



INICIATIVA MUNDIAL  
SOBRE TENDENCIAS  
EN LACTANCIA MATERNA

INFORME NACIONAL







INICIATIVA MUNDIAL  
SOBRE TENDENCIAS  
EN LACTANCIA MATERNA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
DEL ECUADOR

COORDINACIÓN NACIONAL  
DE NUTRICIÓN



**EQUIPO TÉCNICO EVALUADOR**

Coordinación Nacional de Nutrición /MSP  
DPSG Dirección Provincial de  
Salud del Guayas  
DPSA Dirección Provincial de  
Salud de Azuay  
FUNBBASIC/IBFAN Ecuador

**INFORMANTES CLAVE DE QUITO**

Coordinación Nacional de Nutrición/ MSP  
Vigilancia Sanitaria/ MSP  
Hospital del Sur/MSP  
DIPLASEDE/MSP  
Programa de VIH/SIDA MSP  
Proceso de Normatización MSP  
Ministerio de Coordinación Económica y Social  
PMA  
UNICEF  
OPS  
Secretaría Técnica de Gestión de Riesgo  
DIPLASEDE / MIES  
DIPLASE / MSP  
CEPAR  
Universidad Internacional del Ecuador  
Universidad San Francisco de Quito  
Pontificia Universidad Católica del Ecuador  
AFEME  
Universidad Central del Ecuador  
LMGYAI  
Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora  
Universidad Central del Ecuador



FUNBBASIC/IBFAN

ONUSIDA

Coordinador de los Inspectores del Trabajo

Relaciones Internacionales del Ministerio del Trabajo

Comité de usuarias de la LMGYAI

Liga Internacional de la Leche

## **INFORMANTES CLAVE DE GUAYAQUIL**

DPS del Guayas/ MSP

Universidad Católica de Guayaquil

Esc. Enf. Universidad Estatal de Guayaquil

Escuela de Obstetricia de la Universidad Estatal

Hosp. Maternidad Mariana de Jesús.

Responsable IHAN Mat. Mariana de Jesús.

Hospital Guayaquil

Directora de Desarrollo Social Municipal/Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia

C.L.E. Certified Lactation Educator

## **INFORMANTES CLAVE DE CUENCA**

Coordinador DPS Azuay /MSP

Control y Mejoramiento DPS Azuay /MSP.

Niñez y Adolescencia DPS Azuay /MSP

Salud Intercultural DPS Azuay/MSP.

Epidemiología DPS Azuay/ MSP

Educación para la Salud DPS Azuay / MSP

Universidad de Cuenca, Escuela de Tecnología Médica-Área

Estimulación temprana

Universidad de Cuenca, Facultad de Enfermería.

Directora de Desarrollo social Municipal/Consejo Cantonal de la

Niñez y Adolescencia

Coordinadora del Comité de Usuarias de la Ley de Maternidad

Gratuita

Consejo de la Niñez y Adolescencia, Cuenca



Se permite la reproducción total o parcial de la información aquí publicada, siempre que no sea alterada y citen los créditos correspondientes.

Diseñado e Impreso en Quito- Ecuador

**2012**



# PRESENTACIÓN



La nutrición juega un rol fundamental en el desarrollo del ser humano desde el momento mismo de la concepción. Desde el punto de vista nutricional, los estudios realizados en el ciclo de vida confirman que existen déficits o excesos de nutrientes que influyen negativamente en el desarrollo óptimo del ser humano y sus consecuencias son visibles a lo largo de la vida. Estas deficiencias se manifiestan por prácticas inadecuadas de alimentación, que en el inicio de la vida, están relacionadas con malas prácticas de lactancia materna.

En Ecuador de acuerdo a la última encuesta nacional materno infantil (ENDEMAIN 2004), el tiempo promedio de lactancia exclusiva es de tan solo 2.7 meses, con una prevalencia de 39.6% siendo mayor en la zona rural que en la zona urbana. La práctica de la exclusividad en la lactancia va disminuyendo conforme la edad del niño va aumentando, así, el 51.8 % del grupo de niños de 0 a 2 meses de edad recibe lactancia exclusiva, mientras que la prevalencia decae al 27.7% en los niños de 2 a 5 meses de edad. Estas cifras decrecientes y los pocos datos que referentes a la lactancia materna tiene el país, fueron factores que se consideraron para que la Coordinación Nacional de Nutrición iniciara la evaluación del avance de la implementación de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño pequeño, denominada "Iniciativa Mundial sobre Tendencias en Lactancia Materna" (World Breastfeeding Trends Initiative-WBTi), investigación que ha sido lograda gracias al apoyo técnico de FUNBBASIC, organización no gubernamental que es parte de la Red IBFAN-LAC (International Baby Food Action Network) y que ha sido la responsable a nivel mundial de proponer esta evaluación.

Este informe que hoy presentamos ha sido elaborado con el sustento de la evidencia científica, basado en los instrumentos propuestos para monitoreo de la Estrategia Global para la Alimentación del lactante y niño pequeño, por la Organización Mundial de la Salud y la WABA (World Alliance Breastfeeding Action).

El presente es un estudio descriptivo de corte transversal, que se realizó durante los meses de enero a junio del año 2009, el informe ha sido elaborado por profesionales de la salud del sector público y privado, que han sumado sus esfuerzos por el interés común de evaluar la situación y avance de la implementación de la Estrategia Global para la alimentación del lactante y niño pequeño en Ecuador, tomando como referencia las tres ciudades más pobladas del país: Quito, Guayaquil y Cuenca.

La WBTi identifica claramente los aciertos y los vacíos para apoyar a los gobiernos, donantes, bilaterales y agencias del Sistema de Naciones Unidas a comprometer recursos donde más se necesitan. Ayuda al movimiento pro lactancia materna, particularmente a los responsables locales, para que junto con sus aliados definan las áreas de abogacía y acción para que puedan enfocar sus esfuerzos adecuadamente. Refuerza el desarrollo y la dirección eficaz de las estrategias, y permite su evaluación y monitoreo periódico.

