



World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)

# Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna (WBTi)<sup>1</sup>

---

## CUESTIONARIO INDICADORES

---



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

Coordinación Colombia  
Grupo Guillermo Fergusson. IBFAN Colombia  
Gloria Ochoa Parra  
gopibfan@cable.net.co

Grupo IBFAN Colombia  
Gloria Ochoa Parra  
Diana Marcela Rico Piñeros  
Gloria Isabel Quintero Fandiño  
Patricia Amezcua

---

<sup>1</sup> Favor coordinar con la oficina regional IBFAN LAC el uso de este documento.

## Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna (*WBTi*) Indicadores 1 a 15

La *WBTi* ha identificado 15 indicadores en dos partes, en las que cada indicador tiene una importancia específica.

1. *La Parte I se refiere a las prácticas de alimentación infantil (indicadores 1-5)*
2. *La Parte II trata con políticas y programas (indicadores 6-15)*

Una vez realizada la evaluación de los vacíos, se incorporan al cuestionario los 15 indicadores usando el juego de herramientas *WBTi* basado en la web© que está específicamente diseñado para satisfacer esta necesidad. El juego de herramientas objetivamente cuantifica los datos, asignando una Puntuación con código de colores en Rojo, Amarillo, Azul o Verde representando el Grado 'D' al grado 'A'. El juego de herramientas tiene la capacidad de generar mapas visuales o cuadros gráficos para asistir en la propugnación a todo nivel, es decir, nacional, regional e internacional.

### **Cada indicador utilizado en la evaluación cuenta con los siguientes componentes:**

- Antecedentes de por qué es importante el componente sobre la práctica, política o programa.
- El asunto clave que deberá ser investigado.
- Una lista de criterios clave en forma de un subconjunto de asuntos a considerar al identificar los logros y las áreas que necesitan mejoras, con directrices para asignar una puntuación, código de colores, calificación y clasificación al desempeño del país.

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

En la Parte I, solicite datos numéricos específicos de cada práctica de Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as). A las personas que participan en esta evaluación se les recomienda usar los datos de alguna encuesta de hogares aleatoria que sea de alcance nacional<sup>2</sup>. Los datos que se obtengan de esta forma se ingresan al juego de herramientas

---

<sup>2</sup> Una fuente de datos que por lo general es de alta calidad es la Encuesta en Demografía y Salud (EDS) (4) que se realiza en colaboración con organizaciones macro de investigación internacionales y nacionales, con el apoyo de USAID. Si se usa esta fuente de datos, es probable que los datos sean comparables entre los países. Otras fuentes de datos pueden incluir las Encuestas de Grupos de Indicadores Múltiples (EGIM) de UNICEF (5) y el Banco de Datos Global de Lactancia Materna de la OMS (6). En algunos países pueden haberse realizado estudios nacionales recientes. Es importante evaluar el alcance y calidad de cualquier fuente de datos que se considere utilizar.

impreso basado en la web. Al logro alcanzado en este indicador de objetivos en particular se le asigna una puntuación y calificación, p. ej., **Rojo o grado ‘D’**, **Amarillo o grado ‘C’**, **Azul o grado ‘B’** y **Verde o grado ‘A’**. Los puntos de corte de cada uno de estos niveles de logros fueron seleccionados de forma sistemática, con base en un análisis de logros pasados en estos indicadores en países en desarrollo<sup>3</sup>. Estos se han incorporado de la herramienta de la OMS.

## **Indicador 1: Iniciación Temprana de la Lactancia Materna**

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

### **Antecedentes**

Muchas madres en el mundo dan a luz a sus bebés en su casa, especialmente en países en desarrollo y más aún en áreas rurales. La lactancia materna se inicia tardíamente en muchos de estos lugares por aspectos culturales u otras creencias. Conforme al “Paso” 3 de los *Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa* de las nuevas directrices de la Iniciativa de Hospitales Amigables con la Niñez (IHAN), debe colocarse al (la) bebé “piel-con-piel” con su madre durante la primera media hora posterior al parto y ofrecerle el pecho dentro de la primera hora en todo parto normal. Si la madre ha sido sometida a una cesárea, debe ofrecérsele el pecho al(la) bebé cuando la madre esté en condiciones de responder y esto ocurre también dentro de unas pocas horas de la anestesia general. Aquellas madres a las que se les ha practicado una cesárea necesitan ayuda adicional pues de lo contrario podrían iniciar la lactancia materna mucho más tarde. De manera óptima, el(la) bebé debería comenzar a amamantarse antes de que se le realice cualquier procedimiento de rutina (como bañarlo(a), pesarlo(a), cuidado de su cordón umbilical, aplicación de medicamentos para los ojos). La lactancia materna temprana ayuda a mantener un mejor control de la temperatura del(la) recién nacido(a), fortalece la vinculación afectiva entre madre e hijo(a) y además aumenta la posibilidad de establecer la lactancia materna exclusiva temprana y el éxito de la misma. Evidencia emanada de un estudio comunitario grande refleja que la iniciación temprana es una de las principales intervenciones para prevenir la mortalidad neonatal.

---

<sup>3</sup> Las puntuaciones se obtuvieron con base en un análisis de los porcentajes alcanzados por los países de los diversos indicadores, como lo evidencian los resultados de las Encuestas en Demografía y Salud (4) y otros estudios nacionales seleccionados presentados en *Hábitos de Lactancia Materna en el Mundo en Desarrollo* (7). Los resultados para cada país se clasificaron de menor a mayor, usando MS Excel. Los resultados luego se dividieron en tres partes. Las primeras dos quintas partes del puntaje se usaron para determinar la clasificación de “Bajo”, los segundos dos quintos como “Regular” y la última quinta parte como “Bueno”. Se reservó la categoría de “Excelente” para la clasificación que indicaría que las prácticas en el país eran casi “óptimas” – por ejemplo, de 90% a 100% del logro de lactancia materna exclusiva para 0<6 meses. Este sistema de clasificación le permite al país ver su rendimiento en comparación con otros países en los diversos indicadores, en tanto la clasificación más alta se reserva únicamente para prácticas óptimas.

**Directriz:**

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

**Parte I: Prácticas de alimentación del lactantes y niños-as pequeños-as****Indicador 1: Iniciación Temprana de la Lactancia Materna**

Porcentaje: **48,9%**

Color amarillo

**Comentarios, Resumen y Fuente de Datos**

El inicio de la lactancia materna en la primera hora de nacido la-el bebé favorece el vínculo afectivo y el establecimiento de la lactancia materna. Tan solo el 48.9% de las mujeres en Colombia informaron haber amamantado a su hijo-a durante la primera hora de nacido.

Esta proporción aumenta a medida que mejora el estrato socioeconómico medido en el Sistema de Información de selección de beneficiarios –SISBEN-, por ejemplo en SISBEN 1 la proporción de mujeres que inician el amamantamiento en la primera hora de nacido alcanza el 45.8% en tanto que en SISBEN 3 a 6 la proporción llega a 50.5%.

Esta cifra cambia según la región en que se divide el país, tal es el caso de la Región de la Amazonía y Orinoquía donde el 56.2% de las mujeres amamantan durante la primera hora de nacido. En contraste con la Región Atlántica en donde esta cifra tan solo llega a 44.0%. Por lugar de residencia el 49.8% de las mujeres que residen en el área urbana amamantaron a sus hijos-as durante la primera hora de nacido, en contraste con el 47.1% residentes en el área rural.

En cuanto al inicio temprano de la lactancia materna y la atención del parto, la Encuesta señala que cuando el parto es atendido por un profesional de la salud el 49.8% de las mujeres inician en la primera hora de nacido la-el bebé, este porcentaje desciende a 39.4% cuando el parto es atendido por partera.

**Fuente:** Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia 2005 adelantada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Profamilia, Instituto Nacional de Salud, Universidad de Antioquia y la Organización Panamericana de la Salud. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Profamilia, ICBF, USAID, Ministerio de la Protección Social y UNFPA.

