PN-ABU-015
93128

ASSESSMENT SERIES

WELLSTART
INTERNATIONAL SM

RESUMENES DE DIAGNóSTICOS

Lactancia Materna en Nicaragua

Diagnóstico de Prácticas y Promoción

WELLSTART INTERNATIONAL

a

El equipo de asesores estaba compuesto por la Dra. Gloria Elena Navas Morales y Lic. Ninoska Cruz Rivera de la Dirección de Nutrición del Ministerio de Salud de Nicaragua; la Dra. Ivette Sandino Lacayo de la Sociedad de Pediatría; la Lic. Nair Carrasco del Centro para el Estudio y la Promoción de la Nutrición, de Lima Perú; y por la Lic. Elizabeth Rasmusson del Proyecto para la Promoción de la Lactancia Materna de Wellstart. Otras personas que contribuyeron a la evaluación, el reporte final y este resumen son: la Dra. Sandra Huffman y Luann Martin de Nurture, Marcia Griffiths y Heidi Sawyer-Cann del Grupo Manoff, Ursula Nodolny del USAID/Managua y Cate Johnson del USAID/Washington.

La evaluación y los reportes fueron
financiados por la Agencia para el Desarrollo
Internacional (USAID), por medio del
Acuerdo para la Cooperación No. DPE-5966-A-00-1045-00.

Las opiniones de los autores no reflejan
necesariamente los puntos de vista o las políticas
de USAID o Wellstart International.

octubre de 1994

b

Contenido

Introducción 1

Propósito y Metodología 1

Antecedentes del País 2
Mortalidad y morbilidad neonatal e infantil 3
Estado nutricional del niño 3
Nutrición materna 4
Fertilidad y anticonceptivos 4

Prácticas Actuales de Lactancia Materna 6
Situación de la lactancia materna en Nicaragua 6
Factores limitantes para una lactancia materna óptima 7
Prácticas de alimentación complementaria 8
Conocimiento y actitudes de las madres 9

Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna 11
El contexto político, legal y financiero 11
Servicios de salud formales 12
Servicios de salud tradicional 14
Programas de entrenamiento para los promotores de salud 14
El trabajo femenino y los sistemas de apoyo 15
El mercadeo de suplementos de la leche materna 15
Información, educación y comunicación 16

Recomendaciones 18
Políticas y planificación 18
Instalaciones de salud, universidades y organizaciones locales 18
Hogares 19

Fuentes 20

c

Introducción

La comunidad sanitaria internacional reconoció el papel clave que desempeña la lactancia materna en la salud de las madres y de los niños al emitir la Declaración de Innocenti en 1990; en ella se pedía apoyo para una iniciativa global que se ocupara de mejorar la práctica de la lactancia materna. En respuesta a este llamado, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) emitió su *Estrategia para la Lactancia Materna*. Entre las actividades que se incluyen dentro de esta estrategia están: completar una evaluación a nivel de todo el país para documentar la situación actual y utilizar esta información como base para planificar el desarrollo de estrategias y planes de acción para la alimentación infantil nacional y para poner en marcha y evaluar los programas nacionales.

Propósito y Metodología

La oficina de USAID/Managua y la Oficina para Latinoamérica y el Caribe de USAID/Washington solicitaron una evaluación de las prácticas de lactancia materna y de los programas en Nicaragua (1) para identificar factores de apoyo y obstáculos para alcanzar niveles óptimos de lactancia materna, e (2) identificar aquellas áreas que requieren atención inmediata.

Con ayuda de la *Guía para Evaluar las Prácticas y la Promoción de la Lactancia Materna de un País (Guide for A Country Assessment of Breastfeeding Practices and Promotion) Griffiths y Anderson, 1993),* un equipo multidisciplinario realizó una evaluación en diciembre de 1993. Entre sus actividades podemos incluir:

- Una revisión de la literatura referente a la nutrición infantil incluyendo reportes del Ministerio de Salud (MINSA), Profamilia, el Centro para Control de Enfermedades de los Estados Unidos, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), y otras organizaciones;

- Entrevistas con representantes de instituciones gubernamentales, agencias donantes, organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales; y

- visitas a varios hospitales, centros de salud, universidades y programas comunales de nutrición.

La metodología ofrece un medio relativamente rápido para evaluar las prácticas de nutrición infantil y el estado de los programas y de las políticas que la afectan. Los resultados descritos en este documento pueden ser utilizados para diseñar programas y también pueden servir como base para medir el progreso alcanzado en las prácticas de lactancia materna en Nicaragua.

Antecedentes del Pais

Estadísticas sobre la Salud Nicaragüense		
Población Total		3.86 millón[1]
% Urbana		60%
Tasa Global de Fecundidad		4.6 hijos
% de mujeres en unión que utilizan anticonceptivos		48.7%
PNB per cápita		US $341[2]
Mujeres que reciben atención prenatal		72%
Partos en facilidades formales de salud		59%
Partos en casa por médico/partera		28%
Tasa de mortalidad infantil (/1000 nacidos vivos)		58
Tasa de mortalidad menores de 5 años (/1000 nacidos vivos)		72
Tasa de mortalidad materna (/100,000 nacidos vivos)		300[1]
Estado Nutricional de los Niños Nicaragüenses[3]		
Peso para edad (0 - 4 años)	Insuficiencia ponderal moderada-grave	11%
Peso para talla (12 - 23 meses)	Emaciación moderada-grave	0%
Talla para edad (24 - 59 meses)	Cortedad de talla moderada-grave	22%

Fuentes: ESF, 1993 con la excepción de lo anotado.
1 World Bank, 1993.
2 PAN, 1992.
3 The State of the World's Children, 1994.