Las autoridades del Ministerio de Salud, los técnicos de la Coordinación Nacional de Nutrición y la ONG FUNBBASIC-BFAN agradecemos a todos y cada uno de los especialistas en las diferentes áreas de salud y nutrición que han participado en la recolección, análisis y elaboración del informe final especialmente a la Dra. Rocio Caicedo autora del documento. Esperamos que éstos sean de real contribución al trabajo diario de atención en los servicios de salud.

**Dr. Guillermo Fuenmayor**  
**Coordinador Nacional de Nutrición**



# CONTENIDO



PERSONAL TÉCNICO RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN	
EQUIPO COORDINADOR	
INFORMANTES CLAVE DE QUITO	
INFORMANTES CLAVE DE GUAYAQUIL	
INFORMANTES CLAVE DE CUENCA	
INICIATIVA MUNDIAL SOBRE TENDENCIAS DE LACTANCIA MATERNA (IMTLM)	
SIGLAS Y ABREVIACIONES	11
<b>1.</b> ANTECEDENTES	14
<b>1.1.</b> Situación de salud y nutrición en Ecuador	15
<b>2.</b> OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN	16
<b>2.1.</b> Objetivo general	16
<b>2.2.</b> Objetivos específicos	16
<b>3.</b> METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	16
<b>4.</b> PARTE I: PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑAS Y NIÑOS PEQUEÑOS	17
<b>4.1.</b> Indicador 1: Iniciación temprana de la lactancia materna	17
<b>4.2.</b> Indicador 2: lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses	18
<b>4.3.</b> Indicador 3: Duración media de la lactancia materna	20
<b>4.4.</b> Indicador 4: Alimentación con biberón	21
<b>4.5.</b> Indicador 5: Alimentación complementaria	21
<b>5.</b> PARTE II: POLÍTICAS Y PROGRAMAS PARA LA ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑAS Y NIÑOS PEQUEÑOS (ALNP)	23
<b>5.1.</b> Indicador 6: Política, programa y coordinación nacional	23
<b>5.2.</b> Indicador 7: Iniciativa de Hospitales Amigables con la Niñez (diez pasos para una lactancia materna exitosa)	25
<b>5.3.</b> Indicador 8: Implementación del Código Internacional	28
<b>5.4.</b> Indicador 9: Protección de la maternidad	30
<b>5.5.</b> Indicador 10: Sistemas de atención en salud y nutrición	33
<b>5.6.</b> Indicador 11: Apoyo materno y asistencia social comunitaria, apoyo comunitario para mujeres embarazadas y madres lactantes	36
<b>5.7.</b> Indicador 12: Apoyo informativo	38
<b>5.8.</b> Indicador 13: Alimentación infantil y VIH	39
<b>5.9.</b> Indicador 14: Alimentación infantil durante emergencias	47
<b>5.10.</b> Indicador 15: Sistema de mecanismos de monitoreo y evaluación	44
<b>6.</b> RESUMEN DE RESULTADOS	45

<b>6.1.</b>	Resumen de la parte I: Prácticas de alimentación para lactantes y niños pequeños (ALNP)	45
<b>6.2.</b>	Resumen de la parte II: Políticas y programas de ALNP	46
<b>7.</b>	PLAN DE ACCIÓN PARA LOS AÑOS 2009-2011	47
<b>8.</b>	BIBLIOGRAFÍA	51
<b>9.</b>	ANEXOS	53

# SIGLAS Y ABREVIACIONES

**DPS** Dirección Provincial de Salud

**EBAS** Equipos Básicos de Salud

**ENDEMAIN** Encuesta Nacional Demográfica Materno-Infantil

**FAO** Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación

**FUNBBASIC** Fundación para el Bienestar y Atención Básica Social, Institucional y Comunitaria

**IEC** Información, educación y capacitación

**IHAN** Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño

**INEC** Instituto Nacional de Estadística y Censos

**IRA** Infecciones respiratorias agudas

**IBFAN** Red de Grupos Pro Alimentación Infantil (International Baby Food Action Network)

**LMGYAI** Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

**MSP** Ministerio de Salud Pública

**ODM** Objetivos de Desarrollo del Milenio

**OMS** Organización Mundial de la Salud

**ONG** Organizaciones no gubernamentales

**OPS** Organización Panamericana de la Salud

**PNUD** Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

**PMA** Programa Mundial de Alimentos

**SIAN** Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición

**SIISE** Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador

**UNICEF** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia





INICIATIVA MUNDIAL  
SOBRE TENDENCIAS  
EN LACTANCIA MATERNA

INFORME NACIONAL

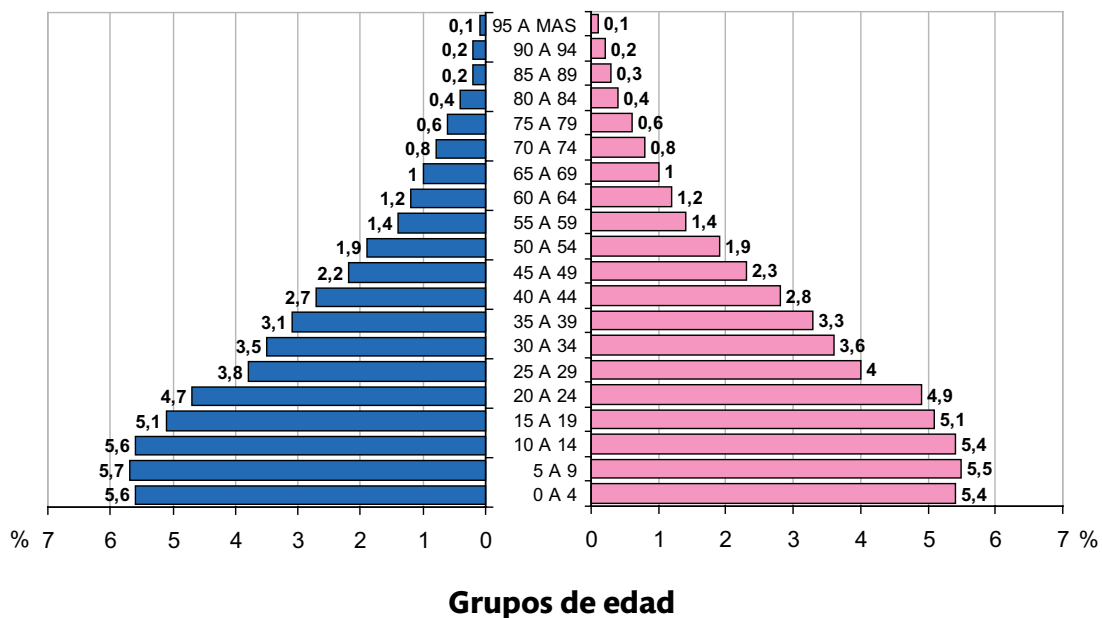
# INICIATIVA MUNDIAL SOBRE TENDENCIAS DE LACTANCIA MATERNA (IMTLM)

