



World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)

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

INFORME NACIONAL NICARAGUA 2010

Realizado por IBFAN Nicaragua

PARTICIPANTES

Lic. Ninoska Cruz Rivera
Dra. Elizabeth Altamirano Urbina
Lic. Leyla Picado
Dra. Maria Esther Cano



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

Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna (WBTi)

Contenido

	Pág.
Introducción _____	3
Marco Jurídico Institucional _____	5
Intervenciones en Salud y Nutrición a Nivel Nacional _____	6
Metodología del Proceso de Evaluación de la Iniciativa sobre las Tendencias de Lactancia Materna (WBTi) en Nicaragua _____	8
- Resultados de la aplicación de cuestionario de iniciativa mundial sobre tendencias de la lactancia materna (<i>wbti</i>):	
- Parte I: Prácticas de Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) _____	10
- Parte II: Políticas y programas _____	15
- Bibliografía _____	25

INTRODUCCION

A nivel de la región centroamericana, Nicaragua es la nación con la mayor extensión territorial (120, 340 km² sin incluir 8,264 km² del lago Cocibolca y 1,064 km² del lago de Xolotlán), está dividida administrativamente y políticamente en 15 Departamentos y dos Regiones Autónomas: Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) y la Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS), e integrada por 153 municipios como unidades administrativas básicas. La distribución de la población en estas regiones tiene mayor peso en la Región Pacífico con 54 por ciento. (1)

Los datos publicados del último Censo de Población y Vivienda de Nicaragua en el año 2005 presentan una población de 5, 142,098 habitantes, la población femenina representa 51 por ciento y un 56 por ciento del total de la población corresponde a residentes en áreas urbanas. La tasa de crecimiento intercensal 1995-2005 es de 1.7 por ciento. En últimas estimaciones de población revisadas en Junio de 2007, Nicaragua posee una población de 5.6 millones de habitantes y una densidad poblacional de 46.5 habitantes por kilómetro cuadrado, la más baja de Centroamérica.

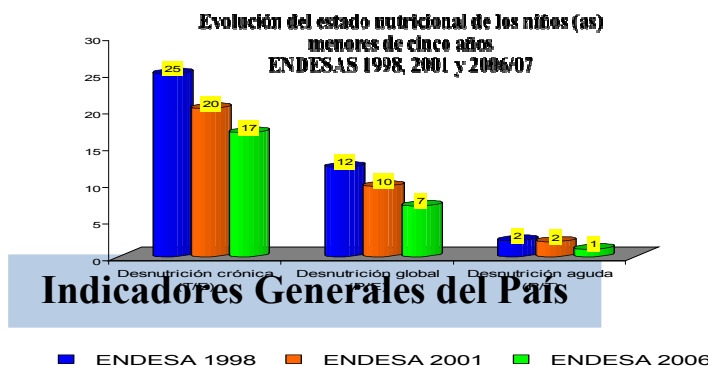


La población de Nicaragua es eminentemente joven, lo que se demuestra en la estructura de su pirámide poblacional, misma que en los últimos años ha ido ensanchando su base a expensas del crecimiento del grupo de los menores de 15 años quienes representan el 37.5% de la población total

En los últimos diez años se han logrado avances significativos en la salud y nutrición de la niñez. Según las Encuestas Nicaragüenses de Demografía y Salud (ENDESA) de 2006/2007 la tasa de mortalidad infantil es de 29 muertes por 1,000 nacidos vivos, observando una reducción respecto a ENDESA 2001 que estimó la tasa en 31 por 1,000 nacidos vivos. También se produjo una reducción de la tasa de mortalidad en los niños y niñas menores de 5 años, pasando de 40 a 35 por 1,000 nacidos vivos para el periodo 2001 a 2006.

En relación a la Prevalencia de Lactancia Materna, ENDESA 2006/2007 reveló que el promedio de lactancia materna exclusiva llega al 46% entre los menores de 2 meses y disminuye al 13% entre niños y niñas de 4 a 5 meses. Solo el 31% de los menores de 6 meses tiene lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses.

La prevalencia del retardo del crecimiento (desnutrición crónica) en los menores de cinco años disminuyó del 20.2 % en 2001 a 17 % en 2006/2007, a diferencia del menor de 6 meses que aumentó de 2.3% en el 2001 a 6.4% en el 2006/2007..



INDICADORES	2005
Población Total Año 2005. INIDE, Estimaciones y proyecciones de Población	5,483,447
Crecimiento Demográfico anual 2005. INIDE, Censo 2005	1.7
Tasa Global de Fecundidad (Hijos por mujer), INIDE, ENDESA2006/2007	27
Esperanza de Vida al nacer, ambos sexos 2000-2005 INIDE, Estimaciones y Proyecc. De Población	69.5
Esperanza de Vida al Nacer Mujeres 2000-2005 INIDE, Estimaciones y Proyecc. De Población	71.9
Esperanza de Vida al Nacer Varones 2000-2005 INIDE, Estimaciones y Proyecc. De Población	67.2
Porcentaje de Población Urbana 2005. INIDE, Censo 2005	55.9
Porcentaje de Nacimientos en Madres Adolescentes, 2005, SINEVI-MINSA	27.4
Tasa bruta de Mortalidad 2000-2005, INIDE, Estimaciones y Proyecciones de Población	5.2
Tasa bruta de Mortalidad Hospitalaria 2005, Sistemas de Información, MINSA	1.69
Tasa de Mortalidad Materna (por 100,000 NVR) año 2005. SINEVI-MINSA	86.5
Porcentaje de Recién Nacidos con bajo peso al nacer, 2005. SINEVI-MINSA	8.4
Médicos por 10,000 habitantes, 2005. Dirección General de Recursos Humanos-MINSA	4.5
Enfermeras Profesionales por 10,000 h. 2005, Dirección General de Recursos Humanos-MINSA	3.4
Odontólogos por 10,000 habitantes, 2005. Dirección General de Recursos Humanos-MINSA	0.5
Atenciones Ambulatorias por habitantes, 2005. Sistema de Información del MINSA	1.9
Consultas Médicas por habitante, 2005. Sistema de Información del MINSA	1.3
Unidades de Atención Ambulatoria, año 2005. Sistema de Información-MINSA	1,059
Número de Hospitales, 2005. Sistema de Información-MINSA	32
Promedio de Estancia Hospitalaria 200. Sistema de Información-MINSA	4.12
Índice Ocupacional hospitalario (%) 2005. Sistema de Información-MINSA	70.8

Fuente: Instituto Nacional de Información INIDE

MARCO JURIDICO INSTITUCIONAL

Nicaragua cuenta con leyes nacionales y compromisos internacionales para la promoción de la lactancia materna como la Ley de Promoción, protección y mantenimiento de la lactancia materna y Regulación de la Comercialización de sucedáneos de la leche materna, y los artículos 141-143 del código del Trabajo, entre otros algunos de los cuales se detallan a continuación:

Constitución Política de Nicaragua, Título IV. Capítulo IV Arto. 71” La niñez goza de protección especial y de todos los derechos que su condición requiere, por lo cual tiene plena vigencia la Convención Internacional de los Derechos del Niño y la Niña.”

Constitución Política de Nicaragua, Título VI. Capítulo I Arto. 105: Define los servicios de educación, salud y seguridad social como: “deberes indeclinables del Estado, que está obligado a prestarlos sin exclusión.... Se garantiza la gratuidad de la salud para los sectores vulnerables de la población, priorizando el cumplimiento de los programas materno- infantiles”

La Constitución de la República garantiza el derecho de los ciudadanos a estar protegidos contra el hambre. El estado promoverá programas que aseguren una adecuada disponibilidad de alimentos y una distribución equitativa de los mismos.

Plan Nacional de Salud, Capítulo III, Prioridades y Retos del Sector Salud:” Segundo Reto: Disminuir la Mortalidad Infantil”.

Ley General de Salud 423: Arto 17,32 Establecen: regulación de la Atención en salud y la promoción de buena alimentación en la niñez para prevenir la desnutrición.

Ley 473 Ley del régimen penitenciario y ejecución de la pena, Capítulo V Arto. 33.- Unidades de atención a las privadas de libertad en condiciones de pre y post natal que favorecen la Lactancia Materna.

Ley de Promoción, Protección y Mantenimiento de la Lactancia Materna y Regulación de la Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna 295 Esta ley, también conocida como Decreto 195, tiene como objetivo establecer las medidas necesarias para proteger, promover y mantener la lactancia materna para mejorar el estado nutricional de las y los niños menores de dos años.

Decreto No. 44-95, Aprobado el 22 de Junio de 1995: Creación de la comisión nacional de promoción de la lactancia materna.

La Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (2001) es el instrumento que norma y orienta el quehacer de las diferentes instituciones involucradas en el tema y contribuye a crear condiciones que permitan el desarrollo físico y mental de las personas para que puedan integrarse de manera activa y creativa al desarrollo sostenible del país.

INTERVENCIONES EN SALUD Y NUTRICIÓN A NIVEL NACIONAL

Intervenciones del MINSA:

1 - Atención Integral a la Niñez - (AIN):

Está dirigido a la niñez menor de cinco años con el objetivo de disminuir las tasa de morbimortalidad infantil y desarrolla los componentes de: salud infantil, Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD), Promoción de la Lactancia Materna, inmunizaciones, desparasitación, suplementación con vitamina A, sulfato ferroso y Zinc así como la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) a nivel institucional y comunitario.

2- Atención Integral a la Mujer - (AIM):

La salud de las mujeres se ve amenazada por una serie de factores socioculturales, económicos y biológicos. Por lo tanto, una de las prioridades del MINSA es la salud de la mujer y en especial de la mujer en edad fértil, brindando: servicios de atención prenatal, al parto y puerperio, atención de sus complicaciones, planificación familiar con enfoque de género, detección, prevención y tratamiento de la anemia y las malformaciones congénitas, así como la promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y continuada hasta los dos años.

También brinda consejería para prevención del VIH y para su detección oportuna y promueve la prueba entre las embarazadas durante el primer trimestre para la prevención de la transmisión vertical.

3- El Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN):

Esta estrategia comunitaria se basa en la promoción de las acciones en salud y nutrición familiar, enfatizando la promoción de la lactancia materna como eje fundamental en el cambio de comportamientos alimentarios, nutricionales y de salud de las familias con niños menores de dos años de las comunidades rurales pobres que tienen además difícil acceso a las unidades de salud.

4- Programa Nacional de Micronutrientes:

Este programa desarrolla tres componentes:

- a) Suplementación con vitamina A, sulfato ferroso y zinc,
- b) Fortificación de alimentos: azúcar con vitamina A, harina de trigo con hierro, ácido fólico y vitaminas del complejo B, y sal con yodo,
- c) Estrategia de información, educación y comunicación (IEC).

La estrategia de información, educación y comunicación es un eje transversal a las intervenciones que se realizan en esta área, que incluyen campañas educativas a través de los diferentes medios de comunicación para aumentar el consumo de alimentos ricos en micronutrientes.

5- Programa Nacional de Lactancia Materna

Este programa desarrolla la estrategia de promoción de la lactancia materna. Cuenta con el apoyo de UNICEF y OPS/OMS e implementa la iniciativa “Unidades de Salud Amigas de la Niñez y de la Madre”, tanto en hospitales como en centros y puestos de salud del país, mediante la adaptación de los “11 Pasos para una Lactancia Materna Exitosa”.

Esta iniciativa establece las medidas necesarias para promover, proteger y mantener la lactancia natural que ayude al mejoramiento del estado nutricional de los lactantes.

Intervenciones del Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez:

1- Programa de Atención Integral a la Niñez Nicaragüense (PAININ)

Este programa atiende a niños y niñas menores de 6 años haciéndose énfasis en los menores de 3 años así como a mujeres embarazadas y lactantes. Los componentes que desarrolla son: consejería a las madres, embarazadas y lactantes en educación inicial, estimulación temprana y alimentación complementaria.

Intervenciones del Ministerio de Agricultura, Ganadería y forestal (MAG-FOR):

1- Programa de Atención a Grupos Vulnerables:

MAGFOR, Programa Mundial de Alimentación (PMA) y MINSA implementan conjuntamente el Programa de Atención a Grupos Vulnerables, dirigido a mujeres embarazadas, madres lactantes y niños y niñas menores de tres años con el propósito de mejorar sus condiciones de salud y nutrición.

Actualmente el programa entrega raciones individuales de alimentos complementarios fortificados en las comunidades en los centros y puestos de salud, donde las mujeres reciben charlas educativas del personal del MINSA sobre salud, higiene y nutrición.

Intervenciones Interinstitucionales.

1- Plan Nacional “Hacia la Erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil 2008-2015

El objetivo general del Plan Nacional es reducir de manera sostenida y permanente la desnutrición crónica en la niñez menor de 5 años durante el periodo 2008 al 2015 con la participación de instituciones públicas y privadas.

La ejecución del Plan Nacional conlleva:

- La adopción de los nuevos estándares de crecimiento infantil y de la consejería alimentaria y nutricional, de la OMS.
- El fortalecimiento de la estrategia de promoción de la lactancia materna exclusiva en el menor de seis meses y continuada hasta los dos años o más, con una adecuada introducción de alimentos de alto valor nutricional.
- Promover acciones nutricionales y de vigilancia en la niñez menor de seis meses, tales como lactancia materna exclusiva y el uso de bancos de leche.

METODOLOGIA DEL PROCESO DE EVALUACION DE LA INICIATIVA SOBRE LAS TENDENCIAS DE LACTANCIA MATERNA EN NICARAGUA.

Con el propósito de verificar el grado de cumplimiento en Nicaragua de la estrategia mundial de alimentación del lactante y del niño pequeño, se realizó un proceso de Seguimiento, Evaluación y Monitoreo de las Prácticas, Políticas y Programas existentes en el país sobre la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as), para ello se utilizaron un conjunto de herramientas que permitieron la recopilación de información y el análisis exhaustivo que a su vez fomenta la acción para el cambio.

La recopilación de la información se realizó a través de entrevistas directas a representantes claves de las instituciones públicas y privadas, así como ONG'S que trabajan en el tema, a cada uno de ellos se les aplicó los instrumentos (cuestionarios de indicadores WBTi), la información se complementó con las revisiones bibliográficas que incluyeron leyes, decretos, normas, políticas y programas nacionales.

En el mes de octubre del presente año el Ministerio de Salud llevó a cabo la evaluación de la Iniciativa Unidades de Salud Amigas de la Niñez y la Madre para conocer el cumplimiento de los pasos, miembros de IBFAN Nicaragua participaron en el proceso de recolección y análisis de la información, lo que permitió contar con los resultados y el conocimiento en el terreno de cómo está la iniciativa actualmente, así mismo el enriquecimiento para la elaboración de este documento.

Se elaboró un informe preliminar que fue discutido para garantizar su validez con representantes de las instituciones públicas, privadas y ONG'S que participaron en la investigación, para ello se organizó una reunión de trabajo donde fueron analizados cada uno de los resultados de los indicadores, obteniéndose las recomendaciones para fortalecer el informe final.

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE CUESTIONARIO DE INICIATIVA MUNDIAL SOBRE TENDENCIAS DE LA LACTANCIA MATERNA (*WBTi*)

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

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 nacional². Los datos que se obtengan de esta forma se ingresan al juego de herramientas 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 desarrollo³. 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?*

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

Resultado obtenido Nicaragua:

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		D
	30-49%	6		C
	50-89%	9	54%	B
	90-100%	10		A

Fuente: Encuesta Nacional Demografía y Salud 2006/2007

Total de puntos para el indicador 1 Nicaragua: 9 puntos.

El Ministerio de Salud de Nicaragua, como parte de sus políticas para garantizar la salud y bienestar infantil, promueve la lactancia materna exclusiva a través de tres prácticas: inicio desde la primera media hora después del parto, darle el pecho al niño con la frecuencia necesaria (cada vez que lo pida), continuar la lactancia exclusiva hasta los seis meses y combinarla con alimentación complementaria hasta los dos años. La promoción está a cargo del personal de salud de los Centros y Puestos de Salud así como de los Hospitales, y se inicia en el período del embarazo al momento de la realización de los controles prenatales. La participación de la comunidad a través de la Parteras también contribuye a la promoción de la Lactancia Materna, ya que las mismas se encargan de orientar a las mujeres que atienden.

Sumado a lo anterior el Ministerio de Salud de Nicaragua ha implementado en Municipios de difícil acceso, el funcionamiento de casas, hogares o albergues maternos para las embarazadas de estas áreas que tienen dificultad de acceder oportunamente a los servicios de salud donde se fortalece la participación social y se promueve prácticas de alimentación adecuada de los infantes como la Lactancia Materna. Durante su estancia en estos lugares las mujeres reciben consejería de cómo alimentar a su bebé y se les supervisa la aplicación de las técnicas correctas.