La mayoría de los 3.9 millones de habitantes de Nicaragua residen en las planicies de la costa del Pacífico del país (Banco Mundial 1993). Las selvas tropicales localizadas en la costa Atlántica cubren un área bastante mayor pero están escasamente pobladas. Esta región

cuenta con solamente un 5% de la población, incluyendo la mayoría de los pobladores indígenas de Nicaragua. Los mestizos representan un 71% de la población, el resto son de raza blanca (14%) y de raza negra (8%) (Encuesta de Salud Familiar (ESF), 1993). Un sesenta por ciento de la población vive en áreas urbanas.

El ingreso per cápita ha disminuido de $850 dólares americanos a finales de los setentas a $341 en 1991 (Banco Mundial 1993). El desempleo y el subempleo afectan a un 46% de la población económicamente activa (PAN 1992). Solamente un 22% de las mujeres que viven en las áreas rurales trabajan fuera del hogar. En la área urbana de Managua trabajan fuera del hogar un cuarenta y cinco por ciento de las mujeres y para las otras áreas urbanas un 39% (Banco Mundial).

La disminución de los ingresos y el bajo índice de empleo contribuyen para que un 69% de las familias nicaragüenses no puedan satisfacer sus necesidades básicas. Un 39% viven en la extrema pobreza (Atalah, 1992). El costo de la fórmula infantil necesaria para un mes puede representar un 300% de los ingresos de una familia pobre.

Morbilidad y Mortalidad Infantil

Nicaragua tiene una de las tasas de mortalidad infantil más altas de Latinoamérica. De cada 1000 niños que nacen vivos, 58 mueren antes de alcanzar el primer año de vida. Más de un 50% de estas muertes son causadas por diarrea o infecciones respiratorias agudas (IRA). La tasa de mortalidad para niños menores de 5 años es de 72 por cada 1000 nacimientos. El número de muertes en los niños entre uno y cuatro años de edad debidas a la diarrea y a las IRA disminuye (25% y 14% respectivamente) (ESF 1993).

Las enfermedades relacionadas con diarreas afectan a casi toda la población infantil nicaragüense. El Censo de Salud Familiar elaborado en 1993 reporta que más de un 22% de los niños entre 0 y 6 meses de edad habían sufrido de diarrea entre las dos semanas previas al censo. Debido parcialmente a la interrupción de la lactancia, el porcentaje de niños con diarrea aumenta a un 30% en aquellos entre los 6 y los 11 meses. Se encontró que la presencia de diarreas era menor en niños lactantes menores de un año que en aquellos que no recibían lactancia materna. La prevalencia de infecciones respiratorias agudas también parece disminuir al seguir prácticas de lactancia materna adecuadas. Más de dos tercios de los niños nicaragüenses menores de un año sufren de IRA, alcanzando niveles de casi tres tercios entre los niños de 1 y 2 años (ESF 1993).

Estado de la Nutrición Infantil

Según cálculos hechos por el Ministerio de Salud, la desnutrición infantil global (según peso para edad) alcanza un 12% y un 20% más están a riesgo (Sistema de Vigilancia Epidemiologica Nutricional 1992). Un estudio de los niños pobres de Managua realizado en 1988, encontró altos niveles de retraso en el crecimiento (bajas estaturas en relación con la edad) desde muy corta edad (Zeitlin 1990). Un diecisiete por ciento de los niños menores de

seis meses presentó este tipo de problema del crecimiento, mientras que entre los 6 y los 11 meses el porcentaje era de 27% y entre 12 y 17 meses alcanzó 35%. Las altas tasas anteriores indican una lactancia materna no-exclusiva en el primer grupo, así como una alimentación complementaria inadecuada, interrupción de la lactancia materna y tasas más altas de infecciones respiratorias agudas entre los niños mayores.

Nutrición Materna

Un quince por ciento de los niños nacidos en Nicaragua tienen bajo peso al nacer (UNICEF 1993) lo cual puede ser indicativo de altas tasas de desnutrición materna. Un tercio de las mujeres nicaragüenses sufren de anemia (Navas-Morales 1993). Un incremento en el espaciamiento de los embarazos podría redundar positivamente en la nutrición materna e infantil.