## 1 ANTECEDENTES

Ecuador es un país con 13 millones de habitantes. Su pirámide poblacional muestra una gran proporción de jóvenes menores de 24 años (53%). La población infantil menor de cinco años representa el 11% y corresponde aproximadamente a 1'500.000 niños, según la proyección basada en el último censo de población del 2001.

**Gráfico # 1**

**Pirámide de Población - Ecuador 2001**



Población = 12'156.608 49.5% hombres y 50.5% mujeres

Fuente: Censo de población 2001.

Elaboración: FUNBBASIC.

En el Ecuador, el nivel de pobreza por consumo ha disminuido del 52% en 1999, al 38% en el 2006, valor menor al alcanzado en 1995 (39%). Al observar la evolución de la incidencia de la pobreza por consumo, junto con la del índice de Gini, se ve que la pobreza y la inequidad aumentaron entre 1995 y 1999; sin embargo, después de la crisis de 1999, la incidencia de pobreza ha disminuido, pero la inequidad se ha incrementado, mostrando que la estabilidad y el crecimiento económico que ha tenido el Ecuador con la dolarización, han hecho a los ricos más ricos y a los pobres más pobres, ya que el Estado y las clases económicas dominantes no han sabido (o no han querido) dirigir políticas de redistribución.<sup>1</sup>

Todavía en el Ecuador, indígenas y afroecuatorianos poseen las tasas de analfabetismo más altas, con el 28,8% y el 12,6% respectivamente, mientras la tasa nacional es del 9.1%, según la ECV 2006.

<sup>1</sup> Acosta P. Pobreza y Distribución, Publicación del Banco Mundial, 2007.

## 1.1. Situación de salud y nutrición en Ecuador

La salud es un indicador directo del grado de desarrollo de un pueblo. El grupo humano más vulnerable es el de los niños y niñas. De acuerdo con el Sistema de Información de Indicadores Sociales del Ecuador –SIISE– la mortalidad infantil muestra una tendencia decreciente en los últimos 50 años, de 101,9 muertes por 1.000 nacidos vivos, en 1956, a 22,1 en el 2005.

Los recién nacidos de bajo peso representan el 20% del total de nacidos en las unidades de atención obstétrica del país.

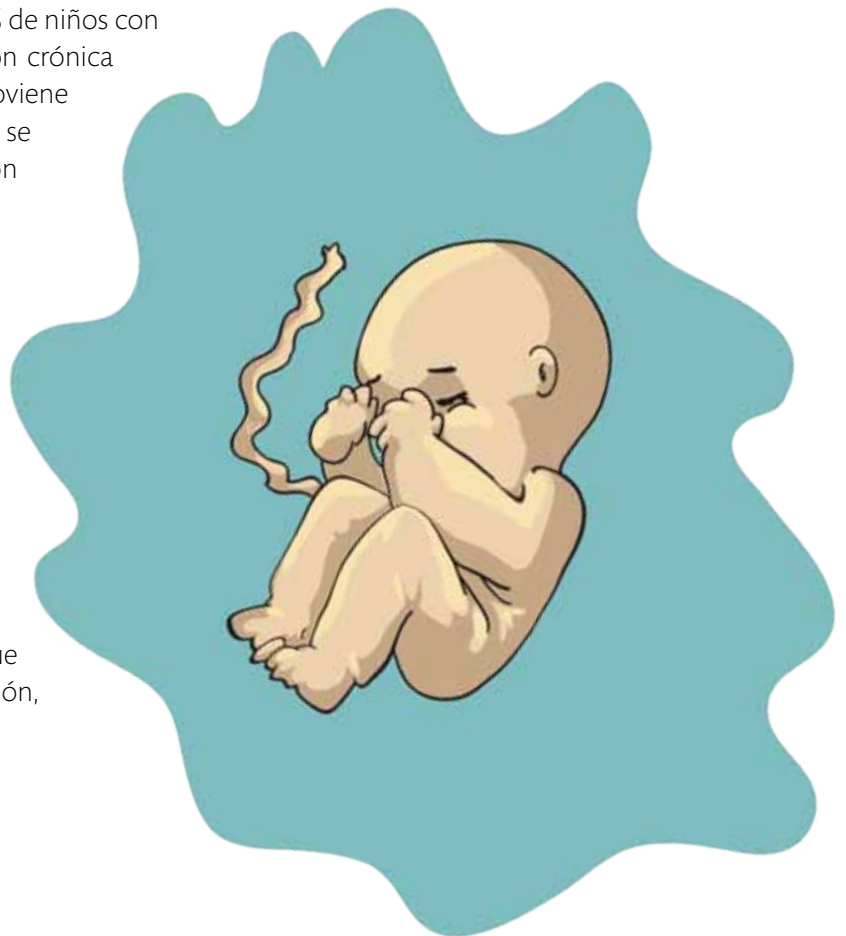
Como en otros países, casi toda la desnutrición en Ecuador se produce en los dos primeros años de vida. Solo el 3% de los menores de cinco meses tienen baja talla para la edad. Esta tasa aumenta a casi el 10% en el grupo de edad de seis a once meses, y sube a 28% para quienes tienen entre 12 y 23 meses de edad; en adelante, permanece estable.

