

PA-ABW-671
1991 9/16/97



LATIN AMERICA AND CARIBBEAN HEALTH AND NUTRITION SUSTAINABILITY:

Technical Support for Policy,
Financing and Management

7200 Wisconsin Avenue
Suite 600
Bethesda, MD 20814
(301) 941-8490
FAX (301) 941-8449

This contract is implemented by:

International Science
and Technology
Institute, Inc. (ISTI)

Community Systems
Foundation (CSF)

Development Group, Inc. (DGI)

University Research
Corporation (URC)

URC is the prime contractor under
Contract No.
LAC-0657-C-00-0051-00
with the U.S. Agency for
International Development.

PN-ABW-671

BORRADOR
CIRCULACION RESTRINGIDA

**GUIA PARA EL
ANALISIS PRELIMINAR DE PAIS
DE LAS ACTIVIDADES Y PRACTICAS
DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA**

Compilado para: MotherCare

Marcia Griffiths
The Manoff Group

Traducción y revisión editorial:
Proyecto de Sostenibilidad en Salud y
Nutrición para America Latina y el Caribe

Washington, D.C.

1992

a

Nota de agradecimiento

Esta Guía ha sido obra del trabajo de muchas personas. Annette Ghee y yo redactamos el borrador inicial. Tina Sanghvi, del Contrato de Sostenibilidad en Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe, añadió partes sobre la financiación del proyecto, la sustentabilidad, y la capacitación integrada, así como varias de las listas de verificación en los anexos. Al redactar la guía, hemos adaptado mucho del trabajo realizado por otros.

- En la sección de prácticas hospitalarias y profesionales (Area 4) del Consejo de Población, del Programa Wellstart y de UNICEF.
- En las secciones sobre el CAP materno y las actividades de IEC y la comunidad (Area 6), de la OMS y del Manoff Group.
- En la sección de capacitación (Area 5), del Programa Wellstart, del Centro de Lactancia Georgetown/OMS y de IBFAN.
- En la sección sobre la definición de la naturaleza y de la magnitud del problema (Area 2), utilizamos la guía de Mary Ann Anderson sobre DHS, así como otra información disponible.

Los borradores de la guía han sido revisados por Mary Ann Anderson de la USAID, Tom Bossert, del Contrato de Sostenibilidad en Salud y Nutrición América Latina y el Caribe; Mellen Duffy-Tanamly, USAID; Marjorie Koblinsky, MotherCare; José Mora, del Contrato de Sostenibilidad en Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe; Marina Rea, OMS; Beverly Winiukoff, The Population Council/MotherCare; y Susan Zimicki, de la Escuela de Comunicación Annenberg/OMS.

SIGLAS

AID	Agencia para el Desarrollo Internacional
BPN	Bajo Peso al Nacer
CAP	Conocimientos, Actitudes y Prácticas
CDC	Centros para el Control de Enfermedades
CED	Control de las Enfermedades Diarreicas
CEI	Comunicación, Educación e Información
DHS	Encuestas Demográficas y de Salud
EMF	Encuestas Mundiales de Fecundidad
EPA	Encuestas sobre Prevalencia de Anticonceptivos
ESF	Fondos de Apoyo Económico
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
IBFAN	Red Internacional de Acción en Lactancia Materna
IEC	Información, Educación y Comunicación
IMC	Indice de Masa Corporal
IPPF	Federación Internacional para la Paternidad Responsable
IRA	Infección Respiratoria Aguda
NCHS	Centro Nacional de Estadísticas de Salud
OISC	Organización Internacional de Sindicatos de Consumidores
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPV	Organización Privada de Voluntarios
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
PL 480	Ley Pública 480
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PN	

SIGLAS (continuación)

PT	Parteras Tradicionales
SMI	Salud Materno Infantil
SRO	Sales de Rehidratación Oral
SSE	Situación Socioeconómica
TRO	Terapia de Rehidratación Oral
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional Unidos
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

d

INDICE

Proposito de la guía y del análisis de país	1
Estructura de la guía	2



Sección I:	Panorama general del contexto del país y revisión de los datos existentes sobre la situación de la lactancia materna	3
Area I:	Antecedentes del país	3
Area II:	Naturaleza y magnitud del problema de las practicas inadecuadas de lactancia materna	7



Sección II:	Análisis de políticas, programas y actividades comerciales que afectan las practicas de lactancia materna	15
Area III:	Medio politico, juridico y laboral	15
Area IV:	Servicios de salud	25
Area V:	Programas de capacitación para proveedores de atención de salud	37
Area VI:	Actividades de comunicación, educación e información (CEI)	42
Area VII:	Apoyo financiero para actividades de lactancia materna	45
Area VIII:	Hoja de calificaciones para el análisis de país sobre lactancia materna	47



Sección III:	Recomendaciones	50
--------------	---------------------------	----

ANEXOS

- Anexo A: Advertencias sobre errores cometidos comúnmente al interpretar los estudios de lactancia materna
- Anexo B: Patrones de lactancia materna y de destete en países seleccionados tomados de las encuestas demográficas y de salud, 1986-1989
- Anexo C: Resumen de definiciones de los términos de lactancia materna
- Anexo D: Diez pasos para una lactancia materna exitosa
- Anexo E: El código de comercialización de fórmulas para niños lactantes
- Anexo F: Política de aprobación, distribución y uso de productos lácteos en programas de alimentación para refugiados
- Anexo G: Estado actual de la comercialización de las fórmulas para niños lactantes y de productos alimenticios - lista de verificación
- Anexo H: Encuesta CAP de personal de salud y nutrición - lista de verificación
- Anexo I: Capacitación del personal de servicios de salud - lista de verificación del contenido de capacitación

PROPOSITO DE LA GUIA Y DEL ANALISIS DE PAIS

El análisis de país es el primer paso para la formulación de una estrategia nacional destinada a mejorar la salud y el estado nutricional de los niños de edad preescolar, especialmente de quienes están en su primer año de vida. A partir de ese análisis, se puede establecer un programa con el objetivo específico de aumentar el número de madres que amamantan exclusivamente a sus hijos desde el nacimiento hasta los cuatro o seis meses de edad y que siguen amamantándolos después de introducir alimentos de "destete" complementarios, una vez que el niño tenga de cuatro a seis meses de edad. Los resultados de este análisis preliminar de país serán un resumen de los siguientes puntos:

- la situación actual (aquello que se conoce o que puede documentarse fácilmente),
- la identificación de factores que apoyen o que obstaculicen la lactancia materna,
- y las brechas que requieran ulterior investigación o medidas directas e inmediatas.

El análisis preliminar de país, por consiguiente, podría constituir la base para la preparación del borrador del plan de un proyecto que podría requerir trabajo de evaluación adicional y/o la iniciación de actividades programáticas que encaren las relaciones entre los factores y su papel en la conformación de la conducta de lactancia materna.

Esta guía para un análisis de país de las actividades relacionadas con la lactancia materna se ha diseñado para uso durante una visita de país de un equipo de consultores cuidadosamente seleccionado formado por dos o tres personas con idoneidad clínica y programática relacionada con la lactancia materna. Se ha diseñado para ayudar al equipo en la preparación de la visita y en la estructuración de su trabajo mientras estén en el país. El informe de país que resulte de este análisis debe constituir la base para un plan y programa de país o tomarse como una revisión intermedia de programas en curso. Debe quedar en claro que la información a nivel nacional no siempre puede estar disponible; sin embargo, los datos obtenidos se incluirán en el informe y se hará el mejor estimativo posible de ellos. **Tampoco se espera obtener información para todos los puntos** incluidos en la guía ni que todas las secciones se utilicen en todos los países. En lugar de ello, **la guía ofrece una lista de referencia completa** de los puntos y las actividades importantes que pueden ser revisados. También se mencionan los tópicos, pero no se los elabora. El consultor puede desarrollar cada uno en la forma apropiada.

ESTRUCTURA DE LA GUIA

La guía se divide en tres secciones con ocho campos distintos, cada uno de los cuales se dedica a un solo tema de investigación relacionado con un aspecto importante de una estrategia de lactancia materna nacional integral. Se introduce cada módulo con una formulación de objetivos, a la que sigue una sección denominada "tópicos de evaluación" que divide al módulo en tópicos componentes. La parte de "Fuentes de Investigación y Métodos Recomendados" hace una lista de varios enfoques para la recolección de información, de manera que el equipo consultor pueda seleccionar, combinar y adaptar métodos a situaciones particulares que se encuentran en cada país. Se recomienda una combinación de diversos enfoques para la recolección de información con el fin de optimizar la confiabilidad del perfil de país resultante. Se espera una revisión bibliográfica integral de cada equipo antes de ir al país.

No se ha incluido en esta Guía una sección para la evaluación del valor económico de la lactancia materna porque hay un módulo recientemente diseñado para esto que los equipos de consultores podrían obtener si fuera beneficiosa una revisión detallada de este tópico para el programa de lactancia materna del país.

El área 8 contiene una hoja de calificaciones. Se le pide al equipo de consultores que califique el grado en que las políticas y las prácticas de cada país promueven o van en detrimento de la lactancia materna. Esto se utilizará para generar una calificación global del país y puede permitir una comparación a grosso modo de las situaciones de lactancia materna entre los países.

SECCION I
PANORAMA GENERAL DEL CONTEXTO DEL PAIS Y REVISION
DE LOS DATOS EXISTENTES SOBRE LA SITUACION
DE LA LACTANCIA MATERNA



AREA 1
ANTECEDENTES DEL PAIS

OBJETIVO: Compilar la información estadística disponible que describa el contexto del país para fines de la evaluación.¹

UTILIZACION: Esto permitirá determinar las limitaciones y posibilidades existentes para el diseño del programa dentro del país.

TOPICOS DE EVALUACION:

A. Perfil socioeconómico y demográfico

1. Distribución de la población por edad, sexo, nivel de alfabetización (masculino y femenino), residencia urbana y rural, grupos étnicos y religiosos, etc.
2. Estadísticas económicas sucintas:
 - ingreso promedio per capita,
 - Producto Nacional Bruto (PNB) per capita,
 - Porcentaje del PNB gastado en salud,
 - Porcentaje de la población por debajo del límite de pobreza,
 - Costo de la canasta alimentaria familiar para las familias en o por debajo del límite de pobreza
 - Porcentaje de inflación,
 - Situación de las importaciones y de las exportaciones, etc.
3. Patrones de migración: nacionales e internacionales
4. Transportes y comunicaciones: nivel de su desarrollo en las áreas urbanas y rurales, por ejemplo, porcentaje de hogares con radio y televisión.
5. Agua, saneamiento y electricidad: grado de cobertura en las zonas urbanas y rurales, por ejemplo, porcentaje de casas con agua corriente o de comunidades/barrios con agua potable, etc.
6. Situación de la mujer: capacidad de la mujer para ganar dinero, habilidad para determinar los gastos del hogar, nivel de alfabetización, etc.

¹ El Apéndice A contiene una lista de las prácticas óptimas de lactancia materna y de destete.

B. Perfil de salud: Mortalidad, morbilidad y estado nutricional

Niños de edad preescolar

1. Tasa de mortalidad infantil
2. Defunciones infantiles por enfermedades diarreicas (niños de 0 a 6 meses y de 7 a 12 meses de edad)
 - número estimado por año en todo el país
 - porcentaje de defunciones infantiles por causa de diarrea
3. Muertes infantiles ocasionadas por infecciones respiratorias agudas (de 0 a 6 meses y de 7 a 12 meses de edad)
 - número estimado por año en todo el país
 - Porcentaje de difunciones infantiles por causa de IRA
4. Prevalencia e incidencia de enfermedades diarreicas (si es posible, desagregar en las siguientes categorías por edad: de 0 a 3 meses, de 4 a 6 meses, de 7 a 9 meses y de 10 a 12 meses)
 - número medio de casos de niños por año
 - Porcentaje de niños con diarrea en las últimas dos semanas
5. Prevalencia e incidencia de infecciones respiratorias agudas (IRA) en lactantes (de 0 a 3 meses, de 4 a 6 meses, de 7 a 9 meses y de 10 a 12 meses)
 - número medio de casos de niños por año
 - porcentaje de niños con IRA en las últimas dos semanas
6. Estado nutricional de niños de 0 a 5 años de edad (registrar la información sobre edad al nivel más desagregado posible. Utilizar las normas de OMS/NCHS cuando éstas sean disponibles. Desagregar por zonas geográficas, población rural o urbana y grupos étnicos, de ser posible).
 - peso por edad, porcentaje menor de -2DE
 - altura por edad, porcentaje menor de -2DE
 - peso por altura, porcentaje menor de -2DE
7. Porcentaje de lactantes con bajo peso al nacer (menos de 2,5 kg o de 5 libras)
8. Gravedad de la carencia de vitamina A (casos notificados de ceguera nocturna u otro indicador) en niños de edad preescolar
9. Informe de cualquier estudio que vincule los patrones de alimentación al estado nutricional, la morbilidad y/o la mortalidad

Mujeres embarazadas y lactantes

1. Mortalidad materna
 - tasa o coeficiente de mortalidad materna
2. Morbilidad materna
 - Proyección de las tasas de morbilidad por defunción materna
3. Estado nutricional de la mujer embarazada y lactante (datos de informes en el nivel más desagregado: zonas rurales/urbanas, región geográfica, grupo étnico, etc.)
 - porcentaje de mujeres de menos de 1,50 m de estatura o porcentaje indicado en el informe
 - contorno del antebrazo
 - otros indicadores: aumento de peso durante el embarazo, índice de masa corporal (IMC), etc.
4. Gravedad de la carencia de vitamina A (casos notificados de ceguera nocturna u otro indicador)

C. Anticoncepción y fecundidad

1. Duración media de la amenorrea de la lactancia
2. Tasa de prevalencia anticonceptiva
 - métodos modernos (por tipo, si están disponibles)
 - amenorrea de la lactancia
 - todos los otros métodos
3. Número promedio de nacimientos por mujer (tasa total de fecundidad)
4. Intervalos promedio de nacimientos y porcentaje de nacimientos en lapsos menores a 24 meses

D. Conclusiones

Basándose en un análisis de la información suministrada, indique las principales conclusiones. No se limite únicamente a resumir la información ya presentada, pero analice y juzgue los datos. La sección de conclusiones debe proporcionar una respuesta a la pregunta "Bueno, ¿y qué?" para responder a los interrogantes surgidos en secciones anteriores. El formato recomendado para esta sección incluye una parte narrativa inicial y luego una serie de afirmaciones en las que se describen los principales factores que representan obstáculos (o) o formas de apoyo (a) para la lactancia materna. Cuando estas afirmaciones se relacionen con el mismo tema, deben agruparse de una forma similar a una situación en la que existen "buenas y malas noticias".

Por ejemplo:

- (o): El hecho de que la mayoría de la población viva en zonas rurales muy dispersas representa una importante barrera para el diseño del programa.
- (a): El alto porcentaje de la población rural que tiene radio ofrece una oportunidad para intervenciones por conducto de ese medio de comunicación.