A pesar de las acciones de Promoción encontramos que solo el 54 por ciento de los niños comenzaron a ser amamantados en la primera hora, según datos obtenidos en la Encuesta de Demografía y Salud 2006-2007, lo que representa un descenso de 22 puntos desde 2001, siendo

mayor al observado en el período 1998- 2001, cuando hubo un leve descenso de más de 3 puntos en la proporción de niños con amamantamiento temprano. Tanto en el área urbana como en la rural la tasa descendió, pero su descenso fue mayor en el área urbana de 74 a 47 por ciento.

Debido a lo anterior recomendamos que se promueva en el personal de salud de todas las instituciones de salud del país tanto públicas como privadas garanticen la vigilancia del apego precoz en el puerperio inmediato y en aquellas madres que por su condición no pudieran hacerlo, se les apoye para que no se retrase el proceso de amamantamiento.

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 horas⁴?

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 <i>WBTi</i>		
		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

Resultado obtenido Nicaragua:

⁴ 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)

Indicador 2	Clave de Puntuación de la OMS	Directriz de IBFAN Asia para la <i>WBTi</i>		
		Puntaje	Código por Color	Clasificación
Lactancia Materna Exclusiva (durante los primeros 6 meses)	0-11%	3		D
	12-49%	6	31%	C
	50-89%	9		B
	90-100%	10		A

Fuente: Encuesta Nacional Demografía y Salud 2006/2007

Total de puntos para el indicador 2 Nicaragua: 6 puntos.

Los datos obtenidos a través de las entrevistas a mujeres en sus hogares, y efectuado en la Encuesta Demografía y Salud (ENDESA) 2006/07 revelan que la lactancia materna se tiende a abandonar pronto, al llegar a los 4 ó 5 meses, el 10 por ciento, ya no está lactando y a los de 20-23 meses, ya no lo hace el 57 por ciento de los niños.

Según este informe, la lactancia materna exclusiva predomina en el grupo de los menores de dos meses donde alcanza el 46 por ciento y disminuye al 13 por ciento, entre los niños de 4 a 5 meses, correspondiendo el 31 por ciento de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de su vida. (Tabla)

Esta práctica es mayor en la zona rural que en la urbana lo que se puede asociar a la incorporación a la fuerza de trabajo de la mujer urbana, que enfrenta más obstáculos para amamantar por largo tiempo.

Se recomienda que las instituciones de salud públicas y privadas aúnen esfuerzos en el fortalecimiento de la sensibilización y la promoción de la lactancia Materna Exclusiva, sobre todo en las mujeres trabajadoras, quienes son las que presentan mayores dificultades para poder cumplir.

Indicador 3: Duración Mediana de la Lactancia Materna

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

Antecedentes

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

Directriz:

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

Resultado obtenido Nicaragua:

Indicador 3	Clave de Puntuación de la OMS	Directriz de IBFAN Asia para la <i>WBTi</i>		
		Puntaje	Color	Clasificación
Duración Mediana de la Lactancia Materna	0-17 Meses	3		D
	18-20 ”	6	18.4	C
	21-22 ”	9		B
	23-24 ”	10		A

Fuente: Encuesta Nacional Demografía y Salud 2006/2007

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

Duración Mediana de la Lactancia:

El Ministerio de Salud a través de sus políticas recomienda 6 meses de lactancia exclusiva y a partir de este momento hasta los 2 años de edad, acompañada de complementación alimentaria. La Encuesta Demografía y Salud 2006/2007 revela que la duración de la mediana en promedio de la lactancia total en niños menores de tres años es de 18.4 meses y la exclusiva de 0.6 meses, mostrando un aumento significativo y gran avance desde 2001 en 1.4 meses en el primer caso. Estos niveles, aunque siempre bajos, significan un adelanto con respecto a 1998 ya que en este período el nivel de la lactancia total fue de 12,2 meses.

Con relación al lugar de residencia, se aprecia una importante diferencia en lo que concierne a la duración mediana: en el área rural el 50 por ciento de los niños a los 19.5 meses todavía están lactando —aunque estén recibiendo alimentación complementaria— mientras que en el área urbana sólo tienen lactancia materna hasta los 14.9 meses no obstante desde el año 1998 se han ganado 5.6 meses para esta sub población. Esta diferencia puede deberse al hecho que la mayoría de las mujeres de la zona urbana trabajaban por lo que enfrentan más obstáculos para amamantar por largo tiempo.

El nivel de educación de la madre sigue siendo un factor determinante (a la inversa) para la duración mediana de la lactancia, que aumenta de 9.7 meses a 19.3 meses a medida que el nivel de instrucción de la madre disminuye.

Indicador 4: Alimentación con Biberón

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

Antecedentes

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

Directriz:

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

Resultado obtenido Nicaragua: DNA

Write Source National of scope

No se cuenta con indicadores nacionales que reflejen porcentajes de uso de biberones, sin embargo el Ministerio de salud ha venido realizando diferentes estrategias para su erradicación en las instituciones de salud.

La Inicitiva de Hospitales Amigos de la Niñez y la madre contempla la erradicación de los biberones, lo que en Nicaragua marca una diferencia en relación a otros países donde esta práctica solamente se limita al área de recién nacidos, ya que en este país se implementa la no utilización de los biberones en todos los ambientes de la unidad de salud, incluyéndose las salas de pediatría y de Unidades de Rehidratación Oral (URO), lo que ha sido ratificado por el MINSA a través de la Resolución Ministerial No. 106-2000. La motivación para aplicar esta normativa se basa en la evidencia que existe de que ningún bebé debería recibir biberón. Además siendo la diarrea una de las principales causas de morbilidad del país y es el biberón un vehículo de transmisión de la misma, se tomó la decisión de no promocionar la pacha en ningún grupo étnico. En ninguna Unidad de Salud certificada debe promoverse el ingreso de biberones ni de agentes que promuevan el uso de sucedáneos, para ello se han diseñado estrategias para su cumplimiento.

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.

Directriz:

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

Resultado Nicaragua:

Indicador 5	Clave de Puntuación de la OMS	Directriz de IBFAN Asia para la <i>WBTi</i>		
Alimentación Complementaria (6-9 meses)		Puntaje	Código por Color	Clasificación
	0-59%	3	46	D
	60-79%	6		C
	80-94%	9		B
	95-100%	10		A

Fuente: Encuesta Nacional Demografía y Salud 2006/2007

Total de puntos para el indicador 5 Nicaragua: 3 puntos.

La lactancia materna con complementos alimenticios comienza con un 9 por ciento, entre los menores con edades entre 2 y 3 meses y va ganando espacio en detrimento de la lactancia materna exclusiva y de la lactancia no materna: antes de los 6 meses, ya casi la mitad de los niños están lactando con alimentación complementaria (46 por ciento). Resumiendo, el 46 por ciento, de los menores de 6 meses recibe lactancia materna predominante (suma de lactancia materna exclusiva, leche materna más agua, leche materna más agua y jugos); menos de un tercio reciben lactancia

materna exclusivamente; y el 15 por ciento leche materna más agua o más agua y jugos; al 34 por ciento le dan leche no materna y 16 por ciento de los niños lactan con complemento alimentario.

Es necesario fortalecer las acciones de promoción y sensibilización de la madre en Lactancia Materna Exclusiva así como en la iniciación de la alimentación complementaria según lo establecido.

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

Indicador 6: Política, Programa y Coordinación Nacional

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

Antecedentes

La “*Declaración Innocenti*” fue adoptada en 1990. Recomendaba que todos los gobiernos contaran con comités y coordinadores(as) nacionales de lactancia materna como mecanismos establecidos para proteger, promover y apoyar la lactancia materna en el país. La Cumbre Mundial de la Niñez (2000) recomendó a todos los gobiernos diseñar políticas nacionales de lactancia materna. La Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) hace un llamado a la acción urgente por parte de todos los estados miembros para desarrollar, ejecutar, monitorear y evaluar una política integral sobre ALNP.

Criterios del Indicador 6

	Puntaje √ <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	2

primeros seis meses, iniciando la alimentación complementaria después de los seis meses y continuando la lactancia materna hasta los 2 años o más.	
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	0
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
Puntaje Total	9/10

Resultado Nicaragua:

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

Total de puntos para el indicador 6 Nicaragua: 9 puntos.

Nicaragua es un país signatario de compromisos internacionales relacionados con la mejora del estado de salud de la población, entre los que se destacan la Declaración del Milenio firmada en septiembre de 2000 en Nueva York, en la que se establecen ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio que se intenta alcanzar para 2015.

