



**Iniciativa Mundial sobre
Tendencias de la Lactancia
Materna (WBTi)**

URUGUAY



Octubre de 2015

Coordinación: Carolina de León

Equipo técnico: Natalia de Souza, María José Paz, Carolina de León, Raquel Rodríguez, Lucía Beneditto

Forma de contacto:

Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil (RUANDI)

Correo electrónico: ruandi.org@gmail.com

Dirección postal: Pedro Vidal 2145. CP 11.600. Montevideo. Uruguay

Índice

Siglas

Introducción.....

Objetivos y Metodología de recolección de la información.....

Resultados.....

Parte I. Políticas y Programas.....

Indicador 1: Políticas, programas y coordinación nacional

Indicador 2: Iniciativa Hospital Amigo del Niño (10 pasos hacia una lactancia materna exitosa)

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

Indicador 4: Protección de la maternidad

Indicador 5: Sistema de cuidados en salud y nutrición (en apoyo a la lactancia materna y a la alimentación del lactante y del niño pequeño)

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

Indicador 7: Apoyo informativo

Indicador 8: Alimentación infantil y VIH

Indicador 9: Alimentación del lactante y del niño pequeño durante emergencias

Indicador 10: Mecanismos de monitoreo y evaluación

Parte II. Prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño.....

Indicador 11: Inicio temprano de la lactancia materna

Indicador 12: Lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses

Indicador 13: Duración media de la lactancia

Indicador 14: Alimentación con biberón

Indicador 15: Alimentación Complementaria

Siglas

| | |
|--------|---|
| AIE | Alimentación Infantil en Emergencias |
| ALNP | Alimentación de Lactantes y Niños(as) pequeños(as) |
| BPNI | Red de Promoción de la Lactancia materna de India |
| CPM | Convención de Protección a la Maternidad |
| EDS | Encuesta Demográfica y de Salud |
| EGMI | Encuesta de grupos de múltiples indicadores |
| EMALNP | Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño |
| FAO | Organización de Naciones Unidas para Agricultura y Alimentación |
| GAM | Grupos de apoyo a las madres |
| GLOPAR | Investigación de Acción Global Participativa |
| IBFAN | Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil |
| ICDC | Centro Internacional de Documentación en Código Internacional |
| IHAN | Iniciativa Hospitales Amigos del Niño y la Niña (BFHI en inglés) |
| OIT | Organización Internacional del Trabajo |
| LAM | Método de Lactancia Materna de Amenorrea |
| LLLI | La Leche La Liga International |
| NCD | Enfermedad no transmisible |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| WABA | Alianza Mundial pro Lactancia Materna |
| WBCi | Iniciativa Mundial de Cálculo de Costos de Lactancia Materna |
| WBTi | Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna |

Introducción

La República Oriental del Uruguay, es un país de América del Sur, situado en la parte oriental del Cono Sur Americano. Limita al oeste con Argentina, al noreste con Brasil, al sureste tiene costas en el océano Atlántico y al sur sobre el Río de la Plata.

Cuenta una superficie de 176.215 km² y una población de 3.286.314 (INE, 2011). Es considerada una de las sociedades más desarrolladas de América Latina, ubicándose según el Índice de Desarrollo Humano en el tercer puesto luego de Chile y Argentina y en el puesto 51 del mundo (Índice de Desarrollo Humano: 0,792, 2013).

Su producto Bruto per Cápita (PBI) es de aproximadamente USD 16.421 (BCU, 2014) y el crecimiento económico del país en el año 2013 fue del 4,4 % (Banco Central del Uruguay). El factor clave de la economía uruguaya son las exportaciones, siendo sus productos primarios la carne, soja, lácteos y arroz.

El salario mínimo nacional es de \$ 8960 (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 2014) y la tasa de desempleo es del 6,7% (Instituto Nacional de Estadística, enero 2014). El índice de pobreza es del 11,5% y el índice de indigencia del 0,5% (Instituto Nacional de Estadística, enero, 2014).

Con una alta expectativa de vida al nacer (71 años, Banco Mundial 2013) y una baja tasa de natalidad (1,9 hijos por mujer, INE 2011), Uruguay es uno de los países de América Latina con menor porcentaje de jóvenes.

Desde el punto de vista nutricional Uruguay es un país heterogéneo, donde conviven los problemas de malnutrición por déficit y por exceso. En la infancia las carencias nutricionales se ven reflejadas en una importante proporción de niños menores de 3 años que no alcanzan su potencial real de crecimiento, con un retraso de talla del 4,5% (ENDIS, 2013) y una alta prevalencia de anemia, 31,5 % en niños de 6 a 23 meses, afectando esto su desarrollo físico e intelectual perpetuando así la pobreza. Por otro lado existe un alto porcentaje de sobrepeso y obesidad en niños menores de 3 años siendo esta cifra de 10,5% (ENDIS, 2013).

A continuación se resumen en el siguiente cuadro los principales indicadores del país:

| INDICADOR | VALOR | AÑO |
|--|--|---|
| Población total | 3.286.314 / 3.407.062 | INE, 2011 |
| % PBI destinado al sector Salud | 10 | BM, 2013 |
| Distribución por edades | 21,8% (0-14 años), 64,1% (15-64 años), 14,1% (65 años o más) | INE, 2011 |
| Tasa de crecimiento anual de la población | 1,91 por mil | INE, 2011 |
| Tasa bruta de natalidad | 14,10 por mil | INE, 2010 |
| Tasa bruta de mortalidad | 9,9 por mil | INE, 2010 |
| Edad mediana | 36,2 años (37,7años mujeres, 34,5 años hombres) | INE, 2011 |
| Esperanza de vida al nacer | 79,95 años en mujeres, 72,87 años en hombres | INE, 2011 |
| Población por área geográfica | 94 % población urbana 5% población rural | BM, 2014 |
| Hijos por mujer | 1,9 hijos | INE, 2011 |
| Alfabetismo | 98 % | BM, 2013 |
| Mortalidad infantil | 8,9 por mil nacidos vivos | INE, 2011 |
| Bajo Peso al nacer | 8,7% 7,2% | Encuesta Lactancia Materna, 2011 ENDIS, 2013 |

El objetivo de este proceso es actualizar la información respecto de las tendencias nacionales en Lactancia Materna y Alimentación Complementaria, desde la perspectiva del cumplimiento de la Estrategia Mundial de Alimentación del Lactante y del niño pequeño.

De este modo plantea proporcionar al gobierno nacional, a las agencias de cooperación y a los actores de la comunidad toda, sean profesionales, sociedades científicas, organizaciones de la sociedad civil relacionadas al tema, la información crítica y necesaria para completar vacíos identificados en las políticas de salud pública relacionadas con la alimentación de lactantes y niños pequeños.

Se espera contribuir a un debate en diversos temas pendientes como es la implementación del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, en el marco de un sistema alimentario cada vez más complejo y donde la publicidad de alimentos para lactantes y niños socava la cultura alimentaria y las prácticas de lactancia materna en nuestro país.

Se considera necesario analizar este informe y debatir desde la perspectiva de la realidad epidemiológica y nutricional de nuestro país, a la luz de nuevos datos y encuestas que muestran el aumento de las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles, especialmente el aumento del Sobrepeso y la obesidad infantil y lo que significa esta tendencia para la salud de nuestro país.

Aportar a la discusión y a la implementación y cumplimiento de los Objetivos sanitarios del Ministerio de Salud Pública para próximo período de gobierno 2015 - 2020, en materia nutrición y salud infantil, desde un enfoque de derechos y seguridad y soberanía alimentaria.

Metodología de recolección de la información:

Se realizó un proceso de investigación y consulta a referentes según los temas del informe solicitado.

Se realizaron entrevistas en profundidad a referentes institucionales y se solicitó datos, informes y estadísticas que abarcaron desde el año 2008 hasta al año 2015.

Se procedió a la revisión de las leyes a nivel del Parlamento nacional, utilizando la información de los sitios de internet oficiales, así como el análisis de Decretos y Normas relacionadas al tema.

Se entrevistó de forma personal o telefónica a varios actores clave, referentes en los diversos temas que plantea el informe WBTi.

Se realizó un Taller de discusión para dar a conocer el informe y aceptar nuevas sugerencias y medidas para acercar al cumplimiento de algunas de las metas propuestas en el informe aquí presentado.

Se ha comunicado a los medios de comunicación, tanto prensa escrita como radial y televisiva, para que difundan el Taller de discusión y presentación del informe y que se coloque el tema en la opinión pública.

Principales entrevistas y organizaciones que brindaron información

Los actores e instituciones correspondientes que fueron consultados y a los que se les realizaron entrevistas personales, por vía telefónica o mail, fueron: Dra. Claudia Romero (Directora del Área Programática de Niñez del Ministerio de Salud Pública) Magíster en Nutrición Ximena Moratorio (Referente del Área Programática de Nutrición del Ministerio de Salud Pública) Dra. Isabel Bove (Asesora en el Ministerio de Salud Pública en temas de nutrición), Psic. Nora de Oliveira (Asesora en el Ministerio de Salud Pública), Profesora Agda. Alejandra Girona (Docente del Departamento de Nutrición Básica de la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de la República), Magíster Florencia Cerruti (Programa Uruguay Crece Contigo, Ministerio de Desarrollo Social) Magíster en Nutrición Florencia Koncke (Programa Uruguay Crece Contigo, Ministerio de Desarrollo Social), Dr. Alvaro Arroyo (Oficial de UNICEF en Uruguay), Dra, Lilian Carroscia (Directora del Banco de Leche Humana del Hospital Pereyra Rosell, Asociación de Servicios de Salud del Estado ASSE), Magíster Nut. Natalia Rey (Referente del Programa de Nutrición de la Intendencia de Montevideo) Magíster Nut. Myriam de León (Profesora Adjunta del Depto de Nutrición Clínica de la Escuela de Nutrición de la UDELAR y Jefa del Área de Nutrición de la Mutualista Hospital Evangélico), Lic Enf Adriana Sanchez (Encargada de los Centros de Recolección de Leche Humana del Banco de Previsión Social BPS), Magister Nut. Fabiana Peregalli (Instituto Niñez y Adolescencia de Uruguay INAU), Lic Nut. Tania Rey (Nutricionista de la Red de Atención del Primer

Nivel RAP Metropolitana), Dra, Adriana Iturralde (Profesora Adjunta de Pediatría Clínica Pediátrica C de la Facultad de Medicina) Dra. Karina Machado (Prof, Agda, Clínica Pediátrica A Facultad de Medicina), Magister Nut, Isabel Pereyra (Directora de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad Católica del Uruguay), Nutricionista y Consultora en Lactancia Laura Fazio (Banco de Leche Humana del HPR) y referente en Lactancia del Centro Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay CASMU), Florencia Muniz (Docente Grado 2 del Departamento de Nutrición Social de la Licenciatura en Nutrición de la UDELAR)

Se realizó un Taller de discusión para dar a conocer el informe y aceptar nuevas sugerencias y medidas para acercar al cumplimiento de algunas de las metas propuestas en el informe aquí presentado.

Se ha comunicado a los medios de comunicación, tanto prensa escrita como radial y televisiva, para que difundan el Taller de discusión y presentación del informe y que se coloque el tema en la opinión pública. Se salió al aire en el Programa “Hoy no es un día cualquiera” transmitiendo la Jornada de discusión de WBTi 2015, y luego realizando los comentarios de lo ocurrido en la jornada de discusión del informe.

Parte I: Políticas y Programas para la Alimentación del Lactantes y Niños (as) pequeños (as) (ALNP)

En la Parte I 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, el logro alcanzado con el indicador objetivo en particular es puntuado según los colores rojo, amarillo, azul o verde sobre la base de las directrices que se sugiere a continuación.

Directrices de IBFAN Asia para las WBTi

| Puntajes | Código por color |
|----------|------------------|
| 0 – 3 | Rojo |
| 4 – 6 | Amarillo |
| 7 – 9 | Azul |
| Más de 9 | Verde |

Indicador 1: Políticas, Programas y Coordinación Nacional

Pregunta clave: ¿Existe una política nacional para la alimentación/ lactancia materna de lactantes y niños(as) pequeños(as) que proteja, promueva y apoye la alimentación óptima de lactantes y niños(as) pequeños(as) 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.

La Declaración Innocenti sobre la alimentación de Lactantes y Niño(a) Pequeños(a) (2005) captura los renovados compromisos asumidos en esa histórica reunión aniversario y

registra los cinco objetivos operacionales adicionales que se identificaron como parte de la Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) incluidas las resoluciones de la AMS respecto ALNP.

La guía para la aplicación nacional de la Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) (2007) llama a la aplicación de la Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) centrado en la estrategia nacional, la política y los planes de acción.

| Directrices para la puntuación | |
|---|------------------------|
| Criterios | ✓ Marcar cuando aplica |
| 1.1) El gobierno ha adoptado/ aprobado oficialmente una política nacional sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as). | ✓ 1 |
| 1.2) La política recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, iniciando la alimentación complementaria después de los seis meses y continuando la lactancia materna hasta los 2 años o más. | ✓ 1 |
| 1.3) Un plan de acción nacional diseñado con base en la política. | 2 |
| 1.4) El plan cuenta con financiamiento adecuado. | 2 |
| 1.5) Existe un Comité Nacional de Lactancia Materna o comité de ALNP. | ✓ 1 |
| 1.6) El comité nacional de lactancia materna (o alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) celebra reuniones, monitoreo y revisiones periódicas. | 2 |
| 1.7) El comité nacional de lactancia materna (alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) se enlaza eficazmente con todos los otros sectores como salud, nutrición, información, etc. | ✓ 0,5 |
| 1.8) El Comité de Lactancia Materna está dirigido por un(una) Coordinador(a) con términos de referencia claros, y comunica periódicamente la política nacional a nivel regional, distrital y comunal. | ✓ 0,5 |
| Puntaje Total | 4 / 10 |

Total de puntos para el indicador 1 en Uruguay: 4

| Puntajes | Código por color |
|----------|------------------|
| 4 – 6 | Amarillo |

Fuentes de Información:

- Norma Nacional de Lactancia Materna 2009 y su actualización sin publicar aún, edición 2015.
- Resolución Ministerial Número 311 del 2 de junio de 2008 por la cual se nombra la Coordinadora Nacional de Lactancia.
- Bove MI, D'Oliveira N. Buenas prácticas de alimentación del lactante y el niño/a pequeño/a en maternidades y consultorios.
- Ministerio de Desarrollo Social, Dirección Nacional de Políticas Sociales. Cuidados como Sistema. Propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidados en Uruguay.

Conclusiones:

En el año 2006 se crea en nuestra país el Programa Nacional de Salud de la Niñez, el cual tiene como objetivo principal “lograr un adecuado crecimiento y desarrollo de toda la población infantil y adolescente del país desde su nacimiento hasta los 14 años, incorporando un enfoque de salud integral y de calidad, con énfasis en acciones de educación y promoción de salud, coordinadas con otros efectores, con perspectiva de derechos, de género y de equidad social, actuando sobre diversos factores que influyen sobre la salud de esta población”.

Dicho programa tiene dentro de sus objetivos el apoyo, promoción y protección a la lactancia materna, la implementación de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño (a) Pequeño (a), así como la acreditación de las maternidades y servicios de salud en Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y Niño (a) pequeño (a) en el marco de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño.

Si bien no existe una política nacional sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) como documento formal, el país cuenta desde el año 2009 con la Norma Nacional de Lactancia Materna la cual tiene carácter de Ordenanza Ministerial N° 217/09. La misma fue creada por el Programa Nacional de Salud de la Niñez con el fin de “contribuir a

mejorar la situación de salud, nutrición y desarrollo del niño y la niña en el marco de la Convención de los Derechos del Niño y el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) mediante la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida y hasta por lo menos los dos años junto a una alimentación complementaria saludable”.

Durante el transcurso del año 2014 la norma fue revisada y actualizada por un equipo multidisciplinario que incluyó referentes del Ministerio de Salud Pública, UNICEF y RUANDI, entre otros, encontrándose actualmente en etapa de corrección para su posterior publicación.

Si bien el país no cuenta con un plan de acción diseñado, si cuenta con las Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y Niño Pequeño, una guía práctica que tiene por objetivo “mejorar la calidad de la atención de la mujer embarazada y a su vez implementar políticas de adecuada alimentación en los lactantes en los primeros 2 años de vida”. Dentro de dichas prácticas a llevarse a cabo en las maternidades y consultorios de todo el país, se hace énfasis en la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y luego prolongada hasta los 2 años y el inicio adecuado de la alimentación complementaria a los 6 meses.

En lo que refiere a la financiación en Lactancia Materna, si bien no se dispone de recursos económicos destinados a tal fin y los mismos dependen del gobierno en curso, diferentes áreas del estado han desarrollado acciones y agencias como UNICEF y PNUD han apoyado dichas iniciativas.

Asimismo, desde el año 2012 el país cuenta con la política pública de cobertura nacional “Uruguay Crece Contigo”, la misma “apunta a consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia. Para ello se propone el desarrollo de acciones universales y focalizadas que garanticen los cuidados y protección adecuados de las mujeres embarazadas y el desarrollo de niños y niñas menores de 4 años, desde una perspectiva de derechos, género y generaciones”.

En referencia a los indicadores relacionados a la existencia de un comité Nacional de Lactancia materna cabe destacar que el mismo no está constituido formalmente sino que funciona en el ámbito del Programa Nacional de Salud de la Niñez. La resolución ministerial N° 311 del 2 de junio de 2008 nombra una Coordinadora Nacional de Lactancia Materna, dentro de cuyas funciones se encuentran el desarrollo, implementación y monitoreo del plan nacional de lactancia así como el monitoreo de todas las actividades vinculadas a la lactancia materna en el país, coordinando las mismas con los diferentes sectores.

En el año en curso, el Ministerio de Desarrollo Social junto con la Dirección Nacional de Políticas Sociales ponen en marcha el “Sistema Nacional de Cuidados”(SNC), una propuesta de carácter estructural que se inscribe dentro de la Reforma Social aprobada por el Gabinete Social en Octubre de 2011. Se trata de una estrategia de mediano y largo plazo que tiene como desafío la construcción de una nueva matriz de protección social que busca ofrecer respuestas integrales a los dilemas que la sociedad uruguaya enfrenta. La población que deberá atender el SNC son: - las niñas y niños de 0 a 12 años, priorizando la población de 0 a 3 años, - las personas mayores en situación de dependencia, - las personas con discapacidad en situación de dependencia y – las cuidadoras y cuidadores remunerados o no. Dentro de los ejes estratégicos que plantea se hace énfasis, entre otros, a las inequidades al inicio de la vida y la seguridad alimentaria y nutricional.

Recomendaciones:

- ✓ Concluir con la actualización de la Norma Nacional de Lactancia Materna.
- ✓ Elaborar un plan de acción renovado y acorde con la epidemiología nutricional de nuestro país. Que explicita el cumplimiento de la política nacional sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as).
- ✓ Conseguir financiamiento para la implementación del plan de acción de dicha política.
- ✓ Formalizar la integración del Comité de lactancia Materna.

Indicador 2: Iniciativa de Hospitales Amigables con la Niñez (Diez Pasos para una

Lactancia Materna Exitosa)

Pregunta clave: 2.1) ¿Qué porcentaje de hospitales y maternidades que ofrecen servicios de maternidad han sido designados como “Amigos del niño” con base en criterios globales o nacionales?

2.2) ¿Cuál es la calidad de la implementación del programa IHAN?

Antecedentes

La declaración conjunta OMS/UNICEF: “Proteger, promover y apoyar la lactancia materna: el rol especial que juegan los servicios de maternidad” de 1989 convocó a las autoridades de las maternidades de los servicios de salud a sostener o si es necesario volver a establecer una "cultura de la lactancia materna". La Declaración Innocenti en 1990 incita a los gobiernos a que todas las maternidades pongan en práctica los “Diez Pasos hacia una Lactancia Materna Exitosa”.

Dichos “Diez Pasos hacia una Lactancia Materna Exitosa” se convirtieron en la piedra angular de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, puesta en marcha en 1992. 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 Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño/a Pequeño/a marca la necesidad de implementación de la IHAN, su monitoreo y evaluación así como la ampliación de la Iniciativa para incluir clínicas, centros de salud y hospitales pediátricos.

Los Criterios Globales continúan siendo los requisitos mínimos para la acreditación en Hospitales Amigos del Niño. Dichos criterios se revisaron en 2005, con el fin de actualizarlos para tener en cuenta nuevas pruebas sobre las mejores prácticas, asegurar que las necesidades de las madres que no amamantan se cumplieran, así como proporcionar nuevos criterios para el VIH y la alimentación infantil.

El material de atención integral fue revisado, actualizado, ampliado y publicado en el año 2009 con el objetivo de guiar la implementación, monitoreo y evaluación. Contiene un curso de formación de 20 horas para todos los trabajadores de la salud y un programa especial para los países con una prevalencia del 20% de madres HIV positivas para la prevención de la

transmisión madre-hijo (PMTCT). Dicho material IHAN incluye nuevos módulos específicos para el apoyo a las madres que no amamantan, el cuidado amigable de las madres y se extiende hasta la alimentación complementaria. Se refuerza además el enfoque en el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

El cuestionario 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.

Directriz 2.1:

46 de 68 del total de hospitales (públicos y privados) y maternidades que ofrecen el servicio de maternidad han sido designados como “Amigos del niño” en los últimos 5 años **68%**

| Directrices para la puntuación | |
|--------------------------------|--|
| Criterios | ✓ Marque la opción que aplica (una sola) |
| 0 | 0 |
| 0.1 - 20% | 1 |
| 20.1 - 49% | 2 |
| 49.1 - 69% (Uruguay 68%) | ✓ 3 |
| 69.1-89 % | 4 |
| 89.1 - 100% | 5 |
| Puntaje Total | 3 / 5 |

Directriz 2.2: Calidad del programa de implementación IHAN:

Criterios

| Directrices para la puntuación | |
|--|--------------------------------|
| Criterios | ✓ Marque todas las que aplican |
| 2.2) El programa IHAN depende de la capacitación de los trabajadores de la salud utilizando al menos 20 horas del programa de formación. | 1.0 |
| 2.3) Existe un sistema estándar de monitoreo. | 0.5 |
| 2.4) El sistema de evaluación incluye entrevistas al personal de salud en maternidades y centros de cuidado posnatal | 0.5 |
| 2.5) El sistema de evaluación depende de entrevistas con las madres. | 0.5 |
| 2.6) Se han incorporado sistemas de reevaluación en los planes nacionales, con implementación sujeta a plazos. | 1.0 |
| 2.7) Existe (o existió) un programa sujeta a plazos para aumentar la cantidad de instituciones IHAN en el país. | 0.5 |
| 2.8) El VIH se integra al programa IHAN. | 0.5 |
| 2.9) Los criterios nacionales implementan los criterios de la IHAN Global plenamente | 0.5 |
| Puntaje Total | 0 / 5 |
| Puntaje Total de ambas partes | 3 / 10 |

Total de puntos para el indicador 2 en Uruguay: 3

| Puntajes | Código por color |
|----------|------------------|
| 0 – 3 | Rojo |

Fuentes de información:

- Dra. Mara Castro. Reporte de la situación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Uruguay, 2013.
- Borrador de la Actualización de la Norma Nacional de Lactancia Materna, Edición 2015.
- Bove MI, D'Oliveira N. Buenas prácticas de alimentación del lactante y el niño/a pequeño/a en maternidades y consultorios.
- MSP, Programa Nacional de Salud de la Niñez. Proceso de acreditación de las BPA.