E. Recomendaciones

Basándose en las conclusiones presentadas en la sección precedente, indique las principales recomendaciones. Estas deben responder a la pregunta "En vista de esta conclusión....., ¿qué se puede hacer para abordar esta situación?". No todas las conclusiones tendrán necesariamente una recomendación correspondiente. Además, es posible que varias conclusiones resulten en la misma recomendación o que una lleve a formular varias recomendaciones. En éstas se debe tener en cuenta la situación del país y los recursos y limitaciones de las organizaciones que participan en el apoyo a las prácticas positivas de lactancia materna.

Siempre que sea posible, se habrá de identificar al grupo o a los grupos a los que se aplica una recomendación determinada. Además, se debe indicar el grado de urgencia (por ejemplo, de inmediato, en los próximos 6 meses, etc.) y el marco cronológico de las recomendaciones (a corto, mediano y largo plazos).

FUENTES RECOMENDADAS DE INFORMACION Y METODOS

Búsqueda Bibliográfica

- Encuesta Mundial de Fecundidad
- Encuestas de DHS
- Encuestas prevalentes anticonceptivas
- Proyecto PanÁrabe de Salud Infantil: Encuestas infantiles PAP
- Consenso Nacional y Encuestas de Gastos Domésticos
- Encuestas locales y estudios de país
- Informe sobre el Estado de los Niños en el Mundo, UNICEF
- Informe sobre el Desarrollo Mundial
- Informes del Sector Salud del Banco Mundial

Entrevistas con informantes clave:

- Funcionarios del Sistema de Seguridad Social o del Ministerio de Salud
- Funcionarios e Informes de UNICEF/OMS o de la AID
- Organizaciones de Planificación Familiar, por ejemplo las afiliadas a la IPPF, especialmente aquellas involucradas en actividades de lactancia materna.

AREA 2

NATURALEZA Y MAGNITUD DEL PROBLEMA DE LAS PRACTICAS INADECUADAS DE LACTANCIA MATERNA DESCRITAS EN LA LITERATURA

OBJETIVO: Recopilar la información cuantitativa y cualitativa disponible que refleje el estado y el efecto de las prácticas subóptimas de lactancia materna y los conocimientos y actitudes relativos a las mismas. Como punto de referencia, las prácticas óptimas de lactancia materna tomadas del documento de estrategias de la AID son:

1. Amamantar al niño en la hora siguiente al nacimiento
2. Amamantar exclusivamente al niño desde el nacimiento hasta los cuatro a seis meses de edad
3. Darle alimentos suplementarios apropiados, además de leche materna, después de que cumpla seis meses
4. Amamantarlo por un año o más

UTILIZACION: El presente análisis permitirá determinar cuánto se sabe sobre la lactancia materna, la naturaleza y magnitud del problema de las prácticas subóptimas e identificar las zonas y los grupos de alto riesgo para poder enfocar en ellos las intervenciones. También sugerirá el alcance de cualquier investigación cualitativa y profunda sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) que se necesite y que se emplearía para formular actividades de información, educación y comunicación (IEC).

TEMAS DE EVALUACION

- A. **Prácticas de Lactancia Materna** (buscar información comparable recogida a través del tiempo que indique tendencias, por ejemplo, las Encuestas Mundiales de Fecundidad y las Encuestas Demográficas y de Salud; desagregar la información por zonas rurales o urbanas, grupos étnicos y áreas geográficas, cuando sea posible. Utilizar estudios regionales para indicar variaciones en las prácticas o para formular hipótesis acerca de las prácticas. Dar porcentajes cuando sea posible. Cuando no sea posible, tratar de indicar si la mayoría, una gran parte, la mitad o unos pocos siguen la práctica).

Al analizar los estudios sobre las prácticas de lactancia materna se cometen algunos errores comunes al interpretar los resultados. Esto debe considerarse cuando el equipo recopile, analice e interprete la información conseguida. Estas advertencias se encuentran en el Anexo A. Además de estos errores comunes de interpretación, se ha comprobado que es importante aclarar los procedimientos de recolección y análisis de datos al interpretar estudios cualitativos o al comparar sus resultados. A menudo, las definiciones de los términos varían ligeramente, o el denominador empleado para calcular un porcentaje es diferente de un estudio a otro.

En la presentación que se verá a continuación, las estadísticas de interés están en un cuadro y las ideas sobre su posible explicación aparecen debajo en bastardilla.

1. Porcentaje que amamantó alguna vez, según las encuestas demográficas y de salud². Si no se pueden obtener los datos de dichas encuestas para ese país, proporcione los datos pertinentes de que disponga.
2. Calostro e iniciación de la lactancia materna.
 - a. El porcentaje que comenzó a dar pecho dentro de la hora siguiente al parto
 - nacimientos en el hospital o en la clínica
 - nacimientos en el hogar
 - b. El porcentaje que recibió agua u otros líquidos antes de comenzar a lactar (alimentos prelácteos)
 - nacimientos en el hospital o en la clínica
 - nacimientos en el hogar
 - c. El porcentaje que comenzó a dar pecho a los siguientes intervalos de tiempo transcurrido desde el parto hasta la iniciación de la lactancia: ≤ 1 hora; 2 a 6 horas; 7 a 12 horas; 13 a 24 horas; 24 a 48 horas; > de 48 horas

Indicador de la OMS sobre "la tasa de primeras mamadas a tiempo":

Lactantes < 12 meses de edad que mamaron por primera vez en la hora siguiente al nacimiento

Lactantes > 12 meses de edad

- d. Porcentaje al que no se le dio calostro
 - nacimientos en el hospital o clínica
 - nacimientos en el hogar
3. Número total de niños amamantados
 - a. Porcentaje con lactancia exclusiva (sin agua, líquidos, maderas u otros alimentos)³

² Información disponible de las Encuestas Demográficas y de Salud, 1986-1989. Ver Anexo B.

³ Véase en el Anexo C un resumen de definiciones de los términos relativos a lactancia materna.

Indicador de la OMS:

Lactantes < 4 meses (< 120 días) de edad, alimentados exclusivamente con leche materna en las 24 horas precedentes

Lactantes < 4 meses de edad

- b. Porcentaje predominantemente amamantado (se les dio, además de leche materna, agua y alimentos a base de agua). Verificar la evidencia de estacionalidad en el patrón de darles agua a los niños.

Indicador de la OMS:

Lactantes < 4 meses (< 120 días) de edad, alimentados predominantemente con leche materna en las 24 horas precedentes

Lactantes < 4 meses de edad

- c. Porcentaje amamantado parcialmente (se les dio leche materna, como también agua, leche y/u otros sólidos y/o semi sólidos)

Indicador de la OMS:

Lactantes de 6 a 9 meses (de 180 a 299 días) de edad, que recibieron alimentos suplementarios además de leche materna en las 24 horas precedentes

Lactantes vivos de 6 a 9 meses de edad

- d. Porcentaje de cualquier amamantamiento (el niño ha recibido leche materna)

Indicador de la OMS:

Lactantes vivos < 12 meses de edad amamantados alguna vez

Lactantes vivos < 12 meses de edad

► SUMA TOTAL DE NIÑOS AMAMANTADOS

4. Otras variables pertinentes (en caso de que haya datos considerados desde este punto de vista)

- a. Porcentaje alimentado con biberón

Indicador de la OMS:

Lactantes > 12 meses (< 366 días) de edad, alimentados con biberón en las 24 horas precedentes

Lactantes < 12 meses de edad

- Datos de alta del hospital
- de 0 a 2 meses
- de 3 a 4 meses
- de 5 a 6 meses
- de 7 a 9 meses
- de 10 a 12 meses

b. Tasa de lactancia materna continua (un año)

■ **Indicador de la OMS:**

Niños de 12 a 15 meses de edad amamantados en las 24 horas precedentes

Niños vivos de 12 a 15 meses de edad

c. Tasa de lactancia materna continua (2 años)

■ **Indicador de la OMS:**

Niños de 20 a 23 meses de edad amamantados en las 24 horas precedentes

Niños vivos de 20 a 23 meses de edad

d. Duración media de la lactancia materna

e. Duración media de la lactancia materna exclusiva

f. Edad media en la que se introduce

- agua
- leche
- otros líquidos
- semi sólidos
- alimentos sólidos

B. Explicación de los conocimientos, actitudes y prácticas

(Nota: Obviamente, la información incluida en esta parte del documento complementa la presentada antes sobre prácticas. Los investigadores necesitan decidir si deben integrarla en las secciones precedentes o presentarla por separado a continuación. La forma en que se presenten los datos en la literatura influirá en esa decisión).

1. Preparación para amamantar
 - a. Los usos y las actitudes de las mujeres hacia las visitas de atención prenatal (véase también la sección 4 - Servicios de salud)
 - b. Los planes de la mujer embarazada acerca de la alimentación de los niños (incluso la duración) y los por qué
 - c. La forma como se prepara la mujer para alimentar con leche materna o con biberón, durante el embarazo, en el parto y en el posparto (por sitio del parto y persona que lo atiende)
 - d. Forma en que la mujer percibe las ventajas y los inconvenientes de la lactancia materna (por qué amamanta o por qué no; el costo de oportunidad que ve en lo que respecta a tiempo y trabajo)
 - e. Calidad y cantidad de la alimentación de la mujer
 - problema mayor de cantidad o calidad
 - estacionalidad
 - mujeres que comen más/menos durante el embarazo
 - tabués relativos a los alimentos y bebidas consumidos después del parto
2. Iniciación de la lactancia materna (guarda relación con los datos del párrafo A.2 precedente).
 - a. Experiencia de la mujer y actitud hacia la iniciación de la lactancia materna:
 - efecto relativo del embarazo en la cantidad y calidad de la alimentación de la mujer y aspecto más afectado
 - alimentos prelácteos
 - uso del calostro
 - época de iniciación
 - frecuencia y duración de cada mamada
 - mamadas nocturnas
 - uso de ambos senos y
 - lactancia materna exclusiva versus predominante; administración precoz de tés, y sucedáneos de la leche materna

3. Introducción de otros alimentos líquidos y en biberón (se relaciona con el punto A.3 precedente)
 - a. Experiencia de las mujeres y actitud hacia otros líquidos (tés, agua, jugos) para complementar la leche materna
 - b. Experiencia de las mujeres cuya actitud las lleva a emplear sucedáneos o "suplementos" de la leche materna
 - c. Experiencia de las mujeres y actitud hacia el uso de biberones
4. Introducción de alimentos semisólidos y sólidos (se relaciona con el punto A.4 precedente)
 - a. Experiencia de las mujeres y actitud hacia el tipo de alimentos para el niño (dilución, ingredientes, textura, propiedades de "caliente" y "frío"), cantidad de alimento y número de comidas diarias
 - semisólidos
 - sólidos
 - b. La experiencia de las mujeres, las creencias y las actitudes hacia alimentos que no deben dársele a los lactantes (durante las enfermedades, estacionalmente, en ciertas edades)
 - c. La experiencia de las mujeres y la actitud hacia añadir aceite/grasa, frutas y verduras ricas en vitamina A/carotenos y fuentes de proteína a los alimentos infantiles, específicamente
 - de 4 a 6 meses
 - de 7 a 9 meses
 - de 10 a 12 meses
 - d. Experiencia de las mujeres cuya actitud las lleva a agregar alimentos ricos en hierro o suplementos a la dieta del lactante
 - e. Experiencia de las mujeres y la actitud hacia el momento apropiado en que el niño debe compartir toda la alimentación familiar
5. Circunstancias especiales
 - a. Forma en que las mujeres perciben por qué, cuándo y cómo deben terminar la lactancia materna o comenzar a suplementarla (indicaciones relativas al desarrollo u otras razones en que se basan las decisiones en materia de alimentación), por ejemplo:

- Circunstancias en las que las mujeres consideran que ellas no deben amamantar (por ejemplo, desestímulo ante situaciones sociales específicas, cuando la madre está embarazada, cuando la madre o el niño están enfermos, cuando los pechos duelen)
 - Ceremonias, rituales o festivales que introducen la lactancia materna, los alimentos o líquidos complementarios (p.ej. té) o indican que las mujeres deben evitar amamantar. El nivel de adhesión, la frecuencia, la intensidad de la interferencia o del apoyo
- b. Diferencias en el comportamiento de amamantamiento de las madres cuando el niño es prematuro, de bajo peso al nacer, enfermo con diarrea o tos/resfrío, o es varón o niña
 - c. En países con un alto porcentaje de madres con HIV positivo: su actitud hacia la lactancia materna
 - d. Experiencia de las mujeres y actitud hacia el amamantamiento y el trabajo fuera de la casa (véase la Sección II, Area 3.C)

C. CAP de los miembros de la comunidad y de la familia

1. Papel de la pareja masculina/del padre en la estructura social familiar
2. Actitudes de la pareja masculina hacia la lactancia materna; respaldo a las necesidades nutricionales de la madre y a otras necesidades durante el embarazo y el postparto inmediato
3. Papel de la pareja/del padre en la compra de sustitutos de la leche materna o en las ceremonias alrededor de la alimentación del niño
4. Actitudes e influencias de:
 - otros miembros femeninos de la familia (p.ej. hermanas multíparas de más edad, madres, suegras, tías, abuelas, etc.)
 - amigas
 - otros integrantes de la comunidad (por ejemplo, dirigentes religiosos)
5. Frecuencia con la cual los miembros de la familia o de la comunidad:
 - cuidan a los niños
 - preparan y/o alimentan a los niños con sustitutos o con complementos de la leche materna
 - dan alimentos ceremoniales o de destete

D. Conclusiones

Sugerencia: Refiérase a la orientación dada en el Area 1, Parte D, para redactar el texto de esta sección.

E. Recomendaciones

Refiérase a la orientación dada en el Area 1, Parte E, para redactar el texto de esta sección.

FUENTES RECOMENDADAS DE INFORMACION Y METODOS

Búsqueda bibliográfica:

- Encuesta Mundial de Fecundidad
- Encuestas Demográficas y de Salud
- Encuestas de la prevalencia del uso de anticonceptivos hechas por los CDC
- Proyecto Panárabe sobre Salud Infantil: Encuestas sobre salud infantil realizadas por este proyecto
- Encuestas nacionales sobre consenso y gastos familiares
- Encuestas y estudios locales dentro del país
- Informe sobre el estado de los niños del mundo, UNICEF
- Informe sobre el Desarrollo Mundial
- Informes sobre el Sector de Salud preparados por el Banco Mundial
- Literatura sobre sociología, nutrición, planificación familiar y enfermedades diarreicas. Entre los informes de la AID están los siguientes:
 - The International Nutrition Communication Service, Maternal and Infant Nutrition Reviews. Education Development Center, 1982-1985.
 - The Weaning Project, Child Feeding Assessments -- Indonesia, Cameroon, Perú, Ecuador, Swaziland, Zaire (Kinshasa) and Ghana. The Manoff Group, 1986-1989.
 - Feeding Infants in Four Societies (Indonesia, Thailand, Colombia and Kenya). The Population Council, 1980-1984.