## Indicador 2: Lactancia Materna Exclusiva Durante los Primeros Seis Meses

Pregunta Clave: *¿Porcentaje de bebés de 0<6 meses de edad exclusivamente amamantados(as) en las últimas 24 horas<sup>4</sup>?*

### Antecedentes

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses es sumamente crucial para la supervivencia, crecimiento y desarrollo de lactantes y niños(as) pequeños(as). Disminuye el riesgo de enfermedad, especialmente de enfermedades diarreicas. Además, prolonga la amenorrea de la lactancia en madres que amamantan con frecuencia. La OMS comisionó una revisión sistemática de literatura científica publicada sobre la duración óptima de la lactancia materna exclusiva y en marzo de 2001, los resultados se sometieron a revisión técnica y examen detallado durante una Consulta con Expertos. Esta Consulta con Expertos recomendó un cambio a “lactancia materna exclusiva durante 6 meses” en lugar de las recomendaciones anteriores de 4 meses. En mayo de 2001, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) adoptó formalmente esta recomendación a través de la resolución 54.2 /2001. En el 2002, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó otra resolución 55.25 que adoptó la Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as). Más adelante, la Junta Ejecutiva de UNICEF también adoptó esta resolución y la Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) en septiembre de 2002, alcanzando un consenso único en esta recomendación de la salud. Además, en áreas con alta frecuencia de VIH, hay evidencia de que la lactancia materna exclusiva resulta ser más protectora que la “alimentación mixta” por el riesgo de transmisión del VIH a través de la leche materna. Nuevos análisis publicados en Lancet apuntan con claridad al rol de la lactancia materna exclusiva por los primeros seis meses como esencial para la supervivencia y desarrollo infantil.

### Directriz:

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

Porcentaje: **46.8%** en menores de 6 meses

Mediana: **2.2** meses

Color: Amarillo

### Comentarios, Resumen y Fuente de Datos

<sup>4</sup> Lactancia materna exclusiva significa que el(la) lactante ha recibido sólo leche materna (de su madre o de una nodriza, o de leche materna extraída) y ningún otro líquido o sólido con la excepción de gotas o jarabes que consisten en suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos (2)

## Indicadores

En Colombia la duración de la lactancia materna exclusiva es de muy corta duración, pues tan solo el 46.8 de las madres con hijos e hijas menores de tres años informaron haber amamantado a sus hijos e hijas durante los primeros seis meses. El 5.5% informaron haber suministrado leche materna y agua, el 2.5% leche materna y otros líquidos. Llama la atención que el 17.9% de las mujeres refieren haber ofrecido a sus hijos e hijas leche materna y otras leches.

En cuanto a la duración media de la lactancia materna exclusiva el país reporta 2.2 meses, en contraste con el departamento de Boyacá en donde la lactancia exclusiva llega a 5.3 meses y 0.6 en los departamentos de Cesar y Norte de Santander.

**Fuente:** Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia 2005 adelantada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Profamilia, Instituto Nacional de Salud, Universidad de Antioquia y la Organización Panamericana de la Salud. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Profamilia, ICBF, USAID, Ministerio de la Protección Social y UNFPA.

### Indicador 3: Duración Media de la Lactancia Materna

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

#### Antecedentes

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

#### Directriz:

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

#### Fuente de Datos (incluyendo la fecha):

Mediana: **14.9 meses**

Color: Rojo

## Comentarios, Resumen y Fuente de Datos

En el año 2005, la duración mediana de la lactancia materna en Colombia fue de 14.9 meses, cifra que ha mejorado en los últimos 10 años, pero que aun se está muy lejos de la recomendación internacional y nacional sobre la lactancia materna exclusiva y la duración total (6 meses y más de dos años)

La mayor duración de la lactancia materna la presenta la Región Bogotá con 18.6 meses y la mas baja la Región Central con 11.6 meses. Cuando la madre tiene educación superior la duración de la lactancia materna es mas baja 12.6 meses, en contraste con las madres sin educación en donde la duración llega a 18.6 meses. De acuerdo al índice de riqueza entre mas bajo sea, mayor es la duración de la lactancia materna 15.8 meses, frente a 11.0 meses de quienes presentan un índice mayor.

**Fuente:** Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia 2005 adelantada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Profamilia, Instituto Nacional de Salud, Universidad de Antioquia y la Organización Panamericana de la Salud. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Profamilia, ICBF, USAID, Ministerio de la Protección Social y UNFPA.

### Indicador 4: Alimentación con Biberón

*Pregunta Clave: ¿Qué porcentaje de bebés amamantados(as) menores de 6 meses reciben otros alimentos o bebidas en biberón?*

#### Antecedentes

Los(las) bebés deben ser amamantados(as) en forma exclusiva durante sus primeros 6 meses de edad y no necesitan recibir ningún otro líquido, ni fórmulas de leche fresca o enlatadas, ya que ello les causaría un mayor daño y reemplazaría a la preciada leche materna. Asimismo, después de los seis meses los(las) bebés idealmente deben recibir leche materna más alimentos complementarios. Si un(a) bebé no pudiera recibir la leche materna del pecho de su madre, debe dársele en una tacita. (Si no pudiera tragar, se le debe dar la leche materna por medio de un tubo de alimentación.) Después de los seis meses, cualquier líquido se le debe suministrar en tacita en vez de biberón. Los biberones con pezones artificiales y pacificadores (tetinas o chupetes) pueden causar ‘confusión de pezón’ y por tanto el rechazo del(la) lactante al pecho luego de su uso. Es más difícil mantener limpios los biberones que las tazas y la ingesta de patógenos puede ocasionar enfermedades y hasta la muerte. Los pacificadores también pueden contaminarse con facilidad y causar enfermedades.

**Directriz:**

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

**Fuente de Datos (incluyendo la fecha):**

Prevalencia: 40.4%

Color: Rojo

**Comentarios, Resumen y Fuente de Datos**

La utilización del biberón para ofrecer alimentos líquidos a niños-as menores de tres años es común en Colombia. Según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia publicada en el año 2005, la cuarta parte (24.8%) de los niños y niñas menores de dos meses y el 40.4% de los menores de 6 meses usan biberón, lo cual desestimula la lactancia materna e implica riesgos para la salud del bebé. En el mismo estudio se revela que la mitad de los niños y las niñas menores de tres años usan biberón.

**Fuente:** Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia 2005 adelantada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Profamilia, Instituto Nacional de Salud, Universidad de Antioquia y la Organización Panamericana de la Salud. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Profamilia, ICBF, USAID, Ministerio de la Protección Social y UNFPA.

**Indicador 5: Alimentación Complementaria**

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

**Antecedentes**

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

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

**Directriz:**

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

**Fuente de Datos (incluyendo la fecha):**

Prevalencia: 93.5%

Color: Azul

**Comentarios, Resumen y Fuente de Datos**

Las guías alimentarias para los niños y niñas colombianos menores de dos años recomiendan introducir alimentos complementarios a partir de los 6 meses de edad, incrementando gradualmente la cantidad, variedad y consistencia, adaptándolos a los requerimientos de cada niño-a.

En la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia 2005, se indagó la edad de inicio de alimentos diferentes a la leche materna según la consistencia de los mismos. La mediana para el inicio de semisólidos es de 5 meses, mientras que los sólidos se inician a los 7 meses de edad. Se encuentra que el 93.5% de los niños y niñas entre 6 y 9 meses, reciben alimentos sólidos o semisólidos.

**Fuente:** Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia 2005 adelantada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Profamilia, Instituto Nacional de Salud, Universidad de Antioquia y la Organización Panamericana de la Salud. Encuesta Nacional de

Demografía y Salud 2005. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Profamilia, ICBF, USAID, Ministerio de la Protección Social y UNFPA.