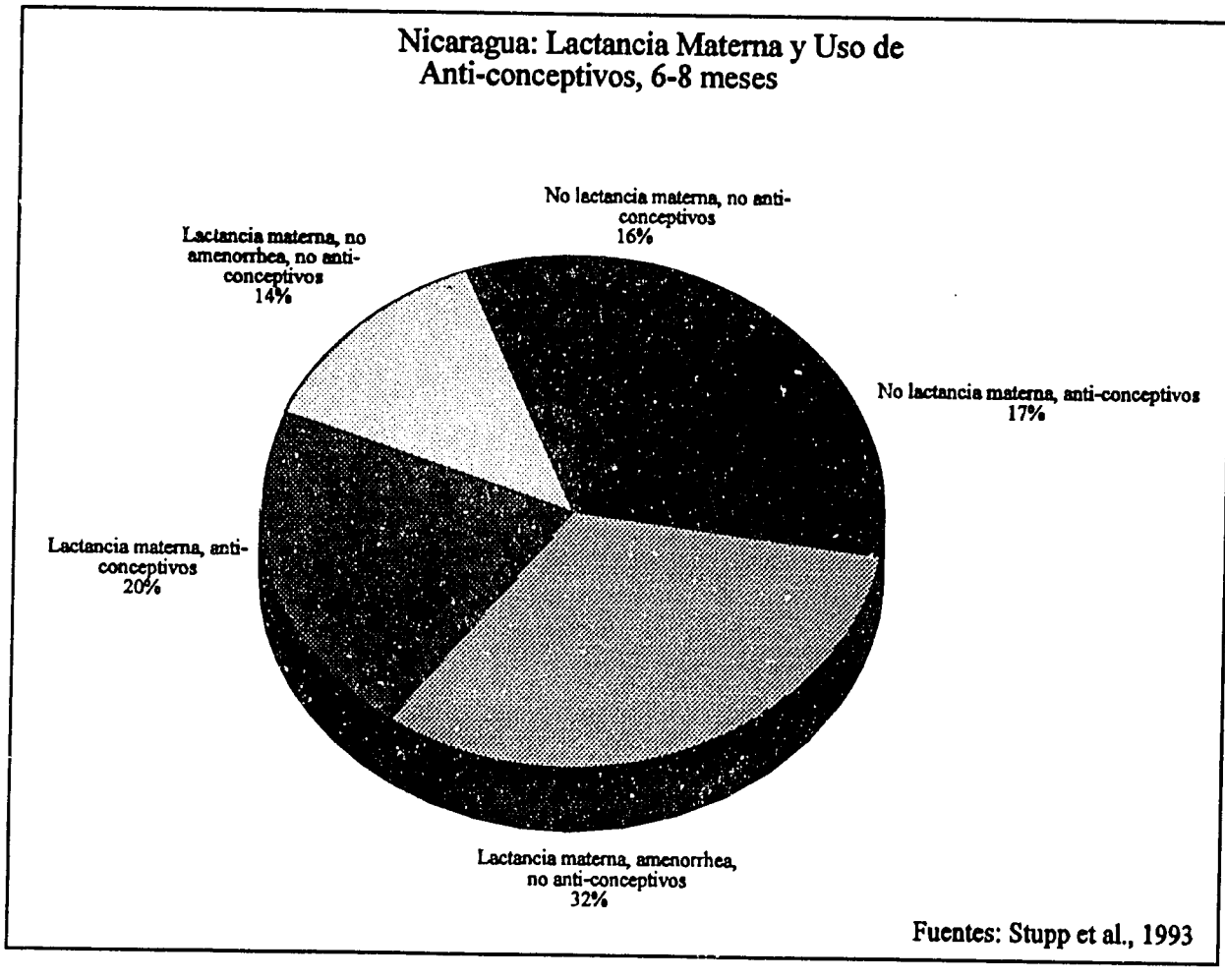
Fertilidad y Anticonceptivos

La Encuesta Nacional de Salud Familiar de 1993 reporta una tasa de fertilidad total de 4.6 niños por cada mujer. Esta alta tasa, sumada a un gran número de mujeres en edad reproductiva, tiene como resultado una de las tasas de crecimiento demográfico más altas de Centroamérica. La población está creciendo más rápidamente en las áreas rurales y entre las familias con niveles de educación más bajos. La tasa de natalidad entre las mujeres de las áreas rurales es de 6.4, en comparación de 3.6 entre las mujeres de las áreas urbanas.

Solamente la mitad (49%) de las mujeres viviendo en unión usan anticonceptivos. Como es de esperarse, el uso de anticonceptivos aumenta entre las personas de mayor nivel educativo y socio-económico. Las mujeres que viven en las áreas urbanas tienen el doble de probabilidades de usar algún tipo de anticonceptivo que aquellas de las áreas rurales. La esterilización femenina es un método anticonceptivo bastante popular, especialmente entre las mujeres mayores de 29 años. Las mujeres menores de 30 años es más probable que usen anticonceptivos orales. Ambos métodos pueden interferir con una lactancia apropiada por las razones siguientes:

- los anticonceptivos orales con estrógenos pueden reducir la cantidad de leche producida, y

- Las esterilizaciones practicadas dentro de las 48 horas después del parto hacen que la madre y el niño estén separados y la anestesia puede hacer que la producción de leche disminuya. Los anticonceptivos orales con estrógeno no son por lo tanto la mejor opción para las madres lactantes. Siendo las esterilizaciones postpartum un método opcional, es recomendable aconsejar a las madres que mantengan una provisión de leche materna para utilizar en los períodos de separación.



La lactancia hace que el período anovulatorio postnatal se extienda y reduce la posibilidad de concebir. El retorno de la menstruación puede ser un indicador de que las mujeres ya no pueden confiarse en la lactancia como protección contra los embarazos. La duración promedio de la amenorrea postnatal entre las mujeres nicaragüenses es de 6.9 meses (ESF 1993). El número de mujeres que evitaron el embarazo por amenorrea durante los cinco meses después del parto fue mayor que las que utilizaron anticonceptivos. Entre los 6 y 8 meses después del parto, un 32% de las mujeres evitaron embarazos por la amenorrea.

Un dieciocho por ciento de las mujeres sexualmente activas que no estaban utilizando anticonceptivos expresaron que no lo hacían porque estaban en el período postnatal y estaban lactando. La probabilidad del uso de anticonceptivos durante el período postnatal es menor entre las mujeres de las áreas rurales. Entre las mujeres más jóvenes esta razón para no usar anticonceptivos durante la lactancia es más común.

Prácticas Actuales de Lactancia Materna

Que es Lactancia Materna Óptima?

- **Inicio de la lactancia dentro de la primera hora de vida.**
- **Lactar frecuentemente cuando el niño lo pida (incluyendo la noche).**
- **Lactancia materna exclusiva hasta que el niño tenga 4-6 meses.**
- **Continuar lactando hasta que el niño tenga por lo menos un año.**
- **Suplementar la leche materna con alimentos apropiados para el destete cuando el bebé alcance los seis meses de edad.**

Situación de la Lactancia Materna en Nicaragua

Estadísticas de la Lactancia Materna en Nicaragua

Indicador de la OMS	Porcentaje de Niños
Que recibieron leche materna por lo menos alguna vez	92
Lactancia Materna exclusiva de 0 a 3.9 meses	11
Lactancia Materna predominante de los 0 a los 3.9 meses	21
Alimentos complementarios y leche materna a los 6-9 meses	48
Alimentación con leche materna a los 12-15 meses (Primer año de vida)	34
Alimentación con leche materna a los 20-23 meses (Segundo año de edad)	17
Duración promedio en meses	12.3

Fuente: Encuesta de Salud Familiar, 1993.