En el año 2004, el MINSA definió su plan Nacional de Salud 2004-2015 derivado de la Política Nacional de Salud, que contempla intervenciones para la contención y reducción de los principales problemas de salud que enfrentaba el país, entre los que se encuentra la Desnutrición en menores de cinco años, destacándose como la promoción de la Lactancia Materna como una de las intervenciones para influir en dicha problemática. Esto fue considerado uno de los retos en las acciones que el MINSA debía impulsar para mejorar la Salud Infantil

Con el cambio de gobierno en el 2007 se reorienta la Política Nacional de Salud vigente al inicio del nuevo Gobierno reconciliación y unidad nacional, dirigiéndose las acciones en función de garantizar un mejor bienestar de la población y en la prestación de los servicios de salud. Se fortalece los aspectos que tienen que ver con la alimentación de la población, que están amparados por una serie de leyes como la de Seguridad Nutricional, la ley de fortificación de alimentos con micronutrientes y la Ley de Lactancia Materna entre otras.

Así mismo el MINSA como parte de su Política realiza esfuerzos mancomunados con el Ministerio de Educación, Ministerio de la Familia y los Gabinetes del Poder Ciudadano (organizaciones comunitarias) y otras instancias de la sociedad civil, para educar a la población en el consumo de alimentos sanos y nutritivos, así como para fortalecer el programa de lactancia materna exclusiva a

menores de 6 meses y reducir la mortalidad infantil por diarreas y otras enfermedades infecciosas. La política incluye la implementación de Programas que tienen como objetivo mejorar el estado nutricional de los menores de cinco años entre los que destacan el Programa Nacional de Micronutrientes y el Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN) -estrategia oficial del Ministerio de Salud, el Programa de Atención Integral a la Niñez (PAININ) y la Red de Protección Social (RPS), estos últimos desarrollados por el Ministerio de la Familia.

Con relación a la Comisión Nacional de Lactancia Materna, esta fue creada en 1981 cuando se promulga el Decreto Ley N° 912 de Promoción de la Lactancia Materna, siendo reactivada en el año 95. Esta Comisión nacional, involucra a diferentes organizaciones de la sociedad civil y a otras instituciones para que asuman, no solo desde el perfil de salud, sino desde la identidad gremial y profesional, el trabajo en pro de esa práctica.

En la actualidad la coordinación de la Comisión está a cargo de la Secretaría General del MINSA, estableciéndose reuniones de coordinación para su eficaz funcionamiento, ya que las sesiones durante el presente año fueron pocas y se hizo énfasis solamente en las actividades de la semana Mundial de la Lactancia Materna.

Recomendamos que se cumpla con las disposiciones del funcionamiento de la comisión en lo que respecta a la sistematización de las sesiones y la elaboración de un plan nacional de lactancia materna en donde se involucre a todas las instituciones que la componen.

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.

Indicador 7A Cuantitativas

7.1) 18 de 21 del total de hospitales públicos y maternidades que ofrecen el servicio de maternidad han sido designados “Amigables con la Niñez” 85.7 %

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

Indicador 7B Cualitativo

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

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

Indicador 7C Cualitativo

Calidad del programa de implementación IHAN:

Criterios	√ Marcar cuando aplica	Resultado Nicaragua
7.3) El programa IHAN depende de la capacitación de los(las) trabajadores(as) en salud	.5	.5

7.4) Hay establecido un sistema estándar de monitoreo	.5	.5
7.5) Un sistema de evaluación depende de entrevistas con las madres	.5	.5
7.6) Se han incorporado sistemas de reevaluación en los planes nacionales	.5	.5
7.7) Existe un programa con limitación de tiempo para aumentar la cantidad de instituciones IHAN en el país	.5	0
Puntaje total	<u>2.5</u>	2/2.5
Puntaje total 7A, 7B y 7C	10	8.5/10

En Nicaragua la lactancia materna ha recibido el apoyo desde 1980, cuando se realizaron los primeros esfuerzos para promoverla. Durante este período se asumen diferentes compromisos; a nivel legislativo e institucional para promover la salud materna e infantil.

En 1993, el Ministerio de Salud con apoyo de INCAP/OPS y UNICEF, realizó la investigación de conocimientos del personal de salud, “Prácticas hospitalarias que interfieren o favorecen la lactancia materna”. Los resultados de dicho estudio fueron el punto de partida de la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Niñez y la Madre, integrando al binomio madre-niño, con la visión de futuro, de que había que incorporar otros estándares de calidad además de los de lactancia materna, para continuar en la mejoría de la calidad de la atención brindados a la mujer y la niñez, Para ponerla en práctica, se desarrollaron diferentes procesos y adaptaciones. Una de las primeras adecuaciones fue la de integrar conceptualmente al binomio madre-niño/a, en segundo lugar los pasos se aplicaron no sólo en las salas de maternidad y recién nacido, sino en todos los servicios de pediatría, y no solamente dirigida al personal involucrado en la atención directa a la madre y al niño o niña, sino también, al personal de las áreas administrativas incluidos los de servicios de apoyo, esta experiencia permitió la extensión de la Iniciativa a los Sistemas Locales de Atención Integral en salud SILAIS con sus Centros y puestos de Salud de atención primaria en salud en donde se tiene más oportunidad de preparar a la mujer para la lactancia materna durante sus cuidados prenatales, para ello se hizo una adaptación de los Diez Pasos de hospitales y se crearon Once Pasos para el Primer Nivel de Atención.

Actualmente el proceso de la iniciativa amigas de la niñez y la madre cuenta con 21 Hospitales de los cuales 18 se encuentran acreditados y certificados como “Hospitales Amigos de la Niñez y la Madre”, lo que corresponde al 85%; además 12 (de 17) Sistema local atención integral en salud (SILAIS), 129 (de 154) centros de salud y 563 (de 1048) puestos de salud han sido certificados como Unidades Amigas de la Niñez y la Madre.

Para este año, ya se inició con el proceso de acreditación de uno de los Hospitales pendientes, para ello el personal de salud fue capacitado.

El seguimiento al cumplimiento de los pasos es de gran importancia para valorar la calidad del procedimiento a través de los criterios de cada uno. El Ministerio de Salud estableció como criterio que el proceso de reevaluación debería realizarse anual para cada unidad de salud, a finales del año

2009 se llevo a cabo la tercera ronda de reevaluación de la Iniciativa que incluyó a 10 hospitales y 20 Centros de salud, actividad coordinada por el Ministerio de salud, en donde participaron evaluadores nacionales y miembros de IBFAN; en este proceso de reevaluación se utilizaron los Instrumentos internacionales los cuales fueron adecuados y rediseñados.

Los resultados de esta reevaluación muestran que tanto los hospitales y las unidades de salud han disminuido en el monitoreo y las actividades de seguimiento para el cumplimiento de los pasos de la iniciativa, sin embargo, ellos han realizado un buen trabajo al sostener las actividades de promoción, protección y apoyo en general.

Se recomienda fortalecer la Iniciativa a través de los nuevos lineamientos internacionales que permita al personal de salud contar con las herramientas necesarias para mejorar la situación de lactancia materna entre las mujeres y por ende el estado nutricional de los niños y niñas.

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.

Directrices

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

Criterios	Puntaje <i>√ Marcar cuando aplica Si más de uno aplica, elija el puntaje más alto.</i>	Resultado Nicaragua
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	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	
Puntaje total:	___/10___	7/10

Fuente de información: Monitoreo Código Internacional de comercialización de los sucedáneos de leche materna año 1990,1993 y 1997.

Entrevistas a funcionarios del Ministerio de Salud

Ley n° 295: “promoción, protección y mantenimiento de la lactancia materna y regulación de la comercialización de los sucedáneos de la leche materna”

Nicaragua desde el año 1995 cuenta con un marco legal que contempla casi todos los artículos del Código de Internacional de Comercialización de los sucedáneos de la leche materna, sin embargo esta ley carece de su reglamento lo que hace que imposibilite su cumplimiento.

Sin embargo aunque en los años 1990 no contábamos con la ley se realizó el primer Monitoreo del Código que no reflejó mayores datos, sin embargo en 1993 y 1997 se llevó a cabo el segundo y tercer Monitoreo a nivel mundial, Nicaragua fue de los 8 países seleccionados para participar en el mismo. Los resultados mostraron que las compañías iniciaban sus prácticas de comercialización, se encontró un alto consumo de las denominadas fórmulas de seguimiento o leches enteras asociada a los bajos precios y a una fuerte campaña publicitaria en los medios de comunicación masiva, en ninguno de los comerciales se destacaban las ventajas de la leche materna, ni mencionaban la edad a la que estaba destinado el producto.

Fue claro en dicho Monitoreo que las compañías utilizan al profesional de la salud para la promoción de sus productos aprovechando la poca sensibilidad que tiene el personal de salud para promocionar la lactancia natural.

Como parte del monitoreo y seguimiento del cumplimiento de la ley 295 grupos de mujeres de la sociedad civil en el año 2008 han realizado diversas actividades demandando el cumplimiento de las misma.