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

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

*Directrices de IBFAN Asia para la WBTi*

<i>Puntajes</i>	<i>Código por Color</i>	<i>Calificación</i>
0 - 3	<b>Rojo</b>	<b>D</b>
4 - 6	<b>Amarillo</b>	<b>C</b>
7 - 9	<b>Azul</b>	<b>B</b>
Más de 9	<b>Verde</b>	<b>A</b>

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

### Indicador 6: Política, Programa y Coordinación Nacional

Pregunta Clave: *¿Existe una política nacional para la alimentación/ lactancia materna de lactantes y niños(as) pequeños(as) que proteja, promueva y apoye la alimentación óptima de lactantes y niños(as) pequeños(as) y que dicha política sea apoyada por un programa del gobierno? ¿Existe un mecanismo que coordine un comité y coordinador(a) nacionales similares para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as)?*

#### Antecedentes

La “*Declaración Innocenti*” fue adoptada en 1990. Recomendaba que todos los gobiernos contaran con comités y coordinadores(as) nacionales de lactancia materna como mecanismos establecidos para proteger, promover y apoyar la lactancia materna en el país. La Cumbre Mundial de la Niñez (2000) recomendó a todos los gobiernos diseñar políticas nacionales de

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

### **Posibles fuentes de Información**

La mayoría de países ya cuentan con su Plan de Acción Nacional sobre Nutrición y su Plan de Acción Nacional para la Niñez, como seguimiento a la Cumbre de la ONU para la Niñez. Aparte de esto, las Políticas Nacionales sobre Nutrición y las Políticas Nacionales en Salud deben contemplar también la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as). Muchos países han tomado acción y ya cuentan con comités nacionales de lactancia materna. Sería muy útil obtener las minutas de este comité, así como sus términos de referencia. Estos documentos podrían suministrar posibles fuentes de información detallada sobre esta sección en particular. Muchos países también han realizado reuniones del CRC. También sería útil obtener copias de las minutas e informes de estas reuniones.

Las discusiones sobre la implementación de la Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) pueden realizarse a nivel nacional con el(la) Coordinador(a) Nacional de Lactancia Materna, funcionarios de los Ministerios de Salud y Planificación y/o Trabajo, representantes reguladores del gobierno, OMS, UNICEF y grupos de promoción de la lactancia materna como IBFAN. Averigüe y obtenga copias escritas de cualquier política nacional que cubra la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as).

Otras fuentes podrían ser las políticas y programas de la IHAN, legislación nacional como seguimiento al *Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna* (El Código) y su proceso de implementación o los reportes de las organizaciones comunitarias sobre nutrición y salud.

Fuentes de Información Usadas:

Ministerio de la Protección Social: Dra. Amanda Valdés Soler

UNICEF: Dra. Nora Corredor Martínez

## Criterios del Indicador 6

	<b>Puntaje</b> ✓ <i>Marcar cuando aplica</i>
6.1) El gobierno ha adoptado/ aprobado oficialmente una política nacional sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as)	2
6.2) La política promueve la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, iniciando la alimentación complementaria después de los seis meses y continuando la lactancia materna hasta los 2 años o más.	✓ 2
6.3) Un plan de acción nacional diseñado junto con la política	✓ 2
6.4) El plan cuenta con financiamiento adecuado	1
6.5) Existe un Comité Nacional de Lactancia Materna	✓ 1
6.6) El Comité Nacional de Lactancia Materna (alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) realiza reuniones y revisiones periódicas	1
6.7) El Comité Nacional de Lactancia Materna (alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) se enlaza con todos los otros sectores como salud, nutrición, información, etc. en forma efectiva	✓ 0.5
6.8) El Comité de Lactancia Materna está dirigido por un(una) Coordinador(a) con términos de referencia claros	0.5
<b>Puntaje Total</b>	<b><u>5.5</u> /10</b>
<b>Conclusiones y Recomendaciones</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Existe un plan decenal de Promoción, Protección y Apoyo a la lactancia materna 1998 – 2008, el cual se tiene programado la evaluación y actualización.</li> <li>■ El Comité Nacional de Lactancia Materna hace más de dos años no se reúne. Este comité no cuenta con un-a coordinador-a con términos de referencia definidos.</li> <li>■ La Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional aprobada en el 2007, define como línea de trabajo la Promoción y protección de la salud y la nutrición, y fomento de estilos de vida, dentro de la cual se contemplan acciones de promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida y con alimentación complementaria adecuada hasta los 2 años de edad</li> <li>■ La actualización del plan decenal de lactancia materna debe incluir el marco de la Estrategia Mundial de Alimentación de Lactantes y Niños-as Pequeños-as.</li> </ul>	

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

#### Preguntas Clave:

7A) ¿Qué porcentaje de hospitales y maternidades que ofrecen servicios de maternidad han sido designados “Amigables con la Niñez” con base en criterios globales o nacionales?

7B) ¿Qué son los aportes de capacitación especializada y la sostenibilidad de la IHAN?

7C) ¿Cuál es la calidad del programa de implementación de la IHAN?

#### Antecedentes:

La *Declaración Innocenti* hace un llamado a todos los servicios de maternidad para que practiquen plenamente los *Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa*, que buscan

*Proteger, promover y apoyar la lactancia materna: el rol especial que juegan los servicios de maternidad, Declaración Conjunta de OMS/UNICEF.* El Informe de Avance de 1999 de UNICEF sobre la IHAN enumera el número total de hospitales /maternidades que hay en cada país y el número total que han sido designados como “Amigables con la Niñez”. De acuerdo con el Paso 2 de los diez pasos, todo el personal de los servicios de maternidad debe capacitarse en el manejo de la lactancia. UNICEF y OMS recomiendan que todo el personal reciba al menos 18 horas de capacitación y un mayor nivel de capacitación sería aún más deseable. Ya varios países han iniciado acciones en la IHAN aunque los avances alcanzados hasta ahora se expresan solo en números; los informes reflejan que podría haber un retroceso si no se mejoran significativamente las habilidades de los(las) trabajadores(as) en salud. La Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) indica que es necesario realizar una revitalización de la IHAN y de que su evaluación también se realice periódicamente para ayudar a la sostenibilidad de este programa y contribuir a incrementar la lactancia materna exclusiva.

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

**Posibles fuentes de información:**

Puede realizarse entrevistas con miembros del comité nacional de la Iniciativa de Hospitales Amigables con la Niñez (IHAN) en el Ministerio de Salud y con funcionarios de UNICEF y la OMS. Revisar cualquier informe sumario sobre el estatus de IHAN, número (y porcentajes) de hospitales declarados Amigables con la Niñez, etc. Refiérase al último informe situacional sobre la IHAN preparado por UNICEF/NY para obtener las cifras oficiales reportadas por el país. Investigue con grupos IBFAN/otros grupos de lactancia materna del país información sobre la cantidad y calidad de la IHAN. Averigüe cuántos hospitales que han sido certificados como IHAN han capacitado a su personal con el nivel mínimo recomendado de capacitación de 18 horas. Para conocer sobre la calidad de los servicios, puede realizar entrevistas con las madres que han dado a luz en estos hospitales. Puede registrarse el uso de cualquier estudio realizado sobre IHAN en el país.

Fuentes de información usadas:

Ministerio de la Protección Social: Dra Amanda Valdés Soler

UNICEF: Dra Nora Corredor Martinez

**Directrices 7A Cuantitativas**

7.1) \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del total de hospitales (tanto públicos como privados) y maternidades que ofrecen el servicio de maternidad han sido designados “Amigables con la Niñez” \_\_\_\_ %

## Indicadores

<b>Criterios</b>	√ <b>Marque sólo “una”</b>
0 - 7%	1
8 - 49%	2
50 - 89%	3
90 - 100%	4
<b>Clasificación de los logros cuantitativos de la IHAN:</b>	<b><u>0 /4</u></b>

**NOTA:** IHAN en Colombia es adoptada como Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia – IAMI-. Actualmente el país cuenta con 330 IAMI acreditadas tanto del Sector Público como Privado. La información solicitada no fue posible cuantificarla, por cuanto no se recopiló la información sobre el número de instituciones que prestan servicios de maternidad en el país.

### **Directrices:**

#### **Indicador 7B Cualitativo**

*Aporte de capacitación especializada del programa IHAN 330 de 330 hospitales designados como IHAN que han sido certificados después de haber capacitado a su personal con el nivel mínimo recomendado de capacitación de 18 horas para todo su personal que trabaja en los servicios de maternidad.*

<b>Criterios</b>	<b>Marque sólo “una”</b>
0-25%	1
26-50%	1.5
51 –75%	2.5
75% o más	3.5
<b>Puntaje Total:</b>	<b><u>3.5 /3.5</u></b>

### **Directrices:**

#### **Indicador 7C Cualitativo**

*Calidad del programa de implementación IHAN:*

<b>Criterios</b>	√ <b>Marcar cuando aplica</b>
7.3) El programa IHAN depende de la capacitación de los(las) trabajadores(as) en salud	√ .5
7.4) Hay establecido un sistema estándar de monitoreo	√ .5
7.5) Un sistema de evaluación depende de entrevistas con las madres	√ .5
7.6) Se han incorporado sistemas de reevaluación en los planes nacionales	.5

7.7) Existe un programa con limitación de tiempo para aumentar la cantidad de instituciones IHAN en el país  $\checkmark$  .5

**Puntaje total** 2.0 / 2.5

**Puntaje total 7A, 7B y 7C** 5.5

#### Conclusiones y Recomendaciones

- La voluntad política y el compromiso de los trabajadores de la salud de las instituciones de salud públicas y privadas, ha sido fundamental para la implementación de las IAMI integral con enfoque de derechos en todo el país.
- El Ministerio de la Protección Social tiene programado para el año 2009, implementar 14 IAMI en 14 Municipios receptores de la población desplazada.
- Es importante fortalecer el Sistema Estándar de Monitoreo para la implementación de la IAMI integral en todo el territorio nacional, desagregado por Departamento, Municipio, Institución Pública e Institución Privada.