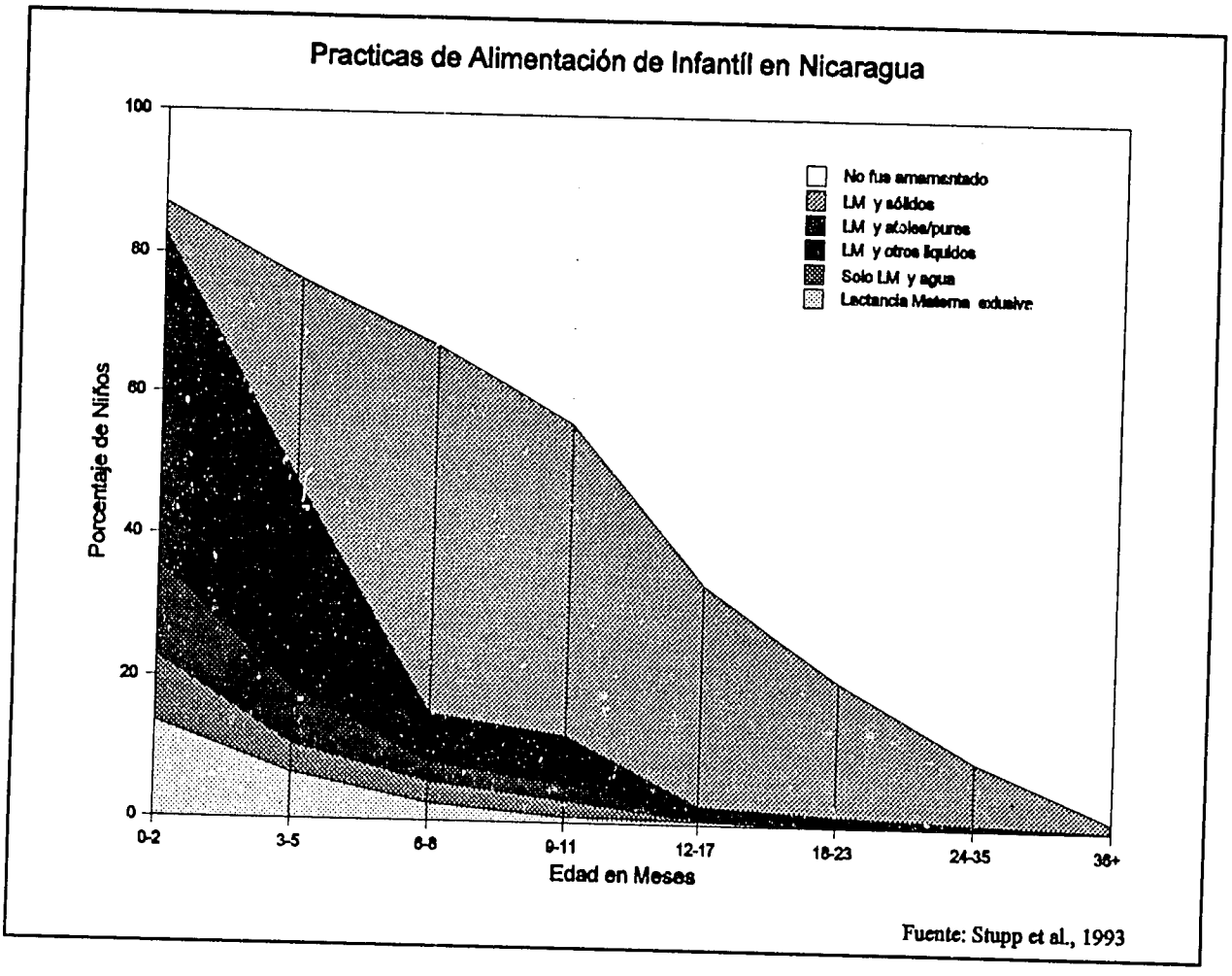
La lactancia materna es una práctica ampliamente aceptada en Nicaragua. Más de un 92% de las madres inician la lactancia de sus niños. Las variaciones entre las tasas de lactancia en las áreas urbana vs. rural, estados socio-económicos de las madres y niveles educacionales son mínimas.

- Más de un 90% de los niños son amamantados al nacer.
- Los niños que nacen en sus hogares son amamantados rápidamente.
- La duración promedio de la lactancia es de 12 meses.

Factores que limitan la Lactancia Materna

La lactancia óptima es raramente practicada

- Solamente un 40% de las madres inician la lactancia dentro de una hora después del parto.
- Los bebés reciben exclusivamente leche materna un promedio de 19 días. Los bebés de las áreas rurales reciben lactancia materna exclusiva durante un mes, mientras que los bebés de las áreas urbanas reciben leche materna menos de una semana.
- Es común el uso de miel y aceite de oliva para "limpiar" el sistema digestivo de los bebés aún antes de las dos semanas de edad.
- La gran mayoría de bebés reciben agua o refrescos (jugo de frutas diluido y azúcar) entre la primera y segunda semana de vida.
- Solamente un 6.5% de las madres da a sus bebés exclusivamente leche materna entre los 3 y los 5 meses de edad.
- Los estudios encontraron que un 86% de los bebés menores de cuatro meses tomaba biberón.
- Solamente un tercio de las madres estaban lactando a sus niños al año de edad y solamente un 16% de los niños eran lactados hasta los dos años.



Prácticas de Alimentación Complementaria

Por lo general las madres dan a sus niños alimentos sólidos antes de la edad apropiada. Además, los alimentos que reciben los niños a menudo no tienen suficientes nutrientes y micronutrientes para satisfacer adecuadamente las necesidades del crecimiento.

- Casi un 30% de los niños entre 3 y 5 meses han recibido alimentos sólidos, edad en que los niños se desarrollan mejor con sólo la lecha materna.

- Un estudio sobre los niños de Managua encontró que casi tres cuartos de los niños menores de tres meses recibían azúcar y miel en su alimentación y que un 20% recibían aceite.