Entrevistas de informantes clave con:

- Funcionarios del Ministerio de Salud o del sistema de seguridad social
- Funcionarios del UNICEF, la OMS o la AID. También se revisaron informes
- Organizaciones de planificación familiar, por ejemplo, las afiliadas a la IPPF, sobre todo las que participan en actividades de lactancia materna
- Investigadores de la conducta (p.ej. sociólogos, antropólogos).
- Educadores de salud y trabajadores de salud comunitaria
- Dirigentes de la comunidad (religiosos, grupos de mujeres, etc).
- Directores de Proyecto de las ONGs (Programas de Salud MaternoInfantil)
- Personal médico

SECCION II
ANALISIS DE POLITICAS, PROGRAMAS Y ACTIVIDADES COMERCIALES
QUE AFECTAN LAS PRACTICAS DE LACTANCIA MATERNA



AREA 3
MEDIO POLITICO, JURIDICO Y LABORAL

OBJETIVOS:

Parte A. Política sobre lactancia materna: Evaluar el medio político y jurídico en lo que respecta a la protección, al fomento y al apoyo de las prácticas de lactancia materna.

Parte B. Comercialización y promoción de sucedáneos de la leche materna: Evaluar la magnitud de los esfuerzos desplegados para vender sucedáneos y suplementos de la leche materna, alimentos de destete, biberones y chupones; la influencia de esos esfuerzos en las prácticas de amamantamiento.

Parte C. Trabajo de la mujer: Examinar los patrones laborales de la mujer en lo que respecta a su relación con la lactancia materna.

Parte D. Grupos de apoyo para la mujer: Identificar y evaluar grupos de apoyo para determinar su importancia como medio de asistencia a la lactancia materna.

UTILIZACION:

Parte A: Determinar cómo las políticas y la legislación nacionales, o su aplicación, afectan las prácticas de lactancia materna.

Parte B: Formular medidas para contrarrestar la influencia negativa de los medios de difusión y las técnicas de promoción; determinar la necesidad de trabajo adicional para entender mejor esas fuerzas.

Parte C: Identificar los campos en que se necesita introducir cambios de política para mejorar el apoyo y la orientación suministrados por instituciones, comunidades o iguales a las madres lactantes que trabajan en varios establecimientos (incluso fábricas, fincas o casas).

Parte D: Identificar las clases de grupos y actividades que pueden prestar apoyo efectivo a la lactancia materna y las posibles deficiencias en ese campo.

TOPICOS DE EVALUACION:

A. Políticas de Lactancia Materna

1. Política declarada de protección, promoción y respaldo de la lactancia materna:
 - La política de lactancia materna disponible es armónica con las "prácticas ideales de lactancia materna". (Véase la declaración correspondiente al objetivo del Area 2).
 - La política del sector de salud es compatible con las recomendaciones internacionales, a saber:
 - Los centros de atención de salud maternoinfantil tienen políticas congruentes con los "diez pasos" recomendados por la OMS y el UNICEF para el apoyo a la lactancia materna. (Ver Anexo C).
 - Las políticas y los planes de trabajo de los programas de control de la enfermedad diarreica contienen recomendaciones congruentes con "prácticas ideales de lactancia materna". (Véase la declaración correspondiente al objetivo del Area 2).
 - ¿Cuál es la política de lactancia materna para las madres con HIV positivo?
 - Las políticas y los planes de trabajo relativos a los programas de planificación familiar contienen recomendaciones compatibles con "patrones óptimos de conducta en cuanto a la lactancia materna". (Véase la declaración correspondiente al objetivo del Area 2).
 - Otras políticas sectoriales
2. ¿Hay sistemas de información para demostrarles a los formuladores de políticas los beneficios de las actividades de promoción de la lactancia materna?
 - sistemas de información sobre la lactancia materna en funcionamiento o planeados
 - indicadores de prácticas de lactancia materna que se notifiquen anualmente a los formuladores clave de políticas
 - investigación operacional y estudios especiales de impacto e innovaciones de los programas:
 - rubro de presupuesto para investigación operacional o estudios especiales
 - estudios de costo-efectividad terminados, financiados o en ejecución acerca de programas de lactancia materna

- valor económico de la lactancia materna y estimativos de ahorro de costos (ejercicio tipo Huffman y otros) divulgados a las personas clave que trazan las políticas

3. Coordinación de la política nacional de lactancia materna:

- coordinador o comité nacional de lactancia materna (relación de técnicas y de políticas)
- objetivos nacionales
- vigilancia

4. Ejecución de política:

- información de políticas para quienes tienen a su cargo el manejo de los programas (presentación oral, declaraciones, manuales, supervisión, etc.) y para los ejecutores de programas
- legislación pertinente y cómo se hace cumplir (distinta a la de sustitutos de la leche - ver más adelante)
- otras medidas hasta la fecha (incluir descripción y razones de intentos en vano para procurar medidas)
- hasta qué punto los organismos donantes han estado involucrados en promover las actividades de apoyo a la lactancia materna
- en qué medida los programas de asistencia de los organismos donantes en supervivencia infantil, especialmente en control de la enfermedad diarreica, nutrición, salud materna y reproductiva, y programas de planificación familiar, incluyen prácticas ideales de lactancia materna
 - OPS
 - UNICEF
 - USAID
 - otros
- hasta qué punto las entidades del sector privado han estado involucradas en apoyar actividades de promoción de lactancia materna
 - organizaciones profesionales (p.ej. obstetras, pediatras, parteras, enfermeras, nutricionistas, etc.)
 - grupos de consumidores
 - otros

B. Políticas nacionales relacionadas con la comercialización y la promoción de sustitutos de la leche materna y alimentos para niños

1. Políticas relacionadas con la comercialización y promoción de sucedáneos de la leche materna y de alimentos para bebé.
 - Adopción y adherencia al Código Internacional de Comercialización de Sustitutos de la Leche Materna (Véase el Anexo D) y resolución para 1986 por parte de compañías y trabajadores de salud. Cumplimiento.
 - Legislación pertinente (leyes de rotulación, y propaganda, distribución de muestras de alimentos. etc).
 - Métodos para asegurar el cumplimiento de las leyes y su efectividad (gobierno, autovigilancia de la industria, ONG, IBFAN, etc).
 - ¿Son congruentes los programas de distribución de alimentos o de ayuda alimentaria con las políticas relacionadas y las normas nacionales sobre la duración de la lactancia materna exclusiva, la edad apropiada para la introducción de complementos y la naturaleza de estos? Y, particularmente, si no se suministra leche en polvo descremada en un programa, ¿se ciñen las políticas relativas al uso a las recomendaciones dadas en las pautas de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y la OMS? (Véase el Anexo E).
 - Aparte de las fórmulas lácteas para niños, ¿están vigentes las leyes o regulaciones sobre promoción y rotulación y las cumplen los fabricantes de alimentos para niños en relación con la duración de la lactancia materna exclusiva, la edad de la introducción de complementos, la naturaleza apropiada y el valor nutritivo de los alimentos para niños?
 - Divisas empleadas para importar fórmula y alimentos para bebé, biberones, etc.
2. Regulación de la distribución de productos
 - Número de productos nacionales e importados disponibles en el mercado y en los hospitales
 - Precio (por recipiente comprado; por onza de fórmula preparada correctamente y de alimento de destete; para dar al lactante una cantidad diaria suficiente)
 - Disponibilidad de los grandes almacenes urbanos a pequeños puestos rurales
 - Volumen de ventas y proporción del mercado de productos (competitividad)
 - Mecanismos de distribución (por medio de hospitales, centros de salud y proveedores)

3. Regulación de las actividades de promoción

- La etiqueta, la compañía, un mensaje explícito/implícito
- Medios de difusión empleados por la compañía
 - Propaganda por radio y televisión
 - Propaganda en revistas y diarios
 - Revistas profesionales
 - Carteles, folletos, etc.
- Representantes de los fabricantes de fórmula que ofrecen productos o información publicitaria gratuitamente o en forma subvencionada al personal médico y a las madres
- Representantes de los fabricantes de fórmula o suministros en los centros y puestos de salud comunitarios, etc.
- Trabajadores de los hospitales pagados (de alguna forma, con regalos, viajes, etc) por los fabricantes de sucedáneos de la leche materna o de fórmulas para bebé para promover sus productos de cualquier manera
- El hospital da a los representantes de los fabricantes de fórmulas listas de pacientes del pabellón de maternidad y existen otras formas indirectas en que ellos pueden comunicarse con las madres.
- Otras formas en que las madres obtienen muestras gratis:
 - paquetes de regalo durante su estadía en el hospital o cuando se les da de alta
 - material "educativo" acompañante
- Gestión ante:
 - el gobierno, especialmente los programas de distribución de alimentos
 - profesionales y asociaciones profesionales por medio de celebración de congresos, fondos para investigación, revistas o boletines, concesión de subvenciones particulares (viajes o premios)
- Regalos a estudiantes de escuelas profesionales (libros de texto, etc.)
- Regalos a varios establecimientos (cintas, carteles, folletos sobre el bebé, etc.)

Emplee la lista de verificación del Anexo F

C. Trabajo de las mujeres

1. Descripción del trabajo de las mujeres

- Tipos de trabajo de las mujeres y porcentaje aproximado de la población femenina en los sectores formal e informal, incluyendo de ser posible, las actividades remuneradas, las actividades de intercambio, la agricultura (trabajador jornalero o producción doméstica), etc.
- Ubicaciones de las mujeres en las categorías citadas, p.ej. en el hogar, en la fábrica, en el campo agrícola, etc.

2. Política de trabajo y licencia de maternidad de la mujer y su ejecución

- Legislación pertinente y forma de hacerla cumplir
- Duración de la licencia de maternidad
 - empleados públicos
 - empleados del sector privado
 - duración real (ley versus práctica)

3. Ambiente de trabajo remunerado (industria)

- Medida en la cual la legislación relativa a licencia de maternidad desestimula la contratación de mujeres por parte de los empleadores
- Políticas y actividades importantes (que pueden ser iguales a las nacionales o diferentes de éstas) de la gerencia y de los representantes de los trabajadores (sindicatos), especialmente en lo relativo a la licencia de maternidad, la lactancia materna, la atención del niño, la atención de salud para la mujer y la posibilidad de la licencia de maternidad.
 - punto de vista de los administradores
 - punto de vista de las mujeres
- Comodidades en el lugar de trabajo para la lactancia materna y la atención del niño (espacio para la atención del niño, sala de lactancia, etc). Programas modelo en funcionamiento. Actitudes hacia las guarderías.
 - punto de vista de los administradores
 - punto de vista de las mujeres
- Problemas relacionados con el transporte de un niño pequeño al lugar de trabajo.
 - punto de vista de los administradores
 - punto de vista de las mujeres

4. Ambiente de trabajo agrícola y otro sector no formal
 - Barreras potenciales en relación con la logística y la asignación de tiempo para la lactancia materna en diversos ambientes de trabajo.
 - punto de vista de los empleadores
 - punto de vista de las mujeres
 - Esquemas de atención infantil basados en la comunidad. Programas modelo en funcionamiento.

D. Sistemas de apoyo para la mujer

1. Haga un inventario de diferentes tipos de grupos de apoyo para:
 - la mujer en general
 - las mujeres con niños
 - las mujeres que trabajan
2. ¿Cuál de los sistemas de apoyo citados presta alguna clase de ayuda a la lactancia materna?
3. Dentro de estos sistemas, ¿cómo se maneja el apoyo perinatal y permanente a la lactancia materna?
 - consejería informal
 - presión por parte de grupos de iguales
 - reuniones de grupos formales
4. Al examinar a diferentes organizaciones específicas ¿cómo prestan las ONG apoyo permanente a la lactancia materna?
 - clubes de madres, promotores, distribuidores comunitarios u otros mecanismos
 - visitas domiciliarias de salud
 - ¿otros medios?
5. ¿Cómo da apoyo permanente el sistema de salud formal a la lactancia materna?
 - ¿Tiene el sistema de salud interés o un compromiso formal para apoyar a las madres lactantes?
 - ¿Participan los grupos de apoyo a las madres lactantes en programas formales de salud materno-infantil (por ejemplo, programa de distribución de suplementos nutricionales, cobertura de las mujeres de bajas condiciones socioeconómicas, adiestramiento de los trabajadores de salud de las clínicas y de los servicios de extensión de los hospitales?)

6. ¿Qué clase de adiestramiento reciben quienes están en la red de apoyo a la lactancia materna?
- ¿tradicional, por medio de observación?
 - ¿en sesiones de aprendizaje?
 - ¿en un curso formal de adiestramiento, de qué tipo?
 - ¿quién se encarga del adiestramiento?
7. ¿Hay grupos formales de apoyo a las madres lactantes?
- ¿Cómo se establecen los grupos y las reuniones?
 - ¿Quién los dirige?
 - ¿Cómo están organizados los grupos?
 - ¿Existe coordinación con las redes de grupos de apoyo de madres a la lactancia materna?
 - ¿Hay fondos para el trabajo de dichos grupos o no?
 - ¿Cuáles son las fuentes de fondos?
 - ¿Son voluntarios o remunerados los consejeros o facilitadores?
 - ¿Quiénes son objeto del trabajo del grupo de apoyo a las madres lactantes?
8. ¿Cómo se sigue la trayectoria del apoyo a las madres lactantes?
- ¿Existen indicadores del proceso de evaluación en el sistema de salud formal/en el sistema de apoyo a las madres lactantes?
 - ¿Existe información sobre:
 - reuniones, consejería informal, otras actividades
 - adiestramiento
 - otros servicios (documentación, referencia, educación, etc.)

E. Conclusiones

Refiérase a la orientación dada en el Area 1, Parte D, para redactar esta sección.

F. Recomendaciones

Refiérase a la orientación dada en el Area 1, Parte E, para redactar esta sección.

FUENTES RECOMENDADAS DE INFORMACION Y METODOS:

A. Política sobre lactancia materna

Búsqueda bibliográfica que incluya:

- análisis de las actividades legislativas relacionadas con la lactancia materna realizado por el Centro de Documentación sobre Alimentación Infantil y Nutrición Materna de la Asociación Americana de Salud Pública
- informe bienal de la OMS presentado a la Asamblea Mundial de la Salud, informe de adelantos y de evaluación de las actividades de nutrición del lactante y del niño pequeño y estado de ejecución del Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna

Entrevistas de informantes clave con:

- Grupos de promoción de la lactancia materna en cada país
- Funcionarios del Ministerio de Planificación
- Funcionarios del Ministerio de Salud
- Funcionarios del Ministerio de Trabajo
- Representantes de entidades públicas reglamentarias
- Representantes de la IBFAN
- Representantes del UNICEF, de la OMS, la OIT, la AID y otros organismos bilaterales
- Dirigentes sindicales
- Dirigentes de grupos femeninos
- Representantes de fabricantes de fórmula para bebés y de la industria farmacéutica

B. Comercialización y promoción de sucedáneos de la leche materna

Búsqueda bibliográfica que se concentrará especialmente en el informe bienal de la OMS presentado a la Asamblea Mundial de la Salud, el informe de adelantos y de evaluación de las actividades de nutrición del lactante y del niño pequeño y el estado de la ejecución del Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna.