### Indicador 8: Implementación del Código Internacional

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

#### Antecedentes:

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

Los países deben promulgar leyes como seguimiento de lo anterior. Desde entonces, se ha adoptado diversas nuevas resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud, que fortalecen el *Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna* que tienen el mismo estatus del Código y también deben tomarse en cuenta. La Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) hace un llamado a un incremento de las acciones para este objetivo. De acuerdo con la OMS, de los 191 Estados Miembro, 162 han tomado acción para darle efecto, pero el reporte de la ICDC saca a relucir el hecho de que hasta ahora solo 32 países han aprobado leyes nacionales que cubren el Código en su totalidad. El ICDC usa criterios para evaluar el tipo de acción.

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

**Posibles fuentes de información:**

Pueden obtenerse datos actuales sobre la implementación del Código por país del International Code Documentation Centre (ICDC) del International Baby Food Action Network (IBFAN), que publica el reporte “Situación del Código por País” en forma periódica [www.ibfan.org/english/pdfs/btr04/soccountry04.pdf](http://www.ibfan.org/english/pdfs/btr04/soccountry04.pdf), de los grupos locales en lactancia materna /oficina de Puntos Focales de IBFAN, o de otros grupos que han realizado encuestas nacionales sobre el cumplimiento del Código. Los funcionarios de los Ministerios de Salud, OMS y UNICEF podrían ser otras fuentes de información clave.

Fuentes de información usadas:

Ministerio de la Protección Social: Dra Amanda Valdés Soler

Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA: Dra Patricia Botero

Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA: Dra Nancy Espinosa

IBFAN Colombia: N.D Gloria Ochoa Parra

Resultados del Monitoreo al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna Colombia año 2000.

**Directrices**

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

<b>Criterios</b>	<b>Puntaje</b> <i>√ Marcar cuando aplica Si más de uno aplica, elija el puntaje más alto.</i>
8.1) No se ha tomado ninguna acción	0
8.2) Se está estudiando el mejor enfoque	1
8.3) Política nacional de lactancia materna incorporando el Código en forma total o parcial, pero no es vinculante y por tanto, no se puede hacer cumplir	2
8.4) Medidas nacionales (para tomar en cuenta medidas en vez de leyes), en espera de aprobación final	3
8.5) Directriz/circular administrativa implementando el Código en forma total o parcial en centros de salud con autorización administrativa	4
8.6) Algunos artículos del Código como medida voluntaria	5
8.7) Código como medida voluntaria	6

8.8) Algunos artículos del Código como ley	√ 7
8.9) Todos los artículos del Código como ley	8
8.10) Todos los artículos del Código como ley, con monitoreo y ejecutables	10
<b>Puntaje total:</b>	<u>7</u> /10__

**Conclusiones y Recomendaciones:**

El decreto 1397 del año 1992, tiene sanción del Presidente de la República de Colombia y del Ministro de Salud de ese momento. Los resultados del monitoreo al Código realizado en el año 2000 señalan que:

- Ninguna madre recibe muestras de los productos comprendidos en el CIC, ni reciben visitas de las compañías que producen o distribuyen éstos productos.
- Las etiquetas de las fórmulas infantiles analizadas cumplen con el requisito de NO incluir los términos “humanizadas” o “maternizadas” y cumplen con la recomendación de “aviso importante”.
- Las Compañías no entregan directamente a las madres materiales con información sobre alimentación infantil, pero estos materiales además de regalos, lo reciben las madres a través de los trabajadores de la salud.
- Se encontraron donaciones de fórmulas infantiles en instituciones prestadoras de servicios de salud.
- La mayoría de etiquetas de alimentos complementarios, recomiendan el uso del biberón, contienen foto o imágenes de un infante.

Es importante actualizar el decreto 1397 de 1992 a la luz del Sistema General de Seguridad Social en Salud, adoptando todos los artículos del CIC y las Resoluciones Posteriores de la AMS. Así mismo: -establecer de manera permanente el monitoreo, la inspección, vigilancia y control; -regular la publicidad en todos los medios de comunicación, -reglamentar etiquetas de biberones, chupos y productos relacionados, -declarar que el producto no es estéril cuando se trata de leche artificial infantil en polvo. En conjunto con la sociedad civil como la Red IBFAN Colombia, fortalecer los mecanismos de monitoreo y de inspección.

**Indicador 9: Protección de la Maternidad**

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

**Antecedentes:**

La Declaración Innocenti (1999, 2005) y la Estrategia Global para la ALNP (2002) de la OMS hacen un llamado para la provisión de legislación imaginativa para proteger el derecho a la lactancia materna de las mujeres trabajadoras, y el posterior monitoreo de su aplicación

de conformidad con la Convención No. 183, 2000 de la OIT para la Protección de la Maternidad y su Recomendación 191. La Convención de la OIT para la Protección de la Maternidad (MPC) 183 especifica que las mujeres trabajadoras deben recibir:

- Protección en salud, protección en su trabajo y la no discriminación para trabajadoras embarazadas y lactantes
- Al menos 14 semanas de licencia por maternidad remuneradas
- Uno o más recesos diarios para lactancia materna remunerados o reducción de las horas laborales diarias para amamantar
- Además, la Recomendación 191 fomenta la creación de espacios para lactancia materna dentro de los lugares de trabajo o próximos a ellos.

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

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

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

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

**Posibles fuentes de información:**

Puede realizarse entrevistas con funcionarios de los Ministerios de Salud, Trabajo, Bienestar Social o Asuntos de la Mujer y con el personal de ONG como IBFAN. Datos sobre las convenciones de la OIT y su avance en ratificarlas en los diversos países pueden ubicarse en el sitio web de la OIT. WABA también ha documentado el perfil de los países sobre la situación de la Protección de la Maternidad [www.waba.org.my/womenwork/mpc19nov04.pdf](http://www.waba.org.my/womenwork/mpc19nov04.pdf). El mismo enumera la extensión de las licencias por maternidad y paternidad, así como quién(es) cubre(n) su pago, los recesos concedidos o no por lactancia materna y si son pagados o no.

Fuentes de información usadas:

Ministerio de la Protección Social: Dra Amanda Valdes Soler

UNICEF: Nora Corredor Martínez  
 IBFAN Colombia: Gloria Ochoa Parra

### Directrices para el Indicador 9

*Legislación para la Protección de la Maternidad, otras políticas y prácticas que protegen y apoyan la lactancia materna: \_\_\_\_\_ puntos*

Criterios	Marque con <input checked="" type="checkbox"/> los que aplican
9.1) A las mujeres cubiertas por la legislación nacional se les otorga el siguiente número de semanas de licencia por maternidad remuneradas <input checked="" type="checkbox"/> a. Cualquier período menor a las 14 semanas – 0.5 (puntaje) b. 14 a 17 semanas – 1 (puntaje) c. 18 a 25 semanas – 1.5 (puntaje) d. 26 semanas o más – 2 (puntaje)	0.5
9.2) A las mujeres cubiertas por la legislación nacional se les otorga al menos un receso por lactancia materna o la reducción en su jornada laboral diaria. a. Receso sin pago – 0.5 (puntaje) <input checked="" type="checkbox"/> b. Receso pagado - 1 (puntaje)	1
9.3) La legislación obliga a los patronos de mujeres en el sector privado del país a conceder al menos 14 semanas por licencia de maternidad remuneradas y recesos por lactancia pagados.	0
9.4) Existe una disposición en la legislación nacional que prevé espacios en el lugar de trabajo para lactancia materna y/ o guarderías en los lugares de trabajo del sector formal.	0
9.5) A las mujeres de los sectores informales/no organizados y agrícolas se les: <input checked="" type="checkbox"/> a. concede algunas medidas de protección – 0.5 (puntaje) b. concede la misma protección que la que reciben las mujeres que trabajan en el sector formal – 1 (puntaje)	0.5
9.6) a. Se pone a disposición de las trabajadoras información sobre leyes, reglamentos y políticas de protección a la maternidad – 0.5 (puntaje) b. Existe un sistema para el monitoreo del cumplimiento y una forma para que las trabajadoras denuncien si no se respetan sus derechos. – 0.5 (puntaje)	0