- Por otra parte, un 22% de los bebés lactantes entre 6 y 8 meses no recibían la alimentación adicional adecuada para un crecimiento normal.

De acuerdo con la Encuesta de Salud Familiar, las madres no tienen una idea clara de qué hacer cuando sus niños tienen diarrea. Un 36% de las madres incrementa correctamente la cantidad de líquidos, pero casi la mitad no lo hace. Otro 14% reduce la cantidad de líquidos, deshidratando potencialmente al niño (ESF, 1993). Otro estudio muestra que algunas mujeres reducen o interrumpen completamente la lactancia cuando el niño presenta diarrea.

Aún quedan muchas preguntas sin respuesta con respecto a las prácticas de alimentación suplementaria, lo cual hace necesario que se hagan estudios adicionales en este sentido.

Conocimiento y Actitudes de las Madres

La mayoría de mujeres aprenden acerca de la alimentación infantil de su familia, sus vecinos y de los promotores de salud. Aunque el personal de los centros de salud aconseja que se practique la lactancia materna, pocos podían ayudar en situaciones problemáticas. Es claro al estudiar las actitudes descritas a continuación, que es necesario ofrecer más educación a las madres para mejorar la lactancia.

- **No se le da ningún valor al calostro.** Las mujeres y las parteras tradicionales (comadronas) no sabían qué era el calostro y consideraban que era un líquido sucio y amarillento que debía desecharse (World Relief 1993 y Picado 1993).

- **Los alimentos para purgar el sistema digestivo de los niños son comunes.** Se cree que la miel y el aceite de oliva purgan el estómago y a menudo reemplazan al calostro.

- **La lactancia materna exclusiva se considera inadecuada.** Las madres consideran que los niños necesitan leche de vaca o fórmula láctea además de la leche materna. Si pudieran permitírselo darían mayores cantidades de estos productos a sus bebés. Se considera que la lactancia representa un desgaste físico para la mujer.

- **Las causas de cantidades insuficientes de leche no se entienden con claridad.** Las mujeres sugieren aumentar los líquidos y mejorar la dieta en vez de interrumpir el uso de fórmulas infantiles o aumentar la succión.

- **Las circunstancias externas influyen en el comportamiento de la lactancia.** Las mujeres que sienten que no cuentan con el apoyo social necesario tienen un 40% mayor de probabilidades de interrumpir la lactancia. El riesgo es aún mayor (60%) entre las mujeres que regresan a trabajar fuera del hogar (Picado 1993).

- La lactancia cuando es requerida no se practica siempre. No todas las madres (solamente un 38%) sabían que los niños deben ser lactados cuando lo piden. (Navas y Cruz, 1993).

Existe información controversial en cuanto a lactar cuando es requerido. En un estudio hecho en la clínica de Bluefields, un 90% de las mujeres con bebés entre 3 y 4 meses de edad, los lactaban cuando los bebés lo requerían (Ellsberg 1986). En otro estudio sin embargo, solamente un 38% de las madres sabía que había que lactar cuando el bebé lo demanda (Navas y Cruz 1993).

Factores en Apoyo a la Lactancia Materna

- Actitud Positiva de las madres hacia la lactancia.
- Alta tasa de visitas a las clínicas para consulta prenatal.
- Compromiso serio de la Comisión Nacional de la Lactancia Materna.
- Seis instituciones del MINSA se han unido a la Iniciativa para Hospitales Amigos de los Niños.
- La mayoría de los niños nacidos en hogares son lactados casi inmediatamente después del parto.
- Fuerte apoyo e interés por parte de los donadores para promover la lactancia materna.
- Una tradición larga y extendida de grupos de mujeres.

Factores en Contra de la Lactancia Materna

- La lactancia materna exclusiva casi no existe.
- Las mujeres se sienten inseguras en cuanto a su capacidad de lactar.
- Es común la introducción de leche, jugos y agua dentro de las primeras dos semanas de vida del bebé.
- Las fórmulas infantiles son ampliamente distribuidas, particularmente en los hospitales y en forma de subsidios para las madres.
- El poco entrenamiento es un obstáculo para el personal que provee cuidados de salud.
- Las prácticas hospitalarias obstaculizan la promoción de la lactancia materna exclusiva.
- Falta de una comunicación integral en cuanto a la lactancia materna.

Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna

El Contexto Político, Legal y Financiero.

La lactancia materna ha recibido el apoyo del sector sanitario y del Estado desde inicios de los años 80. Desafortunadamente, la acción legislativa ha sido lenta y débil. Como resultado de ello, las leyes al respecto no son bien conocidas ni son aplicadas. Además de desconocimiento de las leyes actuales, la reestructuración del estado a partir de 1990 trajo como consecuencia la abolición de la estructura que tenía que hacer cumplir dicha ley.

El Gobierno de Nicaragua protege el derecho de madres y niños a un cuidado especial. Estos derechos son reconocidos en las actuales políticas publicadas por el Ministerio de Salud que promueve el cuidado prenatal, la salud, el aumento y desarrollo de la lactancia materna. Una comisión para la Protección de la Juventud Nicaragüense, cuyo jefe es la Presidenta de la República y que incluye a varios representantes de los diferentes ministerios, también promete promover y mejorar la alimentación infantil y la lactancia materna exclusiva por los primeros 4-6 meses.

La Ley de Seguridad Social otorga a las mujeres trabajadoras el derecho a recibir salario durante un período postnatal no trabajado para mejorar así la práctica de la lactancia materna. Las políticas también promueven la lactancia materna; sin embargo, también existen subsidios de leche para los primeros seis meses de vida de los niños. Las madres lactantes tienen el derecho de recibir el equivalente en efectivo del precio de la fórmula infantil, lo anterior estimula el uso de fórmulas infantiles.

La Ley sobre Promoción de la Lactancia Materna de 1981 estableció la Comisión Nacional para la Lactancia Materna. Aunque dicha comisión es responsable de supervisar el cumplimiento de normas en cuanto al mercadeo de fórmulas infantiles, no tienen el respaldo jurídico ni el mandato político necesario para funcionar en forma efectiva.