Conclusiones:

La Iniciativa Hospital Amigo del Niño se retoma en Uruguay en el año 2005 como punto de partida de la creación del Programa Nacional de Salud de la Niñez. Con el fin de reestructurar dicha iniciativa e incorporarla al primer nivel de atención es que se definen las “Buenas Prácticas de Alimentación del lactante y el niño/a pequeño/a (BPA), para maternidades y consultorios, durante el embarazo y los primeros 24 meses de vida del niño/a”.

Las mismas se basan en el respeto, protección y cumplimiento de los derechos humanos, buscando promover el derecho al control en salud de la mujer, el lactante y niño pequeño, haciendo hincapié en la atención primaria en salud. Así, las BPA comprenden el control de la mujer embarazada, acompañamiento durante el parto, lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y alimentación complementaria, segura e inocua a partir de los 6 meses.

A partir de la generación de documentos como ser: “Norma Nacional de Lactancia Materna”, “Buenas Prácticas de Alimentación del lactante y el niño/a pequeño/a”, “Los 33 meses en los que se juega el partido, 33 ideas para jugarlo” y “Los olores de la cocina de mi casa”, es que el Ministerio de Salud Pública conjuntamente con UNICEF, en año 2009, comenzaron a realizar capacitaciones a nivel nacional a las instituciones en salud, con el fin de lograr el compromiso de los equipos y luego iniciar la convocatoria a las instituciones para la acreditación en BPA.

Es así que en un principio se lograron las acreditaciones voluntarias de algunas instituciones, para luego con el nuevo Sistema Integrado de Salud y la revaloración de las Metas Asistenciales se iniciará el proceso de introducción de las BPA como una Meta.

Para tener la acreditación en BPA- IHAN, cada institución de salud debía formar una comisión de BPA, planificar y capacitar a funcionarios técnicos y no técnicos, apoyar durante el embarazo la adecuada nutrición de la mujer, iniciar la promoción de la lactancia materna, parto institucionalizado y acompañado, apoyo durante el puerperio e inicio de la alimentación complementaria, así como buscar estrategias institucionales que permitan el apoyo personalizado.

Una vez que las instituciones realizaban su autoevaluación podían presentarse ante el MSP para solicitar una evaluación final y la acreditación en Buenas Prácticas por el MSP y UNICEF. En tal caso, la institución era visitada por evaluadores externos, quienes habían sido seleccionados y capacitados para tal fin. Los mismos realizaban un estricto cuestionario, con tamaños muestrales acorde a cada institución, tanto al personal de salud como a usuarios. Luego de este proceso que llevaba varios días, los evaluadores valoraban el porcentaje de cumplimiento de cada una de las prácticas y así definían si era posible la acreditación en BPA.

Actualmente son 46 las instituciones acreditadas como Hospital Amigo del Niño, sin embargo estas acreditaciones no garantizan que sean en la actualidad instituciones “Amigables con la niñez”, dado que las mismas datan de los años 2010 y 2011.

Luego de esos años no se volvieron a realizar monitoreos ni formación continua a trabajadores, así como tampoco se establecieron sistemas de re acreditación en BPA, existiendo actualmente una gran brecha en este sentido. Algunas instituciones aún siguen recogiendo estadísticas e indicadores que se requerían en la acreditación, sin embargo esto sigue quedando a criterio de cada institución sin que nadie procese la información.

La Norma Nacional de Lactancia Materna, que se encuentra en etapa de actualización, plantea la posibilidad de realizar re evaluaciones cada 2 años. Ante el no cumplimiento de las BPA, la Norma establece se otorgue un plazo de xx meses para que se revisen y ajusten las prácticas asistenciales en todo el proceso del embarazo, nacimiento y control del niño pequeño. Se solicitaran además informes con los porcentajes de LME a los 6 meses, LM a los 12 meses, RN dados de alta con LME y RN que recibieron otro alimentos diferente a la leche materna durante la internación en la maternidad.

Recomendaciones:

- Retomar y sistematizar las acreditaciones y re acreditaciones en BPA de forma estable, periódica y sostenida, con un flujo de retroalimentación de las estrategias y plan de acción relacionados con la alimentación del lactante y del niño pequeño.

- Asegurar la re evaluación cada 2 años de las maternidades que cuentan con la acreditación de Hospital Amigo del Niño.
- Establecer un sistema estándar de monitoreo.

Definir una estrategia de cumplimiento de las BPA relacionada con las sanciones económicas.

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

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

Antecedentes:

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

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

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

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

Fuentes de información:

Programa de Nutrición del Ministerio de Salud Pública

Programa Niñez del Ministerio de Salud Pública

Norma Nacional de Lactancia Materna 2009. Ministerio de Salud Pública.

Actualización de la Norma Nacional de Lactancia Materna, por editar, 2015.

Departamento de Alimentos del Ministerio de Salud Pública.

Reglamento Bromatológico nutricional 2012.

30 años del Código en América Latina OPS 2011.

| Directrices para la puntuación | |
|--|---|
| Criterios (Medidas legales que existan en el país) | Puntaje |
| 3a: Estado del Código Internacional de Comercialización | √ Marque la opción que aplica (solo una) - Si es más de una, anote la de mayor puntuación.) |
| 3.1) No se ha tomado ninguna medida | 0 |
| 3.2) Se está estudiando el mejor enfoque | 0,5 |
| 3.3) Las medidas nacionales están en espera de aprobación (durante no más de tres años) | 0,5 |
| 3.4) Algunas disposiciones del Código como medida voluntaria | 1.5 |
| 3.5) Todas las disposiciones del Código como medida voluntaria | 2 |
| 3.6) Directriz/circular administrativa implementando el Código en forma total o parcial en centros de salud con sanciones administrativas | 3✓ |
| 3.7) Algunos artículos del Código como ley | 4 |
| 3.8) Todos los artículos del Código como ley | 5 |
| 3.9) Las disposiciones pertinentes de las resoluciones de la AMS posteriores al Código se incluyen en la legislación nacional ¹ | |

¹ El acatamiento a las resoluciones de la AMS debe incluirse en la legislación nacional y aplicarse mediante órdenes

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

| | |
|---|-----------------------------|
| a. Se incluyen disposiciones con base en al menos 2 de las resoluciones de la AMS como se indica a continuación | 5,5 |
| b. Se incluyen disposiciones con base en las 4 resoluciones de la AMS que se indican a continuación | 6 |
| 3b: Implementación del Código y la legislación nacional | Marque la opción que aplica |
| 3.10 La medida o ley establece un sistema de monitoreo | 1 |
| 3.11 La medida prevé sanciones y multas que se impondrán a los infractores | 1 |
| 3.12 Se monitorea el cumplimiento de la medida, y las violaciones se reportan a los entes correspondientes | 1 |
| 3.13 Se ha sancionado a los infractores de la ley en los últimos tres años | 1 |
| Puntaje total (3a + 3b) | 3 /10 |

| Puntajes | Código por color |
|----------|------------------|
| 0 – 3 | Rojo |

Conclusiones:

La implementación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en Uruguay, ha permanecido estática y en decaimiento desde el último informe de WBTi realizado en 2008. Si bien se ha incorporado la totalidad del Código en la Norma Nacional de Lactancia Materna publicada por el Ministerio de Salud Pública en 2009, y que rige bajo ordenanza ministerial, no se ha concretado la implementación de un decreto o reglamentación que incluya el sistema de sanciones en caso de no cumplimiento.

Algunas disposiciones del Código se encuentran vigentes desde el año 1994, mediante la publicación del Reglamento Bromatológico Nacional (Decreto 315/94). El alcance de estas disposiciones es únicamente para alimentos *“Disposiciones generales para alimentos para lactantes y niños de corta edad”*. No incluye maderas y tetinas y otros artículos que se utilizan en la alimentación artificial. Este Decreto no abarca las Disposiciones de la Asamblea Mundial de la Salud que complementan al Código posee un mecanismo de sanciones previstas para su incumplimiento pero limitado a nivel de la capital del país, es decir la ciudad de Montevideo.

El Departamento de Alimentos del Ministerio de Salud Pública que es quién registra las fórmulas para lactantes y niños de corta edad y los alimentos complementarios para menores de 12 meses, es quién exige, regula y llama la atención de las empresas para hacer cumplir el Código. Lo que este mecanismo es verbal, a través del diálogo y no tiene un sistema de sanciones por el no cumplimiento. Por otra parte refiere que aplica para fórmulas de lactantes y alimentos complementarios solamente para niños menores de 12 meses. Y no abarca mamaderas y tetinas. El Ministerio tiene un sistema de denuncias generales, pero al conversar con los involucrados, mencionan que “nadie denuncia” y al interrogar sobre el sistema de denuncias y las sanciones, no están establecidos los mecanismos, más que alertar a las empresas de que corrijan el “error” o modifiquen lo que está infringiendo las disposiciones del Código.

Si bien desde 2009, cuando se publica la Norma Nacional de Lactancia Materna con inclusión de artículos referidos al Código, no se prevé ningún mecanismo claro de sanciones, sistema de monitoreo y evaluaciones continuas del cumplimiento. Tampoco se establece quién o qué organismo será el encargado de fiscalizar y proceder con las sanciones en caso de establecerlas. El sistema de denuncias al que se refiere el Ministerio no se ha hecho público y no hay conocimiento de cómo la opinión pública puede denunciar, y en caso de hacerlo tener la seguridad de que hay mecanismo claro de respuesta.

En el 2009, un año después del último Informe WBTi de Uruguay, se ponen en vigencia, bajo la forma de “Meta Prestacional” las Buenas Prácticas de Alimentación (BPA) del Lactante y del niño pequeño, según la estrategia implementada por UNICEF/PNUD/MSP 2006). El hecho de pasar a ser una meta prestacional para todos los servicios de salud del país, significó que debían ser cumplidas, y que recibirían una evaluación externa (Similar a la IHAN) para poder recibir un importe en pesos uruguayos determinado por el Fondo Nacional de Salud. En caso de no cumplimiento se retira el pago de esta prestación. En esa oportunidad varias instituciones fueron acreditadas, otras pusieron en marcha mecanismos para cumplir con esta estrategia y otras aún nunca fueron acreditadas.

Actualmente no se cuenta con esta implementación desde hace unos años, y las autoridades actuales del Ministerio de Salud Pública están colocando el tema nuevamente en la agenda política, para comenzar nuevamente con las acreditaciones y re acreditaciones de los servicios de salud de todo el país.

El último Monitoreo del Código que se ha realizado en Uruguay fue en 2008, y siempre ha sido realizado por RUANDI/IBFAN Uruguay) Este último deja claro el incumplimiento de las disposiciones del CICSLM.

Desde el año 2013, RUANDI viene insistiendo al Ministerio de Salud en realizar un Monitoreo del Código y ha realizado denuncias públicas en Seminarios profesionales sobre Lactancia y Alimentación Infantil así como en lo que respecta a la entrega de materiales y publicidad de fórmulas para lactantes y alimentos para niños pequeños que violan el Código, que Uruguay incluye de forma total en la Norma Nacional de Lactancia 2009.

RUANDI participó de la actualización de la Norma Nacional de Lactancia que se revisará en 2015 por parte de un panel de referentes, para recoger opiniones y aportes. En esta revisión y actualización de la Norma de Lactancia se plantea incluir el Código en los artículos de esta Normativa y plantea un posible sistema de denuncias y sanciones, no solo económicas para su incumplimiento.

Los aspectos que deben mejorar o Recomendaciones son:

Dar a conocer públicamente de qué trata el Código de Comercialización de Sucedáneos de a Leche Materna.

Adaptar los contenidos del Código a la legislación nacional, determinando un criterio único de procedimientos, que tenga coherencias en los diferentes decretos y Normas a nivel nacional y que abarque todo el territorio nacional.

Que se unifiquen las medidas en todos los documentos referidos y se corrija el Reglamento Bromatológico Nacional en el ítem correspondiente, acompañando el criterio de la Norma Nacional de Lactancia.

Construir un documento específico de Reglamentación del Código Internacional adaptado a Uruguay que establezca el sistema de denuncias y sanciones y los organismos involucrados y el responsable último en fiscalizar su implementación.

Sumar esta Reglamentación del Código para Uruguay que se plantea construir, a todas las medidas que se toman referidas a la regulación de la publicidad de alimentos para niños.

Ampliar la aplicación del Código en Uruguay a los alimentos complementarios que son comercializados como sucedáneos o “sucedáneos enmascarados” de la leche materna y la comercialización de tetinas y biberones, ya que estos, no son analizados no presentados a las autoridades para su control en relación al cumplimiento del código en cuanto a su mercadeo y publicidad.

Adaptar el CICSLM y las Resoluciones posteriores de las Asambleas mundiales de la salud, a una ley nacional y su reglamentación.

Alcanzar las medidas mínimas de fiscalización y sistema de sanciones o batería de incentivos para quienes no cumplan la Normativa o quienes la apliquen, respectivamente.

Generar los mecanismos de conocimiento público de un sistema de denuncias y sanciones, que toda la población conozca.

Para comenzar con lo antes recomendado, debería implementarse por parte de las nuevas autoridades de gobierno nacional , las BPA y su acreditación y reacreditación de los servicios de salud de todo el país y que se asegure su continuidad en el tiempo, además de que se constituya como una meta prestacional o no.

Indicador 4: Protección de la maternidad

Pregunta clave: ¿Existe legislación u otras medidas (políticas, reglamentos, prácticas) que cumplan o superen las normas de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para la protección y 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 especifica 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 descansos 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) descansos 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.

Criterios

| Criterios | ✓ Marque todas las que aplican |
|---|--------------------------------|
| 4.1) A las mujeres cubiertas por la legislación nacional se les otorga el siguiente número de semanas de licencia por maternidad remuneradas: (solo una) <ul style="list-style-type: none"> a. Cualquier período menor a las 14 semanas b. 14 a 17 semanas c. 18 a 25 semanas d. 26 semanas o más | ✓ 0.5 1 1.5 2 |
| 4.2) A las mujeres cubiertas por la legislación nacional se les otorga al menos un receso por lactancia materna o la reducción en su jornada laboral diaria: (solo una) <ul style="list-style-type: none"> a. Receso sin pago b. Receso pagado | 0.5 ✓ 1 |
| 4.3) La legislación obliga a los patronos de mujeres en el sector privado del país a: (se puede aplicar más de una) <ul style="list-style-type: none"> a. Conceder al menos 14 semanas por licencia de maternidad remuneradas, b. Recesos por lactancia materna pagados. | ✓ 0.5 ✓ 1 |
| 4.4) Existe una disposición en la legislación nacional que prevé espacios en el lugar de trabajo para lactancia materna y/ o guarderías en los lugares de trabajo del sector formal. (se puede aplicar más de una) <ul style="list-style-type: none"> a. Espacio para lactancia y expresión de leche materna b. Guardería | 1 0.5 |
| 4.5) A las mujeres de los sectores informales o no organizados y agrícolas se les concede lo siguiente: (solo una) <ul style="list-style-type: none"> a. algunas medidas de protección | 0.5 0.5 |

| | |
|--|---------------|
| b. la misma protección que las mujeres que trabajan en el sector formal | |
| 4.6) (se puede aplicar más de una) | |
| a. Las trabajadoras cuentan con información sobre leyes, reglamentos y políticas de protección a la maternidad | ✓ 0.5 |
| 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 |
| 4.7) En el sector público se concede la licencia de paternidad durante al menos 3 días. | ✓ 0.5 |
| 4.8) En el sector privado se concede la licencia de paternidad durante al menos 3 días. | ✓ 0.5 |
| 4.9) Existe legislación que prevé la protección en salud de las trabajadoras embarazadas y lactantes: ellas son informadas sobre condiciones peligrosas en sus lugares de trabajo y se les ofrecen trabajos alternativos con el mismo salario hasta que ya no estén embarazadas o amamantando. | ✓ 0.5 |
| 4.10) Existe legislación que prohíbe la discriminación en el empleo y garantiza la protección laboral para las mujeres trabajadoras durante su período de lactancia materna. | ✓ 1 |
| Puntaje total | 6.5/10 |

Total de puntos para el indicador 4 en Uruguay: 6.5

| Puntajes | Código por color |
|----------|------------------|
| 4 – 6 | Amarillo |

Fuentes de información:

- Pagina web del parlamento uruguayo: <http://www.parlamento.gub.uy>
- Ley 19.161, del 24 de Octubre de 2013.. Modificase el subsidio por maternidad, instaurase un subsidio por paternidad para trabajadores de la actividad privada, y regulase un subsidio para cuidados del recién nacido con reducción de la jornada laboral. Diario Oficial, 1° de Noviembre de 2013.

- Ley N° 16.104, del 23 de Enero de 1990. Funcionarios Públicos. Modifican normas reglamentarias que regulan las licencias. Diario Oficial N°23041, 2 de Febrero de 1990.
- Ley N° 17.215, del 24 de Setiembre de 1999. Dictanse normas que comprenden a toda trabajadora pública o privada que se encontrare en estado de gravidez o en periodo de lactancia. Diario Oficial N° 25373, 7 de Octubre de 1990.
- Ley N° 17.474, del 14 de Mayo de 2002. Dispónese que toda mujer a la cual se le constate fehacientemente un embarazo gemelar múltiple tendrá derecho al cobro de una asignación prenatal a partir del momento en que se determine el mismo. Diario Oficial N°26010, 20 de Mayo de 2002.
- Ley N° 17.386, del 23 de Agosto de 2001. Dispónese que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada. Diario Oficial N° 25836, 30 de Agosto de 2001.
- Ley N° 11.577, del 14 de Octubre de 1950. Industrias insalubres. Diario Oficial N° 13194, 4 de Noviembre de 1950.

Conclusiones:

La Ley 19.161 del 1° de Noviembre de 2013, establece los subsidios por maternidad y por paternidad para trabajadores de la actividad privada. Estableciendo una licencia por maternidad de 14 semanas para todas las trabajadoras dependientes de la actividad privada, las trabajadoras no dependientes que desarrollen actividades amparadas por el Banco de Previsión Social y las titulares de empresas monotributistas.

Durante el descanso de 14 semanas recibirán un subsidio, si se trata de trabajadoras dependientes, el mismo equivale al promedio de su sueldo o jornal percibido en los últimos seis meses, más la cuota que corresponda de salario vacacional y licencia. Si se trata de trabajadoras no dependientes, corresponde al promedio mensual de sus asignaciones de los últimos doce meses.

Serán también beneficiarias de un subsidio para el cuidado del recién nacido, que podrán usar indistintamente y en forma alternada el padre y la madre, una vez finalizado el período de subsidio por maternidad y hasta que el hijo de los beneficiarios cumpla 5 meses de

edad; a partir de 1º de enero de 2016 se extiende hasta los 6 meses del niño. Sólo podrán acceder al subsidio si la trabajadora permanece en actividad o amparada al seguro por enfermedad y el monto del mismo será de la mitad de su sueldo o jornal. Asimismo, la actividad laboral del beneficiario se reducirá a la mitad de su horario habitual, no pudiendo exceder las 4 horas diarias.

En lo que refiere a la licencia por paternidad la misma es de 7 días y se extiende a 10 días a partir del 1ero de Enero de 2016. Serán beneficiarios de la misma todos los trabajadores dependientes de la actividad privada y los trabajadores no dependientes que desarrollaren actividades amparadas por el Banco de Previsión Social.

Las trabajadoras del sector público están amparadas por la Ley 16.104 del 23 de Enero de 1990, la misma regula las licencias por maternidad y paternidad. La licencia por maternidad será de 13 semanas y la funcionaria recibirá el salario integral y los beneficios legales a partir del octavo mes de embarazo.

Las madres que amamanten podrán solicitar se les reduzca a la mitad el horario de trabajo y hasta que el lactante lo requiera, luego de haber hecho uso del descanso puerperal.

Asimismo, las funcionarias que amamantan están autorizadas a interrumpir su trabajo para este fin durante dos períodos de media hora dentro de su jornada diaria y serán contados como trabajo efectivo.

Respecto a la licencia por paternidad la misma es por 10 días hábiles.

Otras leyes que amparan tanto a las trabajadoras públicas como las privadas son la Ley 17.215, la misma establece que toda trabajadora pública o privada durante el embarazo o en período de lactancia tiene derecho a obtener un cambio temporario de actividades si las mismas pudieran afectar la salud de ella o su hijo/a. En ningún caso el traslado de funciones implicará disminución o aumento de la remuneración que percibe habitualmente. Y además, la Ley 16.045 que prohíbe suspensión y despido en caso de embarazo o lactancia.

La información sobre los derechos es accesible a las trabajadoras y está en los sitios web del estado. Los mecanismos de denuncia son también accesibles, sin embargo es deficitario el monitoreo de cumplimiento por parte del MTSS (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social).

No existen normas legales obligando a instalar guarderías, las mismas funcionan en algunos organismos públicos, y por convenio colectivo en el sector privado. Tampoco existen normas legales que aparen a las mujeres del sector informal/no organizado y agrícola.

Respecto a salas de lactancia, actualmente ingresó al parlamento un proyecto de ley que regula su instalación.

Recomendaciones:

- Abogar por la aprobación de 14 semanas de licencia por maternidad para el sector público.
- Legislar para que haya espacios en el lugar de trabajo para guarderías y se apruebe el proyecto de ley sobre la instalación de salas de lactancia.
- Se concedan medidas de protección para las mujeres de los sectores informales/no organizados y agrícolas y que las mismas sean iguales a las mujeres que trabajan en el sector formal.

Indicador 5: Salud y Sistemas de Atención Nutricional (en apoyo de la lactancia materna y alimentación infantil)

• **Pregunta clave: ¿Los proveedores de atención en estos sistemas de Salud se someten a la formación profesional, y hacen su pre-servicio la educación curricular en apoyo a la alimentación óptima del lactante y del niño pequeño; hacen estos servicios de apoyo a la madre y prácticas de lactancia y nacimiento amable, hacen políticas de apoyo a los servicios de salud a las madres y los niños, y los trabajadores de salud tienen responsabilidades a Código? (Ver anexo 5.1, 5.2).**

- **Antecedentes:**
Se ha documentado que muchos de los trabajadores de la salud y de la nutrición carecen de habilidades adecuadas en asesoramiento para alimentación del lactante y niño pequeño, que es esencial para el éxito de la lactancia materna. Lo ideal sería que los nuevos graduados de programas de proveedores de salud sean capaces de dar soporte óptimo a las prácticas de alimentación infantil, desde el inicio de sus carreras. Todos los proveedores que interactúan con madres y sus niños pequeños deben alcanzar la actitud básica, el conocimiento y las habilidades necesarias para integrar la consejería en lactancia materna, manejo de la lactancia y lactantes y niños pequeños en la alimentación y su cuidado. Los temas pueden ser integrados en los distintos niveles durante la educación y el empleo. Por lo tanto, el programa total debe ser revisado para evaluar esto.
-

| Criterio | Puntaje | | |
|----------|----------|------------|---------------|
| | Adecuado | Inadecuado | No referencia |
| | | | |

| | | | |
|---|--------------|------|---|
| 5.1) Una revisión de las escuelas de proveedores de salud y los programas de educación de pregrado para la salud profesionales, trabajadores sociales y comunitarios en el país indica que la alimentación del lactante y del niño a los planes o programas de estudio de la sesión son adecuados/inadecuados | 2 | 1✓ | 0 |
| 5.2) Normas y directrices para parto amigable con la madre y procedimientos de preparación para el parto y apoyo a la madre, han sido desarrollado y difundido a todas las instalaciones y personal que preste atención a la maternidad. (Ver Anexo 5b Ejemplo de criterios para la atención amigable a la madre) | 2✓ | 1 | 0 |
| 5.3) Hay programas de formación en el servicio para proporcionar conocimientos y habilidades relacionadas con la alimentación de los niños pequeños para la salud/atención nutricional relevante a proveedores. | 2 | 1✓ | 0 |
| 5.4) Los trabajadores de salud están capacitados en su responsabilidad bajo la implementación del Código/reglamentación nacional del país. | 1 | 0,5✓ | 0 |
| 5.5) La información y habilidades sobre alimentación infantil y la del niño pequeño, están integradas en los programas de formación centrándose en la enfermedad diarreica, la infección respiratoria aguda, AIEPI, de niño sano la atención, la planificación familiar, la nutrición, el Código, VIH/SIDA, el cáncer de mama, salud de la mujer, las enfermedades no transmisibles etc.) | 1 | 0,5✓ | 0 |
| 5.6) Dentro de los programas de formación referenciados en 5.5, están siendo proporcionado en todo el país. | 1 | 0,5✓ | 0 |
| 5.7) Las políticas de salud infantil para las madres y bebés proporcionan que permanezcan juntos cuando uno de ellos está enfermo. | 1 | 0,5✓ | 0 |
| Puntaje total: | 6 /10 | | |

- Fuentes de información usadas:

- Total de puntos para el indicador 5 en Uruguay: puntos

- Comentarios:

- Recomendaciones:

Indicador 6: Apoyo materno y Asistencia Social comunitaria - Apoyo de base comunitaria para la madre que amamanta y lactancia materna.