Entrevistas de informantes clave con:

- Funcionarios del Ministerio de Salud
- Administradores y personal de hospitales y clínicas
- Representantes de los fabricantes de fórmula para bebé
- Representante en el grupo local de la IBFAN
- Funcionarios del UNICEF y de la OMS (encargados del Código)

Observación y entrevistas informales en:

- Pabellones de maternidad de los hospitales
- Clínicas de salud maternoinfantil
- Farmacias
- Tiendas de víveres locales

Observación de:

- Medios de difusión locales, radio, televisión y revistas femeninas
- Revistas profesionales

C. Trabajo de la mujer y D. Sistemas de apoyo a la mujer

Búsqueda bibliográfica, que incluya el análisis legislativo hecho por el Centro de Documentación sobre Alimentación Infantil y Nutrición Materna y los documentos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la Organización Internacional de Sindicatos de Consumidores (IOCU).

Entrevistas de informantes clave con:

- Ministerio de Asistencia Social o de Trabajo
- Ministerio de Asuntos de la Mujer
- Representantes de empleadores y sindicatos
- Investigadores (sociólogos, economistas)
- Representantes de la Liga de la Leche
- Representante de los grupos de consumidores locales
- Representante de los grupos locales de promoción y apoyo de la lactancia materna

Visitas locales con observación y entrevistas informales en fábricas, fincas, hogares, cooperativas de trabajo y reuniones y oficinas de grupos de apoyo a las madres lactantes.

AREA 4 SERVICIOS DE SALUD

OBJETIVOS:

Parte A. Servicios de salud formales: Resumir los indicadores estadísticos de prestación de servicios de salud y describir a) los sistemas de prestación de servicios de atención prenatal, b) de maternidad y c) atención puerperal y/o de salud infantil relacionados con los patrones de conducta relativos a la lactancia materna.

Nota: En este caso, los servicios de salud formales se definen como todos los servicios prestados por medio de una estructura institucional, ya sea que estén en el sector público (gobierno) o privado (incluso iglesias, organizaciones no gubernamentales u organizaciones privadas de voluntarios). Los trabajadores de salud comunitarios, pertenecientes al servicio de salud gubernamental aunque no sean remunerados, deben considerarse como parte del sistema de atención de salud formal.

Parte B. Atención de salud tradicional: Evaluar la importancia relativa de la función de los proveedores de salud tradicionales.

Nota: En este caso, la atención de salud tradicional se define como la prestada, entre otros, por personal de salud indígena, como parteras y curanderos tradicionales, personas que aplican inyecciones, yerbateros, masajistas, etc. No están vinculados a ningún servicio de salud formal ni institucional para fines de adiestramiento, sueldo o apoyo de cualquier otra clase, aunque pueden haber participado en un programa de adiestramiento patrocinado, por ejemplo, por el Ministerio de Salud.

UTILIZACION:

Parte A. Identificar los campos en que se pueden introducir cambios de política para mejorar la disponibilidad, el contenido y la accesibilidad de los servicios de apoyo a la lactancia materna y determinar qué clase de trabajo se necesita para conocer mejor los servicios de salud y las prácticas de lactancia materna.

Parte B. Identificar posibles campos de intervención programática orientados hacia los proveedores tradicionales de atención o sus clientes.

TOPICOS DE EVALUACION

A. Servicios de salud formales

1. Patrones de atención prenatal

- a. Resumen de indicadores estadísticos. Sería ideal informar cifras globales para el país o región y luego desglosarlas por variables demográficas clave; algunas variables clave se sugieren entre paréntesis:

- cobertura prenatal global y oportunidad de su iniciación
 - número de total de visitas prenatales por mujer (por ESE, rurales y urbanos, etc.)
 - cobertura de diferentes tipos de centros de atención prenatal (hospital, centro de salud del distrito, centro de salud comunitario; público versus privado).
 - cobertura por tipo de persona que atiende fuera de un centro (comadrona o partera capacitada, médico privado, etc).
- b. Protocolos o normas de visitas prenatales
- examen de los pechos
 - consejería en relación con la lactancia materna - revisar los materiales utilizados
 - consejería en nutrición para la madre
 - información sobre los substitutos de la leche materna
 - distribución de leche en polvo -- recomendaciones relacionadas con la lactancia

2. Normas para partos en hospitales o clínicas

(Las restricciones de tiempo durante la visita pueden exigir que el consultor se concentre en los hospitales maternos más importantes como aproximación a todos los partos atendidos en ellos). Podría realizarse una revisión por separado para el hospital escuela más importante donde puede haber graduados de WellStart (véase el Area II, sección 4.2C) o donde el UNICEF haya realizado el programa de hospitales amigos de los niños.

- a. Resumen de indicadores estadísticos. Sería ideal informar la número global para el país, región e indicar el rango por cada variable demográfica clave.
- distribución de nacimientos por tipo de establecimiento (p.ej., partos en hospital o en clínicas versus partos en el hogar; establecimiento público versus privado; rural versus urbano, etc).
 - distribución de nacimientos por tipo de persona que atiende el parto (p.ej., médico, enfermera-partera, partera tradicional, etc).
 - porcentaje de nacimientos hospitalarios que son:
 - por cesárea
 - prematuros
 - Bajo peso al nacer: < de 1500 gramos
de 1500 a 2499 gramos

- uso de oxitocina y ergometrina en el postparto: de rutina para prevención de la hemorragia del postparto (dosis y duración) o restringido al tratamiento de la hemorragia de postparto.
 - porcentaje aproximado (o común/no común) de recién nacidos a quienes se les da alimentos antes de la lactancia ("pruebas de tolerancia gástrica") o complementos como agua glucosada
 - porcentaje aproximado (realizado y no realizado) de mujeres que han hecho alojamiento conjunto las 24 horas del día
 - número de camas por cuarto
 - número de mujeres por partera
 - número de niños en la sala
 - porcentaje aproximado (común y no común) de niños a quienes se les da fórmula aún cuando la madre los esté amamantando (realizado y no realizado)
 - comparación de estadísticas de iniciación de lactancia materna entre los diferentes tipos de establecimientos (hospital, clínica, establecimiento público, establecimiento privado, etc).
 - comparación de estadísticas según partos a diferentes horas del día
 - disponibilidad de muestras gratis de fórmula para las madres al egreso del hospital
- b. Protocolos o normas de lactancia materna (pueden restringirse las observaciones y entrevistas de informantes claves a uno o dos hospitales maternos importantes y dos hospitales escuela)
- disponibilidad de la historia prenatal de la madre
 - consideración de la intención de la madre de amamantar en las decisiones sobre sedantes, analgésicos, anestesia y el uso de oxitocina y ergometrina durante el trabajo de parto, el parto y el postparto
 - tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento en que se le trajo el niño a la madre
 - tiempo transcurrido entre el nacimiento y el comienzo de la lactancia
 - práctica en relación con el calostro

- diagramación del espacio del parto, de la recuperación, de la sala cuna, de los cuartos de las madres. ¿Promueven el alojamiento conjunto?
 - horario de alimentación
 - frecuencia y duración de cada comida ¿cuánto tiempo se deja al niño con la madre?
 - frecuencia y duración de las comidas nocturnas
 - examen de los pechos de las madres
 - observación de una sesión de alimentación para identificar posibles problemas
 - consejería en lactancia materna
 - clases de lactancia
 - consejero en lactancia (formal o informal que aconseje a las madres)
 - protocolos para la consejería sobre cuándo y cómo usar complementos
 - el niño no gana peso
 - el niño está enfermo
 - la madre está enferma o desnutrida
 - el niño rehusa la leche materna
 - tipo de alimentación que se estimula y que se practica con los niños de bajo peso al nacer:
 - < 1500 gramos y 1500 - 2499 gramos (leche materna ya extraída para niños < 1500 gramos, disponibilidad de bombas de pecho y refrigeradores)
 - disponibilidad de líquidos para la mujer que amamanta, para sí misma
 - método de la madre canguro u otro método para mantener a la madre y al niño juntos ?
- c. Si existe un hospital escuela o modelo materno:
- evalúe los protocolos o normas de lactancia materna; ¿están actualizados? ¿son integrales?
 - evalúe la cobertura de la educación del paciente y de la promoción de la lactancia materna
 - graduados de WellStart
 - participación en el programa de hospitales amigos de los niños

3. Patrones para la atención del niño y del postparto inmediato

- a. Resumen de indicadores estadísticos. Lo ideal sería informar estadísticas globales por país o región, y luego desglosarlas por variables demográficas clave.
 - existencia de un programa de visitas postparto (número por mujer y momento en que se realizan, por ESE, rural y urbano; tipo de establecimiento; tipo de personal de salud)
 - cobertura de programas de vigilancia del crecimiento para lactantes de 0 a 12 meses
- b. Rubros del protocolo de las visitas a los niños o de postparto
 - se hace seguimiento a las mujeres con visitas en el hogar o se espera a que vuelvan al establecimiento
 - interrogación a la mujer acerca de su salud
 - examen de los pechos
 - vigilancia del peso de las madres
 - recomendaciones en la consejería de nutrición para la madre
 - en las actividades de consejería sobre lactancia materna o vigilancia del crecimiento, recomendaciones (apropiadas o no) cuando:
 - el niño no gana peso
 - el niño está enfermo
 - la madre está enferma o desnutrida
 - los pechos duelen o están congestionados, o los pezones agrietados
 - la madre considera que la leche es mala o es insuficiente
 - la madre está embarazada
 - circunstancias en que se recomiendan los sustitutos de la leche materna
 - se ha vigilado el peso del niño; reconocimiento de diferentes patrones de crecimiento para los niños que maman
 - distribución de leche en polvo -- recomendación relacionada con la lactancia

4. CAP del personal de salud

a. El conocimiento y las actitudes del personal de salud:

- las ventajas y las desventajas de la lactancia materna;
- ideas acerca de la iniciación;
- exclusividad;
- frecuencia;
- duración;
- mujeres que trabajan;
- el uso del agua;
- necesidad de suplementos de vitaminas o minerales (por ejemplo, hierro);
- necesidad de alimentos ricos en hierro; suplementos alimentarios;
- qué se precisa para persuadir;
- el practicante o su esposa ¿han amamantado recientemente a sus recién nacidos?

Utilice la lista de verificación de entrevista en el Anexo G.

b. Conocimiento y actitudes del personal administrativo hacia las ventajas y las desventajas de la lactancia materna

Utilice la lista de verificación de entrevista en el Anexo G.

c. Opiniones del personal de salud acerca de la experiencia de la capacitación: ¿es satisfactoria y apropiada para su nivel de participación en el programa de lactancia materna?

5. Integración de la promoción de la lactancia materna en los programas de salud

a. Identifique los organismos o instituciones que suministran la mayoría de los servicios de SMI a la población "vulnerable" (verifique con los servicios de salud los patrones de utilización de las poblaciones de alto riesgo, p.ej., femenino, bajo status socioeconómico, escasa educación, residencia rural, etc.) Los servicios pueden incluir pero no están limitados a los del Ministerio de Salud, el Sistema de Seguridad Social, el sistema de hospital misionero, la Cruz Roja, las ONGs, etc.

b. ¿Están integradas las actividades de lactancia materna dentro de la infraestructura subnacional del Ministerio de Salud?

■ la política, el programa y las normas y guías de orientación operacionales a nivel regional, de provincia y estatal contienen todos los elementos de promoción de la lactancia materna como parte de:

- la atención de la maternidad y del recién nacido
- actividades del PAI
- actividades de control de las enfermedades diarreicas

o relacionadas con la TRO

- los programas de planificación familiar
- actividades de vigilancia del crecimiento y de

consejería

- actividades relacionadas con los programas de alimentación realizados con arreglo a la Ley Pública 480 y al Programa Mundial de Alimentos (LP 480/PMA)

- actividades de control de las infecciones respiratorias agudas (IRA)

■ los materiales de educación y las normas de capacitación, y el curriculum a nivel regional, provincial y estatal contienen todos los elementos clave de promoción de la lactancia materna como parte de:

- servicios de atención del recién nacido y de la maternidad

- actividades del Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

- programas de planificación familiar
- actividades de vigilancia del crecimiento y de

consejería

- actividades relacionadas con los programas de alimentación realizados con arreglo a la Ley Pública 480 y al Programa Mundial de Alimentos (LP 480/PMA)

- actividades de control de las infecciones respiratorias agudas (IRA)

c. ¿Se han integrado las actividades de lactancia materna en los sitios de distribución de servicios de salud?

Nota: Los asuntos siguientes se refieren a varios programas de salud y nutrición. Puede ser más fácil discutir cada tipo de programa por separado (por ejemplo, el control de las enfermedades diarreicas (CED) o en el orden indicado a continuación. En las secciones f, g y h se presentan, respectivamente, otros asuntos pertinentes a programas específicos (PAI, CED/TRO y planificación familiar).

- ¿Se ponen en práctica los "Diez pasos hacia una feliz lactancia natural" (véase el Anexo D) en los servicios de salud que prestan atención de maternidad por parte del equipo de evaluación? Esto se puede haber respondido parcialmente antes en el caso de los hospitales y las clínicas de gran tamaño, pero ¿qué sucede en el nivel de APS?
- ¿Promueven los proveedores de atención de salud asalariados de los servicios periféricos, que fueron entrevistados, "patrones de conducta óptimos en cuanto a lactancia materna" como parte de
 - actividades del PAI
 - actividades de control de las enfermedades diarreicas o relacionadas con la TRO
 - actividades de planificación familiar
 - actividades de vigilancia del crecimiento y de consejería
 - actividades relacionadas con los programas de alimentación realizados con arreglo a la Ley Pública 480 y al Programa Mundial de Alimentos (LP 480/PMA)
 - actividades de control de las infecciones respiratorias agudas (IRA)
- d. ¿Han sido integradas las actividades de lactancia materna en los sitios de distribución de los servicios de nutrición?
- ¿Hay responsabilidades de supervisión y listas de verificación que incluyen actividades de lactancia materna en los servicios de maternidad y los de atención neonatal visitados?
- ¿Se incluyen preguntas sobre la lactancia materna en las listas de verificación para supervisión de los trabajadores asalariados de salud y nutrición de los servicios periféricos para identificar y abordar asuntos relacionados con el programa e informar ordinariamente sobre actividades relativas a la promoción de la lactancia materna como parte de
 - actividades relacionadas con el Programa Ampliado de Inmunización (PAI)
 - actividades de control de las enfermedades diarreicas o relacionadas con la terapia de rehidratación oral (TRO)
 - actividades de planificación familiar
 - actividades de vigilancia del crecimiento y de consejería
 - actividades relacionadas con los programas de alimentación realizados con arreglo a la Ley Pública 480 y al Programa Mundial de Alimentos (LP 480/PMA)
 - actividades relacionadas con el Programa Ampliado de Inmunización (PAI)
- e. Obstáculos para la lactancia materna en los programas del PAI
 - ¿Hasta qué punto se encuentra lo siguiente en los programas del PAI?