El presupuesto del Ministerio de Salud no dedica fondos específicos para las actividades relacionadas a promover la lactancia materna. Se asume que el personal local y de los ministerios deben incluir los asuntos relativos a la lactancia materna dentro de sus agendas. Las actividades en este sentido dependen de ia ayuda exterior. UNICEF ha financiado el entrenamiento para la Iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños, algunas actividades de la Semana Mundial de la Lactancia Materna y otras actividades de la Comisión de la Lactancia Materna. El INCAP ofrece el financiamiento para el proyecto piloto de nodrizas as como algunas actividades de la Comisión para la Lactancia Materna. Otros donadores apoyan actividades específicas de los sistemas locales de salud, incluyendo el Banco Mundial y agencias para el Desarrollo de los Estados Unidos, Suiza e Italia.

Servicios Formales de Salud

Más de un 71% de las mujeres embarazadas reciben cuidado prenatal, la gran mayoría de ellas (93%) acuden a las clínicas y a los centros de salud para las visitas prenatales. Más de la mitad de estas mujeres hacen de 5 a 8 visitas (ESF 1993). Durante estas visitas solamente un 38% de las mujeres reciben información sobre la lactancia materna y un 31% aprenden sobre la lactancia materna exclusiva. (MINSA 1993).

Un 56% de los nacimientos ocurre en instalaciones del Ministerio de Salud; Managua cuenta con un 80% de ellas. Los centros de salud privados atienden solamente a un 3% de los nacimientos y casi un 40% de los restantes ocurre en el hogar con ayuda de una comadrona o una pariente.

Diez Pasos Hacia una Feliz Lactancia Natural

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

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

FUENTE: Declaración conjunta OMS/UNICEF, *Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad*, 1989.

Desde Septiembre de 1993, seis hospitales se han unido a la Iniciativa para Hospitales Amigos de los Niños. La UNICEF y la Comisión Nacional para la Lactancia Materna entrenaron a personal interesado en un taller. Las normas para la lactancia materna a nivel nacional han sido elaboradas pero aún no tienen carácter oficial.

Un estudio realizado por la OPS/UNICEF utilizó la lista preparada por UNICEF "Diez pasos para una lactancia materna exitosa" para evaluar a 19 hospitales. El estudio encontró que siete de cada diez hospitales no habían implementado ninguno de los pasos a seguir. A continuación encontrarán una discusión de los mismos:

La Capacidad de los Hospitales para Promover el Alojamiento Conjunto se ve disminuida porque no hay suficientes camas y éstas son pequeñas. En algunos hospitales muy llenos, se les pide a las madres que compartan la cama con otras madres. Siendo las camas tan pequeñas el alojamiento conjunto, especialmente para las madres que habían tenido partos por medio de cesárea, es muy difícil. Aunque muchos hospitales están tratando de acortar el tiempo de separación entre la madre y el niño inmediatamente después del parto, algunos hospitales aún posponen el alojamiento conjunto por 24-48 horas después de practicada una operación cesárea. En aquellos hospitales que están participando en la Iniciativa para Hospitales Amigos de los Niños, la tiempo de separación se redujo a 3-5 horas.

El inicio de la lactancia una hora después del parto, solamente se logró alcanzar en un 23.5% de los hospitales del MINSA según un estudio reciente. Las madres que habían tenido parto por cesárea recibían a sus bebés dentro de las primeras horas del nacimiento en un 17.6% de los hospitales (Prácticas Hospitalarias 1993).

La prohibición de no dar a los recién nacidos comida ni bebidas fuera de la lecha materna se da solamente en un hospital en el que el uso de biberones no se permite. Un cincuenta y tres por ciento de los niños nacidos en 19 hospitales especializados en maternidad están recibiendo exclusivamente biberones.

El personal de salud carece de conocimientos en cuanto a la lactancia materna. Un estudio realizado en 1993 encontró que la mayor parte del personal de salud desconocían el valor del calostro (OPS/INCAP 1993). Solamente un 57% de los doctores (y un 38% de las madres) entrevistados en una encuesta nacional hospitalaria, sabían que a un bebé hay que lactarlo cuando lo pide (Navas y Cruz 1993).

La Iniciativa para Hospitales Amigos de los Niños ha logrado algunos progresos:

- Existen comités de Lactancia Materna en los seis hospitales que participan en la iniciativa.
- Se están diseñando actividades de entrenamiento.
- Se ha iniciado un servicio de información acerca de la lactancia materna.

- Los bebés están siendo alimentados con tazas en lugar de biberones.

- Se les permite a las madres que entren a la guardería a cualquier hora para lactar a sus niños.

El siguiente paso es aumentar el número de hospitales a 6-8. El equipo de evaluación piensa que es necesario el apoyo de una equipo estable dedicado únicamente a promover la iniciativa.

Servicios de Salud Tradicionales

En Nicaragua existen aproximadamente 3,958 proveedores tradicionales de atención de salud. El 66% de ellos han sido capacitados; 47% han recibido un maletín de maternidad sin riesgo; y el 79% de ellos tienen un manual. No se ha sistematizado el seguimiento y monitoreo de las parteras a nivel nacional. Se realiza capacitación a nivel de los SILAIS en coordinación con las ONGs (CISAS). Algunos de los SILAIS tienen un capacitador que trabaja medio tiempo con las parteras, y en los municipios existe por lo menos una persona de recurso que dedica una parte de su tiempo a las parteras. Los capacitadores que se encargan de capacitar a las parteras no han recibido entrenamiento en la lactancia materna; además falta material sobre el manejo de lactación para las parteras.