Pregunta clave: ¿Existen sistemas de apoyo a las madres y de asistencia social comunitaria, para proteger, promover y apoyar una óptima alimentación del lactante y del niño(a) pequeño (a)?

Antecedentes:

El apoyo comunitario para las mujeres, es esencial para tener éxito en las prácticas óptimas de lactancia materna. El Paso 10 de la IHAN y la Estrategia Mundial para la alimentación infantil, que incluye apoyo materno y apoyo de compañeros (as), reconoce esta necesidad. El apoyo materno, según la definición de la Iniciativa Global por el Apoyo Materno (IGAM) es "cualquier apoyo que se brinde a las madres con el fin de mejorar la lactancia materna, prácticas para la madre y el (la) lactante y niño(a) pequeño(a)".

Las mujeres necesitan del apoyo, basado en la evidencia, de las políticas de salud pública, proveedores de salud, empleadores, amigos, familia, comunidad, y en particular de otras mujeres y madres en lo que respecta a preparación para la lactancia materna que puede venir durante el embarazo y después del parto. Llegar a nivel de la comunidad para dar el apoyo adecuado, voluntarios de la comunidad o trabajadores de la salud en virtud de los sistemas de salud pueden ofrecer y garantizar un apoyo sostenido a las madres. Sus conocimientos y habilidades tienen que estar en la más alta calidad y que deben haber requerido la formación para dar apoyo. Es necesario contar con un asesoramiento adecuado en la comunidad para la motivación y aumentar la confianza en la lactancia materna y la alimentación complementaria en el hogar. El apoyo a las madres se puede proporcionar a través de grupos de mujeres, a veces son Grupo de Apoyo de la Madre (GAM) que se compone de algunas madres exitosas y otras de la misma comunidad. GAM es un componente central de empoderamiento de las mujeres. Con correcto conocimientos a nivel de la comunidad y divulgación, las madres pueden ayudarse a sí mismos dando lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y continuar durante dos años o más allá y empezar a con alimentación complementaria adecuada por sí mismos cuando se dispone de los servicios y el asesoramiento del trabajador de la salud estando bajo los servicios de salud. Los centros de

comunidad dependientes de las mujeres y el ministerio de niños pueden ayudar en el cuidado de los bebés cuando las madres están en el trabajo.

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

El apoyo de sus compañeros en los grupos comunitarios y de apoyo de madres han demostrado elevar las tasas de lactancia materna exclusiva y las tasas de alimentación complementaria adecuada, incluso en una intervención a gran escala. La calidad de la interacción y el asesoramiento son temas críticos.

Asesoramiento comunitario y servicios en ALNP han de ser enfocadas a las nuevas madres, y varios grupos vulnerables.

Existe también la necesidad de proporcionar información adecuada para mejorar la nutrición de la madre sin la cual la acción ALNP por las madres puede ser sub óptima cuando la madre es incapaz de producir leche de buena calidad y preparar y alimentar CF adecuadamente.

El apoyo de la madre, visto menudo de una mujer a otra (o más comúnmente conocido como de madre a madre), por lo general cubre el suministro de información precisa y oportuna para ayudar a una mujer para fomentar la confianza; proveer recomendaciones sólidas basadas en la investigación actual; proporcionar cuidado compasivo antes, durante y después del parto; la práctica de la empatía y la escucha activa, proporcionando manos en asistencia y orientación práctica. También incluye el apoyo y el asesoramiento de los profesionales de la salud y trabajadores de la salud. Varios servicios de extensión a la comunidad también pueden apoyar a las mujeres en óptima ALNP.

Las actividades en estos contextos incluyen el apoyo de mujer a mujer, terapia individual o grupal, visitas domiciliarias u otras medidas y actividades de apoyo a nivel local pertinentes, que aseguren a la mujer acceso a información adecuada, apoyo y respeto, servicios de asistencia y asesoramiento en infantil y alimentación del niño pequeño. El Apoyo a la madre reforzado por apoyo comunitario se ha encontrado que es útil en todos los ajustes para garantizar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y la lactancia materna con alimentos complementarios apropiados y locales hasta los 2 años o más. Es necesario que haya una revisión y evaluación de los sistemas de apoyo comunitarios existentes, especialmente para el prestación de asesoramiento para la alimentación de lactantes y niños pequeños. Las mujeres que dan a luz en un hospital de es necesario un apoyo

continuo en el hogar y en la comunidad, con el apoyo de todos los miembros de la familia, incluyendo el padre y la abuela de la bebé.

| Criterio | Puntaje | | |
|---|--|------------------|-----|
| | ✓ Marque todas las opciones que aplican (sólo una por casilla) | | |
| | Si | En cierta medida | No |
| 6.1) Todas las mujeres embarazadas y en postparto tienen acceso a los sistemas de apoyo comunitario para la alimentación del lactante y niño(a) pequeño(a). | 2 | ✓ 1 | 0 |
| 6.2) Todas las mujeres reciben apoyo para el lactante y niño(a) pequeño(a) para la iniciación de la lactancia. | 2 | ✓ 1 | 0 |
| 6.3) Todas las mujeres, a nivel nacional, tienen acceso a asesoramiento para el lactante y alimentación del niño(a) pequeño(a) a servicios de asesoramiento y apoyo. | 2 | ✓ 1 | 0 |
| 6.4) La consejería basada en la comunidad a través de Grupos de apoyo (GAM) y servicios de apoyo a la embarazada y mujer que amamanta se integran en una Política de Salud en Nutrición general, en apoyo a la infancia y a las políticas de salud y desarrollo del niño pequeño. | 2 | 1 | ✓ 0 |
| 6.5) Los voluntarios de la comunidad y los trabajadores de la salud son entrenados en habilidades de consejería para lactantes y niños(as) pequeños(as) alimentación. | 2 | ✓ 1 | 0 |
| Puntaje total: | 4 /10 | | |

Total de puntos para el indicador 6 en Uruguay: 4

| Puntajes | Código por color |
|----------|------------------|
| 4 – 6 | Amarillo |

Fuentes de información usadas:

- Entrevista: Lic Nut Sergio Turra (INDA), Dra Mara Castro (MSP), Lic Enf Adriana Sánchez (BPS), Mag. Nut Nadya Golovchenco (IM/RUANDI)
- Páginas web: facebook.com, google.com.uy

Comentarios:

La generación de espacios para el trabajo con las mujeres embarazadas está contemplado en algunos acuerdos interinstitucionales (ASSE) y Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF)) y en las Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y del Niño(a) Pequeño(a) (BPA) y el Banco de Previsión Social (BPS)

El MSP promovió la formación de grupos de apoyo y de sistemas de apoyo a las madres, así como a trabajadores de la salud, a través de las metas asistenciales, pero actualmente no se está controlando la continuidad de ésta iniciativa.

El MSP junto con una compañía telefónica, tienen una línea de apoyo telefónico las 24 horas del día, a las madres y familiares en lactancia, al igual que el BPS a las madres donantes y trabajadoras por medio de su del Banco de leche.

El Programa Aduana del MSP, que trabaja con niños del nacimiento hasta los 2 años de vida, ha sido reformulado. Actualmente en el protocolo de visita domiciliaria, se observa la técnica de lactancia, se promueve y apoya la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y la alimentación complementaria de la población objetivo de este programa.

A su vez, el Programa UCC, que brinda apoyo y consejería a las mujeres embarazadas y con niños pequeños de riesgo nutricional y social a nivel de País.

A través de las redes sociales, han surgido muchos grupos de apoyo a la madre en lactancia y también sobre alimentación infantil, que no cuentan con control por parte del MSP ni ONGs del contenido de los mismos.

Recomendaciones:

- Monitorear el cumplimiento de las BPA en los Servicios de Salud.
- Coordinar y monitorear junto con el MSP, la información que se está manejando en las redes sociales, para que estas vayan alineadas con las pautas ministeriales.

Indicador 7: Apoyo informativo

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

Antecedentes:

Las mujeres y los cuidadores que tienen derecho a una adecuada y apoyo objetivo en información, educación y estrategias de comunicación (IEC), son aspectos importantes de un programa integral a mejorar las prácticas de alimentación de lactantes y niños.

Sin embargo, debido a que tales programas son caros y muchas veces tienen lugar dentro de un contexto comercial, que tienden a atraer financiación, por ejemplo, de la industria de la alimentación de bebés. Esto puede socavar la eficacia de cualquier campaña y dar lugar a la toma de decisiones imprudentes. El primer paso crucial en una estrategia de información es asegurar que la industria de alimentación del bebé influencia de tales mensajes se mantiene en el mínimo absoluto. IEC enfoques pueden incluir el uso de electrónicos (TV, radio, vídeo), impresión (carteles, tarjetas de consejería, rotafolios, manuales, periódicos, revistas), interpersonales (consejería, educación grupal, grupos de apoyo) y actividades de la comunidad a comunicar información importante y el material de motivación para las madres, las familias y la comunidad.

Las estrategias de información son más propensas a conducir a un cambio de comportamiento positivo si son apoyados por sesiones de asesoramiento, visitas domiciliarias, discusiones de grupo orientadas a la acción y dramas enfocados en la resolución de problemas. Estrategias de IEC son exhaustivas cuando se aseguran de que todos los canales de información transmiten mensajes apropiados, concisos, coherentes, orientados a la acción, audiencias específicas a nivel nacional, a las instalaciones, a nivel comunitario y familiar.

| Criterio | Puntaje | | |
|---|--|------------------|-----|
| | ✓ Marque todas las opciones (sólo una por casilla) | | |
| | Si | En cierta medida | No |
| 7.1) Existe una estrategia nacional de IEC para mejorar la alimentación infantil y del niño pequeño que garantice que toda la información y materiales están libres de influencia/conflictos comerciales potenciales o se evita el interés. | 2 | 0 | ✓ 0 |
| 7.2 a) Salud Nacional/Sistemas de nutrición incluyen asesoramiento individual sobre alimentación del lactante y del niño pequeño. | 1 | ✓ 0,5 | 0 |
| 7.2 b) Salud Nacional/Sistemas de nutrición incluyen grupos de servicios en educación y asesoramiento en alimentación a lactantes y niños pequeños. | 1 | ✓ 0,5 | 0 |
| 7.3) Materiales ALNP IEC son objetivas, coherente y en consonancia con recomendaciones nacionales y/o internacionales e incluyen información sobre los riesgos de la alimentación artificial. | 2 | 1 | ✓ 0 |
| 7.4) Programas de educación y comunicación (por ejemplo, la Semana Mundial de Lactancia Materna) que incluyen alimentación del lactante y niño pequeño, se están implementando nivel local y están libres de la influencia comercial. | 2 | ✓ 1 | 0 |
| 7.5) IEC materiales/mensajes para incluir información sobre los riesgos de la alimentación artificial de acuerdo con la Directrices de OMS/FAO en la preparación y manipulación de preparaciones en polvo para lactantes (PIF). | ✓ 2 | 1 | 0 |
| Puntaje total: | 4 /10 | | |

Total de puntos para el indicador 7 en Uruguay: 4

| Puntajes | Código por color |
|----------|------------------|
| 4 – 6 | Amarillo |

Fuentes de información usadas:

- www.crececontigo.opp.gub.uy
- Estrategia nacional promoción Salud: www.msp.gub.uy
- Programa Nacional de la Niñez: <http://www.msp.gub.uy/programas/ciclos-de-vida/programa-nacional-de-salud-de-la-ni%C3%B1ez>
- M.S.P: www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?709,16975
- Entrevista: Prof. adjunta Luisa Saravia

Comentarios:

A nivel de propagandas masivas de comunicación, se cuenta con lo realizado por el programa Uruguay Crece Contigo, las cuales han sido campañas puntuales de promoción de primera infancia, donde está incluida la alimentación infantil.

UNICEF Uruguay ha realizado campañas puntuales, fomentando la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

En cuanto al manejo único de información, en Uruguay el carné de control del niño/a contiene información sobre alimentación del lactante y niño pequeño, según las últimas pautas nacionales de lactancia y alimentación complementaria del niño pequeño. Además, el fomento de estas prácticas de alimentación forma parte del programa prioritario de atención a la salud de la niñez del M.S.P. Y las buenas prácticas de alimentación (BPA) fue meta asistencial en el Sistema Nacional Integrado de Salud, hasta el 2012. La misma fue cumplida por todos los prestadores de salud a nivel Nacional, lo que facilitó la comunicación única sobre prácticas de alimentación a niños pequeños.

Actualmente, no se está haciendo el monitoreo del Código de sucedáneos de la leche materna, por lo que no se cuenta con información sobre el cumplimiento del mismo. El último monitoreo fue realizado por RUANDI en 2008, donde se observaron prácticas no adecuadas de comercialización y se constataron violaciones al Código en varios sentidos.

Recomendaciones:

- Implementar una estrategia de Comunicación única a nivel nacional sobre prácticas de alimentación en niños pequeños.
- Brindar asesoramiento individual a padres, cuidadores, etc. de niños pequeños, sobre buenas prácticas de alimentación y además que las mismas estén libres de influencia y de conflictos e intereses comerciales.

Indicador 8: Alimentación Infantil y VIH

Pregunta clave: ¿Las políticas y programas en curso garantizan que las madres VIH positivas sean apoyadas para llevar a cabo la recomendación nacional sobre prácticas de alimentación infantil?

Antecedentes

La “Guía sobre VIH y alimentación infantil en 2010: un marco actualizado para la acción prioritaria” enumera una serie de actividades para lograr la supervivencia libre de VIH para los niños:

- Desarrollar o revisar (según el caso) una política nacional integral basada en la evidencia que incluya la alimentación del lactante y el niño pequeño que incluya el VIH y alimentación infantil.
- Promover y apoyar prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño, implementando las recientes revisadas “Guía sobre VIH y alimentación infantil”.
- Proveer un adecuado apoyo a las mujeres HIV positivas para que puedan llevar adelante de manera exitosa las prácticas de alimentación infantil, incluyendo también el acceso al tratamiento ARV y la profilaxis.
- Implementar y hacer cumplir el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y posteriores resoluciones pertinentes de la AMS.

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.

Una alimentación de replazo óptima es muy difícil en regiones con bajos recursos. Las fórmulas artificiales son caras y difíciles de mantener en países con infraestructura limitada para el transporte y almacenamiento. Incluso cuando la fórmula se provee de manera gratuita no es culturalmente aceptada y usualmente expone a la madre y divulga su estado de VIH de manera involuntaria frente a su familia y la comunidad. En este sentido la lactancia materna sigue siendo la mejor práctica de alimentación, ya que resguarda la condición de VIH de la madre, en especial en los países en vías de desarrollo donde la prevalencia de VIH es alta. Además, la evidencia muestra que las drogas antirretrovirales, la terapia antirretroviral a largo

plazo y la profilaxis con antirretrovirales, administradas a madres VIH positivas que amamantan y a su hijo, puede reducir el riesgo de transmisión por la lactancia a menos del 1%. Las guías de la OMS 2010, estipula que las autoridades nacionales o incluso las subnacionales, cuando sea apropiado, deben decidir si los servicios de salud van a apoyar a las madres VIH positivas a dar lactancia materna exclusiva y recibir tratamiento ARV (para ellas y/o sus hijos), o evitar la lactancia materna, como la mejor estrategia para evitar la transmisión vertical madre- hijo y dar mayor sobrevida a los niños.

Las políticas y programas que se implementen efectivamente requieren de test de VIH y consejería, que debe estar disponible y ofrecerse de manera rutinaria a las madres. Mayor apoyo debe ser brindado para asegurar que la terapia ARV sea accesible a todas las madres que amamantan, como la establece la recomendación nacional y su estatus de VIH sea resguardado.

En situaciones de emergencia, en países donde se recomienda la lactancia materna exclusiva en conjunto con la terapia ARV por madres VIH positivas, dichas recomendaciones se deben mantener incambiables, incluso cuando los ARV no estén temporalmente accesibles.

En países donde se recomienda fórmula artificial para madres HIV positivas, se deben tomar cuidados especiales para asegurar el cumplimiento de Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y que dichas fórmulas estén disponibles solo para esos niños que las necesitan. Las autoridades nacionales o aquellas autoridades que manejan las emergencias deben de decidir si dadas las circunstancias la recomendación de alimentación por fórmula artificial sigue siendo apropiada.

Los trabajadores de la salud que tratan con madres y niños requieren especial capacitación para enfrentar las circunstancias en situaciones de emergencia, incluyendo el apoyo a madres HIV positivas.

Crterios

| Directrices para la puntuación | | | |
|--|------------------------|----------------------|----|
| Criterios | ✓ Marcar cuando aplica | | |
| | SI | EN ALGÚN GRADO | NO |
| 8.1) El país cuenta con una política integral y actualizada, consecuente con directrices internacionales sobre alimentación de lactantes y | ✓ 2 | 1 | 0 |

| | | | |
|---|-----|-------|-------------|
| niños(as) pequeños(as), que incluye alimentación infantil y VIH | | | |
| 8.2) La política sobre alimentación infantil y VIH da vigencia al Código Internacional y la Legislación Nacional. | 1 | ✓ 0,5 | 0 |
| 8.3) El personal en salud y los(las) trabajadores(as) comunitarios(as) reciben capacitación en políticas de VIH y alimentación infantil, riesgos asociados con las diversas opciones de alimentación para lactantes hijos(as) de madres VIH positivas y sobre cómo brindarles orientación y apoyo. | 1 | ✓ 0,5 | 0 |
| 8.4) Se cuenta con pruebas y orientación sobre VIH (HTC), pruebas y orientación para inicio de exámenes de VIH (PIHTC) y Orientación y Pruebas Voluntarias y Confidenciales (VCCT), y se ofrecen en forma rutinaria a las parejas que están pensando en un embarazo y a las mujeres embarazadas y sus compañeros. | ✓ 1 | 0,5 | 0 |
| 8.5) Se brinda a madres VIH positivas orientación consecuente con las recomendaciones internacionales actuales, y adecuada al contexto local. | 1 | ✓ 0,5 | 0 |
| 8.6) Se apoya a las madres para llevar a cabo las prácticas recomendadas de alimentación infantil, con orientación adicional y seguimiento para que la implementación de tales prácticas sea factible. | 1 | ✓ 0,5 | 0 |
| 8.7) Las madres VIH positivas que están amamantando y reciben apoyo mediante ARVs consecuentes con las recomendaciones nacionales, reciben seguimiento y apoyo adicional para garantizar que se mantengan los ARVs. | ✓ 1 | 0,5 | 0 |
| 8.8) Se hacen esfuerzos especiales para contrarrestar la desinformación sobre VIH y alimentación infantil y para promover, proteger y apoyar 6 meses de lactancia materna exclusiva y lactancia materna prolongada en la población general. | 1 | 0,5 | ✓ 0 |
| 8.9) Existe un monitoreo constante para determinar los resultados de las intervenciones para prevenir la transmisión del VIH a través de la lactancia materna en las prácticas de alimentación infantil y su impacto en la salud de las madres y lactantes, incluyendo aquellos (as) que son VIH negativos (as) o de estatus desconocido. | ✓ 1 | 0,5 | 0 |
| Puntaje total | | | 7/10 |

Total de puntos para el indicador 8 en Uruguay: 7.5

| Puntajes | Código por color |
|----------|------------------|
| 7 – 9 | Azul |

Fuentes de información:

- ✓ Guía clínica para la eliminación de la sífilis congénita y transmisión vertical del VIH. MSP, Dirección General de la Salud, Área de la Salud Sexual y Reproductiva, Programa Nacional ITS-VIH/Sida, 2013.
- ✓ Informe de la situación nacional de VIH- SIDA. MSP, Dirección General de Salud Departamento de Vigilancia en Salud – Programa ITS/SIDA, 2013
- ✓ Norma Nacional de Lactancia Materna. MSP, UNICEF, RUANDI, 2015. En etapa de revisión para su publicación.

Conclusiones:

En el año 2010 se aprueba la Estrategia y Plan de Acción para la eliminación de la transmisión materno- infantil del VIH y sífilis congénita, en donde uno de los objetivos para Uruguay es la reducción de la transmisión materno- infantil del VIH a 2% o menos y la disminución de la incidencia de la transmisión materno- infantil del VIH a 0,3 casos o menos por 1000 nacidos vivos. En busca del cumplimiento de estos objetivos el MSP ha implementado varias estrategias complementarias y sinérgicas como ser, el “Plan de Impacto para disminuir la transmisión vertical de sífilis, 2010-2015”, la Ordenanza Ministerial 447 (2012) y 367 (2013), la “Guía de Diagnóstico y Tratamiento de Sífilis en el embarazo y sífilis congénita” (2012) y la “Actualización de Guías de VIH, incluyendo Diagnóstico y Tratamiento en mujeres embarazadas y recién nacidos” (2013).

Desde el año 1997 y según el Decreto 295/997 se establece la obligatoriedad del ofrecimiento de la prueba de VIH a toda mujer embarazada, previo a su consentimiento informado. Con la nueva Guía clínica para la eliminación de la sífilis congénita y transmisión vertical del VIH (2013), se establece la realización de la prueba de VIH durante el primer control del embarazo, con las rutinas del segundo trimestre y con las rutinas del tercer trimestre.

En lo que respecta a la alimentación infantil y VIH, en nuestro país la Norma Nacional de Lactancia Materna (2015) y la Guía clínica para la eliminación de la sífilis congénita y transmisión vertical del VIH (2013), establecen que en todos los recién nacidos de mujeres VIH positivas el amamantamiento debe proibirse siempre, debiéndose asegurar la provisión de preparados industriales para lactantes hasta los 6 meses de edad, por parte de la institución del Sistema Nacional Integrado de Salud que atiende dicho niño. Sin embargo, esta alimentación se asegura hasta los 6 meses y no hasta el año de vida como sugieren las recomendaciones internacionales.

Si bien la alimentación infantil que se provee a los hijos de madres con HIV abarca aspectos vinculados al código, no existe una legislación nacional al respecto.

En lo que respecta a la consejería sobre alimentación infantil, la misma es acorde con las recomendaciones locales, sin embargo las mujeres no tienen opción de elegir alternativas en la alimentación de sus hijos como sugieren las recomendaciones internacionales. No se promueve, protege y apoya la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses ni la lactancia materna prolongada, la misma se proscribe siempre.