Casi 299.000 menores de cinco años en el Ecuador presentan un déficit de talla para la edad; y de ellos, unos 77 mil tienen un déficit severo. Los niños indígenas, representan el 10% de la población; el 20% de ellos tiene desnutrición crónica y el 28%, desnutrición crónica severa.<sup>2</sup>

El 60% de los niños con desnutrición crónica y el 71% con desnutrición crónica grave habita en las áreas rurales (la población rural representa el 45% del total poblacional del Ecuador). También se produce una concentración muy elevada en el área de la Sierra, que tiene el 60% de niños con desnutrición crónica y el 63% con desnutrición crónica severa. El 71% con desnutrición crónica proviene de hogares clasificados como pobres, lo cual se aplica también al 81%, que sufre de desnutrición crónica extrema.

En nuestro país, la mayor cantidad de la población rural vive en extrema pobreza; no tienen suficientes recursos económicos y acceso a los alimentos, por tanto, es susceptible de presentar problemas por deficiencias nutricionales, situación que se ve agravada por la falta de educación.

A la par de los problemas por déficit, se encuentra también el ocasionado por el exceso de peso (sobrepeso) y obesidad, que sigue incrementándose en toda la población, incluyendo a los menores de cinco años.



<sup>2</sup> Estudio del Banco Mundial sobre países. "Insuficiencia Nutricional en el Ecuador: Causas, consecuencias y soluciones", Washington D.C., 2007.

## 2 OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

### 2.1. Objetivo general

Evaluar la situación y avance de la implementación de la Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y niños pequeños en Ecuador, tomando como referencia las tres ciudades más pobladas del país: Quito, Guayaquil y Cuenca.

### 2.2. Objetivos específicos

**2.2.1.** Evaluar las fortalezas y debilidades de las políticas y programas del país, relacionados con la alimentación de lactantes y niños pequeños, con el fin de proteger, promover y apoyar las prácticas óptimas de alimentación.

**2.2.2.** Entregar información independiente y basada en evidencia, sobre las tendencias de lactancia materna, a las instituciones del Estado, universidades, organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil, para que definan sus áreas de acción.

## 3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente es un estudio descriptivo de corte transversal, que se inició en el mes de marzo de 2009 y terminó en el mes de septiembre, documentando el plan de acción para el periodo 2009-2011. Se realizó como respuesta a la iniciativa de IBFAN Asia, de difundir y utilizar una metodología que evalúe aspectos clave de la lactancia materna y la alimentación infantil, basados en la Estrategia Global para la Alimentación del lactante y niño pequeño.

En este sentido, Ecuador, a través del equipo coordinador de la investigación, recopiló y analizó información sobre el estado y grado de implementación de los 15 indicadores seleccionados para la evaluación, para de esta manera verificar los avances que tienen relación directa con el fomento de la lactancia materna.

Una vez que se obtiene la información de los indicadores, se clasifica y califica el logro alcanzado en ese indicador en particular, en la siguiente forma: de menor a mayor cumplimiento: rojo o grado 'D'; amarillo o grado 'C'; azul o grado 'B' y verde o grado 'A'.

**Área geográfica:** el programa fue conducido en tres provincias de Ecuador: Pichincha, Guayas y Azuay.

**Recursos Financieros:** el estudio fue auspiciado financieramente por el Ministerio de Salud y contó con aportes técnicos y financieros de la Red IBFAN para América Latina y el Caribe (IBFAN-LAC).

**Recursos Técnicos:** para el desarrollo de la evaluación, se contó con el apoyo técnico de IBFAN LAC e IBFAN Asia, y la ejecución de la investigación fue realizada gracias a la colaboración de técnicos del Ministerio de Salud y de las Direcciones Provinciales de Salud.



La evaluación tuvo, además, el aporte de los actores e informantes clave, tanto en el ámbito nacional, como en el local, por provincia de intervención (ver listado de informantes).

El estudio tiene alcance nacional, toda vez que para los indicadores cuantitativos se utilizó como fuente la última encuesta ENDEMAIN 2004, de representación nacional, y para los indicadores cualitativos se emplearon varias metodologías como: entrevistas, revisión de información y bibliografía proporcionada por varias instituciones públicas y privadas, que tienen relación directa con la información evaluada por cada indicador y cuya fuente es nacional, porque son quienes se responsabilizan de los programas y políticas a ese nivel.

Los resultados de esta investigación serán parte de un documento orientado a sustentar, convalidar, formular y reformular políticas, estrategias y programas enfocados a mejorar las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, para contribuir a reducir la morbilidad, mortalidad y malnutrición en Ecuador.

## 4 PARTE I: PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑAS Y NIÑOS PEQUEÑOS

Los patrones y ofertas alternativas de alimentación para el niño pequeño, menor de dos años, afectan a su estado nutricional el cual, a su vez, condiciona su potencial de desarrollo y crecimiento. En este sentido, la práctica de la lactancia materna exclusiva y continua provee a los niños los nutrientes adecuados, además de factores inmunitarios para un gran número de enfermedades comunes en la niñez.

La lactancia materna y la alimentación complementaria oportunas han sido identificadas como dos de las tres intervenciones de prevención más eficaces, disponibles para prevenir la mortalidad infantil. Estas intervenciones son también esenciales para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio –ODM– relacionados con la supervivencia infantil, erradicación del hambre y prevención del VIH/SIDA (transmisión madre a hijo).

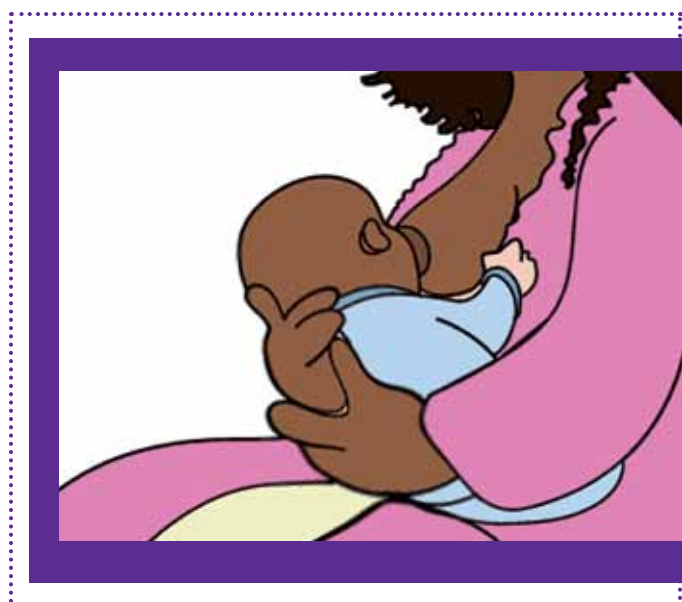
### 4.1. Indicador 1: Iniciación temprana de la lactancia materna

#### Antecedentes

El inicio temprano de la lactancia es el tercer paso contemplado en la iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Madre, como uno de los indicadores que contribuye al éxito de la lactancia materna.

