus niños hasta el año de edad.
- La ley 28731 que aprueba un subsidio en efectivo para las mujeres que trabajan por el periodo de la lactancia

- Decreto Supremo Nº 009-2006-MIMDES que Dispone la Implementación de Lactarios en instituciones del Sector Público donde laboren veinte o más mujeres en edad fértil.
- Resolución Ministerial Nº 959-2006-MINSA que aprueba la Directiva sanitaria para la Implementación de Lactarios en los Establecimientos y Dependencias del Ministerio de Salud.
- Ley Nº 29409: que concede el derecho de licencia por paternidad a los trabajadores de la actividad pública y privada Ley Nº 29409: que concede el derecho de licencia por paternidad a los trabajadores de la actividad pública y privada, incluidas las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú, de una licencia remunerada por paternidad de cuatro días hábiles consecutivos en caso de alumbramiento de su cónyuge o conviviente, a fin de promover y fortalecer el desarrollo de la familia.

Directrices para el Indicador 9

Legislación para la Protección de la Maternidad, otras políticas y prácticas que protegen y apoyan la lactancia materna: _5.5_____ puntos

Criterios	**Marque con √ los que aplican**
9.1) 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 – 0.5 (puntaje) b. 14 a 17 semanas – 1 (puntaje) c. 18 a 25 semanas – 1.5 (puntaje) d. 26 semanas o más – 2 (puntaje)	0.5
9.2) 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 – 0.5 (puntaje) b. Receso pagado - 1 (puntaje)	1
9.3) 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 pagados.	0
9.4) 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.	1
9.5) A las mujeres de los sectores informales/no organizados y agrícolas se les: a. concede algunas medidas de protección – 0.5 (puntaje) b. concede la misma protección que la que reciben las mujeres que trabajan en el sector formal – 1 (puntaje)	0
9.6) a. Se pone a disposición de las trabajadoras información sobre leyes, reglamentos y políticas de protección a la maternidad – 0.5 (puntaje) b. Existe un sistema para el monitoreo del cumplimiento y una forma para que las trabajadoras denuncien si no se respetan sus derechos. – 0.5 (puntaje)	0

9.7) En el sector público se concede la licencia de Paternidad durante al menos 3 días.	0.5
9.8) En el sector privado se concede la licencia de Paternidad durante al menos 3 días.	0.5
9.9) Existe legislación que prevé la protección en salud de las trabajadores embarazadas y lactantes; y la legislación prevé que se les informe sobre condiciones peligrosas en sus lugares de trabajo y se les ofrezca trabajos alternativos con el mismo salario hasta que ya no estén embarazadas o amamantando.	0.5
9.10) Existe legislación que prohíbe la discriminación en el empleo y que garantiza la protección laboral para las mujeres trabajadoras durante su período de lactancia materna.	0.5
9.11) ILO MPC No 183 ha sido ratificada, o el país cuenta con una ley nacional igual o más fuerte que la C183.	0
9.12) La convención ILO MPC No 183 ha sido promulgada, o el país ha promulgado disposiciones iguales o más fuertes que la C183.	0
Puntaje total:	**_4.5__/10__**

Conclusiones

El Perú no ha ratificado el Convenio N° 183 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que aprueba el aumento de licencia por maternidad de 12 a 14 semanas. En el Perú para el descanso por maternidad se aplica la ley No. 26644, que precisa el goce del derecho de descanso pre y post natal de la trabajadora gestante, por 45 días antes y 45 días posterior al nacimiento del niñoo la niña, lo que equivale a 12.9 semanas aproximadamente.

Entre los beneficios de esta ley mencionan que el descanso pre natal puede ser diferido, parcial o totalmente y existe la opción de que este descanso sea acumulado para el post-natal, a decisión de la trabajadora gestante. Tal decisión deberá ser comunicada al empleador o empleadora con una antelación no menor de dos meses a la fecha probable del parto**.**

Desde el presente año entró en vigencia la ley 27444 y el Decreto Legislativo Nº 1057, que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios del estado para las personas naturales que prestan servicios de manera no autónoma. En este régimen se considera el beneficio de prestaciones de salud y económicas que brinda la Seguridad Social por maternidad. Asimismo por disposición legal se les ha eximido del periodo de carencia, que tiene el régimen de afiliación a la Seguridad Social para que puedan ser beneficiarias y no será necesario que la trabajadora embarazada hubiere estado afiliada al momento de la concepción.

Debe destacarse que con esta Ley se ha mejorado notablemente el régimen de contrato de los(as) trabajadores(as). El anterior régimen de Servicios No Personales, no consideraba ningún beneficio específicamente ningún beneficio de protección a la maternidad ni prestación de salud, ni vacaciones para los(as) trabajadores(as).

En 1999 se aprobó la Ley Nº 27403, que contempla el permiso por una hora para las madres que dan de lactar a sus niñas(os) hasta el año de edad y para efectos legales es considerada como hora trabajada y con el goce de remuneración correspondiente, a cargo del empleador

La ley 28731 aprueba para las mujeres trabajadoras el derecho a percibir un Subsidio por lactancia, que tiene por objeto contribuir al cuidado del recién nacido/a. Equivale a dos Remuneraciones Mínimas Vitales vigentes a la fecha de nacimiento del lactante. El dinero es

entregado a la madre o a la persona o entidad que tuviera a su cargo al(a la) recién nacido(a) en caso de ausencia de la madre. Sin embargo esta ley no es cumplida por la mayoría de empresas medianas y pequeñas. Las mujeres que dan de lactar interrumpen frecuentemente la lactancia por el trabajo.

El Decreto Supremo Nº 009-2006-MIMDES que Dispone la Implementación de Lactarios en instituciones del Sector Público donde laboren veinte o más mujeres en edad fértil facilita a las madres la extracción y conservación de la leche para continuar con la lactancia materna, aún cuando la madre trabaja fuera de su hogar. El mismo objetivo tiene la Resolución Ministerial Nº 959-2006-MINSA que aprueba la Directiva sanitaria para la Implementación de Lactarios en los Establecimientos y Dependencias del Ministerio de Salud.