La terapia ARV se asegura a todas las mujeres HIV positivas, con seguimiento y apoyo para lograr una adecuada adherencia al tratamiento y su continuidad luego del parto.

En años anteriores se han llevado a cabo algunas instancias de capacitación a equipos de salud del Primer Nivel de Atención y de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) de todo el país, con énfasis en diagnóstico temprano en mujeres embarazadas y tratamiento. Sin embargo, actualmente esto queda librado al criterio de los servicios de salud y a las personas, no existiendo una capacitación sistematizada.

Existe una mejora en lo que refiere a las herramientas de monitoreo, en julio de 2012 se incorporó en el Sistema de Información Perinatal la variable VIH, el resultado y la indicación de TARV. Además el mismo año se incorporaron al Certificado del Nacido Vivo electrónico las variables: prueba diagnóstica de VIH, momento de realizada y resultado.

Asimismo, la Ordenanza Ministerial 367/13 establece que los prestadores de salud deben realizar auditorías de las historias clínicas de mujeres embarazadas con VIH. Estas auditorías son enviadas al Programa de ITS VIH/SIDA, todo lo que permite un monitoreo constante caracterizando el diagnóstico y la atención de las mujeres con VIH, así como determinar los factores contribuyentes a la transmisión vertical.

Recomendaciones:

✓ Ofrecer consejería a la madre VIH para permitirle seleccionar la mejor opción de alimentación infantil y ayudarla a llevar a la práctica esa decisión en forma segura.

✓ Capacitar al personal de salud en alimentación infantil y VIH, informando de los riesgos/beneficios de las diversas opciones de alimentación.

✓ Mantener en forma intensa los esfuerzos en promoción, protección y apoyo a la LM para la población general, informando de la excepcional situación en caso VIH, y los riesgos/beneficios de las diversas opciones de alimentación infantil en esta situación.

Indicador 9: 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 bebés y los niños pequeños se encuentran entre los grupos más vulnerables en situaciones de emergencia. Ausencia de la lactancia materna y la alimentación complementaria inadecuada e inapropiada aumentan los riesgos de la desnutrición, las enfermedades y la mortalidad. En situaciones de emergencia y humanitarias de socorro los organismos de respuesta de emergencia afectada del país anfitrión y comparten la responsabilidad de proteger, promover y apoyar las prácticas de alimentación infantil óptima del lactante y perjudiciales y minimizar prácticas. Orientación operacional concisa sobre cómo asegurar una alimentación adecuada en situaciones de emergencia situaciones y cumplir con las normas internacionales de emergencia ha sido desarrollado por un interinstitucional Alimentación Infantil en Emergencias Core Group y fue aprobada en WHA 63.23 en 2010 (Infantil y Alimentación del Niño Pequeño en situaciones de emergencia. Guía Operativa para el personal de emergencia y socorro y los directores de programas, la versión 2.1, 2007, el IFE Core <http://www.enonline.net/resources/6> grupo). Detalles prácticos sobre cómo implementar las directrices que se resumen en la Guía Operativa son incluidos en los materiales de capacitación compañero, también desarrollado a través de la colaboración interinstitucional, así como parte de los materiales de construcción de capacidad en Racimo de Nutrición de las Naciones Unidas. Todos estos recursos están disponibles en www.enonline.net/IFE

Fuentes de información usadas:

- Dirección Técnica y Operativa Permanente del Sistema Nacional de Emergencias que coordina con Ministerio de Salud Pública (MSP) por temas de salud y con el Instituto Nacional de Alimentación (INDA) por temas de alimentación.

| Criterio | Puntaje | | |
|--|--|------------------|-----|
| | ✓ Marque todas las opciones que aplican (solo una por casilla) | | |
| | Si | En cierta medida | No |
| 9.1) El país tiene una política integral de infancia y alimentación del niño pequeño que incluye la alimentación infantil en emergencias y contiene todos los elementos básicos incluidos en el IFE Guía Operativa | 2 | 1 | ✓ 0 |
| 9.2) Han sido nombrados persona(s) encargada de la responsabilidad nacional de coordinación con todos los socios pertinentes, tales como la ONU, los donantes, los militares y las organizaciones no gubernamentales con respecto a lactantes y niños pequeños para la alimentación en situaciones de emergencia. | 2 | 1 | ✓ 0 |
| 9.3) Se ha desarrollado y puesto en práctica en la mayoría de emergencia reciente situaciones y portadas un plan de preparación para emergencias y respuesta basada en las medidas prácticas que figuran en la Guía Operativa: | 1 | 0,5 | ✓ 0 |
| a) intervenciones básicas y técnicas para crear un entorno permitiendo la lactancia materna, incluyendo asesoramiento por consejeros debidamente capacitados, apoyo a la re-lactación y nodrizas, y protegido espacios para la lactancia materna. | | | |
| b) medidas para minimizar los riesgos de la alimentación artificial, incluyendo una declaración aprobada para evitar donaciones de sucedáneos de leche materna, biberones y tetinas, y procedimientos estándar para el manejo de donaciones no solicitadas y manejo de adquisiciones de cualquier fórmula infantil y BMS, de conformidad con criterios estrictos, la Guía Operativa IFE, y el Código Internacional y posterior WHA relevante resoluciones. | 1 | 0,5 | ✓ 0 |

| | | | |
|--|--------------|-----|-----|
| 9.4) Se han asignado recursos para la ejecución de la preparación para emergencias y plan de respuesta | 2 | ✓ 1 | 0 |
| 9.5) a) Material de orientación y formación adecuada del lactante y del niño pequeño la alimentación en situaciones de emergencia, se ha integrado en pre-servicio y capacitación en el servicio en caso de emergencia dirección y el personal de atención de salud pertinente. | 1 | 0,5 | ✓ 0 |
| b) Se está llevando a cabo orientación y formación de acuerdo con la preparación nacional para emergencias y plan de respuesta. | 1 | 0,5 | ✓ 0 |
| Puntaje total: | 1 /10 | | |

Total de puntos para el indicador 9 en Uruguay: 1

| Puntajes | Código por color |
|----------|------------------|
| 0 – 3 | Rojo |

Fuentes:

- Instituto Nacional de Alimentación (INDA): María Rosa Curutchet.
- Sistema Nacional de Emergencias: <http://sinae.gub.uy/>
- Uruguay Crece Contigo: Gabriela Gonzalez

Comentarios:

El país cuenta con un sistema de emergencia de alcance nacional. Las emergencias más frecuentes son las inundaciones que sacan de sus hogares a familias de gran vulnerabilidad.

Desde este año, el país cuenta con “Cunas de emergencia” para niños menores de 6 meses, la cual es suministrada a las familias por el Sistema Nacional de Emergencias. La misma cuenta con los siguientes artículos para el bebé: ropa, juguete, libro, termómetro, artículos de

higiene y la cuna que es plegable y lavable. Para la familia, artículos de higiene. Las acciones del comité no incluyen ningún tipo de orientación para el apoyo de la lactancia.

Recomendaciones:

- Continuar trabajando en la orientación e información sobre la necesidad de implementar una política integral para la alimentación de lactantes y niños (as) pequeños (as) que incluye la alimentación infantil en emergencias.
- Sensibilizar y capacitar a los integrantes de los Comités locales de emergencia sobre lactancia materna y alimentación complementaria.
- Designar a una persona que tenga 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.
- Diseñar y distribuir junto con la “Cuna de emergencia” materiales de difusión para el apoyo sobre alimentación del lactante y del niño/a pequeño/a para ser utilizados en situaciones de emergencia.
- Colocar la mención del cumplimiento del código en situaciones de emergencias climáticas o sociales, para evitar su violación. En el caso de establecer programas de ayuda alimentaria, se priorizarán las mujeres embarazadas y las madres que amamantan, para poder continuar protegiendo la lactancia materna, y claramente la alimentación de los niños y niñas mayores de 6 meses de edad.

Indicador 10: Mecanismos de Monitoreo y Evaluación

Pregunta clave: ¿Los sistemas de seguimiento y evaluación en el lugar, recogen de forma rutinaria, analizan y utilizan datos para mejorar prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño? (Anexo 10.1)

Antecedentes:

Componentes de monitoreo y evaluación (M & E) deben ser incorporados a las principales estrategias de alimentación del lactante y del niño pequeño y a las actividades

correspondientes. de alimentación del programa integrado en nacional sistemas de vigilancia de la salud o encuestas de vigilancia nutricional. (ver redacción)

Se deben recoger datos de vigilancia o sistemas de gestión de información periódica de forma, sistemática, analizados y considerado por los directores de programas como parte de la planificación, gestión y ejecución proceso. Cuando sea apropiado, tanto en la línea de base y los datos de seguimiento deben recogerse para medir los resultados. Criterios unificados y acordados sobre el uso de indicadores y estrategias de recolección de datos a nivel internacional debe ser considerado, en un esfuerzo por aumentar la disponibilidad de datos comparables. Es importante para idear estrategias para asegurar que los resultados de la evaluación importante se utilizan para asegurar la decisión basada en la evidencia decisiones.

| Criterio | Puntaje | | |
|--|--------------|------------------|----|
| | Si | En cierta medida | No |
| 10.1) Componentes de seguimiento y evaluación se construyen en actividades de programas de lactantes y alimentación infantil. | 2 | 1✓ | 0 |
| 10.2) Datos/información sobre los progresos realizados en la aplicación el programa ALNP son utilizados por los directores de programas para orientar las decisiones de planificación e inversiones. | 2✓ | 1 | 0 |
| 10.3) Los datos sobre los progresos realizados en la aplicación de ALNP son recogidos de forma rutinaria de las actividades de los programas a nivel local y nacional | 2 | 1✓ | 0 |
| 10.4) Datos/Información relacionada con lactantes y niños pequeños del progreso de programa de alimentación infantil son reportados a tomadores de decisiones clave. | 2✓ | 1 | 0 |
| 10.5) Monitoreo de las practicas de alimentación del lactante y del niño pequeño se integran en el sistema de vigilancia nacional de nutrición, y/o en el sistema de información de salud o encuestas nacionales de salud. | 2✓ | 1 | 0 |
| Puntaje total: | 8 /10 | | |

Fuentes de información usadas:

Total de puntos para el indicador 10 en Uruguay: 8 puntos

Comentarios:

Recomendaciones:

Parte II: Prácticas de alimentación del lactante y niños (as) pequeños (as)

Indicador 11: Iniciativa 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 (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 11 | Clave de Puntuación de la OMS | Directriz de IBFAN Asia para la WBTi | | |
|---------------------|--------------------------------------|---|---------------------|-------------------------|
| | | Puntaje | Uruguay 2011 | Código por color |
| Iniciación de la | 0.1-29% | 3 | | ROJO |

| | | | | |
|---------------------------------|-----------|----|-------|----------|
| Lactancia | 29.1-49% | 6 | | AMARILLO |
| Materna (en el lapso de 1 hora) | 49.1-89% | 9 | 60,0% | AZUL |
| | 89.1-100% | 10 | | VERDE |

Fuente: MSP/RUANDI/UNICEF 2011. Encuesta nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia /2011, en niños menores de dos años usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay.

El inicio de la lactancia materna es prácticamente universal en el Uruguay ya que el 98,4% de los niños(as) en el año 2011 fueron amamantados en algún momento de su vida. Al igual que los datos encontrados en el 2007, esta proporción fue menor entre los de bajo peso al nacer con el 91,9% y 93,3% entre los prematuros.

En cuanto a los niños(as) mamaron por primera vez antes de 1 hora después del parto se mantuvo sin variaciones importantes desde el año 2007 (59,3%), lo cual también fue menor entre los niños nacidos con bajo peso y prematuros (40%). En los servicios del interior del país tanto públicos como privados proporción de niños(as) puestos a pecho en la primera hora luego del parto fue mayor.

Un 85,1% de los niños(as) recibió leche materna como primer alimento, un 14,6% recibió sucedáneos de la leche materna y un 2,1% agua o suero.

Total de puntos para el indicador 11 en Uruguay: 9 puntos

Indicador 12: 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 horas¹?

Antecedentes

La lactancia materna exclusiva⁽¹⁾ 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⁽¹⁷⁾ apuntan con claridad al rol de la lactancia materna exclusiva por los primeros seis meses como esencial para la supervivencia y desarrollo infantil.

1 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)

17Robert E Black, Saul S Morris, Jennifer Bryce. Where and why are 10 million children dying every year? THE LANCET 2003; 361 : 2226-34.

Directriz:

| Indicador 12 | Clave de Puntuación de la OMS | Directriz de IBFAN Asia para la WBTi | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------------|--------------|------------------|
| | | Puntaje | Uruguay 2011 | Código por color |
| Lactancia Materna Exclusiva (durante los primeros 6 meses) | 0.1-11% | 3 | | Rojo |
| | 11.1-49% | 6 | | Amarillo |
| | 49.1-89% | 9 | 65,2% | Azul |
| | 89.1-100% | 10 | | Verde |

Fuente: MSP/RUANDI/UNICEF 2011. Encuesta nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia /2011, en niños menores de dos años usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay.

La tasa de lactancia materna exclusiva en niños(as) menores de seis meses ha experimentado un sostenido ascenso en los últimos años. A partir de los datos registrados en el 2007 se incrementó en 8 puntos, alcanzando un 65,2% en el 2011.

Dicho ascenso se observó desde los dos hasta los seis meses de vida. En el primer mes el 89,2% de los niños(as) fueron amamantados(as) en forma exclusiva lo cual representa un ligero retroceso respecto al 2007 (89,9%). Al cuarto mes, el 66,1% de los niños continuaba con lactancia exclusiva lo que reflejó un incremento de 14 puntos, y un ascenso de 7 puntos se observó al sexto mes de vida, alcanzando un 35,6%.

En niños(as) de bajo peso al nacer el 50,9% fue amamantado de forma exclusiva, siendo 4 puntos mayor al lo observado en 2007. Entre los hijos de madres adolescentes se incrementó 12 puntos alcanzando al 63,0% en 2011 y 51% entre las mujeres que trabajan siete horas o más habiendo incrementado 10 puntos a partir del 2007.

Total de puntos para el indicador 12 en Uruguay: 9 puntos

Indicador 13: Duración mediana de la lactancia materna

Pregunta clave: ¿Los (as) bebés son amamantados 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 13 | Clave de Puntuación de la OMS | Directriz de IBFAN Asia para la WBTi | | |
|--|--------------------------------------|---|---------------------|-------------------------|
| | | Puntaje | Uruguay 2011 | Código por color |
| Duración Mediana de la Lactancia Materna | 0.1-18 meses | 3 | 8,0 | Rojo |
| | 18.1-20 ” | 6 | | Amarillo |
| | 20.1-22 ” | 9 | | Azul |
| | 22.1 o mayor” | 10 | | Verde |

Fuente: MSP/RUANDI/UNICEF 2011. Encuesta nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia /2011, en niños menores de dos años usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay.

La duración mediana de la lactancia materna en el Uruguay según los últimos datos nacionales es de al menos 8 meses y una media de 9,3+6,5 meses. Al igual que en las WBTi publicadas en el 2008, el presente indicador fue extraído de una muestra de niños(as) menores

de 24 meses y no de 36 meses como se sugiere calcular el mismo. Si bien la duración de la lactancia materna presentó un incremento en relación a los datos publicados en el 2007, aún los valores continúan lejos de las puntuaciones necesarias para ascender de categoría.

La tasa de lactancia natural continua al año y a los dos años no mostró variaciones importantes desde el año 2007. Entre los 12 y 15 meses en el año 2011 esta fue de 44,8% y de 20 a 23 meses resultó de 27,0%. Respecto a las cifras encontradas en el 2007 estas sufrieron leves variaciones, en el primer caso, mostró un aumento leve y un ligero descenso entre 20 y 23 meses (43,5% y 28,3% respectivamente).

Total de puntos para el indicador 13 en Uruguay: 3 puntos

Indicador 14: Alimentación con biberón

Pregunta clave: ¿Qué porcentaje de bebés amamantados (as) menores a 12 meses reciben otros alimentos o bebidas (incluso leche materna) 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 puede tragar, la leche materna se puede administrar por medio de una sonda para bebés). La alimentación con biberón significa la proporción de niños de 0-12 meses de edad que son alimentados con una botella con tetina. Es útil la información sobre la alimentación con biberón debido a sus potenciales interferencias con las prácticas de lactancia materna óptima y su asociación con el aumento de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades diarreicas. Los biberones son particularmente propensos a la contaminación.

Directriz:

| Indicador 14 | Clave de Puntuación de la OMS | Directriz de IBFAN Asia para la WBTi | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---|---------------------|-------------------------|
| | | Puntaje | Uruguay 2011 | Código por color |
| Alimentación con Biberón (0-12 meses) | 29.1-100% | 3 | 40% | Rojo |
| | 4.1-29% | 6 | | Amarillo |
| | 2.1-4% | 9 | | Azul |
| | 0.1-2% | 10 | | Verde |

Fuente: *Cálculos propios a partir de RUANDI/UNICEF 2003. Lactancia materna: Una estrategia para mejorar la salud, el crecimiento y la nutrición del lactante y del niño pequeño*

Según los datos de la encuesta nacional de lactancia publicada en el 2003, el 40% de los niños(as) amamantados(as) menores de 12 meses recibió en el día previo a la encuesta algún alimento en mamadera.

Estudios posteriores indagaron acerca del tipo de recipiente utilizado para el consumo de líquidos diferentes a la leche materna, donde se constató el uso mamadera en más de la mitad de niños(as) amamantados(as) menores de 12 meses. Sólo el 14% de estos niños fueron alimentados con líquidos diferentes a la leche materna mediante el uso de cucharita o vasito.

Total de puntos para el indicador 4 en Uruguay: 3 puntos.

Indicador 15: Alimentación complementaria

Pregunta clave: *¿Porcentaje de bebés amamantados (as) que reciben alimentos complementarios a los 6-8 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 15 | Clave de Puntuación de la OMS | Directriz de IBFAN Asia para la WBTi | | |
|---|--------------------------------------|---|----------------|-------------------------|
| | | Puntaje | Uruguay | Código por color |
| Alimentación complementaria (6-8 meses) | 0.1-59% | 3 | | Rojo |
| | 59.1-79% | 6 | | Amarillo |
| | 79.1-94% | 9 | 88,2% | Azul |
| | 94.1-100% | 10 | | Verde |

Fuente: Cálculos propios a partir de MSP/RUANDI/UNICEF 2011. Encuesta nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia /2011, en niños menores de dos años usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay.

El 88,2% de los niños(as) amamantados(as) entre 6 y 8 meses iniciaron la alimentación complementaria. El 48,8% de los niños(as) amamantados(as) recibieron alimentos sólidos y el 38,6% recibieron además algún tipo de sucedáneo de la leche materna. El 9,5% continúa de forma exclusiva con leche materna, el 2,6% fue alimentado con lactancia en forma predominante y el 0,5% recibió leche materna y sucedáneos.

En el sexto mes de vida el 72,9% de los niños(as) había incorporado alimentos complementarios a la leche materna. Al séptimo mes, los había incorporado el 96,8% de los niños y el 97,5% al octavo mes de vida.

Total de puntos para el indicador 15 en Uruguay: 9 puntos

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

| Metas: | Puntaje total cada indicador (de 10) |
|---|---|
| 1. Políticas, programas y coordinación nacional | 4 |
| 2. Iniciativa de los Hospitales Amigos de los Niños | 3 |
| 3. Implementación del Código Internacional | 3 |
| 4. Protección de la maternidad | 6,5 |
| 5. Sistemas de atención de salud y nutrición | 6 |
| 6. Apoyo a las madres y asistencia social comunitaria | 4 |
| 7. Apoyo informativo | 4 |
| 8. Alimentación infantil y VIH | 7 |
| 9. Alimentación infantil durante emergencias | 1 |
| 10. Monitoreo y evaluación | 8 |
| Puntaje de la Parte I (Total) | 46.5 |

Directrices de IBFAN Asia para WBTi

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

| Puntajes | Calificación por color | Puntaje Marque la que aplica y ponga el % |
|-----------------|-------------------------------|--|
| 0 – 30.9 | Rojo | |
| 31 – 60.9 | Amarillo | 46.5 |
| 61 – 90.9 | Azul | |
| 91 – 100 | Verde | |

Conclusiones (Resuma los logros en los diversos componentes del programa y las zonas que todavía necesitan trabajo adicional)² :

² En este análisis, el resumen se hace con base en los PUNTAJES y la posición de su país o región en términos de las prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños en forma individual o combinada. Es bueno analizar esto con un equipo de partes interesadas. Averigüe las razones y elabore una lista de recomendaciones para los directos de salud y nutrición y los responsables políticos.

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

| Práctica ALNP | Resultado | Puntaje total cada indicador |
|---|-----------|------------------------------|
| Indicador 11 Inicio de la lactancia materna | 60 % | 9 |
| Indicador 12 Lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida | 65,2% | 9 |
| Indicador 13 Duración media de la lactancia materna | 8 meses | 3 |
| Indicador 14 Alimentación con biberón | 40% | 3 |
| Indicador 15 Alimentación complementaria | 88,2% | 9 |
| Puntaje de la Parte II (Total) | | 33 |

Directrices de IBFAN Asia para WBTi

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

| Puntajes | Calificación por color | Puntaje Marque la que aplica y ponga el % |
|----------|------------------------|---|
| 0 – 15 | Rojo | |
| 16 - 30 | Amarillo | |
| 31 - 45 | Azul | 33 |
| 46 – 50 | Verde | |

Conclusiones (Resuma las prácticas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) son buenas y cuáles deben mejorar y por qué, así como análisis adicional necesario)³

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

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

³ En este análisis, el resumen se hace con base en los PUNTAJES y la posición de su país o región en términos de las prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños en forma individual o combinada. Es bueno analizar esto con un equipo de partes interesadas. Averigüe las razones y elabore una lista de recomendaciones para los directos de salud y nutrición y los responsables políticos.

| Puntajes | Calificación por color | Puntaje Marque la que aplica y ponga el % |
|-----------------|-------------------------------|--|
| 0 – 45.5 | Rojo | |
| 46 – 90.5 | Amarillo | 79.5 |
| 91 – 135.5 | Azul | |
| 136 – 150 | Verde | |

Contenido

Siglas

Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna (WBTi)

Parte I: Políticas y programas de ALNP

Indicador 1: Políticas, programas y coordinación nacional

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

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

Indicador 4: Protección de la maternidad

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

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

Indicador 7: Apoyo informativo

Indicador 8: Alimentación infantil y VIH

Indicador 9: Alimentación infantil durante emergencias

Indicador 10: Mecanismos de monitoreo y sistema de evaluación

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

Indicador 11: Iniciación temprana de la lactancia materna

Indicador 12: Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses

Indicador 13: Duración media de la lactancia materna

Indicador 14: Alimentación con biberón

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

Resumen de la Parte I: Políticas y programas de ALNP

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

Resumen Parte I y II

Bibliografía

1. Siglas

| | |
|--------|---|
| AIE | Alimentación Infantil en Emergencias |
| ALNP | Alimentación de Lactantes y Niños(as) pequeños(as) |
| BPNI | Red de Promoción de la Lactancia materna de India |
| CPM | Convención de Protección a la Maternidad |
| EDS | Encuesta Demográfica y de Salud |
| EGMI | Encuesta de grupos de múltiples indicadores |
| EMALNP | Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño |
| FAO | Organización de Naciones Unidas para Agricultura y Alimentación |
| GAM | Grupos de apoyo a las madres |
| GLOPAR | Investigación de Acción Global Participativa |
| IBFAN | Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil |
| ICDC | Centro Internacional de Documentación en Código Internacional |
| IHAN | Iniciativa Hospitales Amigos del Niño y la Niña (BFHI en inglés) |
| OIT | Organización Internacional del Trabajo |
| LAM | Método de Lactancia Materna de Amenorrea |
| LLLI | La Leche La Liga International |
| NCD | Enfermedad no transmisible |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| WABA | Alianza Mundial pro Lactancia Materna |
| WBCi | Iniciativa Mundial de Cálculo de Costos de Lactancia Materna |
| WBTi | Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna |

Introducción

La República Oriental del Uruguay, es un país de América del Sur, situado en la parte oriental del Cono Sur Americano. Limita al oeste con Argentina, al noreste con Brasil, al sureste tiene costas en el océano Atlántico y al sur sobre el Río de la Plata.