**Indicadores**

9.7) En el sector público se concede la licencia de Paternidad durante al menos 3 días.	0.5
9.8) En el sector privado se concede la licencia de Paternidad durante al menos 3 días.	0.5
9.9) Existe legislación que prevé la protección en salud de las trabajadoras embarazadas y lactantes; y la legislación prevé que se les informe sobre condiciones peligrosas en sus lugares de trabajo y se les ofrezca trabajos alternativos con el mismo salario hasta que ya no estén embarazadas o amamantando.	0.5
9.10) Existe legislación que prohíbe la discriminación en el empleo y que garantiza la protección laboral para las mujeres trabajadoras durante su período de lactancia materna.	0.5
9.11) ILO MPC No 183 ha sido ratificada, o el país cuenta con una ley nacional igual o más fuerte que la C183.	0
9.12) La convención ILO MPC No 183 ha sido promulgada, o el país ha promulgado disposiciones iguales o más fuertes que la C183.	0
<b>Puntaje total:</b>	<b><u>4</u> /10</b>
<b>Conclusiones y Recomendaciones:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Se recomienda que el país ratifique el Convenio OIT 183 de 2000.</li> <li>■ Difundir las normas que protegen la maternidad tanto en empleadores como en las madres y sus familias.</li> <li>■ Hacer seguimiento al cumplimiento de la hora de lactancia otorgada a las madres por la Ley 50 de 1990.</li> <li>■ Diseñar estrategias que garanticen a las madres trabajadoras un espacio para extraer y conservar la leche materna bajo normas técnicas de seguridad.</li> </ul>	

**Indicador 10: Sistemas de Atención en Salud y Nutrición**

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

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

**Antecedentes:**

La Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) indica claramente cómo alcanzar sus objetivos, por lo que las mejoras en estos servicios resulta esencial para lograrlo. Se ha documentado que el currículo de quienes prestan estos servicios es débil en este tema. También se ha observado que muchos(as) de estos(as) trabajadores(as) en salud y nutrición carecen de las habilidades adecuadas para brindar consejería en la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as), lo cual es vital para el éxito de la lactancia materna.

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

### **Posibles fuentes de información:**

Pueden realizarse entrevistas con el Ministerio de Salud y Nutrición o con otros sectores pertinentes, personal de recursos humanos, instructores en consejería sobre la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as), UNICEF, OMS, donantes u otros proyectos que trabajan en la revisión y reforma de currículos, administradores y egresados. Revisar currículos o planes de cursos para los correspondientes departamentos. Solicite currículos escritos.

**Refiérase a la *Lista de Control para Educación*** en donde encontrará una lista que podrá usar para comprobar si su contenido y objetivos de aprendizaje sobre la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) son adecuados.

Fuentes de información usadas:

Ministerio de la Protección Social: Amanda Valdes Soler

Universidad Javeriana: Dra Luz Nayibe Vargas

Universidad Javeriana: Dra Silvia Bohorquez

### **Directrices**

*Formación académica de los(las) prestatarios de servicios de salud: \_\_\_\_\_ puntos*

## Indicadores

Criterios	Puntaje		
	<i>√ Marque el que aplique</i>		
	Adecuado	Inadecuado	No Hay Referencia
10.1) La revisión de las escuelas de prestación de servicios en salud y los programas de formación académica en el país <sup>5</sup> refleja que el currículo o plan académico sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) son adecuados/ inadecuados	<i>√</i> 2	1	0
10.2) Se han diseñado normas y directrices para los procedimientos y apoyo del parto amigable con las madres y se han distribuido a todos los centros de salud y personal encargado de brindar atención en maternidad.	<i>√</i> 2	1	0
10.3) Existen programas de capacitación y perfeccionamiento que ofrecen los conocimientos y habilidades relacionados con la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) para las personas que trabajan en atención de la salud /nutrición. <sup>6</sup>	<i>√</i> 2	1	0
10.4) Los(las) trabajadores(as) en salud reciben capacitación con responsabilidad hacia la implementación del Código como un aporte clave.	<i>√</i> 1	0.5	0
10.5) El contenido y habilidades relativos a la alimentación de lactantes se incorporan, según proceda, a los programas de capacitación, enfocándose en temas pertinentes (enfermedad diarreica, infección respiratoria aguda, IMCI, atención del(la) niño(a) sano(a), planificación familiar, nutrición, el Código, VIH/SIDA, etc.)	<i>√</i> 1	0.5	0
10.6) Estos programas de capacitación y perfeccionamiento en el servicio se ofrecen en todo el país. <sup>7</sup>	<i>√</i> 1	0.5	0

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

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

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

10.7) Las políticas sobre salud infantil prevén que las madres y sus bebés permanezcan juntos cuando alguno(a) de ellos(as) se enferma.	1	√ 0.5	0
<b>Puntaje total:</b>	<b>9.5 /10</b>		
<b>Conclusiones y Recomendaciones</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Las escuelas de formación académica incluyen dentro del currículo temas relacionados con la alimentación del lactante y el niño-a pequeño-a.</li> <li>■ A través de las Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia – IAMI, se forman trabajadores de la salud y agentes comunitarios sobre lactancia materna, alimentación complementaria, Código de Sucedaneos de la leche materna y el Decreto 1397/92, AIEPI, incluyendo la Consejería en Alimentación del Lactante y el Niño-a Pequeño-a.</li> </ul>			

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

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

#### **Antecedentes:**

El apoyo comunitario para las mujeres es esencial para contar con prácticas óptimas de lactancia materna. El Paso 10 de la IHAN y la Estrategia Global para la ALNP, que incluye apoyo materno y apoyo de compañeros(as), reconoce esta necesidad. El Apoyo Materno, según lo define la Iniciativa Global para el Apoyo Materno (IGAM) es

“cualquier apoyo que se brinde a las madres con el propósito de mejorar las prácticas de lactancia materna, tanto para las madres como para los(las) lactantes y niños(as) pequeños(as).” Las mujeres necesitan del apoyo, basado en pruebas, de políticas públicas en salud, trabajadores(as) en salud, patronos, amigos(as), familiares, la comunidad y especialmente de otras mujeres y madres.

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

Las actividades en estos contextos incluyen el apoyo de mujer-a-mujer, consejería individual o grupal, visitas al hogar u otras medidas de apoyo propias del lugar y actividades que

## Indicadores

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

### Posibles fuentes de información:

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

Fuentes de información usadas:

Ministerio de la Protección Social: Amanda Valdés Soler

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar: Angie Santamaría

Secretaría Distrital de Salud: Mesa Distrital de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

IBFAN Colombia: Gloria Ochoa Parra

### Directrices

*Iniciativas comunitarias:   4   puntos*

Criterios	Puntaje		
	<i>√ Marque la que aplica</i>		
	Sí	En cierta medida	No
11.1) Todas las mujeres embarazadas tienen acceso a los sistemas y servicios de apoyo comunitario para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as).	2	<i>√</i> 1	0

## Indicadores

11.2) Todas las mujeres tienen acceso al apoyo para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) después del parto.	2	✓	1	0
11.3) Los servicios de apoyo para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) tienen cobertura nacional.	2	✓	1	0
11.4) Los servicios comunitarios de apoyo para mujeres embarazadas o lactantes están incorporados a una estrategia general de salud y desarrollo de lactantes y niños(as) pequeños(as) (intersectorial e intra-sectorial).	2	✓	1	0
11.5) Los(las) voluntarios(as) y trabajadores(as) en salud comunitarios(as) cuentan con información correcta y han sido capacitados(as) en consejería y habilidades de escucha para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as).	2	✓	1	0
<b>Puntaje total:</b>	<b>5 /10</b>			
<p><b>Conclusiones y Recomendaciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ El Sistema General de Seguridad Social en Salud, tiene como principio la universalidad en la prestación del servicio; sin embargo, el acceso a los sistemas y servicios de apoyo comunitario para la alimentación del lactantes y niños-as pequeños-as, no están contemplados totalmente.</li> <li>■ El proyecto Familia Mujer e Infancia –FAMI-, acoge a las familias gestantes y lactantes vulnerables del país, mediante actividades de formación y de apoyo alimentario</li> <li>■ Se recomienda formar a agentes comunitarios de salud, trabajadores de la salud, agentes voluntarios y vigías de lactancia materna en emergencia en Consejería para la Alimentación del Lactante y Niños-as Pequeños.</li> </ul>				

## Indicador 12: Apoyo Informativo

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

### Antecedentes:

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

Los cambios de conducta constituyen una estrategia importante y son utilizados a menudo en sesiones de consejería, visitas al hogar, discusiones grupales orientadas a la acción y obras

dramáticas enfocadas en la resolución de problemas. Las estrategias IEC son exhaustivas en cuanto a que usan una gran variedad de medios y canales para transmitir mensajes concisos, coherentes, apropiados y orientados a la acción, para un público objetivo a nivel nacional, de servicios, comunitario y familiar.