Actualmente el Ministerio de Salud a través de la Dirección de regulación, realiza revisión de la ley 295 y del Código Internacional de comercialización de los sucedaneos de la leche materna.

Recomendamos la elaboración del reglamento de la ley 295, un programa continuo de Monitoreo del Cumplimiento del del Código de Internacional de los Sucadaneos de la leche materna a nivel de servicios públicos, privados, lugares de venta y los medios de comunicación social.

Elaborar una estrategia comunicacional en donde se diseñen materiales educativos en una versión amigable de fácil lectura y comprensión para el personal de salud y la población en general.

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 descansos diarios para lactancia materna remunerados o reducción de las horas laborales diarias para amamantar
- Además, la Recomendación 191 fomenta la creación de espacios para lactancia materna dentro de los lugares de trabajo o próximos a ellos.

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

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

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

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

Directrices para el Indicador 9

Legislación para la Protección de la Maternidad, otras políticas y prácticas que protegen y apoyan la lactancia materna: 7_puntos

Criterios	Marque con √ los que aplican	Resultado Nicaragua
9.1) A las mujeres cubiertas por la legislación nacional se les otorga el siguiente número de semanas de licencia por maternidad remuneradas a. Cualquier período menor a las 14 semanas – 0.5 (puntaje) b. 14 a 17 semanas – 1 (puntaje) c. 18 a 25 semanas – 1.5 (puntaje) d. 26 semanas o más – 2 (puntaje) x	2	2
9.2) A las mujeres cubiertas por la legislación nacional se les otorga al menos un receso por lactancia materna o la reducción en su jornada laboral diaria. a. Receso sin pago – 0.5 (puntaje) b. Receso pagado - 1 (puntaje)	1	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.	1	1
9.4) Existe una disposición en la legislación nacional que prevé espacios en el lugar de trabajo para lactancia materna y/ o guarderías en los lugares de trabajo del sector formal.	1	1
9.5) A las mujeres de los sectores informales/no organizados y agrícolas se les: a. concede algunas medidas de protección – 0.5 (puntaje) b. concede la misma protección que la que reciben las mujeres que trabajan en el sector formal – 1 (puntaje)	1	0
9.6)		0.5

a. Se pone a disposición de las trabajadoras información sobre leyes, reglamentos y políticas de protección a la maternidad – 0.5 (puntaje) x 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)		
9.7) En el sector público se concede la licencia de Paternidad durante al menos 3 días.	0.5	0
9.8) En el sector privado se concede la licencia de Paternidad durante al menos 3 días.	0.5	0
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	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	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.	0.5	0.5
9.12) La convención ILO MPC No 183 ha sido promulgada, o el país ha promulgado disposiciones iguales o más fuertes que la C183.	0.5	0
Puntaje total:	___/10__	7/10

En relación a la protección del derecho a la salud de las mujeres trabajadoras embarazadas y lactantes a nivel nacional existen decretos y artículos de ley que apoyan y favorecen la lactancia materna entre las que se destacan, la ley de seguridad social en donde se garantiza licencia de maternidad de 4 semana previa al parto y 8 semanas posterior, la Ley 473 (Ley del régimen penitenciario y ejecución de la pena) que favorece la Lactancia Materna mujeres privadas de libertad garantizando que las mismas puedan estar con su bebé en el período de lactancia y el Código Laboral el cual establece el permiso a las mujeres en la jornada laboral dos receso de 15 minutos cada uno para amamantar a us bebes, asi como constar con una guardería en aquellos lugares en donde trabajen mas de 30 mujeres.

En relación a este último EN 1996 a través de la CONALAMA fue revisado, introduciéndose una propuesta para asegurar mayor apoyo a la mujer lactante trabajadora, sin embargo, esta propuesta no fue aprobada, esta situación llevó al Ministerio de Salud a asumir el compromiso con sus trabajadoras, firmando la resolución ministerial N° 54-94, en apoyo a la lactancia que permite contar con 15 minutos para lactancia por cada hora laboral, por lo que las madres tienen la opción de entrar dos horas después de iniciada la jornada o bien salir dos horas antes; esta resolución ha sido ratificada por cada nuevo Ministro de Salud. A pesar de estar dirigida sólo al personal de salud, la resolución sirvió de referencia para otras instituciones estatales y privadas, que la adoptaron como propia, como en el caso de las Universidades.

Recomendamos realizar mayores esfuerzos para que se cumplan los artículos relacionadas a los derechos de la mujer trabajadora en relación a la lactancia materna.

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.

Fuente de Información

Entrevista a personal clave de Universidades

Directrices

*Formación académica de los (las) prestatarios de servicios de salud: **8** puntos*

Criterios	Puntaje		
	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 ⁵ refleja que el currículo o plan académico sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) son adecuados/ inadecuados	2		
10.2) Se han diseñado normas y directrices para los procedimientos y apoyo del parto amigable con las madres y se han distribuido a todos los centros de salud y personal encargado de brindar atención en maternidad.	2		
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. ⁶		1	
10.4) Los (las) trabajadores(as) en salud reciben capacitación con responsabilidad hacia la implementación del Código como un aporte clave.	1		
10.5) El contenido y habilidades relativos a la alimentación de lactantes se incorporan, según proceda, a los programas de capacitación, enfocándose en temas pertinentes (enfermedad diarreica, infección respiratoria aguda, IMCI, atención del(la) niño(a) sano(a), planificación familiar, nutrición, el Código, VIH/SIDA, etc.)	1		
10.6) Estos programas de capacitación y perfeccionamiento en el servicio se ofrecen en todo el país. ⁷	1		
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		
Puntaje total:	9 /10		

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.

Como parte del cumplimiento de los pasos de la Iniciativa Unidades Amigas de la Niñez y la Madre, el personal de las unidades acreditadas fueron capacitadas en el curso de 18 horas, posterior a las acreditaciones se tomo la decisión de elaborar un curso de especialización de lactancia materna sobre las habilidades y destrezas en las practicas de la lactancia materna.

Posteriormente se diseñó con la colaboración de varios organismos y el MINSA, el Módulo de Autoaprendizaje en Lactancia Materna, de cuatro modulod para facilitadores y participantes, el cual está destinado a utilizarse en el refrescamiento de conocimientos del personal. Esta modalidad permite capacitar a una buena cantidad de recursos simultáneamente, sin incurrir en gastos mayores para los encuentros.

En la actualidad las unidades de salud incluyen en su planificación de educación continua temas relacionados con lactancia Materna, sin embargo como parte de una de las debilidades está que al personal de salud de nuevo ingreso no se le ha capacitado.

Inicitiva Universidades Amigas de la Niñez y la Madre:

En 1993, las universidades se integran a la Comisión Nacional de Lactancia Materna como parte de la Subcomisión de Educación. Esto dio la oportunidad de representatividad de estas instituciones educativas para la formación de la Red de Universidades Amigas. Se asume el compromiso de incluir el tema de la lactancia para el fortalecimiento de la enseñanza de los futuros profesionales.

Las Universidades de formación de personal de salud (carreras Medicina, Nutricion, Enfermeria) han sido una de las que más se han comprometido con la promoción y fomento de la Lactancia Materna, definiendo para ello en sus pensum componentes de lactancia en Programas específicos, como el caso de la Universidad Politécnica (UPOLI) que en los programas docente, investigativo y de Extensión (Trabajo en la Comunidad), han incluido temas de Lactancia Materna. Esta Universidad además de ser miembro de CONALAMA, participa activamente en la celebración de la Semana Mundial de Lactancia Materna y sus estudiantes años con año realizan investigaciones alusivas al tema y hasta el año 2008 se contaba con un lactario para las estudiantes y personal docente lactante.

Por otro lado el Ministerio de Educación como miembro de la CONALAMA, ha estado trabajando para promover la lactancia, instando a los estudiantes a participar en la Semana Mundial de la Lactancia y para la celebración del Día de las Madres; con composiciones, murales, canciones, poemas y otras actividades alusivos al tema.

Recomendamos que se reactive la Iniciativa Universidades Amigas de la Niñez y la madre para institucionalizar el tema de lactancia materna en sus pensum.