En septiembre del 2009 el Congreso de la Republica aprobó la ley Nº 29409: que concede el derecho de licencia por paternidad a los trabajadores de la actividad pública y privada, con derecho a remuneración. Esta ley tiene como finalidad promover y fortalecer el desarrollo de la familia, al disponer que los hombres que se conviertan en padres tengan una licencia remunerada de cuatro días tras el nacimiento de un hijo o una hija. A partir de esta norma se debe promover la participación del padre durante el nacimiento de la niña o del niño, practica muy favorable para las niñas, los niños y los padres.

Recomendaciones

- Insistir en la ratificación del Convenio N° 183 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

- Implementar la vigilancia y monitoreo para el cumplimiento de los beneficios legales para las madres gestantes y madres que dan de lactar.

- Apoyar las acciones para la gestión de la implementación de lactarios en las instituciones públicas y privadas.

- Revisar y actualizar las normas legales sobre promoción y protección de la lactancia materna en los centros laborales públicos y privados

Indicador 10: Sistemas de Atención en Salud y Nutrición

La alimentación óptima de lactantes y niños(as) pequeños(as) incluye la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y lactancia materna continua junto con alimentación complementaria adecuada y apropiada después de los seis meses o más.

Pregunta clave: *¿Reciben los(las) cuidadores(as) que trabajan en estos sistemas la capacitación especializada necesaria, y respalda su currículo de formación en el servicio la alimentación óptima de lactantes y niños(as) pequeños(as); apoyan estos servicios las prácticas amigables de parto para las mujeres y la lactancia materna; apoyan las políticas de los servicios de atención en salud a madres y niños(as), y se ha establecido la responsabilidad con el Código por parte de los(las) trabajadores(as) en salud*? (Ver Anexo 1 – Lista de Control para Educación)

Antecedentes:

La Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) indica claramente cómo alcanzar sus objetivos, por lo que las mejoras en estos servicios resultan esenciales para lograrlo. Se ha documentado que el currículo de quienes prestan estos servicios es débil en este tema. También se ha observado que muchos(as) de estos(as) trabajadores(as) en salud y nutrición carecen de las habilidades adecuadas para brindar

consejería en 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 los programas de atención en salud pudieran promover las prácticas óptimas para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) desde el inicio de su carrera. Todos(as) los cuidadores(s) que interactúan con las madres y sus niños(as) pequeños(as) deben alcanzar la actitud, conocimiento y habilidades básicas necesarias para poder integrar a su trabajo, la consejería en lactancia materna, el manejo de la lactancia y la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as). Los temas pueden integrarse en los diversos niveles durante la parte académica y el desempeño de su trabajo. Por lo tanto, debe revisarse el programa en su totalidad con el fin de evaluar este aspecto.

Fuentes de información usadas:

Referencias de profesores de las Facultades de Medicina, Enfermería, Obstetricia y Educación Inicial. Programas Curriculares
Programa Nacional Wawa Wasi- Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social
Norma sobre la Organización y Funcionamiento de las cunas de Educación Inicial.

Directrices

Formación académica de los (las) prestatarios de servicios de salud: _4.5____ *puntos*

	Puntaje √ *Marque el que aplique*		
Criterios	Adecuado	Inadecuado	No Hay Referencia
10.1) La revisión de las escuelas de prestación de servicios en salud y los programas de formación académica en el país[4] refleja que el currículo o plan académico sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) son adecuados/ inadecuados	2	**1**	0
10.2) Se han diseñado normas y directrices para los procedimientos y apoyo del parto amigable con las madres y se han distribuido a todos los centros de salud y personal encargado de brindar atención en maternidad.	2	**1**	0
10.3) Existen programas de capacitación y perfeccionamiento 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.[5]	2	**1**	0

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

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

10.4) Los (las) trabajadores(as) en salud reciben capacitación con responsabilidad hacia la implementación del Código como un aporte clave.	1	0.5	**0**
10.5) El contenido y habilidades relativos a la alimentación de lactantes se incorporan, según proceda, a los programas de capacitación, enfocándose en temas pertinentes (enfermedad diarreica, infección respiratoria aguda, IMCI, atención del (la) niño(a) sano(a), planificación familiar, nutrición, el Código, VIH/SIDA, etc.)	**1**	0.5	0
10.6) Estos programas de capacitación y perfeccionamiento en el servicio se ofrecen en todo el país.[6]	1	**0.5**	0
10.7) Las políticas sobre salud infantil prevén que las madres y sus bebés permanezcan juntos cuando alguno(a) de ellos(as) se enferma.	1	0.5	**0**
Puntaje total:	**4.5 /10**		

Conclusiones

La formación de los profesionales de salud es de acuerdo a cada disciplina.
Es el caso de los médicos reciben entre 3 y 6 horas de enseñanza teórica de lactancia y el número de horas de práctica no se contabilizan específicamente, estan consideradas entre las practicas de neonatología y pediatría especialmente.
En el caso de la formación de profesionales de enfermería la teoría es un promedio de 4 horas y la práctica específica va entre 3 y 5 horas. Las prácticas en neonatología y pediatría también se incluyen.
Para la formación en obstetricia la teoría es 5 horas en promedio y tienen un similar número de horas en las prácticas.

Personal que brinda atención a niños en la primera infancia de:

- Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social con el programa Wawa Wasi que es un sistema para el cuidado diurno de niños y niñas menores de tres años. Para un Wawa Wasi se selecciona a una madre cuidadora que se capacita durante 15 días en los componentes de a) fortalecimiento de capacidades, b) familia y gestión comunal y c) atención integral, en este componente se brinda información sobre la alimentación y nutrición del niño(a) pequeño(a) y la lactancia materna es uno de los temas.

- El Ministerio de Educación tiene una Norma sobre la Organización y Funcionamiento de las cunas de Educación Inicial. Esta directiva comprende a las Cunas que atienden a niñas(os) desde los 90 días hasta los 2 años 11 meses de edad y debe ser atendidos por una profesora de educación inicial.

Recomendaciones

- Apoyar las acciones de coordinación entre Ministerios y entidades formadoras de profesionales de salud y educación para mejorar la calidad de los contenidos de alimentación infantil.