**Posibles fuentes de información:**

Pueden realizarse entrevistas con representantes de agencias nacionales de comunicación o información, televisoras o estaciones de radio nacionales, funcionarios del Ministerio de Salud como el(la) Coordinador(a) /Comité Nacional de Lactancia Materna (o para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as)), funcionarios en educación sobre salud y nutrición, funcionarios de los Ministerios de la Mujer y Desarrollo Infantil/ Bienestar Social y representantes de UNICEF, OMS y ONG. Considere la revisión de muestras de espacios publicitarios de medios electrónicos y material impreso, además de observar eventos de los medios sobre consejería, educación y comunitarios.

Fuentes de información usadas:

Ministerio de la Protección Social: Amanda Valdés Soler

UNICEF: Nora Corredor

IBFAN Colombia: Gloria Ochoa Parra

**Directrices**

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

Criterios	Puntaje		
	<i>√ Marque lo que aplica</i>		
	Sí	En cierta medida	No
12.1) Existe una estrategia nacional integral en IEC para mejorar la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as).	2	1	<i>√</i> 0
12.2) Los programas de IEC (p. ej., la Semana Mundial de la Lactancia Materna), que incluyen la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as), están siendo implementados activamente a nivel local.	<i>√</i> 2	1	0
12.3) Los servicios de consejería y educación grupal relacionados con la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) están	<i>√</i> 2	1	0

<b>Indicadores</b>			
disponibles dentro del sistema de atención en salud/ nutrición, o a través de la asistencia social comunitaria.			
12.4) El contenido de los mensajes sobre IEC es técnicamente adecuado con base en directrices nacionales o internacionales.	√ 2	1	0
12.5) Una campaña o programa <sup>8</sup> nacional de IEC que usa medios electrónicos e impresos y actividades, ha canalizado mensajes sobre la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) a públicos meta en los últimos 12 meses.	√ 2	1	0
<b>Puntaje total:</b>	<b>8 /10</b>		
<b>Conclusiones y Recomendaciones</b>			
Las actividades contempladas para mejorar la alimentación de lactantes y niños-as pequeños-as no forman parte de una estrategia nacional de IEC; sin embargo, existen material educativo, cartillas de movilización social, programas de radio y televisión.			

### **Indicador 13: Alimentación Infantil y VIH**

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

#### **Antecedentes:**

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

1. Diseñar o revisar (según proceda) una política nacional integral sobre la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as), que incluya VIH y alimentación infantil.
2. Implementar y hacer cumplir el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y posteriores resoluciones pertinentes de la AMS.
3. Intensificar los esfuerzos para proteger, promover y apoyar las prácticas de una adecuada alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) en general, en tanto se reconoce al VIH como una entre muchas circunstancias excepcionalmente difíciles.
4. Ofrecer apoyo adecuado a las mujeres VIH positivas para permitirles seleccionar la mejor opción alimentaria para ellas mismas y sus bebés, y llevar a la práctica sus decisiones sobre alimentación infantil.
5. Apoyar las investigaciones sobre VIH y alimentación infantil, incluyendo investigaciones operativas, de aprendizaje, monitoreo y evaluación a todo nivel, y difundir sus resultados.

<sup>8</sup> Una campaña o programa de IEC se considera “nacional” si sus mensajes llegan hasta los públicos meta de todas las principales unidades geográficas o políticas de un país (p. ej., regiones o distritos).

El riesgo de transmisión del VIH a través de la leche materna presenta un difícil dilema tanto para las autoridades responsables de formular políticas, como para las madres y los(las) consejeros(as) en alimentación infantil. Ellos(as) deberán sopesar el riesgo de muerte por la alimentación artificial, con el riesgo de transmisión del VIH a través de la lactancia materna. Estos riesgos dependen de la edad del(la) lactante y de las condiciones presentes en el hogar, y no se conocen con precisión. Otros factores deberán considerarse al mismo tiempo, como lo es el riesgo de la estigmatización (p. ej., si la madre no está amamantando, puede indicar su estatus de VIH); el costo financiero de la alimentación de reemplazo<sup>9</sup> y el riesgo de volver a quedar embarazada. Las políticas y programas para enfrentar este desafío deben facilitar el acceso a la consejería y pruebas de VIH en forma voluntaria y confidencial (VCCT, por sus siglas en inglés) y, para madres VIH positivas, consejería y apoyo para el método de alimentación que eligió, como la lactancia materna exclusiva segura o la alimentación artificial exclusiva. Debe establecerse salvaguardas para proteger, promover y apoyar la lactancia materna para el resto de la población.

### **Posibles fuentes de información:**

El Programa Nacional para el Control del SIDA (o equivalente) y el Departamento de Nutrición o Salud Infantil dentro del Ministerio de Salud deben estar en la capacidad de proporcionar información sobre la disponibilidad y aceptación del VCCT entre mujeres embarazadas y del contenido y disponibilidad de consejería en alimentación infantil. Las recomendaciones internacionales sobre el VIH y la alimentación infantil pueden obtenerse de ONUSIDA, UNICEF y OMS, la Consulta Técnica de la OMS sobre VIH y Alimentación Infantil y otras fuentes.

Fuentes de información usadas:

Ministerio de la Protección Social: Amanda Valdés

Empresa Promotora de Salud Saludcoop: Patricia Amézquita

UNICEF: Nora Corredor

### **Directrices**

---

<sup>9</sup> Alimentación de lactantes que no reciben leche materna con una dieta que provea todos los nutrientes que los(las) lactantes necesitan hasta que alcancen la edad en que puedan alimentarse plenamente con alimentos familiares. Durante los primeros 6 meses de vida, la alimentación de reemplazo debería ser con un adecuado sucedáneo de leche materna. Después de los 6 meses, el adecuado sucedáneo de leche materna deberá complementarse con otros alimentos.

**Indicadores**

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

Criterios	Puntaje		
	✓ Marque lo que aplica		
	Sí	En cierta medida	No
13.1) El país cuenta con una política integral sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) que incluye alimentación infantil y VIH	2	1	✓ 0
13.2) La política sobre alimentación infantil y VIH da vigencia al Código Internacional /Legislación Nacional.	1	0.5	✓ 0
13.3) El personal en salud y los(las) trabajadores(as) comunitarios(as) reciben capacitación en políticas de VIH y alimentación infantil, los riesgos asociados con las diversas opciones para lactantes hijos(as) de madres VIH positivas y sobre cómo brindarles consejería y apoyo.	1	✓ 0.5	0
13.4) La Consejería y Pruebas Voluntarias y Confidenciales (VCCT) está disponible y se ofrece de forma rutinaria a parejas que están pensando en un embarazo y a mujeres embarazadas y sus compañeros.	✓ 1	0.5	0
13.5) Se brinda a madres VIH positivas consejería consecuentes con las recomendaciones internacionales actuales y adecuadas al contexto local.	1	✓ 0.5	0
13.6) Se apoya a las madres al tomar su decisión de alimentación infantil, dándoles posteriormente consejería y seguimiento para que lleven a la práctica estas decisiones de la manera más segura posible.	1	0.5	✓ 0
13.7) Se hacen esfuerzos especiales para contrarrestar la desinformación sobre VIH y alimentación infantil y para promover, proteger y apoyar 6 meses de lactancia materna exclusiva y lactancia materna prolongada en la población en general.	1	✓ 0.5	0
13.8) Existe el monitoreo constante para determinar los resultados de las intervenciones para prevenir la transmisión del VIH a través de la lactancia materna en las prácticas de alimentación infantil y su impacto en la salud de las madres y lactantes, incluyendo aquellos (as) que son VIH negativos (as) o de estatus desconocido.	1	0.5	✓ 0
13.9) La Iniciativa de Hospitales Amigables con la Niñez incorpora la disposición de orientar a los(as) administradores(as) y	✓ 1	0.5	0

## Indicadores

al personal de hospitales ubicados en áreas con alta frecuencia de VIH sobre cómo evaluar las necesidades y dar apoyo a las madres VIH positivas.			
<b>Puntaje total:</b>	<b>3.5 /10</b>		
<b>Conclusiones y Recomendaciones</b> El Programa para la Reducción de Transmisión vertical de VIH, contempla la consejería para la alimentación artificial, pero no incluye otras opciones de alimentación para el lactante.			