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

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

Antecedentes:

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

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

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

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

Directrices

Iniciativas comunitarias: 8 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).		1	
11.2) Todas las mujeres tienen acceso al apoyo para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) después del parto.	2		
11.3) Los servicios de apoyo para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) tienen cobertura nacional.		1	
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		
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		
Puntaje total:	8/10		

Dando cumplimiento a los Pasos de Iniciativa de Unidades Amigas de la Niñez y la Madre, Nicaragua llevó a cabo una campaña interinstitucional, para la organización y capacitación de miles de nicaragüenses en educación popular en salud. Se creó una red de colaboradores voluntarios; brigadistas populares en salud, el colaborador voluntario del programa de malaria, las parteras empíricas que luego se capacitaron en las normas de la atención al parto y del recién nacido. Bajo este programa, aproximadamente 3000 consejeras se especializaron en lactancia y alimentación en el niño menor de dos años de edad. Esta red es la base del MINSAL y de las Organizaciones no Gubernamentales para el desarrollo de sus programas en las comunidades del territorio nacional y se desarrolla como parte de la Atención Primaria en Salud.

En la actualidad la red de consejeras en Lactancia Materna funciona de forma integral, ya que el personal comunitario es el mismo que se utiliza para el resto de acciones en salud que el MINSAL demanda.

La promoción de la lactancia materna se establece de varias formas, una de ellas es a través de la casa Materna, que es un lugar cercano a las unidades de salud donde las mujeres de comunidades lejanas permanecen, hasta el momento del parto y en el puerperio mediato. Las parteras refieren a las mujeres, preparándolas no solo para el parto sino también para la lactancia. Estas parteras son capacitadas periódicamente en temas relacionados no solo con la atención del parto sino también con la promoción y consejería de Lactancia Materna.

Otra de las estrategias comunitarias de promoción de lactancia materna, es la de Comedores Infantiles Comunitarios, CICO Amigos de la Niñez y la Madre, los cuales en su mayoría están a

cargo del Ministerio de la Familia (MIFAMILIA), y están ubicados en el área rural, en estos espacios las madres llevan a sus niños para su cuidado durante ciertas horas del día. En los mismos se realiza un abordaje integral, además de brindar alimentación a los lactantes se realizan acciones educativas con las madres alrededor de la promoción del desarrollo infantil de la primera infancia y actividades de educación nutricional e higiene y saneamiento. Existe coordinación entre este Ministerio y el MINSA para el abordaje integral y el personal de salud se encarga de apoyar con la vigilancia nutricional y de desarrollo de los niños que llegan a estos espacios.

Recomendamos el fortalecimiento de la red de consejeras en lactancia materna a nivel comunitario

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.

Fuentes de información usadas:

Directrices

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

Criterios	Puntaje		
	<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		
12.2) Los programas de IEC (p. ej., la Semana Mundial de la Lactancia Materna), que incluyen la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as), están siendo implementados activamente a nivel local.	2		
12.3) Los servicios de consejería y educación grupal relacionados con la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) están disponibles dentro del sistema de atención en salud/ nutrición, o a través de la asistencia social comunitaria.		1	
12.4) El contenido de los mensajes sobre IEC es técnicamente adecuado con base en directrices nacionales o internacionales.	2		
12.5) Una campaña o programa ⁸ 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.		1	
Puntaje total:	8/10		

Desde que Nicaragua asumió el compromiso de la promoción y fomento de la Lactancia Materna, el MINSA ha contado con campañas anuales que se hacen con mayor énfasis en la semana Mundial de la Lactancia Materna, en la cual se distribuyen Materiales, se realizan ferias nacionales donde participan diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en el tema así como universidades y actores sociales.

Los medios de comunicación son parte de los actores a destacar durante la celebración de la semana de lactancia materna quienes participan de forma espontánea en la elaboración de notas de prensa e historias de vida que se publican en los principales diarios del país, además directores de unidades de salud brindan entrevistas donde el tema principal es el fomento y promoción de la Lactancia Materna.

Recientemente se reimprimió y distribuyó ejemplares de la Ley 295 y brochures de promoción de la Lactancia Materna, para su utilización en las unidades de salud del país.

Estas actividades tienen mayor auge y relevancia en las cabeceras municipales del país, por lo que recomendamos que se fortalezcan en aquellos lugares donde no se cuentan con medios de comunicación adecuados.

⁸ 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).

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.

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 reemplazo⁹ 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.

⁹ 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.

Fuentes de información usadas:

Directrices

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

Criterios	Puntaje		
	<i>√ Marque lo que aplica</i>		
	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		
13.2) La política sobre alimentación infantil y VIH da vigencia al Código Internacional /Legislación Nacional.		0.5	
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.		0.5	
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		
13.5) Se brinda a madres VIH positivas consejería consecuentes con las recomendaciones internacionales actuales y adecuadas al contexto local.			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.		0.5	
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.		0.5	
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		0.5	

aquellos (as) que son VIH negativos (as) o de estatus desconocido.			
13.9) La Iniciativa de Hospitales Amigables con la Niñez incorpora la disposición de orientar a los(as) administradores(as) y al personal de hospitales ubicados en áreas con alta frecuencia de VIH sobre cómo evaluar las necesidades y dar apoyo a las madres VIH positivas.			0
Puntaje total:	5.5 /10		
Conclusiones y Recomendaciones			

En la capacitación sobre lactancia materna se ha contemplado el tema sobre VIH/lactancia materna dirigida la personal de salud el total de horas programadas es el mismo para todos los profesionales brindándoles información que permita la sensibilización y persuadirlos sobre la necesidad de que la niñez reciba el pecho materno así mismo relacionándolos con los pasos de la iniciativa para su cumplimiento.

Existen una Ley de Prevención y protección en contra del VIH Y SIDA, el MINSA cuenta con una Norma Técnica de Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH, que debe incluye en protocolo de tratamiento a la madre VIH positiva, la norma contempla que a la madre VIH positiva se le brindará una consejería específica para la alimentación de su niño(a), siendo la principal medida que el(la) niño(a) de madre VIH positiva recibirá sucedáneos de la lactancia materna por un periodo de seis meses, se cubre así el primer período de la vida del(a) recién nacido(a). Este sucedáneo es entregado por el servicio de salud y se completa con otras acciones como el tratamiento antirretroviral y la cesárea entre otras, que tienen como finalidad disminuir a un mínimo porcentaje la transmisión de VIH a sus niños, es importante destacar que el papel del Ministerio de Salud, es la entrega de tarros de leche artificial cada mes, esto según ellos les permite mantener controlado a la madre y el bebe para realizarles su control de crecimiento y desarrollo y a la madre vigilarle su salud.

Otro de los aspectos de este programa es la capacitación y sensibilización del personal de salud y red comunitaria, en las áreas de educación, prevención y protección en contra del VIH, a pesar de los esfuerzos realizados el tema de lactancia materna es el más controversial entre los que dirigían dicho programa entre los años 2002 y 2007, sin embargo con la apertura del nuevo gobierno dicho programa han revisado los compromisos internacionales en este tema y actualmente se está trabajando en que no se generalicen las disposiciones de desestimular la promoción de la lactancia materna.

En los centros de formación se ha incluido en los programas educativos el tema de la alimentación infantil incluyendo el tema de VIH.

Recomendamos la actualización de los pasos de la IHAM en relación la alimentación del niño lactante y pequeño en VIH.

Promover y apoyar para que se realice una estrategia de IEC sobre la alimentación del niño lactante y pequeño en VIH a todos los niveles.

Sensibilizar a las Instituciones formadoras de profesionales de salud y educación para incluir oficialmente los contenidos de alimentación infantil.

Monitoreo y vigilancia a las instituciones de salud apliquen las normativas de alimentación para niños lactantes y pequeños

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.

Posibles fuentes de información:

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:

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.		1	
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		
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.		1	
14.4) Recursos identificados para la implementación del plan durante las emergencias.	2		
14.5) Se ha incorporado a la formación y perfeccionamiento en el servicio del personal de manejo de emergencias y correspondiente personal de atención en salud, el material didáctico adecuado sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) en emergencias.		1	
Puntaje total:	7/10		
Conclusiones y Recomendaciones			
Resuma cuáles aspectos del apresto ante emergencias son buenos y cuáles necesitan mejoras y por qué. Identifique las áreas que requieran un mayor análisis y recomendaciones para la acción:			

8 de marzo del año 2000, la Asamblea Nacional aprobó la LEY 337, con la cual se creó el Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención a Desastres SINAPRED, la cual cuenta con un Reglamento General y un manual en el cual se especifican las Funciones de cada miembro del Sistema, estos diseñan y efectúan las acciones propias y necesarias para su ejecución dentro del ámbito de la prevención, mitigación, atención, rehabilitación y reconstrucción las que deben ser consideradas dentro del ámbito del orden y servicio público con interés social de la cual participan todas las instituciones del estado

A pesar que existe un órgano responsable de dirigir las actividades de emergencias, no se tiene claro las normas técnicas en relación a la alimentación de los lactantes, ya que en las situaciones de emergencia reciben donaciones de sucedaneos y biberones, esto es controversial ya que el MINSA como parte integrante del SINAPRED ha elaborado una política para la protección de la lactancia en situaciones de emergencia.