6 Se considera 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.

- Revisar la currícula de formación de todos los profesionales que atienden a niños(as) pequeños(as) especificando contenidos sobre alimentación infantil.
- Incluir la información del Reglamento de Alimentación Infantil en la capacitación de profesionales de salud, de educación y de madres cuidadoras de Wawa Wasis.
- Elaborar material de difusión sobre la Promoción y Protección de la lactancia materna para su distribución entre los programas de cuidado infantil.

Indicador 11: Apoyo Materno y Asistencia Social Comunitaria – Apoyo Comunitario para mujeres embarazadas y madres lactantes

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

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 Global para la ALNP, que incluye apoyo materno y apoyo de compañeros(as), 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 los (las) lactantes y niños(as) pequeños(as)." Las mujeres necesitan del apoyo, basado en pruebas, de políticas públicas en salud, trabajadores(as) en salud, patronos, amigos(as), familiares, la comunidad y especialmente de otras mujeres y madres.

El apoyo materno por lo general se considera como un apoyo de mujer a mujer (o más comúnmente conocido como de madre-a-madre), aunque usualmente se trata de llevar a la madre información veraz y oportuna que le ayude a tener confianza; recomendaciones sanas con base en investigaciones actualizadas; atención compasiva antes, durante y después del parto; empatía y escucha activa, asistencia práctica y orientación práctica. Incluye además apoyo y consejería por parte de profesionales y trabajadores(as) en salud. Diversos servicios de asistencia social comunitaria también pueden apoyar a las mujeres para una óptima ALNP.

Las actividades en estos contextos incluyen el apoyo de mujer-a-mujer, consejería individual o grupal, visitas al hogar u otras medidas de apoyo propias del lugar y actividades que garanticen que las mujeres tengan acceso a información adecuada, de apoyo y respeto, servicios de asistencia y consejería para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as). Se ha comprobado que el apoyo materno, aunado al apoyo de la asistencia social comunitaria local, resulta útil en cualquier escenario para asegurar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, además de la lactancia materna continua con alimentos complementarios de la zona durante 2 años o más. Es necesario hacer una revisión y evaluación de los sistemas actuales de apoyo comunitario, en especial en lo que respecta a los servicios de consejería en la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as). Las mujeres que dan a luz en un hospital necesitan apoyo continuo en el hogar y en la comunidad, haciendo este apoyo extensivo a todos los miembros de la familia, incluyendo al padre y abuela del (la) bebé.

Fuentes de información usadas:

Informes de proyectos de ONGs
Evaluación externa de los Hospitales Amigos de la Madre y el Niño

Directrices

Iniciativas comunitarias: _2____ puntos

Criterios	**Puntaje** √ *Marque la que aplica*		
	Sí	En cierta medida	No

11.1) Todas las mujeres embarazadas tienen acceso a los sistemas y servicios de apoyo comunitario para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as).	2	1	**0**
11.2) Todas las mujeres tienen acceso al apoyo para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) después del parto.	2	**1**	0
11.3) Los servicios de apoyo para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) tienen cobertura nacional.	2	1	**0**
11.4) Los servicios comunitarios de apoyo para mujeres embarazadas o lactantes están incorporados a una estrategia general de salud y desarrollo de lactantes y niños(as) pequeños(as) (intersectorial e intra-sectorial).	2	1	**0**
11.5) Los (las) voluntarios(as) y trabajadores(as) en salud comunitarios(as) cuentan con información correcta y han sido capacitados(as) en consejería y habilidades de escucha para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as).	2	**1**	0
Puntaje total:	**2 /10**		

Conclusiones

En la atención que brinda el Ministerio de Salud al niño y la niña para el control de Crecimiento y Desarrollo del(a) niño(a), la lactancia materna es un tema clave. Esta es la mejor oportunidad que se tiene para brindar consejería y apoyar a la madre que da de lactar y a su familia

Uno de los principales motivos por lo que los hospitales "Amigos de la Madre y el Niño" no cumplen con los requisitos es por el incumplimiento del paso 10. No se ha establecido la estrategia para la formación y sostenibilidad de las redes ó grupos de apoyo a la Madre que da de lactar.

Hay una ausencia de programas de capacitación en consejería sobre lactancia materna especialmente en el personal de salud. Así también esta información en mínima entre el personal que realiza el cuidado infantil y no garantiza que la madre que da de lactar reciba información adecuada ni apoyo específico.

En las actividades del trabajo comunitario se incluye el tema de lactancia materna como un contenido informativo, pero no se ha establecido el entrenamiento para apoyar a las madres que dan de lactar.

Recomendaciones

- Elaborar material de apoyo al personal que realiza las actividades de control de Crecimiento y Desarrollo en los servicios de salud.
- Proponer y desarrollar el Manual de la Consejera Comunitaria en lactancia materna, como una estrategia de pares, como esta previsto en el marco de la IHAMN.
- Incorporar la consejería especializada en lactancia materna entre el personal que realiza el cuidado infantil.

- Elaborar e implementar una "Guía de Grupos de Apoyo Comunal", fortaleciendo la la participación activa de las madres a través de sus redes sociales.

Indicador 12: 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)?*

Antecedentes:

Las estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC) son aspectos críticos de un programa exhaustivo para mejorar las prácticas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as). Los enfoques pueden incluir el uso de actividades electrónicas (TV, radio, video), impresas (afiches, tarjetas de consejería, rotafolios, manuales, periódicos, revistas), interpersonales (consejería, educación grupal, grupos de apoyo) y comunitarias para comunicar información importante, además de material de motivación para madres, familias y la comunidad.

Los cambios de conducta constituyen una estrategia importante y son utilizados a menudo en sesiones de consejería, visitas al hogar, discusiones grupales orientadas a la acción y obras dramáticas enfocadas en la resolución de problemas. Las estrategias IEC son exhaustivas en cuanto a que usan una gran variedad de medios y canales para transmitir mensajes concisos, coherentes, apropiados y orientados a la acción, para un público objetivo a nivel nacional, de servicios, comunitarios y familiar.