En el país, según la encuesta ENDEMAIN 2004, se observa que el 26.4% de las madres empezó el amamantamiento en la primera hora después del parto; este bajo porcentaje indica una práctica no habitual en los servicios de salud.

Según el lugar del parto, las madres atendidas en un establecimiento del MSP inician la lactancia materna más temprano que las atendidas en otros establecimientos de salud.



**Pregunta clave: ¿Cuál es el porcentaje de bebés amamantados dentro de la hora posterior a su nacimiento?**

3B Indicador 1	OMS	Directriz de IBFAN Asia para la iMTLM		
11B Iniciación de la lactancia materna (en el lapso de una hora)	12B Clave de puntuación	Puntaje	Código por color	Calificación
	0-29%	3	Rojo	D

Fuente: CEPAR (Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social). Encuesta demográfica de Salud Materno Infantil ENDEMAIN2004

**Debilidades**

- Falta de implementación en los servicios de atención materno-infantil del apego y lactancia precoz del niño a su madre.
- Resistencia del personal de salud al cumplimiento de esta norma de atención neonatal.
- Desconocimiento de las ventajas para el niño y su madre de la implementación de esta sencilla práctica.

**Propuestas de acción**

- Difusión de la norma neonatal actual (Norma de Atención Neonatal MSP, agosto del 2008).
- Implementar un sistema de monitoreo de la iniciativa “Hospital Amigo”, que incluya este indicador.
- Dar facilidades y condiciones para el cumplimiento de la norma.

**4.2. Indicador 2: Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses**

**Antecedentes**

La Organización Mundial de la Salud, en su Asamblea 54.2, celebrada en el 2001, luego de varios años de discusión, y basada en amplia evidencia científica, determinó como recomendación la lactancia materna exclusiva por seis meses, revocando la anterior re-comendación que indicaba un rango de exclusividad de cuatro a seis meses.

Más tarde, en el año 2002, la OMS aprobó, por medio de la resolución 55.2, la adopción de la Estrategia Global para la Alimentación del lactante y los niños y niñas. En septiembre del mismo año, la junta directiva de UNICEF adoptó igualmente esta recomendación, convirtiéndose entonces en una sugerencia única de salud y nutrición para los menores de seis meses.

El mantenimiento de seis meses de lactancia exclusiva ha demostrado beneficios importantes, como la reducción del riesgo de enfermar y morir por causas prevenibles y muy prevalentes en la infancia, como las



infecciones diarreicas y respiratorias. De igual manera, otorga ventajas a la madre, como la pérdida de peso y su uso como método natural para la anticoncepción.

**Pregunta clave: ¿Cuál es el porcentaje de bebés de cero a seis meses de edad, exclusivamente amamantados en las últimas 24 horas?**

4BIndicador 2	OMS	Directriz de IBFAN Asia para la iMTLM		
<b>13B</b> Lactancia materna exclusiva (durante los primeros seis meses)	<b>14B</b> Clave de puntuación	<b>Puntaje</b>	<b>Código por color</b>	<b>Calificación</b>
	<b>12-49%</b>	<b>3</b>	<b>Amarillo</b>	<b>C</b>

Fuente: CEPAR (Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social). Encuesta demográfica de Salud ENDEMAIN2004

En Ecuador, la duración de la lactancia exclusiva es de 2.7 meses, con un incremento de 0.5 meses, entre 1999 y 2004. La lactancia exclusiva se practica más prolongadamente en la zona rural 3.6 meses, que en la zona urbana 1.7 meses.

La prevalencia de lactancia materna exclusiva es del 39.6%, siendo mucho mayor en el área rural 53,9%, para las madres del quintil más bajo es del 50.7% y para los niños y niñas de madres que no trabajan del 39%. El porcentaje de niños y niñas que reciben lactancia es también mayor en la Sierra que en la Costa (52.9% vs. 25.4%) y es más del doble para hijos de madres indígenas (71.6%) que para los de madres mestizas (34.5%).<sup>3</sup>

En el país, la tendencia de la exclusividad es decreciente en relación a la edad; en los menores, de cero a dos meses, el 51.8% reciben lactancia exclusiva, pero al pasar al grupo de tres a cinco meses cumplidos, el porcentaje se reduce considerablemente al 27.7%.

Los suplementos más comunes durante los primeros dos meses son: otras leches, 26%; agua solamente, 16.9%. En los infantes de tres a cinco meses, se añade purés o alimentos semisólidos, 26.1% y otras leches, 19%.

**Debilidades**

- Falta de apoyo de los servicios de salud y en el ámbito comunitario a la mujer gestante y a la madre lactante para cumplir con éxito el período de lactancia materna exclusiva.
- Falta de información dirigida a mujeres gestantes y madres lactantes sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva.
- Gran difusión de la cultura del biberón y promoción incontrolada de los sucedáneos de la leche materna.

**Propuestas de acción**

- Implementar y fortalecer servicios de atención en consejería sobre lactancia materna y alimentación infantil.

<sup>3</sup> ENDEMAIN 2004. Encuesta demográfica de salud materno infantil. CEPAR. Octubre del 2004.

- Capacitación en consejería sobre lactancia materna y alimentación complementaria al personal de salud profesional y no profesional y EBAS (equipos básicos de salud).
- Control, monitoreo y establecimiento de responsabilidades por violaciones del código de comercialización de sucedáneos de la leche materna.

### 4.3. Indicador 3: Duración media de la lactancia materna

#### Antecedentes



La Organización Mundial de la Salud recomienda que la lactancia materna dure 24 meses, y si es el deseo de la madre puede prolongarse, no existe ninguna contraindicación para su continuación. Además, se ha demostrado que a mayor duración de la lactancia, mayor crecimiento lineal, sobre todo en lugares con inadecuadas condiciones sanitarias y deficiente acceso al agua.