Cuenta una superficie de 176.215 km² y una población de 3.286.314 (INE, 2011). Es considerada una de las sociedades más desarrolladas de América Latina, ubicándose según el Índice de Desarrollo Humano en el tercer puesto luego de Chile y Argentina y en el puesto 51 del mundo (Índice de Desarrollo Humano: 0,792, 2013).

Su producto Bruto per Cápita (PBI) es de aproximadamente USD 16.421 (BCU, 2014) y el crecimiento económico del país en el año 2013 fue del 4,4 % (BCU). El factor clave de la economía uruguaya son las exportaciones, siendo sus productos primarios la carne, soja, lácteos y arroz.

El salario mínimo nacional es de \$ 8960 (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 2014) y la tasa de desempleo es del 6,7% (INE, enero 2014). El índice de pobreza es del 11,5% y el índice de indigencia del 0,5% (INE, enero, 2014).

Con una alta expectativa de vida al nacer (71 años, Banco Mundial 2013) y una baja tasa de natalidad (1,9 hijos por mujer, INE 2011), Uruguay es uno de los países de América Latina con menor porcentaje de jóvenes.

Desde el punto de vista nutricional Uruguay es un país heterogéneo, donde conviven los problemas de malnutrición por déficit y por exceso. En la infancia las carencias nutricionales se ven reflejadas en una importante proporción de niños menores de 3 años que no alcanzan su potencial real de crecimiento, con un retraso de talla del 4,5% (ENDIS, 2013) y una alta prevalencia de anemia, 31,5 % en niños de 6 a 23 meses, afectando esto su desarrollo físico e intelectual perpetuando así la pobreza. Por otro lado existe un alto porcentaje de sobrepeso y obesidad en niños menores de 3 años siendo esta cifra de 10,5% (ENDIS, 2013).

A continuación se resumen en el siguiente cuadro los principales indicadores del país:

| INDICADOR | VALOR | AÑO |
|--|--|---|
| Población total | 3.286.314 / 3.407.062 | INE, 2011 |
| % PBI destinado al sector Salud | 10 | BM, 2013 |
| Distribución por edades | 21,8% (0-14 años), 64,1% (15-64 años), 14,1% (65 años o más) | INE, 2011 |
| Tasa de crecimiento anual de la población | 1,91 por mil | INE, 2011 |
| Tasa bruta de natalidad | 14,10 por mil | INE, 2010 |
| Tasa bruta de mortalidad | 9,9 por mil | INE, 2010 |
| Edad mediana | 36,2 años (37,7años mujeres, 34,5 años hombres) | INE, 2011 |
| Esperanza de vida al nacer | 79,95 años en mujeres, 72,87 años en hombres | INE, 2011 |
| Población por área geográfica | 94 % población urbana 5% población rural | BM, 2014 |
| Hijos por mujer | 1,9 hijos | INE, 2011 |
| Alfabetismo | 98 % | BM, 2013 |
| Mortalidad infantil | 8,9 por mil nacidos vivos | INE, 2011 |
| Bajo Peso al nacer | 8,7% 7,2% | Encuesta Lactancia Materna, 2011 ENDIS, 2013 |

El objetivo de este proceso es actualizar la información respecto de las tendencias nacionales en Lactancia Materna y Alimentación Complementaria, desde la perspectiva

del cumplimiento de la Estrategia Mundial de Alimentación del Lactante y del niño pequeño.

De este modo plantea proporcionar al gobierno nacional, a las agencias de cooperación y a los actores de la comunidad toda, sean profesionales, sociedades científicas, organizaciones de la sociedad civil relacionadas al tema, la información crítica y necesaria para completar vacíos identificados en las políticas de salud pública relacionadas con la alimentación de lactantes y niños pequeños.

Se espera contribuir a un debate en diversos temas pendientes como es la implementación del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, en el marco de un sistema alimentario cada vez más complejo y donde la publicidad de alimentos para lactantes y niños socava la cultura alimentaria y las prácticas de lactancia materna en nuestro país.

Se considera necesario analizar este informe y debatir desde la perspectiva de la realidad epidemiológica y nutricional de nuestro país, a la luz de nuevos datos y encuestas que muestran el aumento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, especialmente el aumento del Sobrepeso y la obesidad infantil y lo que significa esta tendencia para la salud de nuestro país.

Aportar a la discusión y a la implementación y cumplimiento de los Objetivos sanitarios del Ministerio de Salud Pública para próximo período de gobierno 2015 - 2020, en materia nutrición y salud infantil, desde un enfoque de derechos y seguridad y soberanía alimentaria.

Metodología de recolección de la información:

Se realizó un proceso de investigación y consulta a referentes según los temas del informe solicitado.

Se realizaron entrevistas en profundidad a referentes institucionales y se solicitó datos, informes y estadísticas que abarcaron desde el año 2008 hasta al año 2015.

Se procedió a la revisión de las leyes a nivel del Parlamento Nacional, utilizando la información de los sitios de internet oficiales, así como el análisis de Decretos y Normas relacionadas al tema.

Se entrevistó de forma personal o telefónica a varios actores clave, referentes en los diversos temas que plantea el informe WBTi.

Los actores e instituciones correspondientes que fueron consultados y a los que se les realizaron entrevistas personales, por vía telefónica o mail, fueron: Dra. Claudia Romero (Directora del Área Programática de Niñez del Ministerio de Salud Pública) Magíster en Nutrición Ximena Moratorio (Referente del Área Programática de Nutrición del Ministerio de Salud Pública) Dra. Isabel Bove (Asesora en el Ministerio de Salud Pública en temas de nutrición), Psic. Nora de Oliveira (Asesora en el Ministerio de Salud Pública), Profesora Agda. Alejandra Girona (Docente del Departamento de Nutrición Básica de la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de la República), Magíster Florencia Cerruti (Programa Uruguay Crece Contigo, Ministerio de Desarrollo Social) Magíster en Nutrición Florencia Koncke (Programa Uruguay Crece Contigo, Ministerio de Desarrollo Social), Dr. Alvaro Arroyo (Oficial de UNICEF en Uruguay), Dra, Lilian Carroscia (Directora del Banco de Leche Humana del Hospital Pereyra Rosell, Asociación de Servicios de Salud del Estado ASSE), Magíster Nut. Natalia Rey (Referente del Programa de Nutrición de la Intendencia de Montevideo) Magíster Nut. Myriam de León (Profesora Adjunta del Depto de Nutrición Clínica de la Escuela de Nutrición de la UDELAR y Jefa del Área de Nutrición de la Mutualista Hospital Evangélico), Lic Enf Adriana Sanchez (Encargada de los Centros de Recolección de Leche Humana del Banco de Previsión Social BPS), Magister Nut. Fabiana Peregalli (Instituto Niñez y Adolescencia de Uruguay INAU), Lic Nut. Tania Rey (Nutricionista de la Red de Atención del Primer Nivel RAP Metropolitana), Dra, Adriana Iturralde (Profesora Adjunta de Pediatría Clínica Pediátrica C de la Facultad de Medicina) Dra. Karina Machado (Prof, Agda, Clínica Pediátrica A Facultad de Medicina), Magister Nut, Isabel Pereyra (Directora de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad Católica del Uruguay), Nutricionista y Consultora en Lactancia Laura Fazio (Banco de Leche Humana del HPR) y referente en Lactancia del Centro Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay CASMU), Florencia Muniz (Docente Grado 2 del Departamento de Nutrición Social de la Licenciatura en Nutrición de la UDELAR)

Se realizó un Taller de discusión para dar a conocer el informe y aceptar nuevas sugerencias y medidas para acercar al cumplimiento de algunas de las metas propuestas en el informe aquí presentado.

Se ha comunicado a los medios de comunicación, tanto prensa escrita como radial y televisiva, para que difundan el Taller de discusión y presentación del informe y que se coloque el tema en la opinión pública. Se salió al aire en el Programa “Hoy no es un día cualquiera” transmitiendo la Jornada de discusión de WBTi 2015, y luego realizando los comentarios de lo ocurrido en la jornada de discusión del informe.

Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna - WBTi

Antecedentes

La Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna -WBTi por sus siglas en inglés) es una iniciativa innovadora, desarrollada por IBFAN Asia, para servir de referencia y evaluar la situación del avance hacia la implementación de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño(a) pequeño(a) a nivel nacional. La herramienta se basa en dos iniciativas mundiales, la primera es (GLOPAR) de WABA y la segunda es de la de la OMS (“La alimentación del lactante y del niño(a)

pequeño(a): Herramienta para la evaluación de las prácticas, políticas y programas nacionales”. La WBTi está diseñada para ayudar a los países a evaluar las fortalezas y debilidades de sus políticas y programas para proteger, promover y apoyar las prácticas óptimas de alimentación infantil y de lactantes. La WBTi ha identificado 15 indicadores en dos partes, y cada indicador tiene significado específico.

| La Parte I se refiere a políticas y programas (indicadores 1 a 10) | La Parte II se ocupa de las prácticas de alimentación infantil (indicadores 11 a 15) |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Políticas, programas y coordinación nacional 2. Iniciativa Hospital Amigo del Niño (Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa) 3. Implementación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna 4. Protección de la maternidad 5. Sistemas de atención en salud y nutrición (para respaldar la lactancia materna y la ALNP) 6. Apoyo a las madres y asistencia social comunitaria 7. Apoyo informativo 8. Alimentación infantil y VIH 9. Alimentación infantil durante emergencias 10. Mecanismos de monitoreo y sistema de evaluación | <ol style="list-style-type: none"> 11. Iniciación temprana de la lactancia materna 12. Lactancia materna exclusiva 13. Duración media de la lactancia materna 14. Alimentación con biberón 15. Alimentación complementaria |

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

2. Cada indicador que se utiliza para la evaluación tiene los siguientes componentes;

- La pregunta clave que se debe investigar.
- Antecedentes sobre por qué la práctica, la política o el componente del programa es importante.
- Una lista de criterios esenciales como subconjunto de preguntas que deben considerarse a la hora de identificar los logros y las áreas que necesitan mejorar,

con directrices para la puntuación, calificación por color y clasificación de cómo le va al país.

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

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

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

Parte I: *Políticas y programas de ALNP*

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

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

| | |
|-------|-------|
| 7 – 9 | Azul |
| > 9 | Verde |

Indicador 1: Políticas, programas y coordinación nacional

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

Antecedentes

La “*Declaración de Innocenti*” fue adoptada en 1990. Recomendaba que todos los gobiernos contaran con comités y coordinadores(as) nacionales de lactancia materna como mecanismos establecidos para proteger, promover y apoyar la lactancia materna en el país. La Cumbre Mundial de la Niñez (2000) recomendó a todos los gobiernos diseñar políticas nacionales de lactancia materna. La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño(a) pequeño(a) (2002) hace un llamado a la acción urgente por parte de todos los estados miembro(a)s para desarrollar, ejecutar, monitorear y evaluar una política integral sobre ALNP. La *Declaración de Innocenti* sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) (2005) encierra los compromisos renovados en esa histórica reunión de aniversario y reúne las cinco metas operativas adicionales identificadas como parte de la Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y el niño(a) pequeño(a), incluyendo las resoluciones de la WHA con respecto a la ALNP. La Guía de Planificación para la implementación nacional de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niños Pequeño (2007) llama a implementar de manera concreta y enfocada la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niños Pequeño en estrategias, políticas y planes de acción nacionales.

Posibles fuentes de Información

- La mayoría de países ya cuentan con su Plan de Acción Nacional sobre Nutrición y su Plan de Acción Nacional para la Niñez, como seguimiento a la Cumbre de la ONU para la Niñez.

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

| <i>Directrices para la puntuación</i> | |
|---|---------------------------------------|
| Criterios | √ Marque todas las que aplican |
| 1.1) El gobierno ha adoptado/ aprobado oficialmente una política nacional sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) | √ 1 |
| 1.2) La política recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, iniciando la alimentación complementaria después de los seis meses y continuando la lactancia materna hasta los 2 años o más. | √ 1 |
| 1.3) Un plan de acción nacional diseñado con base en la política | 2 |
| 1.4) El plan cuenta con financiamiento adecuado | 2 |
| 1.5) Existe un Comité Nacional de Lactancia Materna o comité de ALNP | √ 1 |
| 1.6) El comité nacional de lactancia materna (o alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as)) celebra reuniones, monitoreo y revisiones periódicas | 2 |
| 1.7) El comité nacional de lactancia materna (alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as)) se enlaza eficazmente con todos los otros sectores | √ 0.5 |

| | | |
|--|--|--------------|
| como salud, nutrición, información, etc. | | |
| 1.8) El Comité de Lactancia Materna está dirigido por un(una) Coordinador(a) con términos de referencia claros, y comunica periódicamente la política nacional a nivel regional, distrital y comunal | | √ 0.5 |
| Puntaje total | | 4/10 |
| Total de puntos para el indicador 1 en Uruguay: 4 | | |
| | | |

| Puntajes | Código por color |
|----------|------------------|
| 4 – 6 | Amarillo |

Fuentes de Información consultadas:

- Norma Nacional de Lactancia Materna 2009 y su actualización 2015.
- Resolución Ministerial Número 311 del 2 de junio de 2008 por la cual se nombra la Coordinadora Nacional de Lactancia.
- Bove MI, D'Oliveira N. Buenas prácticas de alimentación del lactante y el niño/a pequeño/a en maternidades y consultorios.
- Ministerio de Desarrollo Social, Dirección Nacional de Políticas Sociales. Cuidados como Sistema. Propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidados en Uruguay.

Conclusiones:

En el año 2006 se crea en nuestro país el Programa Nacional de Salud de la Niñez, el cual tiene como objetivo principal “lograr un adecuado crecimiento y desarrollo de toda la población infantil y adolescente del país desde su nacimiento hasta los 14 años, incorporando un enfoque de salud integral y de calidad, con énfasis en acciones de educación y promoción de salud, coordinadas con otros efectores, con perspectiva de derechos, de género y de equidad social, actuando sobre diversos factores que influyen sobre la salud de esta población”.

Dicho programa tiene dentro de sus objetivos el apoyo, promoción y protección a la lactancia materna, la implementación de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño (a) Pequeño (a), así como la acreditación de las maternidades y servicios de salud en Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y Niño (a) pequeño (a) en el marco de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño.

Si bien no existe una política nacional sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) como documento formal, el país cuenta desde el año 2009 con la Norma Nacional de Lactancia Materna la cual tiene carácter de Ordenanza Ministerial N° 217/09. La misma fue creada por el Programa Nacional de Salud de la Niñez con el fin de “contribuir a mejorar la situación de salud, nutrición y desarrollo del niño y la niña en el marco de la Convención de los Derechos del Niño y el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) mediante la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida y hasta por lo menos los dos años junto a una alimentación complementaria saludable”.

Durante el transcurso del año 2014 la norma fue revisada y actualizada por un equipo multidisciplinario que incluyó referentes del Ministerio de Salud Pública, UNICEF y RUANDI, entre otros, encontrándose actualmente en etapa de corrección para su posterior publicación.

Si bien el país no cuenta con un plan de acción diseñado, si cuenta con las Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y Niño Pequeño, una guía práctica que tiene por objetivo “mejorar la calidad de la atención de la mujer embarazada y a su vez implementar políticas de adecuada alimentación en los lactantes en los primeros 2 años de vida”. Dentro de dichas prácticas a llevarse a cabo en las maternidades y consultorios de todo el país, se hace énfasis en la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y luego prolongada hasta los 2 años y el inicio adecuado de la alimentación complementaria a los 6 meses.

En lo que refiere a la financiación en Lactancia Materna, si bien no se dispone de recursos económicos destinados a tal fin y los mismos dependen del gobierno en curso, diferentes áreas del estado han desarrollado acciones y agencias como UNICEF y PNUD han apoyado dichas iniciativas.

Asimismo, desde el año 2012 el país cuenta con la política pública de cobertura nacional “Uruguay Crece Contigo”, la misma “apunta a consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia. Para ello se propone el desarrollo de acciones universales y focalizadas que garanticen los cuidados y protección adecuados de las mujeres embarazadas y el desarrollo de niños y niñas menores de 4 años, desde una perspectiva de derechos, género y generaciones”.

En referencia a los indicadores relacionados a la existencia de un comité Nacional de Lactancia materna cabe destacar que el mismo no está constituido formalmente sino que funciona en el ámbito del Programa Nacional de Salud de la Niñez. La resolución ministerial N° 311 del 2 de junio de 2008 nombra una Coordinadora Nacional de Lactancia Materna, dentro de cuyas funciones se encuentran el desarrollo, implementación y monitoreo del plan nacional de lactancia así como el monitoreo de todas las actividades vinculadas a la lactancia materna en el país, coordinando las mismas con los diferentes sectores.

En el año en curso, el Ministerio de Desarrollo Social junto con la Dirección Nacional de Políticas Sociales ponen en marcha el “Sistema Nacional de Cuidados” (SNC), una propuesta de carácter estructural que se inscribe dentro de la Reforma Social aprobada por el Gabinete Social en Octubre de 2011. Se trata de una estrategia de mediano y largo plazo que tiene como desafío la construcción de una nueva matriz de protección social que busca ofrecer respuestas integrales a los dilemas que la sociedad uruguaya enfrenta. La población que deberá atender el SNC son: - las niñas y niños de 0 a 12 años, priorizando la población de 0 a 3 años, - las personas mayores en situación de dependencia, - las personas con discapacidad en situación de dependencia y – las cuidadoras y cuidadores remunerados o no. Dentro de los ejes estratégicos que plantea se hace énfasis, entre otros, a las inequidades al inicio de la vida y la seguridad alimentaria y nutricional.

Recomendaciones:

- ✓ Concluir con la actualización de la Norma Nacional de Lactancia Materna.
- ✓ Elaborar un plan de acción renovado y acorde con la epidemiología nutricional de nuestro país. Que explicita el cumplimiento de la política nacional sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as).

- ✓ Conseguir financiamiento para la implementación del plan de acción de dicha política.
- ✓ Formalizar la integración del Comité de Lactancia Materna.

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

Preguntas clave:

- *¿Qué porcentaje de hospitales y maternidades que ofrecen servicios de maternidad han sido designados “Amigos del Niño” con base en criterios globales o nacionales?*
- *¿Cuál es la calidad de la implementación del programa de la IHAN?*

Antecedentes:

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

Los diez pasos para una lactancia exitosa allí establecidos se convirtieron en los pilares de la Iniciativa Mundial de Hospitales Amigos del Niño, lanzada en 1992 por ambos organismos. Varios países iniciaron acciones en virtud de la IHAN, y los avances alcanzados hasta el momento se limitan a cifras; los informes sugieren que se retrocede si las habilidades de los trabajadores de salud no se mejoran lo suficiente. La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño(a) pequeño(a) indica la necesidad de implementar la IHAN, monitorear y reevaluar las instalaciones ya designados (materiales desarrollados en 1998) y ampliar la Iniciativa para incluir clínicas, centros de salud y hospitales pediátricos. Los Criterios Globales siguen siendo el requisito mínimo para todos los recintos amigos del niño. Los Criterios Globales se modificaron en 2005, para actualizarlos y tener en cuenta nuevas evidencias sobre mejores prácticas y para garantizar que las necesidades de las madres que no amamantan se cumplieran, así como para ofrecer nuevos criterios para el VIH y la alimentación de lactantes y el cuidado adecuado para las madres, que podría incluirse a discreción de la autoridad nacional de la IHAN.

El material de atención integral -revisado, actualizado y ampliado- se publicó en 2009, y es un documento exhaustivo para guiar la implementación, supervisión y evaluación. Contiene un curso de capacitación de 20 horas para todos los trabajadores de salud y un

programa especial para los países con una prevalencia del 20% de madres VIH-positivas y/o un programa de PMTI. El material de la IHAN de 2009 incluye nuevos módulos específicos para apoyar a las madres que no amamantan y para una atención adecuada para las madres, así como recomendaciones para la expansión de los hospitales amigos de los niños hasta la alimentación complementaria. Se subraya el enfoque en el cumplimiento del Código Internacional.

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

Directrices – Criterios cuantitativos

2.1) *46 de 68 del total de hospitales (públicos y privados) y maternidades que ofrecen el servicio de maternidad han sido designados o reevaluados como “Amigos del Niño” en los últimos 5 años 68 %*

| <i>Directrices para la puntuación</i> | |
|---------------------------------------|---|
| Criterios | √ Marque la opción que aplica (solo una) |
| 0 | 0 |
| 0.1 - 20% | 1 |
| 20.1 - 49% | 2 |
| 49.1 - 69% | √ 3 |
| 69.1-89 % | 4 |
| 89.1 - 100% | 5 |
| Clasificación total | 3/ 5 |

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

| <i>Directrices para la puntuación</i> | |
|---|---------------------------------------|
| Criterios | √ Marque todas las que aplican |
| 2.2) El programa IHAN depende de la capacitación de los(las) trabajadores(as) en salud usando un programa de capacitación de al | 1.0 |

| | |
|--|-------------|
| menos 20 horas ⁴ | |
| 2.3) Existe un sistema estándar de monitoreo ⁵ | 0.5 |
| 2.4) El sistema de evaluación incluye entrevistas al personal de salud en maternidades y centros de cuidado posnatal | 0.5 |
| 2.5) El sistema de evaluación depende de entrevistas con las madres | 0.5 |
| 2.6) Se han incorporado sistemas de reevaluación ⁶ en los planes nacionales, con implementación sujeta a plazos | 1.0 |
| 2.7) Existe (o existió) un programa sujeto a plazos para aumentar la cantidad de instituciones IHAN en el país | 0.5 |
| 2.8) El VIH se integra al programa IHAN | 0.5 |
| 2.9) Los criterios nacionales implementan los criterios de la IHAN Global plenamente (Véase el Anexo 2.1) | 0.5 |
| Puntaje total | 0/5 |
| Puntaje total de ambas partes | 3/10 |

Total de puntos para el indicador 2 en Uruguay: 3

| Puntajes | Código por color |
|----------|------------------|
| 0 – 3 | Rojo |

Fuentes de información:

- Dra. Mara Castro. Reporte de la situación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Uruguay, 2013.
- Borrador de la Actualización de la Norma Nacional de Lactancia Materna, Edición 2015.
- Bove MI, D'Oliveira N. Buenas prácticas de alimentación del lactante y el niño/a pequeño/a en maternidades y consultorios.
- MSP, Programa Nacional de Salud de la Niñez. Proceso de acreditación de las BPA.

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

⁵ El *monitoreo* es un sistema dinámico de recopilación y revisión que ofrece información sobre la implementación de los *Diez Pasos* para asistir con la gestión continua de la *Iniciativa*. Puede ser organizado por los hospitales mismos o a un nivel superior del sistema. Se deben recopilar datos en forma continua o periódica (por ejemplo, de manera semestral o anual) para medir el apoyo a la lactancia que se ofrece en los hospitales y las prácticas de alimentación de las madres.