Fuentes de información usadas:

Directrices

¿Se están implementando prácticas integrales de estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC) para mejorar la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) (lactancia materna y alimentación complementaria)?

Criterios	**Puntaje** √ *Marque lo que aplica*		
	Sí	En cierta medida	No
12.1) Existe una estrategia nacional integral en IEC para mejorar la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as).	2	1	**0**
12.2) Los programas de IEC (p. ej., la Semana Mundial de la Lactancia Materna), que incluyen la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as), están siendo implementados activamente a nivel local.	2	**1**	0
12.3) Los servicios de consejería y educación grupal relacionados con la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) están disponibles dentro del sistema de atención en salud/ nutrición, o a través de la asistencia social comunitaria.	2	1	**0**
12.4) El contenido de los mensajes sobre IEC es técnicamente adecuado con base en directrices nacionales o internacionales.	2	**1**	0

12.5) Una campaña o programa[7] nacional de IEC que usa medios electrónicos e impresos y actividades, ha canalizado mensajes sobre la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) a públicos meta en los últimos 12 meses.	2	1	**0**
Puntaje total:	**2 /10**		

Conclusiones

El Ministerio de Salud ha elaborado material para información y difusión de la lactancia materna, sin embargo este material se reproduce específicamente para la Semana de la Lactancia Materna y con el apoyo de la sociedad civil. No se dispone de material para distribuir a los establecimientos de salud. No se ha venido destinando recursos para la impresión de material de capacitación como rotafolios y folletos, entre otros.

Cabe mencionar que algunas ONGs y/o proyectos han producido material escrito y audio visual para la promoción de la lactancia materna, pero su distribución es limitada.

En el caso de alimentación complementaria, actualmente se vienen desarrollando múltiples acciones para mejorar las prácticas de alimentación del niñoy la niña pequeño(a), a través de medios de difusión escritos y con mensajes radiales, especialmente en zonas de extrema pobreza, no obstante, esta información no enfatiza la importancia de la lactancia materna.

Recomendaciones

- Reforzar y actualizar el contenido del material de IEC como documentos normativos del Ministerio de Salud.
- Incluir las acciones de IEC como actividad priorizada entre las estrategias de reducción de la desnutrición crónica, para aplicarse en los mismos establecimientos de salud y en las acciones comunitarias, con los recursos necesarios para su financiamiento.
- Incorporar la IEC entre los temas de capacitación continua y periódica para el personal de salud que atiende a madres, niñas y niños.

Indicador 13: Alimentación Infantil y VIH

Pregunta clave: *¿Hay establecidos políticas y programas que garanticen que las madres VIH positivas estén informadas sobre los riesgos y beneficios de las distintas opciones de alimentación infantil y cuenten con el apoyo necesario para llevar a cabo su decisión de alimentación infantil? (Ver Anexo 2 – Declaración de Consenso de la OMS sobre VIH y alimentación infantil).*

Antecedentes:

La Estrategia Global para la ALNP destaca la importancia de la labor correcta de políticas y programas en esta área para lograr los objetivos. El Esquema Conceptual de la ONU sobre las acciones prioritarias en actividades sobre alimentación infantil y VIH enumera lo siguiente:

1. 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.
2. Implementar y hacer cumplir el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y posteriores resoluciones pertinentes de la AMS.

[7] Una campaña o programa de IEC se considera "nacional" si sus mensajes llegan hasta los públicos meta de todas las principales unidades geográficas o políticas de un país (p. ej., regiones o distritos).

3. Intensificar los esfuerzos para proteger, promover y apoyar las prácticas de una adecuada alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) en general, en tanto se reconoce al VIH como una entre muchas circunstancias excepcionalmente difíciles.
4. Ofrecer apoyo adecuado a las mujeres VIH positivas para permitirles seleccionar la mejor opción alimentaria para ellas mismas y sus bebés, y llevar a la práctica sus decisiones sobre alimentación infantil.
5. Apoyar las investigaciones sobre VIH y alimentación infantil, incluyendo investigaciones operativas, de aprendizaje, monitoreo y evaluación a todo nivel, y difundir sus resultados.

El riesgo de transmisión del VIH a través de la leche materna presenta un difícil dilema tanto para las autoridades responsables de formular políticas, como para las madres y los (las) consejeros(as) en alimentación infantil. Ellos(as) deberán sopesar el riesgo de muerte por la alimentación artificial, con el riesgo de transmisión del VIH a través de la lactancia materna. Estos riesgos dependen de la edad del (la) lactante y de las condiciones presentes en el hogar, y no se conocen con precisión. Otros factores deberán considerarse al mismo tiempo, como lo es el riesgo de la estigmatización (p. ej., si la madre no está amamantando, puede indicar su estatus de VIH); el costo financiero de la alimentación de reemplazo[8] y el riesgo de volver a quedar embarazada. Las políticas y programas para enfrentar este desafío deben facilitar el acceso a la consejería y pruebas de VIH en forma voluntaria y confidencial (VCCT, por sus siglas en inglés) y, para madres VIH positivas, consejería y apoyo para el método de alimentación que eligió, como la lactancia materna exclusiva segura o la alimentación artificial exclusiva. Debe establecerse salvaguardas para proteger, promover y apoyar la lactancia materna para el resto de la población.

Fuentes de información usadas:

- NTS N°064- MINSA/DGSP.V.01, para la Profilaxis de la Transmisión Madre – Niño del VIH y la Sífilis Congénita**.**

Directrices

¿Hay políticas y programas establecidos que garanticen que las madres VIH positivas reciban información sobre los riesgos y beneficios de las diferentes opciones de alimentación infantil y se les apoye en llevar a la práctica su decisión de alimentación infantil?