### **Indicador 14: Alimentación Infantil durante Emergencias**

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

#### **Antecedentes:**

Los(las) lactantes y niños(as) pequeños(as) se encuentran entre los grupos más vulnerables en emergencias. La interrupción de la lactancia materna y la inadecuada alimentación complementaria aumentan el riesgo de desnutrición, enfermedad y mortalidad. En situaciones de emergencia y auxilio, la responsabilidad de proteger, promover y apoyar las prácticas óptimas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) y de minimizar las prácticas perjudiciales deben ser compartidas entre las instituciones del país afectado por la emergencia y las agencias de respuesta a la emergencia. La guía Operativa Concisa para asegurar la alimentación adecuada en situaciones de emergencia y cumplir así con las normas internacionales en emergencias, ha sido diseñada por el Grupo Central Interagencial para la Alimentación Infantil en Emergencias. Los detalles prácticos sobre cómo implementar la guía se incluyen en los materiales de capacitación complementarios, desarrollados también mediante la colaboración interagencial. Todos estos recursos están disponibles en [www.enonline.net](http://www.enonline.net).

#### **Posibles fuentes de información:**

## Indicadores

Debe establecerse contacto con las autoridades nacionales (o equivalentes) responsables del apresto y respuesta ante las emergencias, además del personal designado de los programas nacionales en salud y nutrición, para obtener información sobre el desarrollo de políticas e implementación de las actividades de apresto y una lista detallada de los criterios necesarios para proteger, promover y apoyar las prácticas de alimentación adecuadas para lactantes y niños(as) pequeños(as) durante cualquier emergencia. Esta lista ofrece referencias e información útiles para asistir en el puntaje de los criterios presentados a continuación.

Fuentes de información usadas:

Ministerio de la Protección Social: Amanda Valdés Soler

Secretaría de Salud de Bogotá: Mesa Distrital de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

UNICEF: Nora Corredor

IBFAN Colombia: Gloria Ochoa Parra

## Directrices

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

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

servicio del personal de manejo de emergencias y correspondiente personal de atención en salud, el material didáctico adecuado sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) en emergencias.			
<b>Puntaje total:</b>	<b>0 /10</b>		
<p><b>Conclusiones y Recomendaciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ El país no cuenta con una política o plan de acción sobre la alimentación infantil en emergencias.</li> <li>■ El Ministerio de la Protección Social ha programado capacitación a madres comunitarias del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, que atienden población desplazada; así mismo a trabajadores de la salud de 14 hospitales del nivel 1 y 2, en donde se fortalecerá la IAMI con grupos de apoyo para la atención de la alimentación infantil en emergencia.</li> <li>■ El país cuenta con los “Principios Rectores de la Asistencia Alimentaria y Nutricional para Niños-as y Madres Lactantes y Gestantes en situaciones de emergencias y desastres”, definidos por IBFAN ALC en el año 2003, los cuales fueron adoptados por de la Política Distrital de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2007 – 2015 de Bogotá.</li> <li>■ En el año 2009 y en el marco de la celebración de la semana mundial de la lactancia materna, se formaron 55 profesionales de la salud, como “Vigias de la lactancia materna en emergencias”, los cuales tienen como misión brindar apoyo oportuno en lactancia materna y cumplimiento del Código a las madres, niños-as y sus familias en situaciones de emergencia.</li> <li>■ Bogotá Distrito Capital, cuenta con materiales educativos como plegables, video y distintivos, para sensibilizar y desarrollar estrategias en las 20 localidades a través de los Comités de Emergencias.</li> </ul>			

### Indicador 15: Sistema de Mecanismos de Monitoreo y Evaluación

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

#### Antecedentes:

Los componentes de Monitoreo y Evaluación (M & E) deben incorporarse a las principales actividades del programa y recolección de datos sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) con relación a las prácticas de alimentación integradas a sistemas o estudios nacionales sobre vigilancia nutricional y monitoreo en salud. Los datos de monitoreo o sistema de manejo de la información deben recopilarse en forma sistemática y deben considerarse como parte del proceso de manejo y planificación por parte de los(las) directores(as) de programa. Cuando proceda, deberá recogerse datos, tanto de referencia como de seguimiento, para medir los resultados. Debe considerarse el uso de estrategias sobre indicadores<sup>10</sup> y recolección de datos internacionalmente acordadas, en un esfuerzo por aumentar la disponibilidad de datos comparativos. Es importante concebir estrategias que ayuden a asegurar que las personas clave en la toma de decisiones reciban los resultados importantes de las evaluaciones y se animen a usarlos.

<sup>10</sup> Ver el informe de la OMS sobre los indicadores para evaluar las prácticas de lactancia materna, donde encontrará sugerencias sobre estrategias de indicadores y recolección de datos sobre lactancia materna. La OMS se encuentra en el proceso de considerar indicadores apropiados para medir las prácticas de alimentación complementarias.

**Posibles fuentes de información:**

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

Fuentes de información usadas:

Ministerio de la Protección Social: Amanda Valdés Soler

**Directrices**

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

Criterios	Puntaje		
	✓ Marque lo que aplica		
	Sí	En cierta medida	No
15.1) Los componentes de monitoreo y evaluación están incorporados a las principales actividades del programa para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as).	2	1	✓ 0
15.2) Los datos del Sistema de Monitoreo o Manejo de Información (SMI) están considerados por los directores del programa como parte del proceso integrado de operación.	2	1	✓ 0
15.3) Se recogen datos de referencia y seguimiento para medir los resultados de las principales actividades del programa de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as).	2	1	✓ 0
15.4) Los resultados de las evaluaciones sobre las principales actividades relativas a la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) se reportan a las personas clave responsables de la toma de decisiones.	2	1	✓ 0
15.5) El monitoreo de prácticas clave para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) ha sido incorporada a un sistema más amplio de vigilancia nutricional y/o monitoreo de la salud, o en encuestas nacionales periódicas en salud.	✓ 2	1	0

<b>Puntaje total:</b>	<b>2 /10</b>
<b>Conclusiones y Recomendaciones</b>	
El país no cuenta con un sistema de información y monitoreo que permita dar cuenta de las actividades realizadas sobre la alimentación del lactante y niño-a pequeño-a. La situación de las prácticas de lactancia materna, alimentación complementaria y uso del biberón son incluidas cada cinco años en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud.	

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

<b>Práctica de la ALNP</b>	<b>Resultado</b>	<b>Puntaje</b>
Indicador 1 Comienzo de la lactancia materna (Iniciación)	<u>48.9</u> %	6
Indicador 2 Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses	<u>46.8</u> %	6
Indicador 3 Duración media de la lactancia materna	<u>14.9</u> m	3
Indicador 4 Alimentación con biberón	<u>40.4</u> %	3
Indicador 5 Alimentación complementaria	<u>93.5</u> %	9
<b>Puntaje Parte I (Total)</b>	<b>27</b>	<b>27</b>

### Directriz:

<b>Puntajes (Total) Parte I</b>	<b>Código por color</b>	<b>Calificación</b>
0 - 15	<b>Rojo</b>	<b>D</b>
16 - 30	<b>Amarillo</b>	<b>C</b>
31 - 45	<b>Azul</b>	<b>B</b>
46 - 50	<b>Verde</b>	<b>A</b>

### Resumen de Resultados y Recomendaciones

- Menos de la mitad de los niños y las niñas (48.9%) son colocados al pecho en la primera hora de nacidos. Las normas y guías de atención deben ajustar sus protocolos para que este acto se garantice al nacimiento del bebé.
- La duración óptima de la lactancia materna está lejos de la recomendación internacional, la exclusiva llega a tan solo 2.2 meses y la duración total a 14.9 meses.
- El uso del biberón es frecuente en los niños y niñas menores de 6 meses (40.4%).
- La reformulación del plan de alimentación del lactante y el niño-a pequeño-a debe diseñar estrategias que mejoren las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, en las cuales se vinculen entidades públicas y privadas, medios de comunicación y academia.