⁶ La *reevaluación* se puede describir como un nuevo diagnóstico o examen de la institución, luego de que se ha declarado hospital amigo de los niños y las niñas, a fin de determinar si continúa respetando los *Diez Pasos* y otros criterios amigos de los niños. Por lo general, la planifica y programa la autoridad nacional encargada de la IHAN para efectos de evaluar el cumplimiento continuo de los *Criterios Globales* e incluye una reevaluación de parte de un equipo externo. Debido a que se necesitan recursos humanos y financieros, en muchos países podría ser factible reevaluar a los hospitales una vez cada tres años, pero la decisión final sobre la frecuencia de la reevaluación recae en la autoridad nacional.

Conclusiones:

La Iniciativa Hospital Amigo del Niño se retoma en Uruguay en el año 2005 como punto de partida de la creación del Programa Nacional de Salud de la Niñez. Con el fin de reestructurar dicha iniciativa e incorporarla al primer nivel de atención es que se definen las “Buenas Prácticas de Alimentación del lactante y el niño/a pequeño/a (BPA), para maternidades y consultorios, durante el embarazo y los primeros 24 meses de vida del niño/a”.

Las mismas se basan en el respeto, protección y cumplimiento de los derechos humanos, buscando promover el derecho al control en salud de la mujer, el lactante y niño pequeño, haciendo hincapié en la atención primaria en salud. Así, las BPA comprenden el control de la mujer embarazada, acompañamiento durante el parto, lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y alimentación complementaria, segura e inocua a partir de los 6 meses.

A partir de la generación de documentos como ser: “Norma Nacional de Lactancia Materna”, “Buenas Prácticas de Alimentación del lactante y el niño/a pequeño/a”, “Los 33 meses en los que se juega el partido, 33 ideas para jugarlo” y “Los olores de la cocina de mi casa”, es que el Ministerio de Salud Pública conjuntamente con UNICEF, en año 2009, comenzaron a realizar capacitaciones a nivel nacional a las instituciones en salud, con el fin de lograr el compromiso de los equipos y luego iniciar la convocatoria a las instituciones para la acreditación en BPA.

Es así que en un principio se lograron las acreditaciones voluntarias de algunas instituciones, para luego con el nuevo Sistema Integrado de Salud y la revaloración de las Metas Asistenciales se iniciará el proceso de introducción de las BPA como una Meta.

Para tener la acreditación en BPA- IHAN, cada institución de salud debía formar una comisión de BPA, planificar y capacitar a funcionarios técnicos y no técnicos, apoyar durante el embarazo la adecuada nutrición de la mujer, iniciar la promoción de la lactancia materna, parto institucionalizado y acompañado, apoyo durante el puerperio e

inicio de la alimentación complementaria, así como buscar estrategias institucionales que permitan el apoyo personalizado.

Una vez que las instituciones realizaban su autoevaluación podían presentarse ante el MSP para solicitar una evaluación final y la acreditación en Buenas Prácticas por el MSP y UNICEF. En tal caso, la institución era visitada por evaluadores externos, quienes habían sido seleccionados y capacitados para tal fin. Los mismos realizaban un estricto cuestionario, con tamaños muestrales acorde a cada institución, tanto al personal de salud como a usuarios. Luego de este proceso que llevaba varios días, los evaluadores valoraban el porcentaje de cumplimiento de cada una de las prácticas y así definían si era posible la acreditación en BPA.

Actualmente son 46 las instituciones acreditadas como Hospital Amigo del Niño, sin embargo estas acreditaciones no garantizan que sean en la actualidad instituciones “Amigables con la niñez”, dado que las mismas datan de los años 2010 y 2011.

Luego de esos años no se volvieron a realizar monitoreos ni formación continua a trabajadores, así como tampoco se establecieron sistemas de re acreditación en BPA, existiendo actualmente una gran brecha en este sentido. Algunas instituciones aún siguen recogiendo estadísticas e indicadores que se requerían en la acreditación, sin embargo esto sigue quedando a criterio de cada institución sin que nadie procese la información.

La Norma Nacional de Lactancia Materna, que se encuentra en etapa de actualización, plantea la posibilidad de realizar re evaluaciones cada 2 años. Ante el no cumplimiento de las BPA, la Norma establece se otorgue un plazo de 6 a 12 meses para que se revisen y ajusten las prácticas asistenciales en todo el proceso del embarazo, nacimiento y control del niño pequeño. Se solicitaran además informes con los porcentajes de LME a los 6 meses, LM a los 12 meses, RN dados de alta con LME y RN que recibieron otro alimentos diferente a la leche materna durante la internación en la maternidad o se fueron de alta con indicación de preparados para lactantes.

En la discusión de los resultados de la evaluación de este indicador, se llega a la conclusión de que el cumplimiento de las BPA y la IHAN, debe ser el estándar de calidad de la institución siguiendo la meta alcanzada en 2010 – 2011, sin estar ligada a

un incentivo económico o adjudicación de prestaciones por su cumplimiento. Se manifiesta la falta de motivación de los equipos de salud porque los resultados de su trabajo diario no se monitorean de forma periódica y quedan sujetos al compromiso individual de los integrantes de cada equipo.

Recomendaciones:

- Retomar y sistematizar las acreditaciones y re acreditaciones en BPA de forma estable, periódica y sostenida, con un flujo de retroalimentación de las estrategias y plan de acción relacionados con la alimentación del lactante y del niño pequeño.
- Asegurar la re evaluación cada 2 años de las maternidades que cuentan con la acreditación de Hospital Amigo del Niño como un estándar de calidad, sin estar ligado a un incentivo económico.
- Plantear que las instituciones que adhieran y practiquen las BPA adecuadamente, sean reconocidas por el Ministerio de Salud Pública, posicionándolas a nivel de la comunidad como instituciones referentes.
- Establecer un sistema estándar de monitoreo que implique la auditoria externa, para evitar conflicto de interés.

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

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

Antecedentes:

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

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

Un informe de la OMS (2013) “Implementación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna por país: informe de estado 2011” también destaca el sombrío estado de la implementación mundial del Código Internacional.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85621/1/9789241505987_eng.pdf

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

| Directrices para la puntuación | |
|---|---|
| Criterios (Medidas legales que existan en el país) | Puntaje |
| 3a: Estado del Código Internacional de Comercialización | ✓ Marque la opción que aplica (solo una) |
| 3.1) No se ha tomado ninguna medida | 0,5 |
| 3.2) Se está estudiando el mejor enfoque | 1 |
| 3.3) Las medidas nacionales están en espera de aprobación (durante no más de tres años) | 0,5 |
| 3.4) Algunas disposiciones del Código como medida voluntaria | 1.5 |
| 3.5) Todas las disposiciones del Código como medida voluntaria | 0,5 |
| 3.6) Directriz/circular administrativa implementando el Código en forma total o parcial en centros de salud con sanciones administrativas | 0,5 |
| 3.7) Algunos artículos del Código como ley | 1 |
| 3.8) Todos los artículos del Código como ley | 0,5 |
| 3.9) Las disposiciones pertinentes de las resoluciones de la AMS posteriores al Código se incluyen en la legislación nacional ⁷ <ol style="list-style-type: none"> a. Se incluyen disposiciones con base en al menos 2 de las resoluciones de la AMS como se indica a continuación b. Se incluyen disposiciones con base en las 4 resoluciones de la AMS que se indican a continuación | 0.5 |
| 3b: Implementación del Código y la legislación nacional | Marque la opción que aplica |
| 3.10 La medida o ley establece un sistema de monitoreo | 0,5 |
| 3.11 La medida prevé sanciones y multas que se impondrán a los infractores | 0 |
| 3.12 Se monitorea el cumplimiento de la medida, y las violaciones se | 0,5 |

⁷ El acatamiento a las resoluciones de la AMS debe incluirse en la legislación nacional y aplicarse mediante órdenes judiciales para marcar este puntaje.

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

| | |
|--|---------------|
| reportan a los entes correspondientes | |
| 3.13 Se ha sancionado a los infractores de la ley en los últimos tres años | 0,5 |
| Puntaje total (3a + 3b) | 2,5/10 |

Total de puntos para el indicador 3 en Uruguay: 2,5

| Puntajes | Código por color |
|----------|------------------|
| 0 – 3 | Rojo |

Fuentes de información:

- Programa de Nutrición del Ministerio de Salud Pública
- Programa Niñez del Ministerio de Salud Pública
- Norma Nacional de Lactancia Materna 2009. Ministerio de Salud Pública.
- Actualización de la Norma Nacional de Lactancia Materna, por editar, 2015.
- Departamento de Alimentos del Ministerio de Salud Pública.
- Reglamento Bromatológico nutricional 2012.
- 30 años del Código en América Latina OPS 2011.

Conclusiones:

La implementación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en Uruguay, ha permanecido estática y en decaimiento desde el último informe de WBTi realizado en 2008. Si bien se ha incorporado la totalidad del Código en la Norma Nacional de Lactancia Materna publicada por el Ministerio de Salud Pública en 2009, y que rige bajo ordenanza ministerial, no se ha concretado la implementación de un decreto o reglamentación que incluya el sistema de sanciones en caso de no cumplimiento.

Algunas disposiciones del Código se encuentran vigentes desde el año 1994, mediante la publicación del Reglamento Bromatológico Nacional (Decreto 315/94). El alcance de estas disposiciones es únicamente para alimentos “*Disposiciones generales para alimentos para lactantes y niños de corta edad*”. No incluye mamaderas y tetinas y otros artículos que se utilizan en la alimentación artificial. Este Decreto no abarca las Disposiciones de la Asamblea Mundial de la Salud que complementan al Código posee

un mecanismo de sanciones previstas para su incumplimiento pero limitado a nivel de la capital del país, es decir la ciudad de Montevideo.

El Departamento de Alimentos del Ministerio de Salud Pública que es quién registra las fórmulas para lactantes y niños de corta edad y los alimentos complementarios para menores de 12 meses, es quién exige, regula y llama la atención de las empresas para hacer cumplir el Código. Lo que este mecanismo es verbal, a través del diálogo y no tiene un sistema de sanciones por el no cumplimiento. Por otra parte refiere que aplica para fórmulas de lactantes y alimentos complementarios solamente para niños menores de 12 meses. Y no abarca mamaderas y tetinas. El Ministerio tiene un sistema de denuncias generales, pero al conversar con los involucrados, mencionan que “nadie denuncia” y al interrogar sobre el sistema de denuncias y las sanciones, no están establecidos los mecanismos, más que alertar a las empresas de que corrijan el “error” o modifiquen lo que está infringiendo las disposiciones del Código.

Si bien desde 2009, cuando se publica la Norma Nacional de Lactancia Materna con inclusión de artículos referidos al Código, no se prevé ningún mecanismo claro de sanciones, sistema de monitoreo y evaluaciones continuas del cumplimiento. Tampoco se establece quién o qué organismo será el encargado de fiscalizar y proceder con las sanciones en caso de establecerlas. El sistema de denuncias al que se refiere el Ministerio no se ha hecho público y no hay conocimiento de cómo la opinión pública puede denunciar, y en caso de hacerlo tener la seguridad de que hay mecanismo claro de respuesta.

En el 2009, un año después del último Informe WBTi de Uruguay, se ponen en vigencia, bajo la forma de “Meta Prestacional” las Buenas Prácticas de Alimentación (BPA) del Lactante y del niño pequeño, según la estrategia implementada por UNICEF/PNUD/MSP 2006). El hecho de pasar a ser una meta prestacional para todos los servicios de salud del país, significó que debían ser cumplidas, y que recibirían una evaluación externa (Similar a la IHAN) para poder recibir un importe en pesos uruguayos determinado por el Fondo Nacional de Salud. En caso de no cumplimiento se retira el pago de esta prestación. En esa oportunidad varias instituciones fueron acreditadas, otras pusieron en marcha mecanismos para cumplir con esta estrategia y otras aún nunca fueron acreditadas.

Actualmente no se cuenta con esta implementación desde hace unos años, y las autoridades actuales del Ministerio de Salud Pública están colocando el tema nuevamente en la agenda política, para comenzar nuevamente con las acreditaciones y re acreditaciones de los servicios de salud de todo el país.

El último Monitoreo del Código que se ha realizado en Uruguay fue en 2008, y siempre ha sido realizado por RUANDI/IBFAN Uruguay. Este último deja claro el incumplimiento de las disposiciones del CICSLM.

Desde el año 2013, RUANDI viene insistiendo al Ministerio de Salud en realizar un Monitoreo del Código y ha realizado denuncias públicas en Seminarios profesionales sobre Lactancia y Alimentación Infantil así como en lo que respecta a la entrega de materiales y publicidad de fórmulas para lactantes y alimentos para niños pequeños que violan el Código, que Uruguay incluye de forma total en la Norma Nacional de Lactancia 2009.

RUANDI participó de la actualización de la Norma Nacional de Lactancia que se revisará en 2015 por parte de un panel de referentes, para recoger opiniones y aportes. En esta revisión y actualización de la Norma de Lactancia se plantea incluir el Código en los artículos de esta Normativa y plantea un posible sistema de denuncias y sanciones, no solo económicas para su incumplimiento.

Recomendaciones:

- Dar a conocer públicamente de qué trata el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.
- Adaptar los contenidos del Código a la legislación nacional, determinando un criterio único de procedimientos, que tenga coherencias en los diferentes decretos y Normas a nivel nacional y que abarque todo el territorio nacional.
- Que se unifiquen las medidas en todos los documentos referidos y se corrija el Reglamento Bromatológico Nacional en el ítem correspondiente, acompañando el criterio de la Norma Nacional de Lactancia.

- Construir un documento específico de Reglamentación del Código Internacional adaptado a Uruguay que establezca el sistema de denuncias y sanciones y los organismos involucrados y el responsable último en fiscalizar su implementación.
- Sumar esta Reglamentación del Código para Uruguay que se plantea construir, a todas las medidas que se toman referidas a la regulación de la publicidad de alimentos para niños.
- Ampliar la aplicación del Código en Uruguay a los alimentos complementarios que son comercializados como sucedáneos o “sucedáneos enmascarados” de la leche materna y la comercialización de tetinas y biberones, ya que estos, no son analizados no presentados a las autoridades para su control en relación al cumplimiento del código en cuanto a su mercadeo y publicidad.
- Adaptar el CICSLM y las Resoluciones posteriores de las Asambleas mundiales de la salud, a una ley nacional y su reglamentación.
- Alcanzar las medidas mínimas de fiscalización y sistema de sanciones o batería de incentivos para quienes no cumplan la Normativa o quienes la apliquen, respectivamente.
- Generar los mecanismos de conocimiento público de un sistema de denuncias y sanciones, que toda la población conozca.
- Para comenzar con lo antes recomendado, debería implementarse por parte de las nuevas autoridades de gobierno nacional, las BPA y su acreditación y re acreditación de los servicios de salud de todo el país y que se asegure su continuidad en el tiempo, además de que se constituya como una meta prestacional o no.

Indicador 4: Protección de la maternidad

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

Antecedentes:

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

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

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

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

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

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

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

| Directrices para la puntuación | |
|---|---------------------------------------|
| Criterios | √ Marque todas las que aplican |
| 4.1) A las mujeres cubiertas por la legislación nacional se les otorga el siguiente número de semanas de licencia por maternidad remuneradas: <i>(solo una)</i> a. Cualquier período menor a las 14 semanas b. 14 a 17 semanas c. 18 a 25 semanas d. 26 semanas o más | √ 0.5 1 1.5 2 |
| 4.2) A las mujeres cubiertas por la legislación nacional se les otorga al menos un receso por lactancia materna o la reducción en su jornada laboral diaria: <i>(solo una)</i> a. Receso sin pago b. Receso pagado | 0.5 √ 1 |
| 4.3) La legislación obliga a los patronos de mujeres en el sector privado del país a: <i>(se puede aplicar más de una)</i> a. Conceder al menos 14 semanas por licencia de maternidad remuneradas, b. Recesos por lactancia materna pagados. | √ 0.5 √ 0.5 |
| 4.4) Existe una disposición en la legislación nacional que prevé espacios en el lugar de trabajo para lactancia materna y/ o guarderías en los lugares de trabajo del sector formal. <i>(se puede aplicar más de una)</i> a. Espacio para lactancia y expresión de leche materna b. Guardería | 1 0.5 |
| 4.5) A las mujeres de los sectores informales o no organizados y agrícolas se les concede lo siguiente: <i>(solo una)</i> a. algunas medidas de protección b. la misma protección que las mujeres que trabajan en el sector formal | 0.5 1 |
| 4.6) <i>(se puede aplicar más de una)</i> a. Las trabajadoras cuentan con información sobre leyes, reglamentos y políticas de protección a la maternidad b. Existe un sistema para el monitoreo del cumplimiento y una | √ 0.5 √ 0.5 |

| | |
|--|-------------|
| forma para que las trabajadoras denuncien si no se respetan sus derechos. | |
| 4.7) En el sector público se concede la licencia de paternidad durante al menos 3 días. | √ 0.5 |
| 4.8) En el sector privado se concede la licencia de paternidad durante al menos 3 días. | √ 0.5 |
| 4.9) Existe legislación que prevé la protección en salud de las trabajadoras embarazadas y lactantes: ellas son informadas sobre condiciones peligrosas en sus lugares de trabajo y se les ofrecen trabajos alternativos con el mismo salario hasta que ya no estén embarazadas o amamantando. | √ 0.5 |
| 4.10) Existe legislación que prohíbe la discriminación en el empleo y garantiza la protección laboral para las mujeres trabajadoras durante su período de lactancia materna. | √ 1 |
| Puntaje total: | 6/10 |

Total de puntos para el indicador 4 en Uruguay: 6

| Puntajes | Código por color |
|----------|------------------|
| 4 – 6 | Amarillo |

Fuentes de información:

- Pagina web del parlamento uruguayo: <http://www.parlamento.gub.uy>
- Ley 19.161, del 24 de Octubre de 2013.. Modificase el subsidio por maternidad, instaurase un subsidio por paternidad para trabajadores de la actividad privada, y regulase un subsidio para cuidados del recién nacido con reducción de la jornada laboral. Diario Oficial, 1° de Noviembre de 2013.
- Ley N° 16.104, del 23 de Enero de 1990. Funcionarios Públicos. Modifican normas reglamentarias que regulan las licencias. Diario Oficial N°23041, 2 de Febrero de 1990.
- Ley N° 17.215, del 24 de Setiembre de 1999. Dictanse normas que comprenden a toda trabajadora pública o privada que se encontrare en estado de gravidez o en periodo de lactancia. Diario Oficial N° 25373, 7 de Octubre de 1990.

- Ley N° 17.474, del 14 de Mayo de 2002. Dispónese que toda mujer a la cual se le constate fehacientemente un embarazo gemelar múltiple tendrá derecho al cobro de una asignación prenatal a partir del momento en que se determine el mismo. Diario Oficial N°26010, 20 de Mayo de 2002.
- Ley N° 17.386, del 23 de Agosto de 2001. Dispónese que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada. Diario Oficial N° 25836, 30 de Agosto de 2001.
- Ley N° 11.577, del 14 de Octubre de 1950. Industrias insalubres. Diario Oficial N° 13194, 4 de Noviembre de 1950.

Conclusiones:

La Ley 19.161 del 1° de Noviembre de 2013, establece los subsidios por maternidad y por paternidad para trabajadores de la actividad privada. Estableciendo una licencia por maternidad de 14 semanas para todas las trabajadoras dependientes de la actividad privada, las trabajadoras no dependientes que desarrollen actividades amparadas por el Banco de Previsión Social y las titulares de empresas monotributistas.

Durante el descanso de 14 semanas recibirán un subsidio, si se trata de trabajadoras dependientes, el mismo equivale al promedio de su sueldo o jornal percibido en los últimos seis meses, más la cuota que corresponda de salario vacacional y licencia. Si se trata de trabajadoras no dependientes, corresponde al promedio mensual de sus asignaciones de los últimos doce meses.

Serán también beneficiarias de un subsidio para el cuidado del recién nacido, que podrán usar indistintamente y en forma alternada el padre y la madre, una vez finalizado el período de subsidio por maternidad y hasta que el hijo de los beneficiarios cumpla 5 meses de edad; a partir de 1° de enero de 2016 se extiende hasta los 6 meses del niño. Sólo podrán acceder al subsidio si la trabajadora permanece en actividad o amparada al seguro por enfermedad y el monto del mismo será de la mitad de su sueldo o jornal. Asimismo, la actividad laboral del beneficiario se reducirá a la mitad de su horario habitual, no pudiendo exceder las 4 horas diarias.

En lo que refiere a la licencia por paternidad la misma es de 7 días y se extiende a 10 días a partir del 1ero de Enero de 2016. Serán beneficiarios de la misma todos los

trabajadores dependientes de la actividad privada y los trabajadores no dependientes que desarrollen actividades amparadas por el Banco de Previsión Social.

Las trabajadoras del sector público están amparadas por la Ley 16.104 del 23 de Enero de 1990, la misma regula las licencias por maternidad y paternidad. La licencia por maternidad será de 13 semanas y la funcionaria recibirá el salario integral y los beneficios legales a partir del octavo mes de embarazo.

Las madres que amamenten podrán solicitar se les reduzca a la mitad el horario de trabajo y hasta que el lactante lo requiera, luego de haber hecho uso del descanso puerperal.

Asimismo, las funcionarias que amamentan están autorizadas a interrumpir su trabajo para este fin durante dos períodos de media hora dentro de su jornada diaria y serán contados como trabajo efectivo.

Respecto a la licencia por paternidad la misma es por 10 días hábiles.

Otras leyes que amparan tanto a las trabajadoras públicas como las privadas son la Ley 17.215, la misma establece que toda trabajadora pública o privada durante el embarazo o en período de lactancia tiene derecho a obtener un cambio temporario de actividades si las mismas pudieran afectar la salud de ella o su hijo/a. En ningún caso el traslado de funciones implicará disminución o aumento de la remuneración que percibe habitualmente. Y además, la Ley 16.045 que prohíbe suspensión y despido en caso de embarazo o lactancia.

La información sobre los derechos es accesible a las trabajadoras y está en los sitios web del estado. Los mecanismos de denuncia son también accesibles, sin embargo es deficitario el monitoreo de cumplimiento por parte del MTSS (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social).

No existen normas legales obligando a instalar guarderías, las mismas funcionan en algunos organismos públicos, y por convenio colectivo en el sector privado. Tampoco existen normas legales que aparen a las mujeres del sector informal/no organizado y agrícola.

Respecto a salas de lactancia, actualmente ingresó al parlamento un proyecto de ley que regula su instalación.

Recomendaciones:

- Abogar por la aprobación de 14 semanas de licencia por maternidad para el sector público.
- Legislar para que haya espacios en el lugar de trabajo para guarderías y se apruebe el proyecto de ley sobre la instalación de salas de lactancia.
- Se concedan medidas de protección para las mujeres de los sectores informales/no organizados y agrícolas y que las mismas sean iguales a las mujeres que trabajan en el sector formal.