La evidencia científica indica que la leche materna, durante el segundo año, aporta el 40% de las necesidades de energía que requiere el menor, además del 45% de vitamina A y el 100% de vitamina C.

Estudios de seguimiento a largo plazo demuestran que la lactancia materna prolongada podría contribuir a reducir la prevalencia de enfermedades cardiovasculares en la edad adulta y otras relacionadas con la obesidad, un grave problema que afecta a la salud de la población ecuatoriana. Este beneficio depende de un efecto dosis-respuesta: a mayor duración de la lactancia, menor riesgo de sobrepeso y obesidad.

#### Pregunta clave: ¿Cuál es la duración media de lactancia materna en meses?

Fuente: CEPAR (Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social). Encuesta demográfica de Salud ENDEMAIN 2004.

5BIndicador 3	OMS	Directriz de IBFAN Asia para la iMTLM		
15B Duración media de la lactancia materna	16B Clave de puntuación	Puntaje	Código por color	Calificación
	0-17 meses	3	Rojo	D

En Ecuador, la media de la duración de la lactancia materna es de 15,3 meses, siendo menor en la zona urbana, 14,5 meses frente a 17,1 meses en la zona rural. De igual forma, se observa una menor duración en la Costa: 13,6 meses, en relación a la Sierra: 18,1 meses.

## Debilidades

- Débil apoyo de los servicios de salud e inexistencia de servicios de ayuda comunitaria para la madre lactante, que contribuyan a la prolongación y cumplimiento de la recomendación en el período de lactancia materna.
- Creencias y mitos de las madres y de la sociedad en general, en torno a que la leche materna durante el segundo año de vida del niño o niña ha perdido su valor nutricional.
- Inserción de la mujer en el trabajo, que impide su permanencia cerca de su hijo.

## Propuestas de acción

- Implementar y fortalecer servicios de consejería en lactancia materna en el ámbito comunitario.
- Capacitación en consejería sobre lactancia materna y alimentación complementaria a personal de salud profesional y no profesional y EBAS (equipos básicos de salud).
- Diseñar estrategias de promoción de lactancia materna, como parte del programa nacional para revalorizar la cultura de la lactancia materna.

### 4.4. Indicador 4: Alimentación con biberón

#### **Pregunta clave: ¿Cuál es el porcentaje de bebés amamantados, menores de seis meses, que reciben otros alimentos o bebidas en biberón?**

Ecuador no cuenta con información sobre este indicador. Tanto la encuesta ENDEMAIN 2004, como la encuesta de condiciones de vida 2006, que indagan aspectos de lactancia materna, no consideraron incluir información sobre este indicador. Se espera que para la próxima ronda de la encuesta demográfica materno-infantil 2009, se incorporen estos aspectos.

### 4.5. Indicador 5: Alimentación complementaria

#### Antecedentes

La alimentación complementaria se introduce al cumplir los seis meses de edad, y este proceso se inicia cuando la leche materna por sí sola ya no aporta el 100% de las necesidades nutricionales del niño o niña.

La introducción oportuna contribuye a garantizar una transición adecuada de la alimentación líquida exclusiva, a base de leche materna, a una alimentación semisólida, proveniente de otros alimentos complementarios. Una alimentación complementaria apropiada considera también otras características como la consistencia, la cantidad y la frecuencia de alimentos ofrecidos al niño o niña, que cambian de acuerdo con la edad y su desarrollo neuromuscular.<sup>4</sup> Además, se debe recomendar y no olvidar el principio de alimentación perceptiva, que se orienta a que la persona que cuida del menor le estimule a consumir todos los alimentos servidos y que debe estar encaminada a la formación de buenos hábitos alimentarios que contribuyan al proceso de aprendizaje y su desarrollo.

<sup>4</sup> OMS/OPS. Principios de Orientación para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Diciembre del 10 al 13, 2001.

Este indicador, actualmente, solo evalúa el porcentaje de niños y niñas que consumen alimentos complementarios, entre los seis y los nueve meses de edad, mas no describe las características de estos alimentos ni su frecuencia y densidad; por lo tanto, sería recomendable ahondar en futuras investigaciones sobre estas importantes características de la alimentación.



**Pregunta clave: ¿Cuál es el porcentaje de bebés amantados que reciben alimentos complementarios entre los seis y nueve meses de edad?**

6BIndicador 5	OMS	Directriz de IBFAN Asia para la iMTLM		
17BAalimentación complementaria	18BClave de puntuación	Puntaje	Código por color	Calificación
	60-79%	6	Amarillo	D

Fuente: CEPAR (Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social). Encuesta demográfica de Salud ENDEMAIN 2004.

En el país, el 60-79% de los niños y niñas, entre los seis y nueve meses de edad, reciben alimentos complementarios oportunos para su edad. A pesar de la observancia de esta recomendación, la introducción de la alimentación complementaria ocurre más temprano de lo recomendado. El 18.4% de los menores de seis meses recibe solo lactancia predominante (consumen agua y otros líquidos, excluyendo otras leches). Solo el 58% de los menores de seis meses recibe algún tipo de lactancia; el resto no está siendo amamantado o recibe otros alimentos no recomendados para la edad.

### Debilidades

- Débil conocimiento y falta de apoyo en consejería en alimentación complementaria en los servicios de salud.
- Desconocimiento de las madres sobre alimentación complementaria adecuada en frecuencia, cantidad y densidad, que permita al niño o niña transitar este periodo sin que se afecte su estado nutricional.

### Propuestas de acción

- Diseñar estrategias de comunicación orientadas a enseñar a las madres sobre la alimentación complementaria de los niños y niñas.
- Implementar y fortalecer servicios de atención en consejería de lactancia materna y alimentación infantil.
- Capacitación en consejería de alimentación complementaria a personal de salud profesional y no profesional y EBAS (equipos básicos de salud).