Entrenamiento para los Promotores de Salud

Hasta la fecha las dos facultades de medicina de Nicaragua han establecido comités para la lactancia materna cuyos logros son variados. Una de ellas logró incorporar información sobre el tema en el entrenamiento de los internos. La otra, ha agregado un seminario de entrenamiento a la Práctica Médica Comunitaria, aunque no forma parte del curriculum. Un de los cursos avanzados de pediatría contiene por lo menos alguna información en este sentido.

Entrenamiento de Enfermeras y de otros Trabajadores en Salud.

Las enfermeras, ayudantes de enfermería, técnicos sanitarios y técnicos laboratoristas se gradúan de siete escuelas distribuidas en todo el país. La educación referente a la lactancia materna varía según el establecimiento y va desde 10 horas de estudios sobre Salud Materno-Infantil hasta 0 horas en algunos casos.

Entre los profesionales mejor preparados en este sentido están los nutricionistas, quienes reciben 22 horas de entrenamiento. El entrenamiento sobre lactancia materna incluye: problemas clínicos de madres y niños, amenorrea y drogas, así como el estudio de los Diez Pasos para una Lactancia Óptima preparado por UNICEF.

El Trabajo de las Mujeres y los Sistemas de Apoyo.

Tanto la Ley de Seguridad Social como el Código del Trabajo toman en cuenta la protección de madres y niños. En la primera se otorga a las mujeres que tienen un niño, un descanso de 12 semanas si la misma ha contribuido con 16 pagos semanales dentro de las 39 semanas que preceden a la fecha del parto. El Artículo 95 ofrece 4 semanas de descanso prenatal y 8 semanas de postnatal. El Código del Trabajo requiere que toda empresa que tenga más de 30 empleadas provea espacio para que las madres lacten a sus niños.

Existen fuertes grupos de apoyo formal e informal para las mujeres en todo el país. Luego del derrocamiento de Somoza (1979), los grupos de mujeres comenzaron a tratar asuntos sociales, incluyendo salud, analfabetismo, violencia familiar, planificación de la familia y nutrición. El programa "Soy Nica", dedicado a promover el consumo de la soya, sirve alimentos a las madres embarazadas y lactantes y a los niños. Los participantes de este programa reciben regularmente educación sobre nutrición y lactancia materna. Tanto AMNLAE, IXCHEN, Profamilia y las maternidades ofrecen servicios que incluyen educación y apoyo. Estos establecimientos hacen grandes esfuerzos para promover la lactancia materna, sin embargo, a excepción de las maternidades, sus recursos son limitados.

Existe un programa piloto de nodrizas que opera en un barrio pobre de Managua. Vecinos y voluntarios llevan a niños enfermos o abandonados en visitas programadas a las nodrizas. La Dirección de Nutrición del Ministerio de Salud espera extender este programa que tiene dos años de estarse desarrollando, a otras áreas.

Grupos Activos en el Apoyo de la Lactancia Materna

- ADRA (Adventist Development Relief Agency)
- AMNLAE
- Catholic Relief Services
- IXCHEN
- Madres Nodrices
- Casas Maternas
- Comisión Nacional de Lactancia Materna
- Profamilia
- Project Concern Internacional
- Project Hope
- Save the Children Federation
- Soy Nica
- World Relief Corporation

El Mercadeo de Substitutos de la Leche Materna

El status legal de los substitutos de la leche materna ha cambiado en los años recientes y los productores de fórmulas infantiles y de leches en polvo parecen haber sacado la mejor parte.

- En 1982 la Ley de Seguridad Social promovía la lactancia materna mientras que ofrecía subsidios de leche a las mujeres trabajadoras aseguradas.

- La Ley de Promoción de la Lactancia Materna de 1981 incluía la prohibición de anunciar fórmulas infantiles, productos lácteos utilizados como substitutos de la leche materna y biberones, sin embargo la Comisión de la Lactancia Materna no tiene personería jurídica para funcionar efectivamente.

- El MINSA está encargado de educar al público y en dicha Ley de Promoción tenía libre acceso a los medios de comunicación masivos en todo el país. No existen mensajes de servicio público promoviendo la lactancia materna en la radio o la televisión (el estado actual no es claro). En su lugar, los programas tienen toda suerte de anuncios publicitarios de las compañías que fabrican fórmulas infantiles.

- En 1992 las fórmulas infantiles fueron eliminadas de la Lista Básica de Medicamentos del Ministerio de Salud. Esto implica que el Ministerio no invertirá en la compra de estos productos. Sin embargo continua siendo el Ministerio a través de la Dirección de Medicamentos la que controla este tipo de productos en el país.

- En 1990 se les permitió a las corporaciones multinacionales que regresaran al país. En la actualidad las fórmulas infantiles y leches en polvo se pueden comprar en mercados, supermercados, farmacias y tiendas.

- Las fórmulas infantiles son distribuidas a:
  -las madres aseguradas por medio de subsidios de leche de la Seguridad Social.

- Los hospitales raramente pagan por la fórmula, que es donada por Mead, Johnson, Nestlé y Abbot.

- Por último, el mercadeo ilegal de fórmulas infantiles ha alcanzados tales niveles que las industrias locales no pueden competir con los precios.

Información, Educación y Comunicación

La Comisión Nacional para la Lactancia Materna, responsable de coordinar los esfuerzos para promoverla, carece de un plan de operaciones y de financiamiento. Aún no ha solicitado espacio radial gratis para publicidad. A pesar de ello, la Semana Mundial para la Lactancia Materna de 1993 fue publicitada por televisión, radio y periódicos durante 6 semanas. En este período se organizaron festivales, se diseñaron camisetas, calcomanías, rifas, folletos, afiches y panfletos promoviendo la lactancia materna.