## Indicadores

En esta hoja sumaria se hace un análisis con base en los PUNTAJES y en la posición que ocupa su país o región en términos de las prácticas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) en forma individual o combinada. Sería una práctica sana estudiar estos análisis con un equipo de personas interesadas en el tema. Estudie los argumentos y haga una lista de recomendaciones para los administradores en salud y nutrición y personas encargadas de formular políticas en su comunidad.

## Resumen Parte II: Políticas y Programas de ALNP

### Objetivos:

	Puntaje (De 10)
1. Política, Programa y Coordinación Nacional	5.5
2. Iniciativa de Hospitales Amigables con la Niñez	5.5
3. Implementación del Código Internacional	7.0
4. Protección de la Maternidad	4
5. Atención en Salud y Nutrición	9.5
6. Asistencia Social Comunitaria	5.0
7. Apoyo Informativo	8.0
8. Alimentación Infantil y VIH	3.5
9. Alimentación Infantil durante Emergencias	0.0
10. Monitoreo y Evaluación	2.0

**Puntaje Parte II (Total) 50.**

### Directrices de IBFAN Asia para la *WBTi*

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

Puntajes	Código por Color	Calificación
0 - 30	Rojo	D
31 - 60	Amarillo	C
61 - 90	Azul	B
91 - 100	Verde	A

### Resumen de Conclusiones y Recomendaciones

Es evidente que el país no cuenta con una política nacional de alimentación del lactante y del niño-a pequeño-a. La promoción, protección y apoyo a la lactancia materna es asumida a través de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Situación que se reproduce en los planes territoriales y distritales de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

### Recomendaciones:

## Indicadores

- Reformular el Plan Nacional de Lactancia Materna acorde a los lineamientos de la alimentación del lactante y el niño pequeño-a.
- Ajustar los protocolos de atención para la reducción de transmisión vertical de VIH-SIDA acorde a las recomendaciones de la OMS.
- En la reformulación del plan decenal de lactancia materna, incluir un lineamiento de alimentación infantil en emergencias.
- Actualizar el Decreto 1397 de 1992 que adopta el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna y las posteriores Resoluciones de la Organización Mundial de la Salud, de tal manera que se incluya el Monitoreo permanente, la alimentación infantil en emergencias, reglamentación de la publicidad y etiquetado de biberones y chupos.
- Diseñar una estrategia nacional de formación del talento humano sobre Consejería de la alimentación del lactante y el niño-a pequeño-a.
- Poner en funcionamiento un sistema de información que de cuenta de los indicadores de las prácticas de alimentación del lactante y del niño-a pequeño-a y del funcionamiento de la estrategia IAMI.
- Reactivar la Comisión Nacional de lactancia materna designando un-a coordinador-a con funciones y presupuesto definido.
- Velar para que el país ratifique la Convención 183 de la OIT del año 2000.
- Brindar las condiciones necesarias para que las madres trabajadoras puedan ejercer el derecho a la lactancia materna.
- Promover la gestión social integral para la conformación de Redes intersectoriales de apoyo a la alimentación del lactante y del niño-a pequeño-a a fin de brindar acompañamiento a las familias gestantes y lactantes de manera oportuna y permanente a través de las diferentes organizaciones que protegen, promueven y apoyan la lactancia materna en el ámbito local.
- Fortalecer e integrar las diferentes acciones que se vienen adelantando en IEC a fin de potencializar los mensajes, diseño de materiales educativos para las diferentes audiencias.
- Hacer extensivo a nivel nacional, el Currículo de alimentación del lactante y del niño-a pequeño-a, dirigido a familias lactantes y gestantes, así como en la educación básica, superior y postgrado.

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

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

#### Puntaje Parte I y II (Total) 77

Puntajes	Código por Color	Calificación
0 - 45	<b>Rojo</b>	<b>D</b>
46 - 90	<b>Amarillo</b>	<b>C</b>
91 - 135	<b>Azul</b>	<b>B</b>
136 - 150	<b>Verde</b>	<b>A</b>

**Bibliografía**

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

17. WHO, *International Code for Marketing Breast Milk Substitutes*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 1981.
18. *State of the Code by Country: A survey of measures taken by governments to implement the provisions of the International Code for Marketing Breast Milk Substitutes*, IBFAN, International Code Documentation Centre, Penang, Malasia (diversas fechas)
19. ILOLEX, IC 103 Maternity Protection Convention (Revisado, 1952, Ginebra, Suiza: ILOLEX: The International Labour Organization's Database on International Labour Standards (<http://ilolex.ilo.ch>)).
20. ILOLEX, IC 183 Maternity Protection Convention (2000, Ginebra, Suiza: ILOLEX: The International Labour Organization's Database on International Labour Standards (<http://ilolex.ilo.ch>)).
21. ILO, "Maternity Protection at Work", *World of Work*, Abril 1998, Vol. 24, pp. 15-19.
22. UNAIDS. HIV and infant feeding. A policy statement developed collaboratively by UNAIDS, UNICEF and WHO, 1997. Disponible en el sitio web: <http://www.unaids.org/publications/documents/mtct/infantpole.html>.
23. WHO/UNICEF/UNAIDS/UNFPA/World Bank/UNHCR/WFP/IAEA/FAO. HIV and infant feeding: a framework for priority action. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (en impresión).
24. WHO/UNAIDS/UNICEF. HIV and infant feeding: guidelines for decision-makers. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 (bajo revisión). Disponible en el sitio web: <http://www.unaids.org/publications/documents/mtct/infantpolicy.html>.
25. Interagency Working Group on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. *Infant and Young Child Feeding in Emergencies: operational guidance for emergency relief staff and programme managers*. Noviembre 2001. Disponible en el sitio web: [www.enonline.net](http://www.enonline.net) o en [fiona@enonline.net](mailto:fiona@enonline.net).
26. Ad Hoc Group on Infant Feeding in Emergencies. *Infant feeding in emergencies: policy, strategy and practice*. Mayo 1999. Disponible en el sitio web: [www.enonline.net](http://www.enonline.net) o en [fiona@enonline.net](mailto:fiona@enonline.net)
27. Core Group on Infant Feeding in Emergencies. *Infant feeding in emergencies. Module 1 for emergency relief staff: manual for orientation, reading and reference*. Borrador, Noviembre 2001. Disponible en el sitio web: [www.enonline.net](http://www.enonline.net) o en [fiona@enonline.net](mailto:fiona@enonline.net).
28. Core Group on Infant Feeding in Emergencies. *Infant feeding in emergencies. Module 2 for health and nutrition workers in emergency situations: manual for practice, instruction and reference*. Borrador, 2003. Disponible en el sitio web: [www.enonline.net](http://www.enonline.net) o en [fiona@enonline.net](mailto:fiona@enonline.net).
29. WHO, UNHCR, IFRC, WFP. *The management of nutrition in major emergencies. Guiding principles for feeding infants and young children in emergencies*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000.
30. UNDP, *UNDP Human Development Report*, United Nations Publications, NY, NY, 2000 (e-mail: [publications@un.org](mailto:publications@un.org))

31. UNICEF, *State of the World's Children*, UNICEF, NY, NY 2000.
32. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 2003.
33. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, Mathers C, Rivera J, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet* 2008; 371(9608): 243-260.<sup>i</sup>

---

<sup>i</sup> COORDINACIÓN REGIONAL IBFAN LAC - [cefemina@racsa.co.cr](mailto:cefemina@racsa.co.cr) - [www.ibfan-alc.org](http://www.ibfan-alc.org)