Recomendamos asesorar y apoyar al SINAPRED en la elaboración y establecimiento de una normativa que establezca una política de alimentación de los (as) niños(as) menores de dos años en situación de emergencia.

Diseñar materiales impreso y audio visual para la alimentación del lactante en situaciones de emergencia.

Sensibilizar y capacitar a los mandos de Defensa Civil en las regiones, departamentos y unidades operativas locales del país para la implementación de mensajes adecuados en relación a la alimentación infantil en Emergencias.

Indicador 15: Sistema de Mecanismos de Monitoreo y Evaluación

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

Antecedentes:

Los componentes de Monitoreo y Evaluación (M & E) deben incorporarse a las principales actividades del programa y recolección de datos sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) con relación a las prácticas de alimentación integradas a sistemas o estudios nacionales sobre vigilancia nutricional y monitoreo en salud. Los datos de monitoreo o sistema de manejo de la información deben recopilarse en forma sistemática y deben considerarse como parte del proceso de manejo y planificación por parte de los(las) directores(as) de programa. Cuando proceda, deberá recogerse datos, tanto de referencia como de seguimiento, para medir los resultados. Debe considerarse el uso de estrategias sobre indicadores¹⁰ 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.

Fuentes de información usadas:

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)?

¹⁰ 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.

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).		1	
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		
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).		1	
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.		1	
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.		1	
Puntaje total:	6 /10		

Nicaragua cuenta desde el año 2002 con un Sistema Integrado de Vigilancia de las Intervenciones de Nutrición (SIVIN), el cual permite en base a una metodología rigurosa, recolectar información periódica y sistemática, de bajo costo y a corto plazo, así como monitorear indicadores de lactancia materna.

Para ello se realiza una encuesta nacional donde se visitan hogares y se entrevistan a las madres, los resultados de la misma son utilizados para toma de descisiones.

La Encuesta de Demografía y salud también permite obtener información acerca de la Lactancia Materna, aunque no logra monitorear todos los indicadores de lactancia.

Durante la segunda y tercera semana de diciembre del presente año se llevó a cabo la encuesta nacional de Salud Integral donde se evaluó un acápite de lactancia materna, los resultados están pendientes de analizar.

El Sistema de Información del Gobierno de Unidad Nacional (SIGRUN) es un sistema informatico en donde las unidades de salud monitorean mensualmente los indicadoeres de salud, en relación a lactancia materna solamente contempla un indicador y es en general relacionada con el cumplimiento de los pasos por las unidades, sin embargo el dato es cuantitativo y no permite un mejor análisis del desempeño de las unidades en este sentido.

A nivel nacional no existe un sistema que monitoree por sí solo la lactancia y es necesario su diseño e implementación para obtener mejores datos.

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

Práctica de la ALNP	Resultado	Puntaje
Indicador 1 Comienzo de la lactancia materna (Iniciación)	<u>54</u> %	9
Indicador 2 Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses	<u>31</u> %	6
Indicador 3 Duración media de la lactancia materna	<u>18.4</u> %	6
Indicador 4 Alimentación con biberón	<u>25</u> %	6
Indicador 5 Alimentación complementaria	<u>46</u> %	3
Puntaje Parte I (Total)		<u>30</u>

Directriz:

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

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

Las Autoridades de Nicaragua desde hace más de una década han asumido el compromiso de la promoción, fomento y protección de la Lactancia Materna como uno de los elementos importantes a considerar en la prevención y manejo de la desnutrición en menores de dos años, esto puede evidenciarse a través de las diversas estrategias llevadas a cabo por diversas instituciones públicas y privadas. A pesar de los esfuerzos realizados a nivel nacional, la Encuesta Nacional Demográfica de Salud de 2006-2007 señala un descenso (en comparación a otros años) en el cumplimiento de los principales indicadores de Lactancia Materna tales como: Apego precoz, Lactancia Materna Exclusiva, Duración de la Mediana entre otros., además esta práctica es mayor en las mujeres de la zona rural del país y en mujeres de educación menor.

El descenso de los indicadores puede ser atribuible a la falta de seguimiento por parte de las instituciones al cumplimiento de la Iniciativa, ya que como se puede observar en los reportes de los años anteriores, hasta el 2001 los indicadores mostraban un comportamiento casi estable con tendencia a mejorar, y esta después de este año que la situación se invierte.

En los inicios de la implementación de la Iniciativa las acciones de promoción de Lactancia Materna fue masiva, y en los últimos años solamente se realiza como parte de la consejería que se le brinda a la madre durante su embarazo, al momento del parto y en el puerperio.

Otro de los aspectos que podría estar influyendo en la práctica de la Lactancia Materna es el hecho que en la actualidad por la situación económica que vive nuestro país, la mujer cada vez más forma parte de la fuerza de trabajo activa nacional, muchas de ellas laboran en maquilas con jornadas de 8 a 10 horas diarias, lo que les dificulta el amamantamiento de sus hijos.

Se hace importante que el MINSA como una de las instituciones más interesadas en el tema de la Lactancia, promueva en el resto de las instituciones, gubernamentales o no gubernamentales el

cumplimiento del código laboral que facilite a las mujeres trabajadoras la lactancia, además se debe garantizar que se monitoren periódicamente los indicadores y se establezcan acciones locales para mejorarlas. Las acciones no solamente deben realizarse durante la semana Mundial de la Lactancia sino que se debe cumplir con definido por las políticas, considerándolo una prioridad nacional siempre a pesar de la coyuntura.

Es necesario fortalecer las acciones de promoción y sensibilización de la madre en Lactancia Materna Exclusiva así como en la iniciación de la alimentación complementaria según lo establecido.

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	9
2. Iniciativa de Hospitales Amigables con la Niñez	8.5
3. Implementación del Código Internacional	7
4. Protección de la Maternidad	7
5. Atención en Salud y Nutrición	9
6. Asistencia Social Comunitaria	8
7. Apoyo Informativo	8
8. Alimentación Infantil y VIH	5.5
9. Alimentación Infantil durante Emergencias	7
10. Monitoreo y Evaluación	6
TOTAL	75

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	NICARAGUA 75 Azul	B
91 - 100	Verde	A

Resumen de Resultados y Recomendaciones Parte II: Prácticas de Alimentación para Lactantes y Niños(as) Pequeños(as)

- La construcción de un entorno interno positivo en términos de políticas, liderazgo, valores, inversión, estructura y el respaldo político del más alto nivel contribuyó al éxito de la Iniciativa Hospitales y Unidades amigas de la niñez y la madre.
- El desarrollo de capacidades locales, la estrategia de información y comunicación, monitoreo de datos y mecanismos de reconocimiento a la calidad expresados en el proceso de certificación han sido factores contribuyentes para la expansión y durabilidad de la Iniciativa.
- La Iniciativa ha establecido un modelo único en el cual las instituciones de atención en salud del país y las comunidades han jugado un rol conductor. El tener una singularidad, fuerte apropiación local y excelente coordinación para el alineamiento de la Cooperación Internacional ha producido un extraordinario ejemplo de abordaje intersectorial.
- La Iniciativa se basó en tres actividades clave de garantía de calidad: La definición, medición y la mejora de la calidad. Esto ha hecho posible el alcanzar mejores resultados significativos en procesos que antes no existían, como lo ha demostrado el impacto de la Iniciativa.
- Otros factores que han contribuido a la institucionalización y sostenibilidad de la Iniciativa es que se ha centrado en los derechos de las usuarias, entendiendo esto por la integración de la lactancia en los procesos de cuidados de la salud, el uso de datos para la toma de decisiones siguiendo un abordaje participativo.
- La Creación de las leyes que han permitido apoyo, promoción y mantenimiento de lactancia materna a nivel nacional.
- La Conformación de las redes comunitarias en Apoyo y promoción de la lactancia materna.

Desafíos

- ✓ El Ministerio de Salud debería considerar cómo fortalecer y desarrollar la etapa de monitoreo y seguimiento de la Iniciativa valorando la posibilidad de un proceso descentralizado.
- ✓ La ampliación del concepto de Unidades y Hospitales Amigos de la Niñez y la Madre, en temas relacionados a gerencia de los servicios, atención integral a la mujer, niñez y adolescencia en el nuevo Modelo de Atención Integral en Salud.
- ✓ Desarrollar un rol más protagónico a la comunidad y usuarios y usuarias de los servicios en los procesos de monitoreo, seguimiento y evaluación en el marco de la Ley de Participación Ciudadana.