Criterios	**Puntaje** √ ***Marque lo que aplica***		
	Sí	En cierta medida	No
13.1) El país cuenta con una política integral sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) que incluye alimentación infantil y VIH	**2**	1	0
13.2) La política sobre alimentación infantil y VIH da vigencia al Código Internacional /Legislación Nacional.	1	0.5	**0**
13.3) El personal en salud y los (las) trabajadores(as)	1	0.5	**0**

[8] Alimentación de lactantes que no reciben leche materna con una dieta que provea todos los nutrientes que los(las) lactantes necesitan hasta que alcancen la edad en que puedan alimentarse plenamente con alimentos familiares. Durante los primeros 6 meses de vida, la alimentación de reemplazo debería ser con un adecuado sucedáneo de leche materna. Después de los 6 meses, el adecuado sucedáneo de leche materna deberá complementarse con otros alimentos.

comunitarios(as) reciben capacitación en políticas de VIH y alimentación infantil, los riesgos asociados con las diversas opciones para lactantes hijos(as) de madres VIH positivas y sobre cómo brindarles consejería y apoyo.			
13.4) La Consejería y Pruebas Voluntarias y Confidenciales (VCCT) está disponible y se ofrece de forma rutinaria a parejas que están pensando en un embarazo y a mujeres embarazadas y sus compañeros.	1	**0.5**	0
13.5) Se brinda a madres VIH positivas consejería consecuente con las recomendaciones internacionales actuales y adecuadas al contexto local.	1	**0.5**	0
13.6) Se apoya a las madres al tomar su decisión de alimentación infantil, dándoles posteriormente consejería y seguimiento para que lleven a la práctica estas decisiones de la manera más segura posible.	1	**0.5**	0
13.7) 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 en general.	1	0.5	**0**
13.8) Existe el monitoreo constante para determinar los resultados de las intervenciones para prevenir la trasmisión 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.	1	0.5	**0**
13.9) La Iniciativa de Hospitales Amigables con la Niñez incorpora la disposición de orientar a los(as) administradores(as) y al personal de hospitales ubicados en áreas con alta frecuencia de VIH sobre cómo evaluar las necesidades y dar apoyo a las madres VIH positivas.	1	0.5	**0**
Puntaje total:	**3.5 /10**		

Conclusiones

Existe la Norma Técnica de Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH, que debe incluirse en protocolo de tratamiento a la madre VIH positiva. Para la elaboración de esta Norma se ha tomado en cuenta las recomendaciones de la Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños para el caso de niños con VIH.

La norma establece que a la madre VIH positiva se le brindará una consejería específica para la alimentación de su niño(a), siendo la principal medida que el(la) niño(a) de madre VIH positiva recibirá sucedáneos de la lactancia materna por un periodo de seis meses, se cubre así el primer período de la vida del(a) recién nacido(a). Este sucedáneo es entregado por el servicio de salud y se completa con otras acciones como el tratamiento antirretroviral y la cesárea entre otras, que tienen como finalidad disminuir a un mínimo porcentaje la transmisión de VIH a sus niños.

Sin embargo el apoyo que se brinda desde el Ministerio de Salud, se limita a la entrega del sucedáneo cada mes, siendo esta entrega la oportunidad de contacto del servicio de salud con el niñoo la niña, para realizarle el control de su estado de salud. La

información de la entrega del sucedáneo es registrada por el Seguro Integral de Salud (SIS). Después de los seis meses al suspenderse la entrega del sucedáneo, no existe la necesidad de llevar al niño o la niña al Establecimiento de Salud, por lo que no se tiene información sobre la alimentación que los(as) niños(as) reciben después, ni de su estado de salud, es decir las(os) niñas(os) se pierden inclusive para el diagnóstico confirmatorio y el tratamiento antirretroviral.

Esta situación se ha evidenciado en un trabajo colaborativo del Ministerio de Salud, UNICEF y la ONG Socios en Salud, sólo en una zona específica de Lima y como resultado de esta intervención, se encontró a 863 niños(as) hijos(as) de madre con VIH que no estaban siendo atendidos por los servicios de salud. De de este numero 147 niños son reactivos al VIH y no recibían ninguna atención de salud. Los(as) niños(as) VIH positivos sin tratamiento tienen un alto riesgo de que se agrave su estado de salud por la presencia de infecciones oportunistas, ligadas en su mayoría a problemas nutricionales, tal como se encontró en esta intervención.

Recomendaciones

- Actualizar la información en relación con la atención de la alimentación de los niños viviendo con VIH.
- Fortalecer las competencias del personal de salud para que brinden una consejería adecuada y oportuna en relación con la alimentación del niño y la niña con madre VIH positiva.
- Establecer un sistema de seguimiento y monitoreo de los(as) niños(as) que viven con VIH a fin de brindar un soporte integral en su alimentación y cuidado en el marco de los derechos que les asisten a todos los niños y las niñs, sin discriminación.

Indicador 14: Alimentación Infantil durante Emergencias

Pregunta clave: *¿Hay establecidos políticas y programas apropiados que garanticen que las madres, lactantes y niños(as) recibirán protección y apoyo adecuados para una alimentación apropiada durante emergencias?*

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 ser compartida 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. Los detalles prácticos sobre cómo implementar la guía se incluyen en los materiales de capacitación complementarios, desarrollados también mediante la colaboración interagencial. Todos estos recursos están disponibles en www.ennonline.net.

Fuentes de información usadas:

Directivas del Instituto Nacional de Defensa Civil

Directrices

¿Hay políticas y programas establecidos para asegurar que madres, lactantes y niños(as) recibirán protección y apoyo adecuados para contar con alimentación apropiada durante las emergencias?

Criterios	**Puntaje** √ **Marque lo que aplica**		
	Sí	En cierta medida	No
14.1) El país cuenta con una política integral para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) que incluye la alimentación infantil en emergencias.	2	1	**0**
14.2) Ya se ha(n) designado a la(s) persona(s) que tiene(n) a su cargo la responsabilidad de la coordinación nacional con la ONU, donantes, militares y ONG para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) en situaciones de emergencia.	2	**1**	0
14.3) Se ha diseñado un plan de apresto ante emergencias para desarrollar actividades que garanticen la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria adecuada, además de minimizar el riesgo por alimentación artificial.	2	1	**0**
14.4) Recursos identificados para la implementación del plan durante las emergencias.	2	**1**	0
14.5) Se ha incorporado a la formación y perfeccionamiento en el servicio del personal de manejo de emergencias y correspondiente personal de atención en salud, el material didáctico adecuado sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) en emergencias.	2	1	**0**
Puntaje total:	**2 /10**		

Conclusiones

No existe una política de alimentación para el(la) niño(a) pequeño(a) y hay una falta de coordinación entre los sectores públicos en la atención a niños(as) en situaciones de emergencia.