# 5 PARTE II: POLÍTICAS Y PROGRAMAS PARA LA ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑAS Y NIÑOS PEQUEÑOS (ALNP)

Esta segunda etapa de la evaluación pretende sistematizar información cualitativa sobre el desarrollo y grado de avance de políticas, programas y estrategias en el país, relacionados con la alimentación de los lactantes y niñas y niños pequeños.

Esta fase evalúa diez indicadores, cada uno de los cuales tiene para esa finalidad un subconjunto de preguntas que valora un logro clave, señalando el desempeño del país en esa área específica.

Cada pregunta tiene un posible puntaje de 0-3 y el indicador tiene un puntaje máximo de 10. Al igual que los cinco primeros indicadores, una vez que se obtiene la información de estos, se la clasifica y califica el logro alcanzado en ese indicador en particular, en la siguiente forma: de menor a mayor cumplimiento: rojo o grado 'D'; amarillo o grado 'C', azul o grado 'B' y verde o grado 'A'.

## 5.1. Indicador 6: Política, programa y coordinación nacional

### Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud, en su asamblea 55.1, instó a los países miembros a que, de forma urgente, se implemente la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, la cual se fundamenta en los logros pasados y presentes que, en políticas de lactancia materna y alimentación infantil, se han alcanzado. Estos son: la implementación del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, aprobado en 1981; la Declaración de Innocenti sobre los Diez Pasos hacia una Lactancia Materna Exitosa, implementada en 1990, la misma que se hizo operativa mediante la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Madre (IHAN).

Si bien no todos los componentes son nuevos, lo novedoso de la estrategia es su enfoque amplio e integrado, a fin de abordar de forma eficaz el reto tan básico y universal de garantizar la apropiada alimentación de los lactantes y niñas y niños pequeños.<sup>5</sup>

Como política nacional, se ha elaborado la "Estrategia Nacional para la Seguridad Alimentaria y Erradicación de la Malnutrición Infantil", en el Consejo Sectorial de Política de Desarrollo Social (Consejo de Ministros del Sector Social, presidido por el Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social). En esta estrategia, uno de sus componentes más relevantes es la consejería nutricional, en la que la lactancia materna es de capital importancia. Se previó que para el 2009 se retomen los instrumentos de política pública, como el Comité Nacional para la Lactancia Materna y la revisión y actualización de leyes y normas nacionales relacionadas, que legislan y regulan su promoción y protección.

Esta política demuestra los avances en este campo, aunque se adolece aún de una política integral que articule los componentes de lactancia materna, alimentación complementaria, así como las estrategias de alimentación en situaciones excepcionalmente difíciles, como emergencias, VIH, orfandad de niños y niñas, desplazados o con discapacidades.

<sup>5</sup> Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño. OMS/UNICEF, 2003.



**Preguntas clave: ¿Existe una política nacional para la alimentación con lactancia materna de lactantes y niñas y niños pequeños, que proteja, promueva y apoye su alimentación óptima, y que dicha política sea apoyada por un programa del Gobierno? ¿Existe un mecanismo que coordine un comité y coordinador nacional similares para la alimentación de lactantes y de sus hijos?**

**Criterios del indicador 6**

Preguntas	Puntaje	Fuentes de Información
6.1) El gobierno ha adoptado y aprobado oficialmente una política nacional sobre alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños.	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Política Nacional de Lactancia Materna, MSP/Dirección Nacional de fomento y protección, abril 1993.</li> <li>• Plan Nacional de Desarrollo. Objetivo 3: aumentar la esperanza y la calidad de vida de la población. Intervenciones políticas, inciso b. Protección integral de la salud. Seguridad alimentaria nutricional.</li> <li>• Agenda Social 2008. Línea de acción 1: Garantizar una alimentación saludable y disminuir drásticamente las deficiencias nutricionales. PIM y SIAN. Línea de acción 2: Extender la protección social en salud con equidad.</li> <li>• Manual de capacitación en alimentación y nutrición para el personal de salud. 2006.</li> <li>• Política Nacional de Alimentación y Nutrición. MSP, marzo, 2007.</li> <li>• Programa de Intervención Nutricional Territorial Integral (INTI-MCDS-MSP-MIES) 2009.</li> </ul>
6.2) La política promueve la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, iniciando la alimentación complementaria después de los seis meses y continuado la lactancia materna hasta los dos años o más.	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Política Nacional de Lactancia Materna, MSP/Dirección Nacional de fomento y protección, abril 1993.</li> <li>• Política Nacional de Alimentación y Nutrición. MSP, marzo del 2007.</li> </ul>
6.3) Un plan de acción nacional diseñado junto con la política.	0	
6.4) El plan cuenta con financiamiento para ejecutar las actividades programadas.	0	
6.5) Existe un Comité Nacional de Lactancia Materna.	1	
6.6) El Comité Nacional de Lactancia Materna, alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños realiza reuniones y revisiones periódicas.	0	
6.7) El Comité Nacional de Lactancia Materna, alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños se enlaza con todos los otros sectores, como salud, nutrición, información, etc. en forma efectiva.	0	
6.8) El comité de Lactancia Materna está dirigido por un coordinador con términos de referencia claros.	0	
<b>Puntaje total</b>	<b>5/10</b>	



## Debilidades

- Inexistencia de recursos humanos y materiales dedicados a la promoción de la lactancia materna.
- No hay una visión integral de las políticas de alimentación infantil, que ejecute acciones intersectoriales, para articular todos los componentes relacionados con la alimentación infantil.
- No hay un coordinador único en el MSP, encargado de todos los aspectos relacionados con la alimentación infantil.
- Existe una dispersión de los componentes y actores encargados de la temática (las personas que integran el Comité de Lactancia Materna pertenecen a diferentes instituciones, tanto gubernamentales como no gubernamentales, lo que dificulta el cumplimiento de sus objetivos y acciones de coordinación).
- El Comité Nacional de Lactancia Materna, estipulado en la ley, no ha funcionado.