- ✓
Cumplimiento de la ley 295 de Lactancia materna a través de la elaboración de su reglamento, así como un programa continuo de Monitoreo del Cumplimiento del del Código Internacional de los Sucesos de la leche materna a nivel de servicios públicos, privados, lugares de venta y los medios de comunicación social.

- ✓
Elaborar una estrategia comunicacional en donde se diseñen materiales educativos en una versión amigable de fácil lectura y comprensión para el personal de salud y la población en general.

- ✓ Elaborar un Plan Nacional de Lactancia Materna acorde a los lineamientos de la alimentación del lactante y el niño pequeño-a, así mismo incluir lineamientos sobre la alimentación infantil en emergencias.

- ✓ Elaborar e Implementar protocolos de atención para la reducción de transmisión vertical de VIH-SIDA acorde a las recomendaciones de la OMS.

- ✓ Fortalecer el Sistema Vigilancia Nutricional(SIVIN) que incluya los indicadores de las prácticas de alimentación del lactante y de niños y niñas pequeños.

- ✓ Reactivar la Comisión Nacional de lactancia materna.

- ✓ Monitorear y vigilar para que el país ratifique la Convención 183 de la OIT del año 2000, que las madres trabajadoras puedan ejercer el derecho a la lactancia materna.

- ✓ Promover e involucrar a la sociedad civil en el 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.

- ✓ Reactivar la Iniciativa Universidades Amigas de la Niñez Y la madre.

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

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

Puntajes	Código por Color	Calificación
0 - 45	Rojo	D
46 - 90	Amarillo	C
91 - 135	NICARAGUA 105	B
136 - 150	Verde	A

Bibliografía

1. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*, World Health Assembly, Mayo 2002.
2. WHO, *Indicators for Assessing Breastfeeding Practices: Report of an Informal Meeting, 11-12 June 1991, Geneva, Switzerland*. Ginebra, Suiza: OMS, 1991 (WHO/CDD/SER/91.14).
3. *Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding*, adopted by participants at the WHO/UNICEF policymaker's meeting on "Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative", 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 o en 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 o en 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 o en 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 o en 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)
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.ⁱ

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

ANEXOS

Distribución porcentual de los últimos niños menores de tres años que viven con la madre, por situación de lactancia, según la edad en meses, Nicaragua 2006/07

Edad en meses	Últimos hijos menores de tres años que viven con la madre								
	Niños que no están lactando	Lactan exclusivamente	Lactan y reciben:				Total	Número de niños ponderado	Número de niños no ponderado
			Sólo agua	Líquidos (agua/jugos)	Leche no materna	Suplementos			
<2	0.3	46.2	11.8	4.1	37.6	0.0	100.0	347	237
2-3	3.8	27.8	9.5	5.9	43.9	9.1	100.0	283	235
4-5	10.1	12.7	8.4	4.8	18.2	45.8	100.0	255	211
6-7	16.0	4.4	3.1	0.6	3.0	72.9	100.0	267	214
8-9	17.3	0.0	0.2	0.8	1.9	79.8	100.0	237	206
10-11	28.6	0.4	0.3	1.7	1.9	67.1	100.0	314	245
12-15	32.1	0.2	0.5	1.0	0.5	65.7	100.0	584	460
16-19	43.3	0.0	0.4	0.8	0.0	55.5	100.0	507	422
20-23	57.1	0.0	0.5	0.5	1.3	40.6	100.0	527	426
24-27	66.6	0.2	0.2	0.0	0.0	33.1	100.0	513	417
28-31	75.8	0.0	0.0	0.0	0.0	24.2	100.0	445	355
32-35	84.5	0.0	0.0	0.0	0.0	15.5	100.0	425	332
6-9	16.6	2.3	1.8	0.7	2.5	76.1	100.0	503	420
<6 2006/07	4.2	30.6	10.1	4.9	34.0	16.1	100.0	885	683
<6 2001	6.7	31.1	10.6	4.5	26.6	20.5	100.0	540	-
<6 1998 ¹	14.1	21.8	5.9	[58.1]	100.0	721	-
0-3 en 2006/07	1.9	37.9	10.8	4.9	40.4	4.1	100.0	631	472
0-3 en 2001	5.2	39.3	11.7	3.6	31.2	9.1	100.0	378	-
0-3 en 1998	9.1	29.5	5.8	[55.6]	100.0	463	-

Nota: Los niños clasificados como "lactan y reciben sólo agua" no reciben otros alimentos. Los suplementos pueden ser sólidos o semisólidos.

¹: No se evaluaron líquidos (agua/jugo y leche no materna)

Duración mediana de la lactancia, de la lactancia exclusiva y de la lactancia predominante entre los niños nacidos en los tres años anteriores a la encuesta viviendo con la madre, porcentaje de niños menores de seis meses que viven con la madre que recibieron lactancia seis o más veces en las últimas 24 horas anteriores a la entrevista, y promedio del número de veces (día/noche), según características seleccionadas, Nicaragua 2006/07

Característica	Duración mediana de la lactancia (en meses) entre los niños menores de tres años ¹					Intensidad de la lactancia (niños menores de seis meses que lactan) ²				
	Lactancia total	Lactancia exclusiva (sólo pecho)	Sólo pecho o pecho y agua ³	Número de niños ponderado	Número de niños no ponderado	Pecho 6+ veces en últimas 24 horas	Veces durante el día	Veces durante la noche	Número de niños ponderado	Número de niños no ponderado
Área de Residencia										
Urbana	14.9	0.4	0.7	2,639	1,689	43.5	4.5	4.3	1,293	818
Rural	19.5	1.6	3.3	2,850	2,664	47.8	5.4	4.7	1,594	1,492
Departamento										
Nueva Segovia	11.9	2.6	3.0	235	224	37.7	5.0	3.8	146	146
Jinotega	19.8	1.9	3.3	465	406	60.1	5.8	5.1	261	227
Madriz	24.9	2.5	4.8	131	199	43.0	5.3	4.8	94	138
Estelí	10.4	0.5	1.2	182	183	55.9	4.5	4.4	73	79
Chinandega	15.4	1.3	3.8	401	267	36.3	5.6	5.5	219	144
León	15.2	0.4	0.4	362	251	35.3	4.3	4.3	208	141
Matagalpa	20.7	0.4	0.8	547	358	56.7	5.2	4.9	303	203
Boaco	18.5	2.0	3.6	155	195	39.0	4.8	4.8	77	97
Managua	13.5	0.3	0.5	1,154	420	44.2	4.6	4.3	531	180
Masaya	20.2	1.3	2.6	312	236	46.7	4.6	4.1	188	143
Chontales	7.8	1.1	1.2	128	156	33.7	5.9	4.6	52	61
Granada	15.1	1.8	3.6	165	173	51.4	4.6	4.0	80	86
Carazo	22.6	0.3	0.3	129	145	55.0	3.9	4.2	74	76
Rivas	22.9	1.0	1.0	166	195	47.4	4.1	4.0	85	101
Río San Juan	10.9	2.7	3.1	106	230	51.2	5.5	4.1	48	104
RAAN	18.7	1.5	2.8	459	400	42.3	5.5	4.4	266	238
RAAS	16.6	1.7	1.9	393	315	43.0	5.3	4.3	181	146
Nivel de Educación										
Sin educación	19.3	2.2	3.8	968	909	47.5	5.5	4.6	573	538
Primaria 1-3	18.5	2.6	3.2	823	725	44.2	5.1	4.6	446	407
Primaria 4-6	19.2	0.5	1.8	1,461	1,216	48.0	5.3	4.7	799	668
Secundaria	18.5	0.5	1.5	1,749	1,175	42.5	4.4	4.3	889	579
Superior	9.7	0.3	0.3	489	328	52.6	4.8	4.5	181	118
Sexo										
Hombre	17.1	0.9	1.5	2,761	2,216	45.6	5.1	4.7	1,348	1,131
Mujer	19.4	0.5	2.4	2,728	2,137	46.2	4.8	4.4	1,539	1,179
Total	18.4	0.6	1.8	5,489	4,353	45.9	5.0	4.5	2,887	2,310

¹ Se asume que los niños que no viven con la madre no están siendo amamantados en la actualidad

² Excluye niños para quienes no se tiene una respuesta válida sobre el número de veces que fueron amamantados

³ Lactancia predominante: bien lactancia exclusiva, o recibieron lactancia y sólo agua, alimentos a base de agua o jugos (excluye otros leches)

Fotografías de Madres en Unidades de Salud dando cumplimiento a los pasos de la Iniciativa

Sala de Neonatología, Hospital Asunción



Murales de Neonato y maternidad, Hospital Asunción, Juigalpa.