El Instituto Nacional de Defensa Civil (INDECI) tiene en su Listado de Insumos Humanitarios la provisión de biberones y leches artificiales. No considera una política para la protección de la lactancia en situaciones de emergencia.

El Ministerio de Salud promueve la lactancia materna, pero no dispone de directivas ni de material de difusión para su entrega durante situaciones de emergencia.

Con la información de la atención a la población en emergencia (Sur 2007) se están elaborando directivas y material de capacitación para INDECI para incorporar las recomendaciones para la alimentación infantil en situaciones de emergencia y propuestas para modificar las directivas para la alimentación de las(os) niñas(os) pequeñas(os).

Recomendaciones

- Establecer canales de coordinación entre el Ministerio de Salud e INDECI para establecer políticas de alimentación de los(as) niños(as) menores de tres años en situación de emergencia.
- Disponer de material impreso y audio visual para la alimentación del lactante en situaciones de emergencia de acuerdo a las recomendaciones del Grupo Central Interagencial para la Alimentación Infantil en Emergencias.
- Sensibilizar y capacitar a los responsables de Defensa Civil en las regiones y unidades operativas del país, para la aplicación de mensajes adecuados en relación a la alimentación infantil en Emergencias.

Indicador 15: Sistema de Mecanismos de Monitoreo y Evaluación

Pregunta clave: *¿Se monitorean y evalúan los datos recogidos en forma rutinaria y se usan éstos para mejorar las prácticas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as)?*

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 de monitoreo o sistema de manejo de la información deben recopilarse en forma sistemática y deben considerarse como parte del proceso de manejo y planificación por parte de los (las) directores(as) de programa. Cuando proceda, deberá recogerse datos, tanto de referencia como de seguimiento, para medir los resultados. Debe considerarse el uso de estrategias sobre indicadores[9] y recolección de datos internacionalmente acordados, en un esfuerzo por aumentar la disponibilidad de datos comparativos. Es importante concebir estrategias que ayuden a asegurar que las personas clave en la toma de decisiones reciban los resultados importantes de las evaluaciones y se animen a usarlos.

Fuentes de información usadas:

Encuesta de Demografía y Salud. Instituto Nacional de Estadística e Informática. ENDES 2004-2006. ENDES 2009 I Semestre.

Directrices

¿Se recogen en forma rutinaria datos de monitoreo y evaluación y se usan posteriormente para mejorar las prácticas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as)?

Criterios	**Puntaje** √ **Marque lo que aplica**		
	Sí	En cierta medida	No
15.1) Los componentes de monitoreo y evaluación están incorporados a las principales actividades del programa para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as).	2	**1**	0

[9] 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.

15.2) Los datos del Sistema de Monitoreo o Manejo de Información (SMI) están considerados por los directores del programa como parte del proceso integrado de operación.	2	**1**	0
15.3) Se recogen datos de referencia y seguimiento para medir los resultados de las principales actividades del programa de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as).	2	1	**0**
15.4) Los resultados de las evaluaciones sobre las principales actividades relativas a la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) se reportan a las personas clave responsables de la toma de decisiones.	2	**1**	0
15.5) El monitoreo de prácticas clave para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) ha sido incorporada a un sistema más amplio de vigilancia nutricional y/o monitoreo de la salud, o en encuestas nacionales periódicas en salud.	**2**	1	0
Puntaje total:	**5 /10**		

Conclusiones

Se ha tomado como referencia la información la fuente de información oficial que es la ENDES del Instituto Nacional de Estadistica e Informatica. A partir del presente año (2009) esta información se está actualizando con un intervalo de 6 meses.

Se ha comprometido la obtención de esta información hasta el año 2011 y sirve de base para la programación del Presupuesto por Resultados que es la forma de medir la ejecución del gasto en los programas priorizados a nivel nacional. La información se considera como oficial para las estadísticas gubernamentales.

El Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, tiene como misión realizar la vigilancia del estado nutricional y de los indicadores nutricionales. Lo realiza a través de dos sistemas: Monitoreo de Indicadores Nutricionales y Sistema de Informacion del Estado Nutricional. Dicha información se recoje a nivel nacional y por cada distrito, pero su uso es para los servicios de salud.

Existen otras fuentes de información, como la del Seguro Integral de Salud ó las estadísticas de la oficina de Estadística e Informática del mismo Ministerio de Salud, sin embargo no tiene una continuidad.

Recomendaciones

Fortalecer una fuente de información técnica, continua y por cada distrito, que permita contar con información confiable para la focalización de intervenciones. Tener en cuenta que las cifras en promedios se han convertido en el principal problema que favorece la exclusión

Resumen de los Resultados para Perú

Resumen Parte I: Prácticas de Alimentación para Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) (ALNP)

Práctica de la ALNP	Resultado	Puntaje
Indicador 1 Comienzo de la lactancia materna (Iniciación)	47.5%	6
Indicador 2 Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses	73.1 %	9
Indicador 3 Duración media de la lactancia materna	19.7 meses	6
Indicador 4 Alimentación con biberón	23.3 %	6
Indicador 5 Alimentación complementaria	88.8 %	9
Puntaje Parte I (Total)		36

Directriz:

Puntajes (Total) Parte I	Código por color	Calificación
0 – 15		**D**
16 – 30		**C**
31 – 45	**Perú 36**	**B**
46 – 50		**A**

Resumen de Resultados y Recomendaciones

Resuma cuáles prácticas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) son buenas y cuáles necesitan mejoras y por qué, cualquier análisis adicional que se requiera y recomendaciones para la acción:

El inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida del niño y la niña no es una práctica generalizada en el Perú, los servicios de maternidad no están adecuados para favorecerla. Con la evidencia científica y con las normas nacionales existentes debe exigirse la práctica del inicio de la lactancia materna en la primera hora y realizarse una supervisión de su cumplimiento.