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

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

Antecedentes:

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

Lo ideal sería que los nuevos graduados de programas de atención en salud pudieran promover las prácticas óptimas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) desde el inicio de su carrera. Todos(as) los cuidadores(as) que interactúan con las madres y sus niños(as) pequeños(as) deben contar con la actitud, el conocimiento y las habilidades básicas necesarias para integrar a su trabajo la orientación sobre lactancia materna, el manejo de la lactancia y la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as). Los temas pueden integrarse en diversos niveles durante la formación y el empleo. Por lo tanto, debe revisarse el programa completo con el fin de evaluar este aspecto.

| Directrices para la puntuación | | | |
|--|---|------------|-------------------|
| Criterios | Puntaje | | |
| | √ Marque todas las opciones que aplican (solo una por casilla) | | |
| | Adecuado | Inadecuado | No hay referencia |
| 5.1) Al revisar las instituciones y los programas de formación académica previa al servicio para profesionales de salud en el país ⁸ , se comprueba que los planes académicos sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) son adecuados/ inadecuados | 2 | √ 1 | 0 |
| 5.2) Se han diseñado normas y directrices para contar con procedimientos y apoyo del parto adecuado para las madres, y se han distribuido a todos los centros de salud y personal encargado de brindar atención en maternidad. <i>(Véase en el Anexo 5b el ejemplo de criterios para cuidados favorables a las madres)</i> | √ 2 | 1 | 0 |
| 5.3) Existen programas de capacitación en el trabajo, que ofrecen los conocimientos y habilidades relacionados con la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) para las personas que trabajan en atención de la salud /nutrición. ⁹ | 2 | √ 1 | 0 |
| 5.4) Los(las) trabajadores(as) en salud de todo el país reciben capacitación sobre su responsabilidad según la implementación del Código y la regulación nacional. | 1 | √ 0.5 | 0 |
| 5.5) El contenido y las habilidades relativos a la alimentación de lactantes se incorporan, según proceda, a los programas de capacitación, enfocándose en (enfermedad diarreica, infección respiratoria aguda, IMCI, atención de niño(a) sano(a), planificación familiar, nutrición, el Código, VIH/SIDA, cáncer de mama, salud de la mujer, enfermedades no transmisibles, etc.) | 1 | √ 0.5 | 0 |
| 5.6) Los programas de capacitación en el trabajo citados en 5.5 se ofrecen en todo el país. ¹⁰ | 1 | √ 0.5 | 0 |
| 5.7) Las políticas sobre salud infantil prevén que las madres y sus bebés permanezcan juntos cuando alguno(a) de ellos(as) se enferma. | 1 | √ 0.5 | 0 |
| Puntaje total: | 6/10 | | |

⁸ Los tipos de instituciones y programas educativos que deben tener planes de estudio relativos a la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) pueden variar de un país a otro. Los departamentos de las diversas instituciones que tienen a su cargo la formación en varios temas también pueden variar. El equipo evaluador deberá decidir cuáles instituciones y departamentos son imprescindibles para incluir en la revisión, con la orientación de los expertos académicos en alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as), según convenga.

⁹ El tipo de trabajadores(as) en salud que deben recibir capacitación puede variar de un país a otro, pero debe incluir cuidadores(as) que atiendan a mujeres y niños(as) en campos como medicina, enfermería, partería, nutrición y salud pública.

¹⁰ Se puede considerar que los programas de capacitación se ofrecen “en todo el país” si existe al menos un programa de capacitación en cada región o provincia o jurisdicción similar.

Total de puntos para el indicador 5 en Uruguay: 6

| Puntajes | Código por color |
|----------|------------------|
| 4 – 6 | Amarillo |

Fuentes de información:

Conclusiones:

En las curricula figura el tema “Lactancia Materna”, y se dan conocer los documentos referentes a nivel nacional en relación a la temática como es la Estrategia de Alimentación del Lactante y el Niño pequeño, aunque no se profundiza en estos últimos, y al intercambiar con profesionales de las carreras de medicina familiar, pediatría, enfermería, parteras, etc... no se conocen documentos como es el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Lecha Materna.

La profundización y el real conocimiento de los contenidos y el alcance de las normativas nacionales no ocurre durante la formación académica de grado. Queda librado a la voluntad de los profesionales ahondar en estos aspectos.

Referentes del Banco de Leche Humana del HPR relatan que se logró incluir un teórico obligatorio para estudiantes de pregrado de medicina, posgrados y especializaciones en pediatría y neonatología. Recientemente se han integrado estudiantes de odontología. El Curso es sobre Lactancia Materna y refiere al Código de Sucedáneos de la leche materna.

Las unidades curriculares para las carreras de salud que se impulsan desde la UDELAR, promueven los contenidos referentes a la lactancia materna, alimentación del lactante del niño pequeño, uso de sucedáneos y LLAMAR A ADRIANA electiva ACTUALMENTE?

Se plantearía como unidad básica y obligatoria. Recomendar los contenidos

Escuela de Nutrición 10 DIAS DEDICADOS AL TEMA LM Y ABARCAN EL TEMA CICSLM Y EJEMPLOS PRACTICOS DE VIOLACION DEL CODIGO.

Brechas: carencias

Recomendaciones:

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

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

Antecedentes:

Antecedentes:

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

Las mujeres necesitan el apoyo de políticas públicas en salud basadas en evidencias, así como de trabajadores(as) en salud, patronos(as), amigos(as), familiares, la comunidad y, especialmente, el de otras mujeres y madres en lo que respecta la preparación para la lactancia materna, que puede darse durante el embarazo, posparto y durante los primeros seis meses del niño. Voluntarios de la comunidad o trabajadores de salud de los sistemas de salud pueden ofrecer y garantizar un apoyo sostenido a las madres. Sus conocimientos y habilidades deben ser de la más alta calidad y deben contar con la capacitación necesaria para motivar y aumentar la confianza de la mujer que amamanta y de la familia respecto a la alimentación complementaria en el hogar. El apoyo a las madres puede darse en la misma comunidad, por parte de grupos de mujeres; a veces, son grupos de apoyo a la madre (GAM) conformados por madres exitosas y otras personas de la misma comunidad. Los grupos de apoyo de madres son un componente básico del empoderamiento de las mujeres. Con el conocimiento correcto a nivel comunitario y una buena labor de extensión, las madres pueden ayudarse entre ellas, dando lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y continuando durante dos años o más, así como empezar alimentos complementarios adecuados en el hogar cuando haya servicios y orientación de parte de grupos de apoyo a las madres o trabajadores de salud en los servicios de salud. Los centros comunitarios dirigidos por mujeres y el ministerio infantil pueden ayudar en el cuidado de los bebés cuando las madres están en el trabajo.

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

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

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

El apoyo de la madre con frecuencia se visualiza de mujer a mujer (o, más comúnmente, de madre a madre), pero en general abarca el suministro de información precisa y oportuna para ayudar a una mujer a tener más confianza; formular recomendaciones sensatas basadas en investigaciones actualizadas; brindar una atención compasiva antes,

durante y después del parto; practicar la empatía y la escucha activa, dar asistencia y orientación prácticas. También incluye el apoyo y la orientación por parte de profesionales y trabajadores de salud. Diversos servicios de extensión comunitaria también pueden ayudar a las mujeres con la ALNP óptima.

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

| <i>Directrices para la puntuación</i> | | | |
|--|--|------------------|-----|
| Criterios | Puntaje | | |
| | ✓ Marque todas las opciones que aplican (solo una por casilla) | | |
| | Sí | En cierta medida | No |
| 6.1) Todas las mujeres embarazadas tienen acceso a los sistemas y servicios de apoyo comunitario que prestan servicios de orientación para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as). | 2 | ✓ 1 | 0 |
| 6.2) Todas las mujeres reciben apoyo para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) después del parto, para iniciar la lactancia materna. | 2 | ✓ 1 | 0 |
| 6.3) Todas las mujeres tienen acceso a apoyo y orientación para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) y servicios de apoyo de cobertura nacional. | 2 | ✓ 1 | 0 |
| 6.4) La orientación comunitaria mediante grupos de apoyo para madres y los servicios de apoyo para mujeres embarazadas o lactantes están incorporados a una política general de salud y desarrollo de lactantes y niños(as) pequeños(as) ALNP/Salud/Nutrición. | 2 | 1 | ✓ 0 |
| 6.5) Los (las) voluntarios(as) comunales y trabajadores(as) en salud reciben capacitación en orientación para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as). | 2 | ✓ 1 | 0 |
| Puntaje total: | 4/10 | | |

Total de puntos para el indicador 6 en Uruguay: 4

| Puntajes | Código por color |
|----------|------------------|
| 4 – 6 | Amarillo |

Fuentes de información usadas:

- Entrevista: Lic Nut Sergio Turra (CAIF - INDA), Dra. Mara Castro (MSP)
- Lic. Enf. y Consultora de Lactancia Materna Adriana Sánchez (BPS)
- Manual de Procedimientos – Reperfilamiento de Programa Aduana 2014

Comentarios:

La orientación comunitaria mediante grupos de apoyo para madres y los servicios de apoyo para mujeres embarazadas o lactantes no están incorporados a una política general de salud y desarrollo de lactantes y niños(as) pequeños(as). Se da por la vía de los hechos que las mujeres embarazadas y sus familias, cuentan con

La generación de espacios para el trabajo con las mujeres embarazadas está contemplado en algunos acuerdos interinstitucionales (ASSE) y Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF)) y en las Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y del Niño(a) Pequeño(a) (BPA) y el Banco de Previsión Social (BPS)

El MSP promovió la formación de grupos de apoyo y de sistemas de apoyo a las madres, así como a trabajadores de la salud, a través de las metas asistenciales, pero actualmente no se está controlando la continuidad de ésta iniciativa.

El MSP junto con una compañía telefónica, tienen una línea de apoyo telefónico las 24 horas del día, a las madres y familiares en lactancia, al igual que el BPS a las madres donantes y trabajadoras por medio de su del Banco de leche.

El Programa Aduana del MSP, que trabaja con niños del nacimiento hasta los 2 años de vida, ha sido reformulado. Actualmente en el protocolo de visita domiciliaria, se observa la técnica de lactancia, se promueve y apoya la lactancia materna exclusiva

hasta los 6 meses y la alimentación complementaria de la población objetivo de este programa.

A su vez, el Programa UCC, que brinda apoyo y consejería a las mujeres embarazadas y con niños pequeños de riesgo nutricional y social a nivel de País.

A través de las redes sociales, han surgido muchos grupos de apoyo a la madre en lactancia y también sobre alimentación infantil, que no cuentan con control por parte del MSP ni ONGs del contenido de los mismos.

Recomendaciones:

- Monitorear el cumplimiento de las BPA en los Servicios de Salud.
- Coordinar y monitorear junto con el MSP, la información que se está manejando en las redes sociales, para que estas vayan alineadas con las pautas ministeriales.

Indicador 7: Apoyo informativo

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

Antecedentes:

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

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

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

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

| <i>Directrices para la puntuación</i> | | | |
|---|--|------------------|-----|
| Criterios | Puntaje | | |
| | √ Marque todas las opciones (solo una por casilla) | | |
| | Sí | En cierta medida | No |
| 7.1) Existe una estrategia nacional de IEC para mejorar la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as), que garantiza que la información y los materiales no contienen ninguna influencia comercial ni posibles conflictos de interés. | 2 | 0 | √ 0 |
| 7.2a) Los sistemas nacionales de salud y nutrición incluyen orientación individual sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) | 1 | √ 0.5 | 0 |
| 7.2b) Los sistemas nacionales de salud y nutrición servicios de educación grupal y orientación sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as). | 1 | √ 0.5 | 0 |
| 7.3) Los materiales IEC sobre ALNP son objetivos y coherentes, están alineados con recomendaciones nacionales e internacionales e incluyen información sobre los riesgos de la alimentación artificial. | 2 | 1 | 0 |
| 7.4) Se están implementando programas locales de IEC (como la Semana Mundial de Lactancia) que incluyen la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) y carecen de influencia comercial | 2 | √ 1 | 0 |
| 7.5) Los materiales y mensajes de IEC incluyen información sobre los riesgos de la alimentación artificial de acuerdo con las directrices de la OMS/FAO sobre la preparación y manipulación de preparados en polvo para lactantes (PIF). | √ 2 | 1 | 0 |
| Puntaje total: | 5/10 | | |

Total de puntos para el indicador 7 en Uruguay: 5

| Puntajes | Código por color |
|----------|------------------|
| 4 – 6 | Amarillo |

Respecto del punto 7.3 se hace referencia a continuación del Set de Bienvenida Universal.



ari

Este Set, lo reciben todas las madres y sus bebés luego de nacer en todas las maternidades de todo el país. Todos los nacimientos en Uruguay lo reciben.

Respecto de los riesgos de la alimentación artificial, no profundiza, pero hace unos comentarios que potencian la lactancia materna sobre el uso de alimentación artificial.

Chupete y mamadera

El uso de chupete y la mamadera en los primeros meses de vida interfiere con la lactancia, porque la posición de la boca del bebé al succionar el chupete es distinta a la posición de tomar pecho. Pero si no tienes más remedio que recurrir a la mamadera, presta mucha atención a la higiene.

Esto pone en beneficios lactancia:

- Implica ahorro económico, en contraste con el consumo de fórmulas y el uso de equipo para la alimentación artificial.

Le da bombo a la lactancia, esto es lo único que encontré en referencia a las desventajas de la alimentación artificial, pero no veo que exprese claramente los riesgos... igual estoy de acuerdo con Xime en que el 7.3 debemos cambiar y poner "en cierta medida"....

Fuentes de información usadas:

- www.crececontigo.opp.gub.uy
- Estrategia nacional promoción Salud: www.msp.gub.uy
- Programa Nacional de la Niñez: <http://www.msp.gub.uy/programas/ciclos-de-vida/programa-nacional-de-salud-de-la-ni%C3%B1ez>
- M.S.P: www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?709,16975
- Entrevista: Prof. adjunta Luisa Saravia

Comentarios:

A nivel de propagandas masivas de comunicación, se cuenta con lo realizado por el programa Uruguay Crece Contigo, las cuales han sido campañas puntuales de promoción de primera infancia, donde está incluida la alimentación infantil.

UNICEF Uruguay ha realizado campañas puntuales, fomentando la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

En cuanto al manejo único de información, en Uruguay el carné de control del niño/a contiene información sobre alimentación del lactante y niño pequeño, según las últimas pautas nacionales de lactancia y alimentación complementaria del niño pequeño. Además, el fomento de estas prácticas de alimentación forma parte del programa prioritario de atención a la salud de la niñez del M.S.P. Y las buenas prácticas de alimentación (BPA) fue meta asistencial en el Sistema Nacional Integrado de Salud, hasta el 2012. La misma fue cumplida por todos los prestadores de salud a nivel Nacional, lo que facilitó la comunicación única sobre prácticas de alimentación a niños pequeños.

Actualmente, no se está haciendo el monitoreo del Código de sucedáneos de la leche materna, por lo que no se cuenta con información sobre el cumplimiento del mismo. El último monitoreo fue realizado por RUANDI en 2008, donde se observaron prácticas no adecuadas de comercialización y se constataron violaciones al Código en varios sentidos.

Recomendaciones:

- Implementar una estrategia de Comunicación única a nivel nacional sobre prácticas de alimentación en niños pequeños.
- Brindar asesoramiento individual a padres, cuidadores, etc. de niños pequeños, sobre buenas prácticas de alimentación y además que las mismas estén libres de influencia y de conflictos e intereses comerciales.

Indicador 8: Alimentación infantil y VIH

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

Antecedentes:

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

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

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

La alimentación sustituta óptima rara vez es posible en entornos con recursos limitados. La alimentación con fórmula es costosa y poco fiable, y resulta difícil mantener

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

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

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

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

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

| <i>Directrices para la puntuación</i> | | | |
|---|---|------------------|-----|
| Criterios | Puntaje | | |
| | ✓ Marque todas las opciones que aplican (solo una por casilla) | | |
| | Sí | En cierta medida | No |
| 8.1) El país cuenta con una política integral y actualizada, consecuente con directrices internacionales sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as), que incluye alimentación infantil y VIH | ✓ 2 | 1 | 0 |
| 8.2) La política sobre alimentación infantil y VIH da vigencia al Código Internacional y la Legislación Nacional. | 1 | ✓ 0.5 | 0 |
| 8.3) El personal en salud y los(las) trabajadores(as) comunitarios(as) reciben capacitación en políticas de VIH y alimentación infantil, riesgos asociados con las diversas opciones de alimentación para lactantes hijos(as) de madres VIH positivas y sobre cómo brindarles orientación y apoyo. | 1 | ✓ 0.5 | 0 |
| 8.4) Se cuenta con pruebas y orientación sobre VIH (HTC), pruebas y orientación para inicio de exámenes de VIH (PIHTC) y Orientación y Pruebas Voluntarias y Confidenciales (VCCT), y se ofrecen en forma rutinaria a las parejas que están pensando en un embarazo y a las mujeres embarazadas y sus compañeros. | ✓ 1 | 0.5 | 0 |
| 8.5) Se brinda a madres VIH positivas orientación consecuente con las recomendaciones internacionales actuales, y adecuada al contexto local. | 1 | ✓ 0.5 | 0 |
| 8.6) Se apoya a las madres para llevar a cabo las prácticas recomendadas de alimentación infantil, con orientación adicional y seguimiento para que la implementación de tales prácticas sea factible. | 1 | ✓ 0.5 | 0 |
| 8.7) Las madres VIH positivas que están amamantando y reciben apoyo mediante ARVs consecuentes con las recomendaciones nacionales, reciben seguimiento y apoyo adicional para garantizar que se mantengan los ARVs. | ✓ 1 | 0.5 | 0 |
| 8.8) Se hacen esfuerzos especiales para contrarrestar la desinformación sobre VIH y alimentación infantil y para promover, proteger y apoyar 6 meses de lactancia materna exclusiva y lactancia materna prolongada en la población general. | 1 | 0.5 | ✓ 0 |
| 8.9) Existe un monitoreo constante para determinar los resultados de las intervenciones para prevenir la transmisión del VIH a través de la lactancia materna en las prácticas de alimentación infantil y su impacto en la salud de las madres y lactantes, incluyendo | ✓ 1 | 0.5 | 0 |

| | | | |
|--|-------------|--|--|
| aquellos (as) que son VIH negativos (as) o de estatus desconocido. | | | |
| Puntaje total: | 7/10 | | |

Total de puntos para el indicador 8 en Uruguay: 7

| Puntajes | Código por color |
|----------|------------------|
| 7 – 9 | Azul |

Fuentes de información:

✓ Guía clínica para la eliminación de la sífilis congénita y transmisión vertical del VIH. MSP, Dirección General de la Salud, Área de la Salud Sexual y Reproductiva, Programa Nacional ITS-VIH/Sida, 2013.

✓ Informe de la situación nacional de VIH- SIDA. MSP, Dirección General de Salud Departamento de Vigilancia en Salud – Programa ITS/SIDA, 2013

✓ Norma Nacional de Lactancia Materna. MSP, UNICEF, RUANDI, 2015. En etapa de revisión para su publicación.

Conclusiones:

En el año 2010 se aprueba la Estrategia y Plan de Acción para la eliminación de la transmisión materno- infantil del VIH y sífilis congénita, en dónde uno de los objetivos para Uruguay es la reducción de la transmisión materno- infantil del VIH a 2% o menos y la disminución de la incidencia de la transmisión materno- infantil del VIH a 0,3 casos o menos por 1000 nacidos vivos. En busca del cumplimiento de estos objetivos el MSP ha implementado varias estrategias complementarias y sinérgicas como ser, el “Plan de Impacto para disminuir la transmisión vertical de sífilis, 2010-2015”, la Ordenanza Ministerial 447 (2012) y 367 (2013), la “Guía de Diagnóstico y Tratamiento de Sífilis en el embarazo y sífilis congénita” (2012) y la “Actualización de Guías de VIH, incluyendo Diagnóstico y Tratamiento en mujeres embarazadas y recién nacidos” (2013).

Desde el año 1997 y según el Decreto 295/997 se establece la obligatoriedad del ofrecimiento de la prueba de VIH a toda mujer embarazada, previo a su consentimiento informado. Con la nueva Guía clínica para la eliminación de la sífilis congénita y

transmisión vertical del VIH (2013), se establece la realización de la prueba de VIH durante el primer control del embarazo, con las rutinas del segundo trimestre y con las rutinas del tercer trimestre.

En lo que respecta a la alimentación infantil y VIH, en nuestro país la Norma Nacional de Lactancia Materna (2015) y la Guía clínica para la eliminación de la sífilis congénita y transmisión vertical del VIH (2013), establecen que en todos los recién nacidos de mujeres VIH positivas el amamantamiento debe proscribirse siempre, debiéndose asegurar la provisión de preparados industriales para lactantes hasta los 6 meses de edad, por parte de la institución del Sistema Nacional Integrado de Salud que atiende dicho niño. Sin embargo, esta alimentación se asegura hasta los 6 meses y no hasta el año de vida como sugieren las recomendaciones internacionales.

Si bien la alimentación infantil que se provee a los hijos de madres con HIV abarca aspectos vinculados al código, no existe una legislación nacional al respecto.

En lo que respecta a la consejería sobre alimentación infantil, la misma es acorde con las recomendaciones locales, sin embargo las mujeres no tienen opción de elegir alternativas en la alimentación de sus hijos como sugieren las recomendaciones internacionales. No se promueve, protege y apoya la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses ni la lactancia materna prolongada, la misma se proscribiera siempre.

La terapia ARV se asegura a todas las mujeres HIV positivas, con seguimiento y apoyo para lograr una adecuada adherencia al tratamiento y su continuidad luego del parto.

En años anteriores se han llevado a cabo algunas instancias de capacitación a equipos de salud del Primer Nivel de Atención y de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) de todo el país, con énfasis en diagnóstico temprano en mujeres embarazadas y tratamiento. Sin embargo, actualmente esto queda librado al criterio de los servicios de salud y a las personas, no existiendo una capacitación sistematizada.

Existe una mejora en lo que refiere a las herramientas de monitoreo, en julio de 2012 se incorporó en el Sistema de Información Perinatal la variable VIH, el resultado y la indicación de TARV. Además el mismo año se incorporaron al Certificado del Nacido Vivo electrónico las variables: prueba diagnóstica de VIH, momento de realizada y resultado.

Asimismo, la Ordenanza Ministerial 367/13 establece que los prestadores de salud deben realizar auditorías de las historias clínicas de mujeres embarazadas con VIH. Estas auditorías son enviadas al Programa de ITS VIH/SIDA, todo lo que permite

un monitoreo constante caracterizando el diagnóstico y la atención de las mujeres con VIH, así como determinar los factores contribuyentes a la transmisión vertical.

Recomendaciones:

- Ofrecer consejería a la madre VIH para permitirle seleccionar la mejor opción de alimentación infantil y ayudarla a llevar a la práctica esa decisión en forma segura.
- Capacitar al personal de salud en alimentación infantil y VIH, informando de los riesgos/beneficios de las diversas opciones de alimentación.
- Mantener en forma intensa los esfuerzos en promoción, protección y apoyo a la LM para la población general, informando de la excepcional situación en caso VIH, y los riesgos/beneficios de las diversas opciones de alimentación infantil en esta situación.