- Adiestramiento deficiente e información equívoca, por ejemplo, "una menor reacción de los lactantes a la vacuna oral contra la poliomielitis".
- Oportunidades perdidas de apoyo a la lactancia materna durante visitas de vacunación.
- Falta de promoción del calostro como "primera inmunización" y de reconocimiento de su función en la mejora de la respuesta inmunitaria del lactante a la vacuna BCG, producida por mediación celular.

f. **Obstáculos de la lactancia materna en los programas de CED y TRO**

¿Hasta qué punto se encuentra lo siguiente en los programas de CED y TRO?

- Adiestramiento deficiente e información equívoca, por ejemplo, "la lactancia materna debe cesar durante la diarrea".
- Ausencia de promoción de lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 4 a 6 meses de edad para evitar casos precoces de diarrea.
- Separación de las madres y los niños lactantes en los pabellones para pacientes internos y ambulatorios durante el tratamiento.
- Uso de biberones y chupones para dar SRO al lactante, que si no están esterilizados lo expone a agentes patógenos y debilitan la relación establecida durante la lactancia materna por la confusión que causa el chupón.
- Insistencia de que las madres administren solo las SRO, de modo que se olviden de amamantar al bebé a intervalos y disminución del volumen de leche.
- Administración de la solución de rehidratación oral a menudo en casos de diarrea leve sin deshidratación, lo que puede alterar la lactancia materna y exponer al niño a agentes patógenos que le hacen más mal que bien.
- Las SRO basadas en alimentos y dadas a los lactantes de menos de 6 meses alimentados exclusivamente con leche materna pueden alterar el amamantamiento.

g. **Obstáculos para la lactancia materna en los programas de planificación familiar**

¿Hasta qué punto se encuentra lo siguiente en los programas de planificación familiar?

- Adiestramiento deficiente e información equívoca, por ejemplo, "no se debe practicar la planificación familiar hasta que cese el amamantamiento; la lactancia materna no tiene ningún efecto anticonceptivo".

- Promoción de la lactancia materna exclusiva como método anticonceptivo durante los primeros 6 meses después del parto.
 - Uso de anticonceptivos orales combinados que contengan estrógeno, que se sepa que reducen el volumen de leche materna, en lugar de anticonceptivos solo a base de progestina y métodos no hormonales (por ejemplo, el método de amenorrea de la lactancia).
 - Recompensa a los trabajadores solo por distribuir anticonceptivos y no por promover la lactancia materna como anticonceptivo.
 - Falta de servicios de consejería sobre planificación familiar y posibilidades de elección de anticonceptivos, incluida la lactancia materna, para las mujeres durante el puerperio.
- h. ¿En qué medida ha estado el sector privado involucrado en la promoción de la lactancia materna?
- si las maternidades privadas y los establecimientos privados de atención del recién nacido practican los "diez pasos"
 - si los pediatras privados, los obstetras-ginecólogos y las parteras independientes promueven la "lactancia materna óptima" como parte de las actividades curativas y preventivas

B. Proveedores tradicionales de atención de salud

1. Patrones de atención prenatal

- a. Tipo de proveedor; dónde y qué servicios suministra; con o sin capacitación
- b. ¿Consejería en lactancia materna o consejería en nutrición? Especificar la oportunidad y el contenido. Consejería a las mujeres (y fundamentos). Resultados esperados.

Utilice la lista de verificación en el Anexo G.

2. Patrón de los partos

- a. Tipo de partera -- con o sin capacitación
- b. Ubicación del parto (hogar u otros)
- c. Medida en la cual la atención es continua (antes y después del parto) o solamente en el parto; vínculos con el sistema de atención de salud formal
- d. Examen de los pechos

- e. **Consejería en:**
- **nutrición materna e infantil**
 - **técnicas de lactancia materna (y cuando se utilizan)**
 - **uso del calostro**
 - **enfermedades de la madre o del niño**
 - **problemas con los pechos**
 - **se le ha dado información al proveedor de salud acerca de la lactancia materna: ¿qué, quién?**

Utilice lista de verificación de entrevista en el Anexo G.

- f. **Uso de la oxitocina/ergometrina**

3. Patrones de atención de postparto

- a. **Proveedor, lugar y momento del servicio (dentro de las primeras horas, de la semana o del mes del nacimiento); con o sin capacitación, ligado al sistema de salud formal**
- b. **Preocupación del proveedor acerca de la madre y/o del niño**
- c. **Preguntas acerca de la alimentación y amamantamiento del niño**
- **qué es lo que les preocupa**
 - **contenido de la consejería**
- d. **Examen de los pechos**
- e. **Recomendación acerca de líquidos o alimentos para la madre o el niño**

(Fuente: Entrevistas utilizando la lista de verificación en el Anexo G)

4 Existencia de una asociación profesional

- a. **políticas**
- b. **actividades**

C. Conclusiones

Refiérase a la orientación dada en el Area 1, Parte D, para la redacción de esta sección.

D. Recomendaciones

Refiérase a la orientación dada en el Area 1, Parte E, para la redacción de esta sección.

FUENTES RECOMENDADAS DE INFORMACION Y METODOS

Búsqueda bibliográfica y de estadísticas de salud

A. Servicios de salud formales

Entrevistas del informante clave con:

- Funcionarios del Ministerio de Salud (departamentos de planificación, atención maternoinfantil, epidemiología, etc.)
- Representantes oficiales de otros sistemas principales de atención de salud (p.ej: seguridad social, seguro privado, etc.)
- Administradores de hospitales de maternidad, o médicos y enfermeras jefes de pediatría y obstetricia
- Docentes universitarios en enfermería y medicina (actividades recientes programáticas y de investigación)
- grupos o asociaciones profesionales relevantes

Observación y entrevistas informales con personal en:

- salas de parto hospitalarias y salas de maternidad (incluyendo los niveles de atención secundario y terciario, establecimientos urbanos, periurbanos y rurales, establecimientos privados y gubernamentales)
- centros de salud, clínicas maternoinfantiles y servicios comunitarios de atención del parto (nivel de atención primario o comunitario)
- programas comunitarios - vigilancia del crecimiento, complementación alimentaria, nutrición y distribución de anticonceptivos con base en la comunidad.

B. Proveedores de atención de salud tradicionales

Entrevistas de informantes claves con:

- antropólogos médicos
- antropólogos
- parteras tradicionales
- parteras capacitadas que trabajan con parteras tradicionales
- asociaciones de curanderos tradicionales. etc.

Observación preliminar y conversaciones informales en las comunidades con parteras tradicionales y curanderos tradicionales, si el tiempo lo permite.

AREA 5
PROGRAMAS DE CAPACITACION PARA PROVEEDORES DE ATENCION DE SALUD

OBJETIVO: Identificar y describir los programas de capacitación existentes para los proveedores claves de atención de salud en el área de lactancia materna.

UTILIZACION: Diseñar programas de capacitación prioritarios y materiales en el área de lactancia materna.

TOPICOS DE EVALUACION:

A. Proveedores de atención salud formal

Identificar a los profesionales que asisten a las madres en el embarazo, el nacimiento, la atención de salud neonatal o específicamente la lactancia materna. Estos profesionales pueden incluir, pero no están limitados, a: médicos, enfermeras, enfermeras-parteras, parteras, trabajadores de salud comunitaria, nutricionistas y farmacéuticos. Programas de capacitación para cada tipo de profesional, tanto antes del servicio como en el transcurso del mismo:

1. Tipo de capacitación disponible: como parte de la educación universitaria antes del servicio, y como parte de la capacitación en servicio.
2. Para la capacitación en la cual se menciona la lactancia materna/la alimentación del niño/el destete:
 - número de horas de capacitación concentrada en la lactancia materna comparado con el número total de horas de capacitación
 - número de horas enfocadas en lactancia materna versus complementación
 - número de horas de capacitación concentradas en interpretar y asesorar en respuesta a la información sobre ganancia de peso, alimentación durante casos de diarrea y después de ésta, otras enfermedades de los niños y el destete
3. Para capacitación en técnicas especiales (lactancia materna y destete solamente)
 - número de horas, cuándo se dan, etc.
 - técnicas clínicas
 - técnicas de consejería
 - vigilancia del crecimiento
4. Contenido del curriculum y de los materiales didácticos: cuán actualizado está en términos de exactitud de la información y protocolos o normas para la interacción con las madres en el hospital o en la consulta externa en relación con la lactancia materna

Utilice documentos y listas de verificación para entrevistas en el Anexo H.

5. Porcentaje de capacitados por tipo proveedor (precisa identificar denominador apropiado)
6. Capacitación de supervisores de quienes reciben capacitación
7. Seguimiento después de la capacitación

- Personas capacitadas por WellStart o IBFAN y capacitación que han dado después a otros (Se suministrará a los equipos de consultores de país una lista de personas capacitadas en WellStart).

8. Si no existen programas de capacitación, ¿cómo y dónde puede iniciarse uno?
 - integración de la capacitación sobre lactancia materna en los programas de capacitación existentes
 - creación de programas de capacitación en lactancia materna
9. ¿Se ha trazado y aprobado una estrategia de capacitación en lactancia materna antes del servicio y en servicio para todas las intervenciones clave y en todos los sectores?
10. ¿Son adecuadas las actividades de educación continua?
 - definir la política de educación continua
 - la política de educación continua identifica responsabilidades nacionales, regionales y locales
 - la educación continua es congruente con los resultados de las evaluaciones de necesidades
11. ¿Están calificados los instructores para capacitar (tienen destrezas, información en campos substanciales y saben cómo capacitar)?
12. ¿Es o son los rubros del presupuesto para la capacitación congruentes con la magnitud de la tarea?
 - patrocinio del gobierno
 - patrocinio de las ONG
 - patrocinio del sector privado (la industria)

13. ¿Las evaluaciones de necesidades de capacitación se toman como base para las actividades de capacitación?

■ Se ha llevado a cabo en los últimos 24 meses evaluaciones de las condiciones físicas para la calidad de la promoción de la lactancia materna en lo siguiente:

- establecimientos de atención de maternidad y de recién nacidos

- actividades del PAI

- actividades del control de enfermedades diarreicas o relacionadas con la TRO

- programas de planificación familiar

- actividades de vigilancia del crecimiento y de consejería

- actividades relacionadas con los programas de alimentación realizados con arreglo a la Ley Pública 480 y al Programa Mundial de Alimentos (LP 480/PMA)

- Actividades relacionadas con las infecciones respiratorias agudas (IRA)

■ ¿Se han utilizado los resultados más recientes de las evaluaciones de necesidades para modificar las actividades de capacitación?

- en establecimientos de atención de maternidad y de recién nacidos

- actividades del PAI

- actividades de control de las enfermedades diarreicas o relacionadas con la TRO

- en programas de planificación familiar

- actividades de vigilancia y consejería

- actividades relacionadas con los programas de alimentación realizados con arreglo a la Ley Pública 480 y al Programa Mundial de Alimentos (LP 480/PMA)

- actividades relacionadas con las infecciones respiratorias agudas (IRA)

B. Capacitación para proveedores de atención de salud tradicionales

Identificar los proveedores tradicionales que interactúan con las madres en un momento dado en relación con el embarazo, el nacimiento, la atención del recién nacido y el niño o específicamente la lactancia materna. Los que ejercen tradicionalmente pueden incluir, pero no están limitados, a parteras y curanderos tradicionales, masajistas, yerbateros, etc.

1. Acceso a programas de capacitación (logística y costo)

2. Contenido de capacitación y materiales didácticos: qué tan actualizados están en términos de exactitud de la información y sugerencias sobre qué hay que cubrir y cómo deben conducirse las interacciones con las madres.
3. Porcentaje de proveedores capacitados (identificar un denominador apropiado).
 - número de horas en lactancia materna comparadas con el número total de horas de capacitación
 - lactancia materna se menciona pero no se enfatiza
4. Capacitación en técnicas de promoción del crecimiento y de la lactancia materna
 - técnicas clínicas
 - técnicas de consejería
 - evaluación de necesidades
 - interpretación y respuesta a los datos sobre peso
5. Suministro de materiales educativos durante la capacitación
 - formatos utilizados (parte del equipo de parto, etc.)
 - contenido informativo; actualización
6. Capacitación del supervisor
7. Educación continua

C. Conclusiones

Refiérase a la orientación dada en el Area 1, Parte D, para la redacción de esta sección.

D. Recomendaciones

Refiérase a la orientación dada en el Area 1, Parte E, para la redacción de esta sección.

FUENTES RECOMENDADAS DE INFORMACION Y METODOS

Revisión:

- Curriculum de lactancia materna de Georgetown IISNFP para las enfermeras
- Manual de IBFAN

Búsqueda Bibliográfica

- Documentos que describen programas de capacitación y/o informes de las actividades de capacitación

Entrevistas del informante clave con:

- Funcionarios del Ministerio de Salud
- Funcionarios del Ministerio de Educación
- Docentes o administradores de Facultades de Medicina, de Enfermería y de Obstetricia (entreviste las facultades públicas y privadas más importantes)
- Representantes de instituciones patrocinadoras de programas de capacitación (p.ej. sector privado, donantes bilaterales y multilaterales, ONGs, etc.)
- Asociaciones profesionales (p.ej., Asociación de Parteras de Ghana)

Entrevistas con alumnos de cursos de capacitación especial, si hay tiempo.

AREA 6
ACTIVIDADES DE COMUNICACION, EDUCACION E INFORMACION (CEI)

OBJETIVO: Describir y evaluar la efectividad de las actividades actuales de comunicación, educación e información (CEI).

UTILIZACION: Determinar su papel actual o potencial en la promoción de la lactancia materna.

A. Esfuerzo global de comunicación de la lactancia materna

Nota: Estos asuntos se refieren a todos los programas de salud públicos y privados, así como a cualquier programa pertinente de otro campo.

1. ¿Es la lactancia materna el tema principal del programa de comunicación o está integrada dentro de un enfoque más amplio o dentro de un programa de comunicación para otro tópico?
2. Comunicación inter e intrainstitucional para la planificación de las actividades de CEI para la lactancia materna (o en forma más general para los programas de salud materno-infantil).
 - grado de colaboración en actividades de CEI de lactancia materna mediante diferentes programas de nutrición y de salud (por ejemplo, atención materno-infantil, enfermedades venéreas transmisibles, planificación familiar, control de enfermedades diarreicas, maternidad segura)
 - vigilancia de la armonía de los mensajes -- cómo y por quién
 - integración de los medios masivos de comunicación y de la comunicación interpersonal, por ejemplo, armonía de los mensajes, oportunidad
3. ¿Se basó la planificación en una evaluación de necesidades (cualitativa, cuantitativa, CAP y hábitos de los medios de difusión? Explique.
4. Estrategia de comunicación
 - alcance: enfoque simple o integral a nivel nacional o regional, o disperso en grupos y programas que establecen sus propias prioridades
 - diseñado con audiencias especificadas y bien segmentadas, incluyendo tanto a ejecutores del programa, a médicos, etc., así como a madres y otros
5. ¿Cuáles son los objetivos específicos y cuál es la estrategia para lograrlos?
6. Vigilancia y evaluación del programa de comunicación: ¿Hay algo que demuestre el esfuerzo de comunicación?