Es necesaria la incorporación de esta práctica para todos(as) los(as) niños(as) y especialmente para aquellos(as) que nacen con bajo peso, (8%) los(as) que se verían especialmente beneficiados(as).

Deben enfatizarse los beneficios de la Lactancia Materna para el niño y la niña en el momento inicial, en su alimentación así como para su desarrollo psico emocional. Este conocimiento se debe incorporar a los programas de capacitación continúa del personal, así como el entrenamiento de pre grado en la formación de profesionales en salud.

La lactancia materna exclusiva ha tenido un notable incremento en el ultimo año, de 68.7% en el 2007, a 65.7% en el 2008 y a 73.1% en el primer semestre del 2009, es un incremento importante, sin embargo el mantener esta curva ascendente requiere un

intensivo esfuerzo intenso. Estas cifras son las más altas entre los países de Latino América.

No obstante, es recomendable verificar esta información al término del año, así como realizar un control de la calidad de la información, identificando si el niño o la niña está recibiendo otros líquidos como mates u otros, y la frecuencia de este consumo.

El uso del biberón en los(as) lactantes menores es preocupante, en el caso de las(os) niñas(os) de 2 a 3 meses mayor al 30%. Esta información que difiere de la prevalencia de la lactancia materna exclusiva (73.1%), se debe a que corresponde a tres años anteriores al último dato. Sin embargo es importante la información que brinda el personal de salud en el uso del biberón. El Ministerio de Salud debe asegurar los mensajes que el personal brinda durante la consejería a las madres y familias.

La mayor fortaleza para la lactancia materna es el factor cultural y es más frecuente entre las madres del quintil inferior de riqueza, pero al mismo tiempo en este grupo de niños(as) se presentan los indicadores de desnutrición crónica más elevados, por lo tanto es sumamente necesario brindar apoyo especifico a las madres para la alimentación de la niña y del niño desde su nacimiento y durante la alimentación complementaria.

En relación a la alimentación complementaria se muestra un alto porcentaje de niños y niñas que reciben algún alimento sólido o semisólido. Cabe señalar que la cifra actual de desnutrición crónica en niños(as) menores de 5 años (19%) se realiza con el patrón de la NCHS.

Para desnutrición crónica el factor cultural es desfavorable, la costumbre de las familias en las zonas andinas y rurales, no prioriza la adecuada alimentación para el niño(a) pequeño(a).

La información demuestra que existen tareas pendientes para mejorar las prácticas de alimentación infantil, especialmente en el inicio de la lactancia materna. Se requiere difundir esta práctica en los servicios de salud, hogares y comunidad y con una decisión técnica y política que incluye mejorar los recursos humanos y financieros. Estas prácticas contribuirán a mejorar la salud y la nutrición de las niñas y los niños y favorecerán su desarrollo, que es una política gubernamental.

Resumen Parte II: Políticas y Programas de ALNP

Objetivos:	Puntaje **(De 10)**
1. Política, Programa y Coordinación Nacional	5
2. Iniciativa de Hospitales Amigables con la Niñez	6
3. Implementación del Código Internacional	8
4. Protección de la Maternidad	4.5
5. Atención en Salud y Nutrición	4.5
6. Asistencia Social Comunitaria	2
7. Apoyo Informativo	2
8. Alimentación Infantil y VIH	3.5
9. Alimentación Infantil durante Emergencias	2
10. Monitoreo y Evaluación	5
	42.5

Resumen de Conclusiones y Recomendaciones
Resuma los logros alcanzados en los diversos componentes del programa, cuáles áreas necesitan un mayor esfuerzo y recomendaciones para la acción:

La aprobación del actual Reglamento Nacional de Alimentación Infantil, representó un verdadero logro para la Promoción y Protección de la Lactancia Materna, luego de varios años de insistencia de las organizaciones de la sociedad civil y agencias. Sin embargo luego de casi cuatro años de su vigencia su cumplimiento es mínimo, las faltas al Reglamento son múltiples, desde los lugares de venta de sucedáneos, en el rotulado y publicidad de las empresas, los servicios de salud privados hasta los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud

El país se encuentra en un crecimiento económico sostenido y dispone de recursos para la inversión en problemas prioritarios como la alimentación infantil, estas condiciones ofrecen la oportunidad para que la IHAMN sea una política institucional, se hace necesario un compromiso específico de las autoridades del Ministerio de Salud y el continuo monitoreo de las acciones, para completar su implementación en todos sus componentes. Uno de los componentes centrales es disponer del material informativo que sea adecuado para las poblaciones tanto rurales como urbanas.

Sobre la protección a la maternidad, existe una legislación favorable, puede mejorarse en temas específicos como la ratificación del Convenio N° 183 pero el principal problema es la vigilancia del cumplimiento de las leyes, especialmente en los casos de las actividades laborales que desarrollan las mujeres en el sector privado.

Uno de los principales problemas es la formación de profesionales que atienden a niños(as) pequeños(as), especialmente el personal de salud. Es urgente motivar el compromiso de las entidades formadoras de recursos profesionales. Esta actividad seria favorable para el apoyo a las madres en los servicios de salud, en el hogar y en la comunidad, específicamente en la formación de redes de apoyo

El Ministerio de Salud tiene como agenda pendiente el establecer un sistema de atención para la atención integral al niño y la niña viviendo con el VIH y la normatividad para la atención al niño y la niña en situaciones de emergencia, siguiendo las disposiciones

específicas para cada situación

Una de las recomendaciones prioritarias se refiere a la plena vigencia del Reglamento de Alimentación Infantil, comprometiendo para ello el apoyo de la sociedad civil y agencias de cooperación. El otro tema importante es la necesidad de contar con una única fuente de información a nivel de cada distrito, como ya se mencionó las cifras en promedios se han convertido en el principal problema que favorece la exclusión.

Directrices de IBFAN Asia para la *WBTi*

El puntaje total de las políticas y programas sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) (indicadores 6-15) se calculan sobre 100.