Indicador 9: Alimentación infantil durante emergencias

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

Antecedentes:

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

incluyen en los materiales de capacitación complementarios, desarrollados también mediante la colaboración interagencial y como parte de los materiales de desarrollo de capacidades del grupo de las Naciones Unidas en Nutrición (UN Nutrition Cluster). Todos estos recursos están disponibles en www.enonline.net.

| Directrices para la puntuación | | | |
|--|---|------------------|----------------|
| Criterios | Puntaje ✓ Marque todas las opciones que aplican (solo una por casilla) | | |
| | Sí | En cierta medida | No |
| 9.1) El país cuenta con una política integral para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) que incluye la alimentación infantil en emergencias y contiene una lista con todos los elementos básicos incluidos en la Guía Operativa de AIE. | 2 | 1 | ✓ 0 |
| 9.2) Se ha designado a la (s) persona (s) que tiene(n) a su cargo la coordinación nacional con los aliados pertinentes, como la ONU, donantes, militares y ONG para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) en situaciones de emergencia. | 2 | 1 | ✓ 0 |
| 9.3) Se ha diseñado un plan de preparación y respuesta ante emergencias con base en los pasos prácticos citados en la Guía Operativa. El plan se ha implementado en situaciones recientes de emergencia, y abarca lo siguiente: a) intervenciones básicas y técnicas para crear un ambiente propicio para la lactancia materna, como orientación por consejeros debidamente capacitados, apoyo para volver a la lactancia y nodrizas, y espacios protegidos para la lactancia materna b) medidas para minimizar los riesgos de la alimentación artificial, incluyendo una declaración sobre cómo evitar las donaciones de sucedáneos de la leche materna, biberones y tetinas, y procedimientos estándar para el manejo de donaciones no solicitadas y gestión de las adquisiciones y el uso de cualquier fórmula infantil y BMS, de acuerdo con criterios estrictos, la Guía Operativa de AIE y el Código Internacional, así como las ulteriores resoluciones pertinentes de la AMS | 1 1 | 0.5 0.5 | ✓ 0 ✓ 0 |
| 9.4) Se han asignado recursos para la implementación del plan de preparación y respuesta a emergencias. | 2 | ✓ 1 | 0 |
| 9.5) a) Se ha incorporado orientación y material de capacitación adecuado sobre alimentación del lactante y del niño(a) pequeño(a) en caso de emergencias a las capacitaciones previas al servicio y en el servicio para el personal de gestión de emergencias y atención de salud. b) Se está llevando a cabo orientación y capacitación de acuerdo con el plan nacional de preparación y respuesta a emergencias | 1 1 | 0.5 0.5 | ✓ 0 ✓ 0 |

| | | | |
|-----------------------|-------------|--|--|
| | | | |
| Puntaje total: | 1/10 | | |

Total de puntos para el indicador 9 en Uruguay: 1

| Puntajes | Código por color |
|----------|------------------|
| 0 – 3 | Rojo |

Fuentes:

- Instituto Nacional de Alimentación (INDA): María Rosa Curutchet.
- Sistema Nacional de Emergencias: <http://sinae.gub.uy/>
- Uruguay Crece Contigo: Gabriela Gonzalez

Comentarios:

El país cuenta con un sistema de emergencia de alcance nacional. Las emergencias más frecuentes son las inundaciones que sacan de sus hogares a familias de gran vulnerabilidad.

Desde este año, el país cuenta con “Cunas de emergencia” para niños menores de 6 meses, la cual es suministrada a las familias por el Sistema Nacional de Emergencias. La misma cuenta con los siguientes artículos para el bebé: ropa, juguete, libro, termómetro, artículos de higiene y la cuna que es plegable y lavable. Para la familia, artículos de higiene. Las acciones del comité no incluyen ningún tipo de orientación para el apoyo de la lactancia.

Recomendaciones:

- Continuar trabajando en la orientación e información sobre la necesidad de implementar una política integral para la alimentación de lactantes y niños (as) pequeños (as) que incluye la alimentación infantil en emergencias.
- Sensibilizar y capacitar a los integrantes de los Comités locales de emergencia sobre lactancia materna y alimentación complementaria.

- Designar a una persona que tenga 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.
- Diseñar y distribuir junto con la “Cuna de emergencia” materiales de difusión para el apoyo sobre alimentación del lactante y del niño/a pequeño/a para ser utilizados en situaciones de emergencia.
- Colocar la mención del cumplimiento del código en situaciones de emergencias climáticas o sociales, para evitar su violación. En el caso de establecer programas de ayuda alimentaria, se priorizarán las mujeres embarazadas y las madres que amamantan, para poder continuar protegiendo la lactancia materna, y claramente la alimentación de los niños y niñas mayores de 6 meses de edad.

Indicador 10: Mecanismos de monitoreo y sistema de evaluación

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

Antecedentes:

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

Los datos periódicos de monitoreo o del sistema de gestión de la información deben recopilarse y analizarse en forma sistemática, y los directores de programas deben considerarlos como parte del proceso de planificación, gestión e implementación. Cuando proceda, deberán recopilarse datos de línea base y de seguimiento para medir los resultados. Se deben tener en cuenta criterios unificados sobre el uso de indicadores y estrategias de recopilación de datos definidos a nivel internacional en aras de

aumentar la disponibilidad de datos comparables¹¹. Es vital concebir estrategias para garantizar que los resultados de evaluaciones importantes se utilicen para asegurarse de que las decisiones se tomen con base en evidencias.

| <i>Directrices para la puntuación</i> | | | |
|---|---|------------------|----|
| Criterios | Puntaje ✓ Marque todas las opciones que aplican (solo una por casilla) | | |
| | Sí | En cierta medida | No |
| 10.1) Los componentes de monitoreo y evaluación están incorporados a las principales actividades del programa de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as). | 2 | ✓ 1 | 0 |
| 10.2) Los datos y la información de los avances alcanzados en la implementación del programa ALNP son usados por los directores del programa para guiar las decisiones de planificación e inversión | ✓ 2 | 1 | 0 |
| 10.3) Se recopilan datos sobre los avances hacia la implementación de las actividades del programa de ALNP periódicamente a nivel nacional y subnacional. | 2 | ✓ 1 | 0 |
| 10.4) Los datos y la información relacionada con el avance del programa de ALNP se reportan a personas encargadas de decisiones | ✓ 2 | 1 | 0 |
| 10.5) El monitoreo de prácticas esenciales de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) se ha incorporado a un sistema nacional de vigilancia nutricional y/o monitoreo de la salud, o en encuestas nacionales de salud. | ✓ 2 | 1 | 0 |
| Puntaje total: | 8/10 | | |

Total de puntos para el indicador 10 en Uruguay: 8

| Puntajes | Código por color |
|----------|------------------|
| 7-9 | Azul |

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

- 1.
- 2.
- 3.

¹¹ 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.

4. [Redacted]

Conclusiones *(Resuma los aspectos adecuados del monitoreo y la evaluación y cuáles deben mejorar y por qué. Identifique las áreas que requieren un análisis más profundo)*

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

1. [Redacted]
2. [Redacted]
3. [Redacted]
4. [Redacted]

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

1. [Redacted]
2. [Redacted]
3. [Redacted]
4. [Redacted]

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

En la Parte II, solicitamos datos numéricos sobre cada práctica de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as). Se recomienda a quienes participen en esta evaluación que usen datos de una encuesta aleatoria de hogares de alcance nacional¹². Los datos recopilados de esa manera se introducen en el kit de herramientas en la web. Luego se califica el logro de ese indicador en particular, ya sea **rojo, amarillo, azul o verde**. Los puntos de corte para cada uno de estos niveles han sido seleccionados en forma sistemática, con base en un análisis de los logros del pasado según estos indicadores en los países en desarrollo. Estos se incorporan desde la herramienta de la OMS.

La definición de varios indicadores cuantitativos se ha tomado de “Indicadores de la OMS para evaluar las prácticas de alimentación infantil - 2008” Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243596662_spa.pdf (Anexo 10.1)

Indicador 11: Iniciación temprana de la lactancia materna

Pregunta clave: ¿Qué porcentaje de bebés se amamantan en la primera hora de nacimiento?

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

Antecedentes

Muchas madres en el mundo dan a luz a sus bebés en su casa, especialmente en países en desarrollo y más aún en áreas rurales. La lactancia materna se inicia tardíamente en muchos de estos lugares por aspectos culturales u otras creencias. Conforme al “Paso” 4 de los *Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa* de las nuevas directrices de la Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño y la Niña (IHAN), el bebé se debe poner en

¹² Una fuente de datos que suele ser de gran calidad es la Encuesta Demográfica y de Salud (EDS) (4), efectuada en colaboración con organizaciones nacionales e internacionales de investigación, y con el apoyo de USAID. Si se utiliza esta fuente, es probable que los datos sean comparables entre países. Otras fuentes de datos son las encuestas de UNICEF a base de indicadores por conglomerados (EGMI) (5) y el banco de datos mundial de la OMS sobre lactancia materna (6). En algunos países, quizá se hayan llevado a cabo encuestas nacionales recientes. Es importante evaluar el alcance y la calidad de cualquier fuente de datos que se vaya a utilizar.

contacto “piel con piel” con su madre en la primera media hora posterior al parto, y se le debe dar el pecho en la primera hora en todo parto normal. Si la madre ha sido sometida a una cesárea, debe ofrecérsele el pecho al(la) bebé cuando la madre esté en condiciones de responder y esto ocurre también dentro de unas pocas horas de la anestesia general. Aquellas madres a las que se les ha practicado una cesárea necesitan ayuda adicional pues de lo contrario podrían iniciar la lactancia materna mucho más tarde. De manera óptima, el(la) bebé debería comenzar a amamantarse antes de que se le realice cualquier procedimiento de rutina (como bañarlo(a), pesarlo(a), cuidado de su cordón umbilical, aplicación de medicamentos para los ojos). La lactancia materna temprana ayuda a mantener un mejor control de la temperatura del (la) recién nacido(a), fortalece la vinculación afectiva entre madre e hijo(a) y además aumenta la posibilidad de establecer la lactancia materna exclusiva temprana y el éxito de la misma. La evidencia de estudios refleja que la iniciación temprana de la lactancia podría reducir la mortalidad neonatal un 22%¹³

Directriz:

| Indicador 11 | <i>Calificación adaptada de la herramienta de la OMS (véase el Anexo 11)</i> | Directriz de IBFAN Asia para la <i>WBTi</i> | | |
|---|--|---|--------------------------------|-----------------------------|
| Iniciación de la lactancia materna (en 1 hora) | | Puntaje | Clasificación por color | Puntaje Uruguay 2011 |
| | 0.1-29% | 3 | Rojo | |
| | 29.1-49% | 6 | Amarillo | |
| | 49.1-89% | 9 | Azul | 60,0% |
| | 89.1-100% | 10 | Verde | |

Fuente: MSP/RUANDI/UNICEF 2011. Encuesta nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia /2011, en niños menores de dos años usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay.

El inicio de la lactancia materna es prácticamente universal en el Uruguay ya que el 98,4% de los niños(as) en el año 2011 fueron amamantados en algún momento de su vida. Al igual que los datos encontrados en el 2007, esta proporción fue menor entre los de bajo peso al nacer con el 91,9% y 93,3% entre los prematuros.

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

En cuanto a los niños(as) mamaron por primera vez antes de 1 hora después del parto se mantuvo sin variaciones importantes desde el año 2007 (59,3%), lo cual también fue menor entre los niños nacidos con bajo peso y prematuros (40%). En los servicios del interior del país tanto públicos como privados proporción de niños(as) puestos a pecho en la primera hora luego del parto fue mayor.

Un 85,1% de los niños(as) recibió leche materna como primer alimento, un 14,6% recibió sucedáneos de la leche materna y un 2,1% agua o suero.

Total de puntos para el indicador 11 en Uruguay: 9 puntos

Indicador 12: Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses

Pregunta clave: ¿Qué porcentaje de bebés de 0<6 meses de edad se amamanta exclusivamente en las últimas 24 horas¹⁴?

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

Antecedentes

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses es sumamente crucial para la supervivencia, crecimiento y desarrollo de lactantes y niños(as) pequeños(as). Disminuye el riesgo de enfermedad, especialmente de enfermedades diarreicas. Además, prolonga la amenorrea de la lactancia en madres que amamantan con frecuencia. La OMS comisionó una revisión sistemática de literatura científica publicada sobre la duración óptima de la lactancia materna exclusiva y en marzo de 2001, los resultados se sometieron a revisión técnica y examen detallado durante una Consulta con Expertos. Esta Consulta con Expertos recomendó un cambio a “lactancia materna exclusiva durante 6 meses” en lugar de las recomendaciones anteriores de 4 meses. En mayo de 2001, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) adoptó formalmente esta recomendación a través de la resolución 54.2 /2001. En el 2002, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó otra resolución 55.25 que adoptó la Estrategia

14

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

Mundial para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as). Más adelante, la Junta Ejecutiva de UNICEF también adoptó esta resolución y la Estrategia Mundial para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) en septiembre de 2002, alcanzando un consenso único en esta recomendación de la salud. Un análisis publicado en Lancet¹⁵ destaca claramente el papel de la lactancia materna exclusiva por los primeros seis meses, esencial para la supervivencia y el desarrollo infantiles.

Directriz:

| Indicador 12 | Calificación adaptada de la herramienta de la OMS | Directriz de IBFAN Asia para la WBTi | | |
|--|---|--------------------------------------|-------------------------|----------------------|
| | | Puntaje | Clasificación por color | Puntaje Uruguay 2011 |
| Lactancia materna exclusiva (durante los primeros 6 meses) | 0.1-11% | 3 | Rojo | |
| | 11.1-49% | 6 | Amarillo | |
| | 49.1-89% | 9 | Azul | 65,2% |
| | 89.1-100% | 10 | Verde | |

Fuente: MSP/RUANDI/UNICEF 2011. Encuesta nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia /2011, en niños menores de dos años usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay.

La tasa de lactancia materna exclusiva en niños(as) menores de seis meses ha experimentado un sostenido ascenso en los últimos años. A partir de los datos registrados en el 2007 se incrementó en 8 puntos, alcanzando un 65,2% en el 2011.

Dicho ascenso se observó desde los dos hasta los seis meses de vida. En el primer mes el 89,2% de los niños(as) fueron amamantados(as) en forma exclusiva lo cual representa un ligero retroceso respecto al 2007 (89,9%). Al cuarto mes, el 66,1% de los niños continuaba con lactancia exclusiva lo que reflejó un incremento de 14 puntos, y un ascenso de 7 puntos se observó al sexto mes de vida, alcanzando un 35,6%.

En niños(as) de bajo peso al nacer el 50,9% fue amamantado de forma exclusiva, siendo 4 puntos mayor al lo observado en 2007. Entre los hijos de madres adolescentes

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

se incrementó 12 puntos alcanzando al 63,0% en 2011 y 51% entre las mujeres que trabajan siete horas o más habiendo incrementado 10 puntos a partir del 2007.

Total de puntos para el indicador 12 en Uruguay: 9 puntos

Indicador 13: Duración media de la lactancia materna

Pregunta clave: ¿Cuántos meses representan la duración media en que se amamanta a los bebés?

Antecedentes

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

Directriz:

| Indicador 13 | <i>Calificación adaptada de la herramienta de la OMS</i> | Directriz de IBFAN Asia para la WBTi | | |
|---|--|---|--------------------------------|-----------------------------|
| | | Puntaje | Clasificación por color | Puntaje Uruguay 2011 |
| Duración media de la lactancia materna | 0.1-18 meses | 3 | Rojo | 8 |
| | 18.1-20 ” | 6 | Amarillo | |
| | 20.1-22 ” | 9 | Azul | |
| | 22.1-24 o después ” | 10 | Verde | |

Fuente: MSP/RUANDI/UNICEF 2011. Encuesta nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia /2011, en niños menores de dos años usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay.

La duración mediana de la lactancia materna en el Uruguay según los últimos datos nacionales es de al menos 8 meses y una media de 9,3±6,5 meses. Al igual que en las WBTi publicadas en el 2008, el presente indicador fue extraído de una muestra de niños(as) menores de 24 meses y no de 36 meses como se sugiere calcular el mismo. Si

bien la duración de la lactancia materna presentó un incremento en relación a los datos publicados en el 2007, aún los valores continúan lejos de las puntuaciones necesarias para ascender de categoría.

La tasa de lactancia natural continua al año y a los dos años no mostró variaciones importantes desde el año 2007. Entre los 12 y 15 meses en el año 2011 esta fue de 44,8% y de 20 a 23 meses resultó de 27,0%. Respecto a las cifras encontradas en el 2007 estas sufrieron leves variaciones, en el primer caso, mostró un aumento leve y un ligero descenso entre 20 y 23 meses (43,5% y 28,3% respectivamente).

Total de puntos para el indicador 13 en Uruguay: 3 puntos

Indicador 14: Alimentación con biberón

Pregunta clave: ¿Qué porcentaje de bebés amamantados, menores de 12 meses, recibe otros alimentos o bebidas en biberón?

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

Antecedentes

Los (las) bebés deben ser amamantados(as) en forma exclusiva durante sus primeros 6 meses de edad y no necesitan recibir ningún otro líquido, ni fórmulas de leche fresca o 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 puede tragar, la leche materna se puede administrar por medio de una sonda para bebés). La alimentación con biberón significa la proporción de niños de 0-12 meses de edad que son alimentados con una botella con tetina. Es útil la información sobre la alimentación con biberón debido a sus potenciales interferencias con las prácticas de lactancia materna óptima y su asociación con el aumento de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades diarreicas. Los biberones son particularmente propensos a la contaminación.

Directriz:

| Indicador 14 | <i>Calificación adaptada de la herramienta de la OMS</i> | Directriz de IBFAN Asia para la WBTi | | |
|---|--|---|--------------------------------|-----------------------------|
| Alimentación con biberón (<6 meses) | | Puntaje | Clasificación por color | Puntaje Uruguay 2011 |
| | 29.1-100% | 3 | Rojo | 40,0% |
| | 4.1-29% | 6 | Amarillo | |
| | 2.1-4% | 9 | Azul | |
| | 0.1-2% | 10 | Verde | |

Fuente: *Cálculos propios a partir de RUANDI/UNICEF 2003. Lactancia materna: Una estrategia para mejorar la salud, el crecimiento y la nutrición del lactante y del niño pequeño*

Según los datos de la encuesta nacional de lactancia publicada en el 2003, el 40% de los niños(as) amamantados(as) menores de 12 meses recibió en el día previo a la encuesta algún alimento en mamadera.

Estudios posteriores indagaron acerca del tipo de recipiente utilizado para el consumo de líquidos diferentes a la leche materna, donde se constató el uso mamadera en más de la mitad de niños(as) amamantados(as) menores de 12 meses. Sólo el 14% de estos niños fueron alimentados con líquidos diferentes a la leche materna mediante el uso de cucharita o vasito.

Total de puntos para el indicador 4 en Uruguay: 3 puntos.

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

Pregunta clave: ¿Qué porcentaje de bebés amamantados(as) recibe alimentos complementarios a los 6-9 meses de edad?

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

Antecedentes

En vista de que los(las) bebés crecen constantemente y necesitan nutrición adicional junto con la lactancia materna continua, después de cumplir los 6 meses se les debe iniciar la alimentación complementaria con alimentos autóctonos disponibles localmente, que sean accesibles y sostenibles. Se les debe ofrecer alimentos blandos o en puré en pequeñas cantidades, de 3 a 5 veces al día. La alimentación complementaria

debe incrementarse gradualmente en cantidad y frecuencia conforme crezca el(la) bebé. La lactancia materna, a petición, debe continuarse hasta los dos años o más. La alimentación complementaria también es importante desde el punto de vista de la atención, el(la) cuidador(a) debe interactuar constantemente con el(la) bebé y tomar las debidas medidas de higiene para mantenerlo(a) seguro(a).

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

Directriz:

| Indicador 15 | OMS | Directriz de IBFAN Asia para la WBTi | | |
|--|---------------------|---|--------------------------------|-----------------------------|
| Alimentación complementaria (6-9 meses) | Calificación | Puntaje | Clasificación por color | Puntaje Uruguay 2011 |
| | 0.1-59% | 3 | Rojo | |
| | 59.1-79% | 6 | Amarillo | |
| | 79.1-94% | 9 | Azul | 88,2% |
| | 94.1-100% | 10 | Verde | |

Fuente: Cálculos propios a partir de MSP/RUANDI/UNICEF 2011. Encuesta nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia /2011, en niños menores de dos años usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay.

El 88,2% de los niños(as) amamantados(as) entre 6 y 8 meses iniciaron la alimentación complementaria. El 48,8% de los niños(as) amamantados(as) recibieron alimentos sólidos y el 38,6% recibieron además algún tipo de sucedáneo de la leche

materna. El 9,5% continúa de forma exclusiva con leche materna, el 2,6% fue alimentado con lactancia en forma predominante y el 0,5% recibió leche materna y sucedáneos.

En el sexto mes de vida el 72,9% de los niños(as) había incorporado alimentos complementarios a la leche materna. Al séptimo mes, los había incorporado el 96,8% de los niños y el 97,5% al octavo mes de vida.

Total de puntos para el indicador 15 en Uruguay: 9 puntos

1. Resumen de la Parte I: Políticas y programas de ALNP

| Metas: | Puntaje total cada indicador (de 10) |
|---|---|
| 1. Políticas, programas y coordinación nacional | 4 |
| 2. Iniciativa de los Hospitales Amigos de los Niños | 3 |
| 3. Implementación del Código Internacional | 2,5 |
| 4. Protección de la maternidad | 6 |
| 5. Sistemas de atención de salud y nutrición | 6 |
| 6. Apoyo a las madres y asistencia social comunitaria | 4 |
| 7. Apoyo informativo | 5 |
| 8. Alimentación infantil y VIH | 7 |
| 9. Alimentación infantil durante emergencias | 1 |
| 10. Monitoreo y evaluación | 8 |
| Puntaje de la Parte I (Total) | 46,5 |

Directrices de IBFAN Asia para WBTi

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

| Puntajes | Calificación por color | Puntaje Marque la que aplica y ponga el % |
|-----------|------------------------|--|
| 0 – 30.9 | Rojo | |
| 31 – 60.9 | Amarillo | 46,5% |
| 61 – 90.9 | Azul | |
| 91 – 100 | Verde | |

Conclusiones (*Resuma los logros en los diversos componentes del programa y las zonas que todavía necesitan trabajo adicional*)¹⁶ : Queda por trabajar casi en su totalidad el Cumplimiento del CICSLM y las Asambleas respectivas, se deben mejorar los contenidos de las currículas de las carreras de auxiliares de enfermería, sobre todo por el surgimiento de nuevas escuelas de enfermería en todo el país. Se necesita mejorar

16

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

y trabajar los contenidos de las carreras de obstetricia y ginecología, tanto en el grado como en el posgrado. Se deben retomar las BPA con lineamientos claros de su supervisión, control y sanciones.

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

| Práctica ALNP | Resultado | Puntaje total cada indicador |
|---|------------------|---|
| Indicador 11 Inicio de la lactancia materna | __ 59,3 __ % | 9 |
| Indicador 12 Lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida | __ 65,2 __ % | 9 |
| Indicador 13 Duración media de la lactancia materna | 8m | 3 |
| Indicador 14 Alimentación con biberón | __ 40% __ % | 9 |
| Indicador 15 Alimentación complementaria | __ 88,2 __ % | 9 |
| Puntaje de la Parte II (Total) | | 33 |

Directrices de IBFAN Asia para WBTi

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

| Puntajes | Calificación por color | Puntaje Marque la que aplica y ponga el % |
|-----------------|-------------------------------|--|
| 0 – 15 | Rojo | |
| 16 - 30 | Amarillo | |
| 31 - 45 | Azul | 33 |
| 46 – 50 | Verde | |

Conclusiones (*Resuma las prácticas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) son buenas y cuáles deben mejorar y por qué, así como análisis adicional necesario*)¹⁷ :

17

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

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

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

| Puntajes | Calificación por color | Puntaje Marque la que aplica y ponga el % |
|-----------------|-------------------------------|--|
| 0 – 45.5 | Rojo | |
| 46 – 90.5 | Amarillo | 79,5% |
| 91 – 135.5 | Azul | |
| 136 – 150 | Verde | |

3. *Bibliografía*