7. Sostenibilidad

- campaña o esfuerzo a largo plazo
- fondos disponibles -- patrocinio por parte de la industria, asociaciones profesionales, etc.
- presencia de profesionales calificados en comunicación y recursos adecuados de medios masivos de comunicación

B. Regulación y política de comunicaciones

1. Regulaciones del gobierno sobre los medios masivos de comunicación
2. Política del gobierno o de las organizaciones privadas de medios en relación con los anuncios de servicio público y/o el contenido de los mensajes (p.ej. las estaciones de radio y televisión)
3. Sistema de medios masivos de comunicación centralizados o descentralizados
4. Prohibición de exhibir los pechos en la televisión o en los medios gráficos

C. Actividades específicas de CEI

1. Utilización de los medios masivos de comunicación para promover la lactancia materna/la alimentación infantil
 - características demográficas de la audiencia (radio, televisión, periódicos y revistas)
 - directamente (p.ej. anuncios del servicio público/tiempo gratis en radio o televisión, publicidad comercial en radio o en televisión, avisos en periódicos y en revistas, afiches, folletos, carteles, etc.)
 - inventario de actividades recientes: relaciones públicas, educación sobre temas, utilización de formatos
 - muestras de materiales existentes
 - proceso utilizado para elaborar materiales existentes (investigación formativa y pruebas preliminares)
 - influencias indirectas de los medios masivos de comunicación tales como la aparición de alimentación infantil en dramas por televisión (novelas), dramas por radio, teatro popular, etc.
 - información de evaluación/lecciones aprendidas

2. Comunicación interpersonal o cara a cara -- oportunidad de la información que se le da a la madre y su posible receptividad
 - consejería en hospital o basado en el consultorio
 - ¿Quién transmite la información?
 - materiales
 - uso correcto de los materiales
 - evaluaciones de información
 - grupos de mujeres
 - ¿quién transmite la información?
 - materiales
 - uso correcto de los materiales
 - evaluaciones de información
 - otro
3. Presencia de un centro de documentación para actualización de la información internacional en lactancia materna y destete y el acceso a materiales educativos para diferentes audiencias

D. Conclusiones

Refiérase a la orientación dada en el Area 1, Parte D, para la redacción de esta sección.

E. Recomendaciones

Refiérase a la orientación dada en el Area 1, Parte E, para la redacción de esta sección.

FUENTES RECOMENDADAS DE INFORMACION Y METODOS

Búsqueda bibliográfica

Entrevistas del informante clave con:

- Representante del organismo de regulación del gobierno para las comunicaciones
- Coordinadores de programa de salud materno-infantil en el Ministerio de Salud o en el Ministerio de Acción Social
- Coordinadores de programa de educación en salud y/o de comunicaciones en salud en el Ministerio de Salud y otras instituciones
- Representantes dentro de agencias donantes, generalmente UNICEF y ONGs
- Representante encargado de agencias de publicidad

AREA 7
APOYO FINANCIERO PARA ACTIVIDADES DE LACTANCIA MATERNA

OBJETIVO: Identificar las diversas fuentes de apoyo financiero para actividades de lactancia materna y el punto de concentración especial o las limitaciones de un donante determinado.

UTILIZACION: Esta información ayudará a los programadores a formular intervenciones destinadas a abordar las recomendaciones emanadas de la evaluación y/o de otras nuevas actividades relacionadas con la lactancia materna realizadas en el país.

- A. ¿Qué proporción de los costos del programa de lactancia materna sufraga el Gobierno?**
- tendencias de la proporción del presupuesto total de salud del Estado destinada a actividades de lactancia materna (excluidos otros fondos de donantes, fondos de apoyo económico (FAE) y fondos de la LP 480)
 - tendencias de la proporción que costea el Estado del presupuesto total del programa de lactancia materna (excluidos otros fondos de donantes, fondos de apoyo económico (FAE) y fondos de la LP 480)
 - tendencias de la proporción de costos ordinarios locales sufragados por el Estado (excluidos otros fondos de donantes, fondos de apoyo económico (FAE) y fondos de la LP 480)
 - tendencias del financiamiento con el tiempo, con el ajuste correspondiente a la inflación
- B. ¿Cuál es el panorama del financiamiento de donantes para actividades de lactancia materna y cuáles parecen ser las restricciones, si se ha impuesto alguna, para el uso del dinero?**
- C. ¿Cuál es la experiencia de recuperación de costos?**
- D. Financiamiento de fuentes particulares recibido para actividades de lactancia materna, como preparación de material didáctico, conferencias, anuncios en los medios de difusión**
- E. Conclusiones**
- Refiérase a la orientación dada en el Area 1, Parte D, para la redacción de esta sección.
- F. Recomendaciones**
- Refiérase a la orientación dada en el Area 1, Parte E, para la redacción de esta sección

FUENTES RECOMENDADAS DE INFORMACION Y METODOS

Entrevistas del informante clave con:

Funcionarios del Ministerio de Salud

Representantes del UNICEF, la OMS, la OPS, la AID y otras instituciones bilaterales

Representantes de las organizaciones privadas de voluntarios y de las ONG

AREA 3 Medio político, jurídico y laboral

	no respaldan nada					respaldan mucho				
A. Política nacional de lactancia materna	1	2	3	4	5					
B. Regulación de la comercialización y promoción de sucedáneos de la leche materna	1	2	3	4	5					
C. Medio de trabajo de las mujeres	1	2	3	4	5					
D. Grupos de apoyo a las mujeres	1	2	3	4	5					

AREA 4 Servicios de salud

	no respaldan nada					respaldan mucho				
A. Servicios de salud formales										
1. Atención prenatal	1	2	3	4	5					
2. Partos en clínicas y hospitales	1	2	3	4	5					
3. Atención puerperal e infantil inmediata	1	2	3	4	5					
4. CAP del personal de salud	1	2	3	4	5					
5. Integración de la promoción de la lactancia materna en los programas de salud	1	2	3	4	5					
	no respaldan nada					respaldan mucho				
B. Proveedores tradicionales de atención de salud	1	2	3	4	5					
1. Atención prenatal	1	2	3	4	5					
2. Partos	1	2	3	4	5					
3. Atención puerperal e infantil inmediata	1	2	3	4	5					
4. Asociación profesional	1	2	3	4	5					

(Es posible que esto no merezca tanta importancia)

AREA 5 Programas de capacitación

	no están muy bien diseñados					muy bien diseñados				
1. Proveedores formales de atención de salud	1	2	3	4	5					
2. Proveedores tradicionales	1	2	3	4	5					

(Es posible que esto merezca importancia)

AREA 6 Actividades de información, educación y comunicación

A. Esfuerzo global	1 2 3 4 5									
	estricto					laxo				
B. Regulación y política	1 2 3 4 5									
	no están bien diseñados					muy bien diseñados				
C. Actividades específicas: medios masivos de comunicación	1	2	3	4	5					
Educación interpersonal	1	2	3	4	5					
Centro de referencia	1	2	3	4	5					

AREA 7 Financiamiento local y asistencia de donantes

1 2 3 4 5

TOTAL: TODAS LAS AREAS

Mayor total posible: 130

SECCION III RECOMENDACIONES

La finalidad de esta sección es ofrecer una síntesis de todas las recomendaciones que han aparecido en detalle en las ocho áreas precedentes. Las recomendaciones de esta sección final deben relacionarse con la evaluación general y dar carácter de prioridad. No deben ser únicamente una nueva lista de lo que ya se ha indicado antes, ni en lo relativo a detalle ni a número.

El equipo debe recordar que todas las recomendaciones específicas enumeradas en los campos 1 a 7 son importantes, pero que para tomar medidas, los diseñadores de programas deben saber cuál necesita atención primero (factor cronológico) y cuál necesita más atención (factor de recursos, independientemente del tiempo). Por tanto, el equipo necesita considerar todas las conclusiones y recomendaciones y emitir un juicio en forma de recomendaciones sintéticas. "Sintéticas" no significa "generalizadas", ya que las recomendaciones enumeradas en esta parte deben ser claras y específicas, pero deben considerarse dentro de un punto de vista más amplio que las que se presentaron antes.

Los resultados dados en el Area 8, en la hoja de calificaciones para el análisis de país sobre lactancia materna, son una forma de derivar conclusiones generales de la evaluación. La parte narrativa de la Sección III debe ser una declaración acompañante del Area 8 en lo que respecta a las recomendaciones. El equipo puede decidir cuál es la mejor forma de organizar los elementos de esta sección. Algunas preguntas que ayudarán a guiar su elaboración son las siguientes:

→ ¿Cuáles son los asuntos más importantes? No son necesariamente los que aparecen en el encabezamiento de las cinco partes principales en que se divide el contenido de la guía. De hecho, es probable que se refieran a esas cinco partes. Por ejemplo, en un país, un asunto importante puede ser la función negativa que desempeña el personal de salud bien intencionado pero mal informado y motivado, sobre todo el más influyente como pediatras, ginecólogos y obstetras. En otro país, un asunto importante puede ser la función negativa que tiene la leche en polvo importada que se distribuye a todo el país por medio de programas gubernamentales y de las ONG. En otro un asunto importante pueden ser los efectos de una prolongada guerra civil y el colapso de la infraestructura formal de salud. Tal vez estos asuntos ya se han identificado al responder a las preguntas de las Areas 1 a 7, pero en esta sección final es necesario compararlas y determinar cuáles son más importantes y, por tanto, cuáles merecen más atención inmediata y de qué manera.

→ ¿Cuáles son los actores más influyentes en la promoción de la lactancia materna y qué medidas deben tomar para ampliar su trabajo? ¿Qué recursos necesitan? ¿Cómo pueden influir en los asuntos a los que el equipo ha dado máxima prioridad para la acción?

→ En relación con cada asunto importante que se debe abordar, ¿cuáles son los actores e instituciones que deben participar y cómo puede hacerlo cada uno, dados sus mandatos particulares y sus recursos actuales (o proyectados)?

→ En lo que respecta a un determinado grupo de asuntos de máxima prioridad, ¿cuáles son los que se pueden abordar a corto plazo y cuáles a largo plazo (por ejemplo, promulgación de leyes para dar licencia de maternidad)?

Anexo A

Advertencias sobre errores cometidos comúnmente al interpretar los estudios de lactancia materna

Tomado de Anderson, Mary Ann. The impact of breastfeeding on infant and child morbidity and mortality, documento presentado en el Taller sobre Prioridades de Salud Infantil para los años 90, Universidad de Johns Hopkins, 20-22 de junio de 1991

Fuentes de sesgos en la asociación existente entre la lactancia materna y la morbilidad y mortalidad

Hay muchas posibles fuentes de sesgos al comparar las tasas de morbilidad y de infección entre los niños amamantados y otros (Kramer, 1987). Las fuentes más comunes de sesgos en los estudios sobre lactancia materna y sus efectos para la salud se agrupan en dos categorías principales: (1) causalidad inversa y (2) baja comparabilidad en las condiciones socioeconómicas de los grupos de estudio. Existe causalidad inversa en los estudios de lactancia materna cuando el resultado que se analiza, por ejemplo defunción o enfermedad, impide o lleva a terminar la lactancia materna, en lugar de que ocurra lo contrario, es decir, ausencia de lactancia materna que causa enfermedad o defunción. Por tanto, aunque existe una relación causal entre la lactancia materna y la enfermedad o la mortalidad, la secuencia temporal es el inverso de la formulada como hipótesis. Otro ejemplo son los niños con bajo peso al nacer, que están expuestos a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, pero que también tienen menos posibilidades de ser amamantados (Barros y Colaboradores, 1986). Los sesgos en la causalidad inversa llevan a sobreestimar los beneficios de la lactancia materna.

Las diferencias socioeconómicas y demográficas entre las madres que amamantan y las que alimentan a sus hijos con biberón son posibles factores de confusión porque están relacionadas con las prácticas de alimentación infantil y la morbilidad y mortalidad. Por tanto, en muchos países en desarrollo donde la lactancia materna es más común entre la población de menores ingresos y escolaridad la alimentación con biberón es común en el grupo de mayores ingresos y grado de instrucción, la comparación del resultado para la salud infantil según la clase de alimentación, sin ningún control de esas importantes diferencias socioeconómicas entre uno y otro grupo, lleva a subestimar los beneficios de la lactancia materna. En cambio, en los Estados Unidos, la lactancia materna es practicada por grupos instruidos de ingresos medianos y altos y la alimentación con biberón es más común entre los de menores ingresos y, por tanto, la comparación de los resultados que para la salud tiene esa forma de alimentación infantil, sin ningún control de la situación socioeconómica, podría llevar a sobreestimar los beneficios de la lactancia materna.

Puesto que muchos estudios antiguos presentan resultados espúreos debido a los sesgos descritos antes, esta reseña de la literatura sobre la reducción de la morbilidad y mortalidad del lactante y del niño pequeño se basará, en gran parte, en estudios más recientes, bien diseñados y cuidadosamente controlados. Un estudio hecho en Malasia (Habicht y Col., 1986) ofrece una buena ilustración de los métodos analíticos empleados para reducir los sesgos y el efecto de esos controles estadísticos en la magnitud de la reducción de la mortalidad infantil relacionada con la lactancia materna. Aun si se incluyen controles adecuados de la posible causalidad inversa y de los factores de confusión, en este estudio y en otros se observa todavía que el efecto protector de la lactancia materna es de suma importancia (Millman y Cooksey, 1987; Kramer, 1987).