Puntajes	Código por Color	Calificación
0 – 30		**D**
31 – 60	**Perú 42.5**	**C**
61 – 90		**B**
91 – 100		**A**

Total de Parte I y Parte II (indicador 1-15): Prácticas de ALNP y Políticas y Programas

El puntaje total de las **prácticas** de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as)**;** y las **políticas y programas (indicadores 1-15)** se calculan sobre 150. Los países luego reciben una calificación como sigue:

Puntajes	Código por Color	Calificación
0 – 45		**D**
46 – 90	**Perú 78.5**	**C**
91 – 135		**B**
136 – 150		**A**

Bibliografía

1. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, World Health Assembly,* Mayo 2002.
2. WHO, *Indicators for Assessing Breastfeeding Practices: Report of an Informal Meeting, 11-12 June 1991, Geneva, Switzerland.* Ginebra, Suiza: OMS, 1991 (WHO/CDD/SER/91.14).
3. *Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding*, adopted by participants at the WHO/UNICEF policymaker's meeting on "Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative", Spedaledegli Innocenti, Florencia, Italia, 30 Julio – 1 Agosto, 1990.
4. Macro International, *Demographic and Health Survey,* Calverton, Maryland, USA (los países y las fechas varían).
5. UNICEF, *Multiple Indicador Cluster Survey,* NY, NY: UNICEF, (los países y las fechas varían).
6. WHO, *WHO Global Data Bank on Breast-feeding,* Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 1996 (WHO/NUT/96.1).
7. MEASURE Communications, *Breastfeeding Patterns in the Developing World,* Washington D.C.: Population Reference Bureau and MEASURE Communications, 1999.
8. WHO, *"The Optimal Duration of Breastfeeding*, Nota para la Prensa N^{o} 7, 2 Abril 2001
9. Coutsoudis A, Pillay K, Spooner E, Kuhn L, Coovadia HM. *"Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study". Lancet* 1999 Ago 7;354: 471-76.
10. Coutsoudis A, Pillay K, Kuhn L et al. *"Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa" AIDS* 2001, Vol 15 No 3. 379-387.
11. Habicht J-P, DaVanzo J, Butz WP. *"Mother's milk and sewage: Their interactive effects on infant mortality"*, *Pediatrics* 81: 456-461, 1988.
12. Haggerty PA, Rutstein S, *Breastfeeding and Complementary Infant Feeding, and the Postpartum Effects of Breastfeeding, Demographic and Health Surveys Comparative Studies No. 30*, Calverton, Maryland: Macro International, 1999.
13. WHO/UNICEF/University of California (Davis). *Complementary feeding of young children in developing countries: A review of current scientific knowledge*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 1998 (WHO/NUT/98.1).
14. WHO, *Complementary Feeding: Family foods for breastfed children*, Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2000 (WHO/NHD/001).
15. WHO and UNICEF, *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services, A joint WHO/UNICEF statement,* Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 1989.
16. UNICEF, *Baby-Friendly Hospital Initiative Case Studies and Progress Report*, New York: UNICEF Programme Division, 1999.
17. WHO, *International Code for Marketing Breast Milk Substitutes*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 1981.
18. *State of the Code by Country: A survey of measures taken by governments to implement the provisions of the International Code for Marketing Breast Milk Substitutes,* IBFAN, International Code Documentation Centre, Penang, Malasia (diversas fechas)
19. ILOLEX, IC 103 Maternity Protection Convention (Revisado, 1952, Ginebra, Suiza: ILOLEX: The International Labour Organization's Database on International Labour Standards (http://ilolex.ilo.ch/).

20. ILOLEX, IC 183 Maternity Protection Convention (2000, Ginebra, Suiza: ILOLEX: The International Labour Organization's Database on International Labour Standards (http://ilolex.ilo.ch/).
21. ILO, "Maternity Protection at Work", *World of Work,* Abril 1998, Vol. 24, pp. 15-19.
22. UNAIDS. HIV and infant feeding. A policy statement developed collaboratively by UNAIDS, UNICEF and WHO, 1997. Disponible en el sitio web: http://www.unaids.org/publications/documents/mtct/infantpole.html.
23. WHO/UNICEF/UNAIDS/UNFPA/World Bank/UNHCR/WFP/IAEA/FAO. HIV and infant feeding: a framework for priority action. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (en impresión).
24. WHO/UNAIDS/UNICEF. HIV and infant feeding: guidelines for decision-makers. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 (bajo revisión). Disponible en el sitio web: http://www.unaids.org/publications/documents/mtct/infantpolicy.html.
25. Interagency Working Group on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. *Infant and Young Child Feeding in Emergencies: operational guidance for emergency relief staff and programme managers*. Noviembre 2001. Disponible en el sitio web: www.ennonline.net o en fiona@ennonline.net.
26. Ad Hoc Group on Infant Feeding in Emergencies. *Infant feeding in emergencies: policy, strategy and practice.* Mayo 1999. Disponible en el sitio web: www.ennonline.net o en fiona@ennonline.net
27. Core Group on Infant Feeding in Emergencies. *Infant feeding in emergencies. Module 1 for emergency relief staff: manual for orientation, reading and reference.* Borrador, Noviembre 2001. Disponible en el sitio web: www.ennonline.net o en fiona@ennonline.net.
28. Core Group on Infant Feeding in Emergencies. *Infant feeding in emergencies. Module 2 for health and nutrition workers in emergency situations: manual for practice, instruction and reference.* Borrador, 2003. Disponible en el sitio web: www.ennonline.net o en fiona@ennonline.net.
29. WHO, UNHCR, IFRC, WFP. *The management of nutrition in major emergencies. Guiding principles for feeding infants and young children in emergencies.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000.
30. UNDP, *UNDP Human Development Report,* United Nations Publications, NY, NY, 2000 (e-mail: publications@un.org)
31. UNICEF, *State of the World's Children*, UNICEF, NY, NY 2000.
32. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Washington, DC, Oganización Panamericana de la Salud, 2003.
33. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, Mathers C, Rivera J, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet 2008; 371(9608): 243-260.[i]

[i] COORDINACIÓN REGIONAL IBFAN LAC - cefemina@racsa.co.cr - www.ibfan-alc.org