Factores que Promueven o Inhiben la Lactancia Materna

Actividad	Nivel
Ley Nacional sobre Lactancia Materna	Sí, 1981
Coordinador/Comité para la Lactancia Materna a nivel Nacional	Sí, la Comisión Nacional para la Lactancia Materna
Fondos Suficientes a nivel nacional para la Promoción de la lactancia materna	No
Servicios de Salud Instalaciones que permiten el alojamiento conjunto Instalaciones que permiten el contacto inmediato	24%
Código Nacional de Mercadeo	Sí, pero no se aplica
Compañías que distribuyen substitutos de la leche materna:	Nestlé (NAN, Nestógeno, Nido Crecimiento, NIDO y Lirio Blanco (leche entera en polvo) Abbott (Similac, Isomil) Mead-Johnson (Prosobee, Enfalac, Enfamil) Wyeth (Promil, SMA, S-26) Dos Pinos (Pinitos, Anchor, 5 Molinos)
Compañías que ofrecen substitutos gratuitos de la leche materna	Nestlé, Abbott, Mead Johnson
Programas que ofrecen suplementos para niños menores de seis meses	INSSBI da 45 latas = $225
Profesionales entrenados en lactancia materna	7 a Wellstart 539 capacitados en la Iniciativa según MINSA y UNICEF
Programas de apoyo a las madres lactantes	El Hospital para niños Manuel de Jesús Rivera ofrece servicios de información sobre lactancia.
Apoyo a las madres trabajadoras.	Descanso por maternidad (12 semanas). Períodos de lactancia (2 de 1/2 hora c/u). Resolución del Ministerio de Salud para la mujer-trabajadora de la salud.
Programas de comunicación para mejorar las prácticas	Mensajes en radio y televisión para la Semana Mundial de la lactancia materna.

Recomendaciones

Políticas y Planificación

- Modificar la ley existente.
- Identificar cuál es la oficina gubernamental encargada de regular el Código de Mercadeo de los Substitutos de Leche Materna. Fortalecer su capacidad de hacer cumplir con lo establecido.
- Detener la distribución gratuita de fórmulas infantiles y de los subsidios para la compra de leche.
- Desarrollar una estrategia integrada y sostenible de la comunicación para la lactancia materna.
- Buscar en forma más agresiva el espacio radial y televisivo gratuito para hacer publicidad.
- Integrar la lactancia materna a todo el sistema de salud, empezando por el sistema de salud local.
- Designar fondos específicamente para la lactancia materna dentro de programas.

Instalaciones de Salud, Universidades y Organizaciones Locales

- Poner al día el curriculum de todos los profesionales en salud para que incluya la promoción de la lactancia materna y cómo resolver problemas relativos a ésta.
- Preparar material educativo para tratar con asuntos clínicos y problemas específicos de la lactancia materna.
- Crear un hospital modelo para que sirva como ejemplo al resto de las instituciones.
- Evaluar y modificar las prácticas hospitalarias y las rutinas que interfieran con una lactancia materna óptima.
- Entrenar a los trabajadores de salud para que eduquen a las mujeres embarazadas durante las visitas prenatales.

Hogares

- Investigar oportunidades para fortalecer el amplio sistema de organizaciones que dan apoyo comunitario al país, y entrenar a las mujeres voluntarias que trabajan en las comunidades.

- Llevar a cabo investigaciones adicionales para identificar las barreras específicas que existen para que se dé una lactancia óptima y una alimentación adecuada durante el destete en todo el país.

- Educar a las madres sobre su capacidad de controlar su producción de leche y resolver los problemas relativos a la lactancia.

- Con ayuda de los alimentos disponibles localmente, crear un alimento adecuado para los niños durante el destete.

FUENTES

Atalah, E. 1992. *Análisis de la seguridad alimentaria en Nicaragua y recomendaciones.* Managua: FAO.

Cruz N. and Navas-Morales G.E. 1993 *Practicas hospitalarias que favorecen o interfieren con una lactancia materna exitosa.* Managua: MINSA, INCAP/OPS, and UNICEF.

Ellsberg M. and Robert, S. 1986. *Factores que inciden en la incidencia y duración de la lactancia materna.* Paper presented at the VI Jornada Cientifica Nacional, Managua, November 1986.

Griffiths M. and Anderson M.A. 1993. *Guide for a country assessment of breastfeeding practices and promotion.* Arlington, VA: MotherCare.

Hogue R. and Filoramo L. 1993. *Managua, District 6/Tipitapa Baseline Survey (FY93): Knowledge and Practice Survey.* Managua: World Relief Nicaragua.

Jennings J. and Langdon B. 1993. *Child survival baseline survey.* Nicaragua: Save the Children

Navas-Morales G.E., Sandino I.L., Cruz N.R., Rasmusson E., and Carrasco N. 1993a. *Assessment of breastfeeding in Nicaragua.* Washington, DC: Wellstart International.

Navas-Morales G.E., Zelaya-Rizo M., Zamora-Aronda E., and Illescas-Hernandez L.T. 1993b. *Encuesta Nacional sobre Deficiencia de Micronutrientses en Nicaragua 1993.* Managua: MINSA, USAID, INCAP, PAHO.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 1993. *En papel de la cooperación técnica de OPS/OMS en el desarrollo de los SILAIS en Nicaragua.* Managua: OPS/OMS.

Programa Alimentario Nicaraguense (PAN). 1992. *Situación alimentaria, 1992.* Nicaragua: Ministerio de Salud.

Picado J. 1994. *Breastfeeding durations in low income urban neighborhoods of Managua.* Ithaca: Cornell University.

Sistema de Vigilancia Epidemiologica (SVEN). 1992. Managua: Ministerio de Salud.

Stupp P., Monteith R., Cuadra G.R., and Whittle L. 1993. *Encuesta sobre Salud Familiar Nicaragua 92-93. Informe Final.* Profamilia/CDC.

UNICEF. 1994. *The State of the World's Children 1994.* New York & Geneva: Oxford University Press.

World Bank. 1993. *Republic of Nicaragua: Review of social sector issues.*

Zeitlin M.F., Sockalingam S., Seireg M., and Bonilla J. 1990. The Tallstick: A tool for community-based assessment of nutritional stunting. *Food and Nutrition Bulletin.* 12(2): 128-137.