Anexo B

**Patrones de lactancia materna y de destete en países seleccionados
tomados de las encuestas demográficas y de salud, 1986-1989
(para el último niño nacido vivo)**

ANEXO B

Patrones de Lactancia Materna y de Destete en Países Seleccionados Tomados de las Encuestas Demográficas y de Salud, 1986-1989
(Para el último niño nacido vivo)

PAIS	Porcentaje de niños de 0-4 meses de edad				Porcentaje de niños de 7-11 meses de edad			
	(a)*	(b)	(c)	(d)	(e)*	(f)	(g)	(h)*
	Lactancia Materna exclusiva	Lactancia Materna + agua pura	Lactancia Materna + otros alimentos	Lactancia Materna	Lactancia Materna + sólidos sin biberón	Lactancia Materna sin sólidos	Sin Lactancia	% de niños de 12-14 meses con Lact. Mat.
Marruecos	42	17	32	91	43	26	24	68
Túnez	19	35	42	96	37	22	30	61
Botswana	37	26	33	96	73	12	7	79
Burundi	84	7	9	100	71	23	1	96
Ghana	2	61	37	100	45	36	1	97
Kenya	21	15	62	98	71	7	4	88
Liberia	14	27	57	98	50	23	17	69
Nigeria (Ondo)	1	21	76	98	24	53	7	79
Mali	8	68	23	99	51	44	1	91
Senegal	5	61	33	99	72	19	2	96
Togo	8	25	67	100	84	10	0	95
Uganda	63	6	31	100	74	19	6	90
Zimbabwe	9	39	51	99	88	3	3	90
Indonesia	36	3	57	96	83**	9	8	82
Sri Lanka	12	39	45	96	30	29	16	73
Tailandia	4	21	65	90	48	10	24	63
Bolivia	55	4	38	97	39	24	15	71
Brasil	3	11	57	71	15	9	60	24
Colombia	18	5	63	86	13	12	52	36
Rep. Dom.	13	13	56	82	11	16	59	26
Ecuador	27	10	53	90	15	42	25	56
México	33	1	38	72	20	13	48	35
Perú	31	4	57	92	24	23	26	66
Trin. y Tobago	10	6	62	78	12	4	62	33

* Las columnas (a), (c) y (h) representan la alimentación óptima del niño congruente con el objetivo de la AID para la lactancia materna como estrategia de supervivencia infantil, la cual idealmente debe ser del 100% para cada país

** Indonesia carece de información acerca de alimentación por biberón

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, 1986-1989

Anexo C

Resumen de definiciones de los términos de Lactancia Materna

Anexo C

Resumen de Definiciones de los Términos de Lactancia Materna

Clase de alimentación infantil	Exige que el niño reciba	Permite que el lactante reciba	No permite que el lactante reciba
La Lactancia Materna exclusiva	Leche materna (incluso leche extraída por la madre o de una nodriza)	Gotas, jarabes (vitaminas, minerales, medicamentos)	Nada más
Lactancia materna predominante	Leche materna (incluso leche extraída por la madre o de una nodriza) como la fuente principal de nutrición	Líquidos (agua, bebidas a base de agua, jugo de frutas, SRO), líquidos administrados durante rituales y gotas de jarabes (vitaminas, minerales, medicamentos)	Nada más (en particular, leche que no sea humana y líquidos alimenticios)
Alimentación complementaria	Leche materna y alimentos sólidos o semisólidos	Cualquier alimento o líquido, incluso leche que no sea humana	
Lactancia materna	Leche materna	Cualquier alimento o líquido, incluso leche que no sea humana	
Alimentación con biberón	Cualquier líquido o alimento semisólido de un biberón dotado de chupón	Cualquier alimento o líquido, incluso leche que no sea humana. También permite dar leche materna en biberón	

Fuente: Organización Mundial de la Salud, CDD/SER/91.14. Indicators for Assessing Breastfeeding Practices: Report of an Informal Meeting, 11-12 June 1991, Ginebra, Suiza.

Anexo D

Diez pasos hacia una feliz lactancia natural

ANEXO D

DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL

Cada establecimiento que suministre servicios de maternidad y de atención a los niños recién nacidos debe:

1. Contar con una política escrita de lactancia materna que se comunique en forma rutinaria a todo el personal de atención de salud.
2. Capacitar a todo el personal de atención de salud en las técnicas necesarias para implantar esta política.
3. Informar a todas las mujeres embarazadas acerca de los beneficios y la administración de la leche materna.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna dentro de la media hora del nacimiento.
5. Indicar a las madres como amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si debieran estar separadas de sus niños.
6. No dar a los niños recién nacidos ningún otro alimento ni bebida más que la leche materna, a menos que el médico así lo indique.
7. Practicar el alojamiento conjunto: hacer que las madres y los niños permanezcan juntos las 24 horas del día.
8. Estimular la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños, a los que les están dando leche materna, ni biberones o chupetes (también llamados postizos o calmantes).
10. Promover el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y remitir a las madres a ellos al momento del egreso del hospital o de la clínica.

Anexo E

**El código de comercialización de fórmulas para niños lactantes
incluye estas diez estipulaciones de importancia**

ANEXO E

EL CODIGO DE COMERCIALIZACION DE FORMULAS PARA NIÑOS LACTANTES INCLUYE ESTAS DIEZ ESTIPULACIONES DE IMPORTANCIA

1. Estos productos no deben anunciarse al público.
2. No se les debe dar muestras gratis a las madres.
3. No debe hacerse promoción de estos productos en los centros de atención de salud.
4. Ninguna compañía debe instar a las enfermeras a aconsejar a las madres.
5. No se deben hacer regalos ni dar muestras gratis al personal de salud.
6. No deben colocarse en los rótulos de los productos ni palabras ni imágenes idealizando la alimentación artificial, incluyendo fotografías de los niños.
7. La información al personal de salud debe ser científica y realista.
8. Toda la información sobre alimentación artificial de niños, incluyendo los rótulos, deben explicar los beneficios de la lactancia materna, y los costos y los riesgos asociados con la alimentación artificial.
9. No deben promocionarse productos inapropiados, tales como leche condensada azucarada, para los niños.
10. Todos los productos deben ser de un alto grado de calidad y tener en cuenta las condiciones climáticas y de almacenamiento del país donde se utilizarán.

Anexo F

Política de aceptación, distribución y uso de productos lácteos en programas de alimentación para refugiados

OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA
REFUGIADOS (OACNUR)

GINEBRA

Memorando Interno No. 88/89
Memorando a las Oficinas de los Países No. 76/89

Para: Todos los funcionarios de la OACNUR en la sede y en los países

De: El Alto Comisionado Encargado

Ref: 593

Fecha: 25 de julio de 1989

Asunto: **Política de aceptación, distribución y uso de productos lácteos en programas de alimentación para refugiados**

1. El documento adjunto de políticas provee instrucciones para el control del uso de productos lácteos en programas para refugiados. Por la presente le estamos solicitando que efectúe una evaluación de los programas de ayuda para refugiados en su país y promueva los cambios más adecuados para garantizar el uso inocuo de los productos lácteos en todos los programas apoyados y coordinados por la OACNUR.
2. Estas instrucciones han sido respaldadas por las Oficinas de Nutrición y de Ayuda Alimentaria de la Organización Mundial de la Salud y por el UNICEF. El Programa Mundial de Alimentos está de acuerdo con su aplicación. Las instrucciones deben cumplirse en forma inmediata.
3. Esta política se deriva de la preocupación acerca del incremento en el uso de leche en polvo (especialmente de donación) en los programas para refugiados. Se ha comprobado que la leche en polvo aumenta el riesgo de enfermedad en los niños pequeños que viven en ambientes insalubres. Aún más, desestimula la lactancia materna y promueve en cambio el uso de alimentación artificial a biberón, con serias repercusiones para la salud de los niños pequeños.
4. Sabemos que hay catorce países en donde la leche en polvo o de fórmula se distribuyen actualmente como parte de raciones generales o de alimentación a grupos: Argelia, Angola, Costa Rica, Djibouti, Etiopía, Honduras, Hong Kong, Irán, Malasia, Pakistán (repatriados afganos), Somalia, Sudán, Swazilandia y Vietnam. Hay necesidad de revisar la composición de las raciones alimentarias en estos y en otros países que distribuyen leche en polvo en las raciones generales, y se deben buscar substitutos nutricionalmente comparables.

5. Se deberá hacer una evaluación formal de los logros en el primer trimestre de 1990.

Problemas relacionados con el uso inocuo de productos lácteos en programas de alimentación para refugiados

1. Introducción

Los productos lácteos, especialmente la leche en polvo, se han convertido en alimentos comunes de donación en programas de ayuda de emergencia. Debido a la evidencia disponible sobre los riesgos para la salud asociados con la distribución y el uso indiscriminado de leche en polvo en programas de alimentación para refugiados, se ha tomado la decisión de adoptar una política en este sentido (ver parágrafos 6.1 a 6.6 para las pautas específicas).

2. Definición

Para los efectos de esta política, el término "producto lácteo" se refiere a todos los productos no frescos de leche tales como las leches en polvo, evaporadas, condensadas y las modificadas, incluso las fórmulas infantiles.

3. Valor nutricional de la leche

- 3.1. En general, la leche es una excelente fuente de aminoácidos esenciales (proteínas), calcio, vitamina B, y varios microelementos. Es una fuente limitada de hierro; en efecto inhibe la absorción del hierro de otros alimentos, y prácticamente no contiene vitamina C. A menos que se fortifique, cuando se ha descremado no contiene vitamina A.
- 3.2. La leche materna es insustituible como un alimento completo e higiénico para el crecimiento saludable de los niños y constituye una base biológica y emocional única para la salud tanto del niño como de la madre. Además, las propiedades anti-infecciosas de la leche materna ayudan a proteger a los niños contra enfermedades y existe una relación importante entre la lactancia materna y el espaciamiento de los embarazos.
- 3.3. La leche materna por sí sola satisface los requisitos nutricionales del niño por lo menos durante los primeros cuatro meses y con frecuencia hasta los seis meses. Después de esta edad se necesitan otros alimentos para complementar la lactancia materna con el fin de satisfacer las necesidades de energía y otros nutrientes. Idealmente, como todavía ocurre en muchas culturas tradicionales, la lactancia materna se deberá continuar por el mayor tiempo posible, aún hasta el segundo año de vida.

- 3.4. Los requisitos nutricionales por kilogramo de peso son considerablemente mayores en los niños pequeños que en los adultos. Existen también importantes diferencias cualitativas en los requisitos de energía y nutrientes que se relacionan con las necesidades nutricionales de los niños o con sus características fisiológicas particulares. Los productos lácteos como la leche en polvo, pueden ayudar a cubrir estos requisitos si se usan inocuamente. En programas de alimentación para refugiados, la forma más segura de usar productos lácteos en polvo es mezclándolos con harinas de cereales.
- 3.5. La leche rara vez es parte de la alimentación de los adultos entre los refugiados, con excepción de pastores nómadas que dependen del ganado para cubrir sus necesidades nutricionales. Una transición alimentaria es parte del proceso de adaptación de estos grupos en los programas de refugiados, y la leche en polvo descremada no puede considerarse nutricionalmente equivalente con la leche fresca de origen animal que es el componente tradicional de la ingesta alimentaria de estos grupos.

4. Resumen de los riesgos para la salud asociados con el uso de productos lácteos en polvo en programas para refugiados

Problemas de contaminación

- 4.1. En los campamentos de refugiados, los suministros de agua son generalmente inadecuados tanto cualitativamente como cuantitativamente. El agua insuficiente implica que los recipientes y utensilios utilizados para mezclar la leche están con frecuencia sucios, haciendo muy probable la contaminación secundaria. La leche en polvo que se reconstituye con agua contaminada es un medio ideal para la proliferación de bacterias patógenas.
- 4.2. El sistema inmunológico de un niño menor de dos años no está todavía completamente desarrollado y por consiguiente resiste menos que el adulto los efectos de la alta contaminación bacteriana de los alimentos. Los resultados inevitables de la ingesta de leche contaminada son la diarrea aguda y la deshidratación y ambas patologías contribuyen a la desnutrición.

Problemas con la reconstitución

- 4.3. La alimentación de los niños con leche en polvo sobre-diluida como la principal fuente alimentaria resulta en ingesta nutricional deficiente y contribuye a la desnutrición. Por otro lado, los niños que se alimentan con leche en polvo muy concentrada pueden enfermarse seriamente debido a las concentraciones peligrosamente altas de sodio y proteína, pudiendo ocurrir falla renal y muerte.

- 4.4. Las diferentes marcas de leches en polvo vienen con diferentes instrucciones para su preparación que rara vez se encuentran en un idioma comprensible para los refugiados. Así mismo, las posibilidades de instrucciones apropiadas y supervisión de la preparación son muy limitadas en estas circunstancias, especialmente en la fase de emergencia. Solamente estas actividades ocupan el tiempo limitado de los trabajadores de salud que necesitan dedicarse a las necesidades urgentes de educación en salud.

Intolerancia a la lactosa

- 4.5. Mientras los niños son completamente destetados, secretan la enzima digestiva lactasa que se requiere para la digestión de la lactosa de la leche materna. Sin embargo, cuando se suspende la lactancia materna, la enzima deja de producirse en muchos individuos en poblaciones que no están acostumbradas a consumir leche. Si se da leche a personas que no secretan lactasa se produce diarrea por intolerancia a la lactosa.

Alimentación infantil

- 4.6. Se han documentado bien los riesgos asociados con el uso de productos lácteos en la alimentación infantil. La OACNUR respalda la política de la Organización Mundial de la Salud sobre la alimentación infantil inocua y apropiada, especialmente mediante la protección y promoción de la lactancia materna y el estímulo al uso oportuno y correcto de alimentos complementarios. La utilización de productos lácteos en programas para refugiados debe hacerse de conformidad con esta política.
- 4.7. Es razonable suponer que los riesgos normales asociados con el uso de sustitutos de la leche materna se incrementan considerablemente en las condiciones de los refugiados. Es difícil evitar el uso de la leche en polvo como un sustituto de la leche materna cuando se distribuye en forma seca y no mezclada como parte de raciones generales o en programas de alimentación.

5. Estudios sobre el uso de leche en polvo en refugiados

- 5.1. Solo dos epidemiológicos objetivos se han efectuado hasta ahora sobre los efectos de la leche en polvo en los refugiados. El primero, efectuado por Bennet y colaboradores en 1961 en Uganda⁴, encontró que la tasa de desnutrición fue dos veces mayor entre los niños menores de dos años que recibieron leche en polvo en comparación con los casos en donde se disponía de leche fresca de vaca y no se distribuyó leche en polvo. Entre los niños de tres años de edad, el 10% de los que recibieron leche en polvo se desnutrieron en comparación con prácticamente ninguno en el otro grupo.

⁴ Bennet et al. Refugees from Rwanda in Uganda (1961)

- 5.2. En un estudio reciente sobre los riesgos de la distribución de leche en polvo en Pakistán⁵, se probaron muchas muestras de leche reconstituida y se encontró que el 75 % tenía conteos de gérmenes aeróbicos patógenos que sobrepasaban los límites permitidos. Fue muy evidente la contaminación secundaria durante la manipulación de los recipientes después de que se hervía el agua utilizada en la reconstitución.
- 5.3. Así mismo, aproximadamente el 36% de las personas que respondieron la encuesta dijeron que utilizarían leche en polvo para alimentar a los niños amamantados, mientras que el 60% dijeron que darían leche en polvo a los niños menores de cinco años. De las 114 personas que respondieron a la encuesta y que estaban usando leche en polvo como sustituto de la leche materna, el 48% utilizaban biberón y tetina o chupo.
- 5.4. Se necesitan datos más ilustrativos y sistemáticos sobre los efectos de la distribución de leche en polvo tanto en programas de emergencia como en los de desarrollo. No obstante, la información disponible hasta ahora indica claramente la necesidad de regulación sistemática y restricciones a la distribución y uso de este tipo de alimento.

6. Pautas para el uso inocuo de productos lácteos

- 6.1. La leche en polvo, tanto la descremada como la completa, se puede usar en forma reconstituida siempre que pueda mezclarse cuidadosa e higiénicamente en un ambiente supervisado para consumo inmediato en el mismo sitio. Los programas de alimentación directa deben ejecutarse en áreas cerradas donde se pueda supervisar a los beneficiarios y prevenir la salida de leche reconstituida.
- 6.2. En un ambiente como éste, la leche en polvo descremada se debe mezclar siempre con aceite para proporcionar suficiente energía. Tanto la leche en polvo descremada como la completa deben prepararse con azúcar para aumentar su contenido energético y mejorar su aceptabilidad.
- 6.3. En la mayoría de los casos, las leches en polvo descremadas o completas pueden distribuirse para ser consumidas fuera del sitio de distribución solamente si se han mezclado previamente con harinas de cereales. El pan fortificado, las tortillas y los purés preparados con leche son alimentos nutricionalmente valiosos. Una vez que la leche en polvo entra a formar parte de alimentos horneados o fritos que permanecen secos, el riesgo de contaminación debido a la leche misma es mínimo. La adición de leche en polvo a los alimentos horneados también ayuda a mantener su frescura. El posible mal uso de la leche en polvo en la alimentación infantil se puede prevenir si se mezcla con harina de cereales en un sitio central antes de su distribución a los beneficiarios.

⁵ DSM Safety and Distribution Study, Pakistan. World Food Programme. Pilgrim Associates (1987)

- 6.4. La única posible excepción a esto será la distribución a grupos que tradicionalmente han usado la leche como un componente central de su alimentación (por ejemplo, las poblaciones nómadas). En estos casos, debe vigilarse su uso apropiado y si se tiene alguna indicación de que la leche se está usando como sustituto de la leche materna (por ejemplo, en biberones), su distribución se debe descontinuar.
- 6.5. La distribución de leches de fórmula se debe desestimular en los programas para refugiados, aún en casos de dificultades para la lactancia. La relactación debe intentarse mediante el cuidado y el estímulo a la madre biológica. Si esto falla, la alimentación por nodriza debe considerarse como una primera alternativa, y aún estimularse mediante retribuciones en especie en caso necesario.
- 6.6. Cuando la leche materna no está disponible, se debe ofrecer un sustituto adecuado, junto con instrucciones claras sobre la mezcla adecuada y la alimentación con taza y cuchara para quienes necesitan utilizarlo. Los biberones y tetinas o chupos no deben usarse en ningún caso. No se deben dar fórmulas infantiles a niños de seis meses de edad o mayores; por el contrario, se deben dar instrucciones sobre las prácticas de destete más apropiadas para este grupo de edad.

POLITICAS DE LA OACNUR EN RELACION CON LA ACEPTACION, DISTRIBUCION Y USO DE PRODUCTOS LACTEOS⁶ EN PROGRAMAS DE ALIMENTACION PARA REFUGIADOS

1. La OACNUR aceptará, suministrará y distribuirá donaciones de productos lácteos solamente si pueden utilizarse bajo estricto control y en condiciones higiénicas, por ejemplo, para consumo inmediato en un ambiente supervisado.
2. La OACNUR aceptará, suministrará y distribuirá productos lácteos solamente cuando los reciba en polvo. La OACNUR no aceptará productos lácteos líquidos o semilíquidos, incluyendo leche evaporada o condensada.
3. La OACNUR aceptará, suministrará y distribuirá leche en polvo solamente si ha sido fortificada con vitamina A.
4. La OANCUR apoya el principio general de dar preferencia a fuentes de proteína como las leguminosas, la carne o el pescado sobre la leche en polvo en las raciones de los programas. La OACNUR considera que la leche en polvo previamente mezclada

⁶ Incluye todos los productos lácteos no frescos tales como leches en polvo, evaporadas, condensadas y leches modificadas, incluyendo las fórmulas infantiles.

centralmente con harina de un cereal apropiado y azúcar es útil en la alimentación de los niños pequeños, especialmente si se prepara con aceite.

5. La OACNUR promoverá la distribución de leche en polvo para consumo fuera del sitio de distribución solamente si se ha mezclado previamente con harina de un cereal apropiado, y solamente cuando sea culturalmente aceptable. La única excepción a esta regla puede ser cuando la leche forma parte esencial de la alimentación tradicional (por ejemplo, en poblaciones nómadas) y puede usarse sin peligro.
6. La OACNUR apoyará la política de la Organización Mundial de la Salud sobre una alimentación inocua y apropiada para los lactantes y niños menores, particularmente mediante la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna y el estímulo al uso oportuno y adecuado de alimentos complementarios en los programas para refugiados.
7. La OACNUR desestimulará la distribución y uso de sustitutos de la lactancia materna en programas para refugiados. Cuando dichos sustitutos sean absolutamente necesarios, se entregarán con instrucciones claras para su mezcla adecuada y para la alimentación con taza y cuchara.
8. La OACNUR tomará todas las medidas posibles para desestimar activamente la distribución y el uso de biberones y tetinas o chupos artificiales en los programas para refugiados.
9. La OACNUR recomendará que cuando se suministren donaciones de leche en polvo para programas de refugiados, se solicite a los donantes contribuciones en efectivo destinadas específicamente a cubrir los costos operacionales relacionados con el uso inocuo del alimento.

Anexo G

**Estado actual de la comercialización de las fórmulas
para niños lactantes y de productos alimenticios**

Lista de verificación

ANEXO G: ESTADO ACTUAL DE LA COMERCIALIZACION DE LAS FORMULAS PARA NIÑOS LACTANTES Y DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS

Lista de verificación

El consultor debe visitar tiendas seleccionadas, mercados, centros de salud y preguntarles a informantes clave acerca de qué alimentos infantiles, sustitutos de la leche materna, biberones y chupetes se comercializan para los niños menores de 4 meses, de 5 a 7 meses, de 8 a 12 meses. (Adjunte todos los avisos disponibles, cupones, etc.)

A. Medios masivos de comunicación

1) Periódicos y revistas

- Público en general
- Mujeres embarazadas, madres y familias
- Puntos de venta
- Hospitales y clínicas gubernamentales
- Clínicas y hospitales privados
- Farmacias
- Otros

2) Afiches, volantes, folletos

- Público en general
- Mujeres embarazadas, madres y familias
- Puntos de venta
- Hospitales y clínicas gubernamentales
- Hospitales y clínicas privados
- Farmacias
- Otros

3) Radio

- Público en general
- Mujeres embarazadas, madres y familias
- Puntos de venta
- Hospitales y clínicas gubernamentales
- Hospitales y clínicas privados
- Farmacias
- Otros

4) **Televisión**

- Público en general
- Mujeres embarazadas, madres y familias
- Puntos de venta
- Hospitales y clínicas gubernamentales
- Hospitales y clínicas privados
- Farmacias
- Otros

5) **Cartelones**

- Público en general
- Mujeres embarazadas, madres y familias
- Puntos de venta
- Clínicas y hospitales gubernamentales
- Hospitales y clínicas privados
- Farmacias
- Otros

6) **Otros**

- Público en general
- Mujeres embarazadas, madres y familias
- Puntos de venta
- Hospitales y clínicas gubernamentales
- Hospitales y clínicas privados
- Farmacias
- Otros

B) **Regalos**

- Público en general
- Mujeres embarazadas, madres y familias
- Puntos de venta
- Hospitales y clínicas gubernamentales
- Hospitales y clínicas privados
- Farmacias
- Otros

C) Muestras

- Público en general
- Mujeres embarazadas, madres y familias
- Puntos de venta
- Hospitales y clínicas gubernamentales
- Hospitales y clínicas privados
- Farmacias
- Otros

D) Cupones

- Público en general
- Mujeres embarazadas, madres y familias
- Puntos de venta
- Hospitales y clínicas gubernamentales
- Hospitales y clínicas privados
- Farmacias
- Otros

E) Ofertas condicionadas

- Público en general
- Mujeres embarazadas, madres y familias
- Puntos de venta
- Hospitales y clínicas gubernamentales
- Hospitales y clínicas privados
- Farmacias
- Otros

F) Exhibiciones especiales

- Público en general
- Mujeres embarazadas, madres y familias
- Puntos de venta
- Hospitales y clínicas del gobierno
- Hospitales y clínicas privados
- Farmacias
- Otros

G) Promoción por teléfono

- Público en general
- Mujeres embarazadas, madres y familias
- Puntos de venta
- Hospitales y clínicas gubernamentales
- Hospitales y clínicas privados
- Farmacias
- Otros

H) Otra información (p.ej. envíos postales)

- Público en general
- Mujeres embarazadas, madres y familias
- Puntos de venta
- Hospitales y clínicas gubernamentales
- Hospitales y clínicas privados
- Farmacias
- Otros

Esta lista de verificación es una adaptación de Common Investigative Framework -- CIF - diseñada por Labbok y otros. OMS/Georgetown University, febrero de 1991.

Anexo H

Encuesta CAP de personal de salud y nutrición: Lista de verificación

ANEXO H

ENCUESTA CAP DE PERSONAL DE SALUD Y NUTRICION: LISTA DE VERIFICACION

Prepare un perfil CAP del personal de los establecimientos privados y gubernamentales, en los principales centros urbanos y en más áreas rurales, incluyendo los establecimientos de enseñanza y capacitación. Haga varias copias de la lista de verificación y utilícela para recolectar la información.

1. ¿Qué consejos se les dan a las mujeres embarazadas para que se preparen para la alimentación infantil?
2. Preparación de las mujeres para alimentación a pecho o a biberón en el parto y postparto (fíjese en el ambiente del parto y en quien lo atiende).
3. Actitud del personal hacia la iniciación de la lactancia materna, incluyendo la hora de iniciación, frecuencia y duración de cada alimentación, alimentaciones nocturnas y lactancia materna versus exclusiva.
4. Actitud del personal hacia los alimentos antes de iniciar la lactancia materna.
5. Actitud del personal hacia el calostro.
6. Actitud del personal hacia los substitutos de la leche materna inmediatamente después del parto y del postparto tardío (primera semana, primer mes...hasta los 6 meses).
7. Actitud del personal hacia otros líquidos (tés, agua, jugos) para complementar la leche materna.
8. Actitud del personal hacia el uso de biberones.
9. Actitud del personal hacia cuándo y por qué son necesarios otros alimentos y líquidos.
10. Actitud del personal hacia la duración de la lactancia materna.
11. Circunstancias en las que el personal considera que las mujeres no deben amamantar (p.ej. desestímulo en situaciones sociales específicas, cuando el niño o la madre están enfermos, cuando los pechos están congestionados y duelen).
12. Conducta de lactancia materna apropiada cuando el niño es prematuro, de bajo peso, enfermo de diarrea, tos y resfriado, o cuando es varón o hembra.

13. Actitud del personal hacia el tipo de alimento (dilución, ingredientes, textura, propiedades de "caliente" o "frío"), número de alimentos y número de comidas diarias.
- semi-sólidos (a las edades de 5 hasta 6 meses).
 - sólidos (a las edades de 7 hasta 11 meses).
14. Actitud del personal hacia el alimento que no debe dársele a los niños (durante las enfermedades, estacionalmente, ciertas edades).
15. Actitud del personal hacia el añadir aceite/grasa, frutas y verduras ricas en vitamina A y carotenos, así como fuentes proteínicas, a los alimentos para niños, específicamente.
- de 4 a 6 meses de edad
 - de 7 a 11 meses de edad
16. Actitud del personal hacia el momento apropiado en que el niño debe compartir la alimentación completa de la familia.

Anexo I

Capacitación del personal de servicios de salud

Lista de verificación del contenido de capacitación

GUIA DE EVALUACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA⁴

ANEXO I: CAPACITACION DEL PERSONAL DE SERVICIOS DE SALUD

Lista de verificación del contenido de capacitación

El consultor debe usar esta lista de verificación para evaluar el contenido de capacitación de los programas de entrenamiento del personal de atención de salud público y privado. Debe incluirse el curriculum del personal médico y paramédico que trabaja en los siguientes programas: atención de maternidad y servicios del recién nacido, pediatría, planificación familiar, nutrición, control de las enfermedades diarreicas.

Alimentación infantil en el contexto nacional

1. ¿Por qué la lactancia materna es parte integral de las estrategias de supervivencia infantil?
 - Se cubre en forma adecuada
 - No se cubre en forma adecuada
 - No se cubre en lo más mínimo

2. Patrones tradicionales y tendencias nacionales actuales en alimentación infantil
 - Se cubre en forma adecuada
 - No se cubre en forma adecuada
 - No se cubre en lo más mínimo

3. Temas nacionales de alimentación nacional y salud
 - Se cubre en forma adecuada
 - No se cubre en forma adecuada
 - No se cubre en lo más mínimo

4. Políticas nacionales que afectan la alimentación infantil
 - Se cubre en forma adecuada
 - No se cubre en forma adecuada
 - No se cubre en lo más mínimo

⁴ Esta lista de verificación es una adaptación de "Lactation Management Topic Outlines" de H. Armstrong, IBFA, Kenya, 1990.

18

5. Prácticas comerciales en el país

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

Manejo de la Lactancia

6. Anatomía y Fisiología

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

7. Bioquímica e Inmunología

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

8. Preparación antes y durante el nacimiento

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

9. Las primeras mamadas

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

10. Dolor del pezón y posición

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

11. Problemas del pecho y técnicas de expresión

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

12. No hay suficiente leche y relactancia
- Se cubre en forma adecuada
 - No se cubre en forma adecuada
 - No se cubre en lo más mínimo
13. Niños enfermos y con bajo peso al nacer
- Se cubre en forma adecuada
 - No se cubre en forma adecuada
 - No se cubre en lo más mínimo
14. Situaciones Especiales
- Se cubre en forma adecuada
 - No se cubre en forma adecuada
 - No se cubre en lo más mínimo
15. La madre que trabaja
- Se cubre en forma adecuada
 - No se cubre en forma adecuada
 - No se cubre en lo más mínimo
16. Nutrición materna durante la lactancia
- Se cubre en forma adecuada
 - No se cubre en forma adecuada
 - No se cubre en lo más mínimo
17. Problemas con el amamantamiento y rechazo del pecho
- Se cubre en forma adecuada
 - No se cubre en forma adecuada
 - No se cubre en lo más mínimo
18. Valor de la lactancia materna sostenida durante el segundo año
- Se cubre en forma adecuada
 - No se cubre en forma adecuada
 - No se cubre en lo más mínimo

19. Crecimiento del infante y del niño pequeño

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

20. Alimentos y alimentación durante el período del destete

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

21. Lactancia materna y espaciamiento de los nacimientos

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

22. Medicamentos y lactancia materna

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

23. Administración de la lactancia materna durante la enfermedad de la madre o del niño

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

Consejería

24. Observación de amamantamientos

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

25. Factores psicológicos en la lactancia materna

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

26. Escuchar a las madres y aprender de ellas - hechos y percepciones

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

27. Hacer la historia clínica y diagnosticar

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

28. Aceptación y apoyo - creando confianza en la madre

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

29. Haciendo funcionar un grupo de apoyo de madres

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

Educación en Salud

30. Técnicas de comunicación

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

31. Seleccionando la audiencia, los objetivos y los mensajes

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

32. Dirigiendo la atención del grupo: alternativas al método de disertación o charla

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

33. **Reeducando a los administradores y a los ejecutivos**

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

34. **Utilizando los medios de comunicación**

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

35. **Las etapas del cambio en nosotros mismos y en nuestros colegas**

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

36. **Recursos de autoeducación continua**

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

Políticas Nacionales para la Promoción de la Lactancia Materna

37. **¿Qué es el Código Internacional de Comercialización?**

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

38. **La implantación del código y la prevención de infracciones**

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo

39. **Monitoreo del código y responsabilidades de los trabajadores de salud**

- Se cubre en forma adecuada
- No se cubre en forma adecuada
- No se cubre en lo más mínimo