## Propuestas para la acción

- Revisión de la política nacional de alimentación y nutrición para la inclusión de un componente integral de alimentación y nutrición de lactantes y niñas y niños pequeños.
- Diseño de un plan de acción para la alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños.
- Asignación de una partida presupuestaria para el desarrollo y ejecución del plan.
- La “Estrategia Nacional para la Seguridad Alimentaria y Erradicación de la Malnutrición Infantil”, y su implementación en provincias piloto: Chimborazo, Bolívar y Cotopaxi, es una oportunidad clave para establecer sinergias entre políticas de salud, nutrición, inversión social y las específicas de lactancia materna y alimentación del menor, además de ofrecer un espacio de coordinación intersectorial e interinstitucional que retome, revise y refuerce los instrumentos jurídicos, normativos y marcos institucionales, que pongan el tema en la agenda pública como una estrategia de primer orden para erradicar la malnutrición en el país.
- Implementación de sistemas comunitarios de vigilancia nutricional, particularmente importantes para mejorar la implementación y resultados de políticas, programas y proyectos relacionados con la promoción, fomento y protección de LM, así como alimentación complementaria del niño o niña, adaptándolos a los diferentes contextos culturales, como los de los pueblos indígenas alto-andinos, en los que la desnutrición es más severa y extendida.

## 5.2. Indicador 7: Iniciativa de Hospitales Amigables con la Niñez (diez pasos para una lactancia materna exitosa)

### Antecedentes

Luego del lanzamiento de la iniciativa Hospital Amigo, en el año 1990, el Ministerio de Salud Pública, con el apoyo de UNICEF, implementó esta estrategia a partir de 1993. Sus principales logros se resumen en:

- Erradicación del uso de biberón.
- Erradicación del uso de sucedáneos de la leche materna.
- Capacitación y sensibilización del personal de salud para el fomento, promoción y apoyo a la lactancia materna.
- Certificación de hospitales en el ámbito nacional.

Para el periodo 1993 - 2000, se logró acreditar a 115 de 141 hospitales (tanto públicos como privados), luego de lo cual no se han recertificado ni monitoreado y evaluado a estos hospitales. Por el momento, no existen planes inmediatos para realizarlo. Actualmente, los hospitales certificados para esa época han perdido muchos de sus recursos capacitados y, por lo tanto, las actividades que debían realizar dentro de la iniciativa se han perdido o no se cumplen.

El aporte de capacitación especializada de la iniciativa IHAN se dirigió a personal de salud de 14 hospitales de especialidades (HES), un hospital especializado (HE), 29 hospitales generales (HG) y 85 hospitales básicos (HB), que recibieron la certificación luego de haber cumplido con un entrenamiento mínimo de 18 horas, que fue difundido a todo el personal que trabajaba en ese servicio de salud.



**Pregunta clave: 7A. ¿Qué porcentaje de hospitales y maternidades, que ofrecen servicios de maternidad, han sido asignados “Amigables con la Niñez” con base en criterios globales o nacionales?**

Criterios	Puntaje
0-7%	
8-49%	
50-89%	3
90-100%	
<b>Subtotal</b>	<b>3/4</b>

### 7B ¿Cuáles son los aportes de capacitación especializada y la sostenibilidad de la IHAN?

Criterios	Puntaje
0-25%	
26-50%	
51-75%	2.5
75% y más	
<b>Subtotal</b>	<b>2.5/3.5</b>

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

Criterios	Puntaje
7.1. El programa IHAN depende de la capacitación de los trabajadores en salud.	0.5
7.2. Está establecido un sistema estándar de monitoreo.	0
7.3. Un sistema de evaluación depende de entrevistas con las madres.	0.5
7.4. Se han incorporado sistemas de reevaluación en los planes nacionales.	0
7.5. Existe un programa con limitación de tiempo para aumentar la cantidad de instituciones IHAN en el país.	0
<b>Subtotal</b>	<b>1/2.5</b>
<b>Puntaje total</b>	<b>6.5/10</b>

Fuente de información: Iniciativa Hospitales Amigos de la madre y el niño. Informe Nacional, agosto 2003.

## Debilidades

- La iniciativa Hospital Amigo es una política mundial, implementada por la OMS y UNICEF y que fue acogida por el Ministerio de Salud Pública; estuvo activa durante el periodo 1993-2000. Actualmente, no cuenta con asignación presupuestaria, de forma que no se han recertificado ni monitoreado a los hospitales que fueron calificados. El personal capacitado hasta la fecha de la certificación no ha recibido más entrenamiento y muchos de ellos han terminado su relación laboral o han pasado de su puesto original de trabajo a otras unidades de salud, razones que hacen ver la debilidad del programa.
- Escasos materiales, en especial manuales y normas (no han sido reproducidos). Material desactualizado (1992).
- Aún no se ha establecido un sistema estándar de monitoreo de la IHAN a largo plazo.
- Deficiente coordinación para esta iniciativa, entre los diferentes procesos del nivel central, vinculados al tema y las coordinaciones provinciales.

## Propuestas para la acción

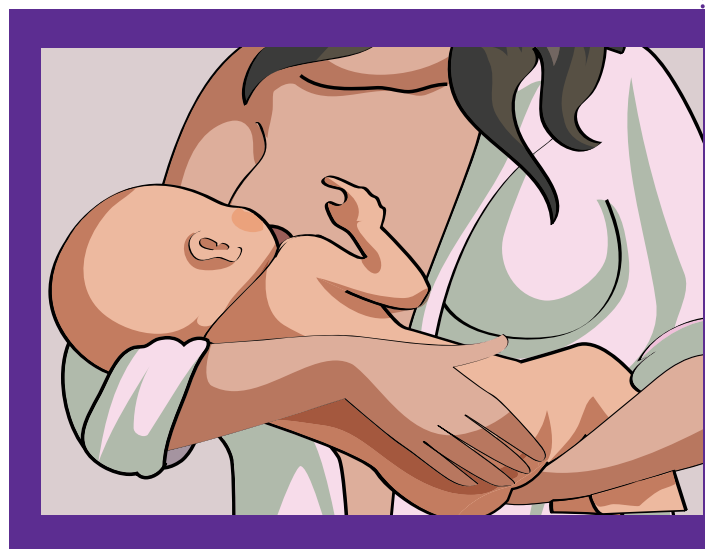
- Asumir un compromiso para el relanzamiento de la iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Madre, tanto para los hospitales públicos como privados.

- Conformar una comisión entre el MSP y las agencias de cooperación, para impulsar la implementación progresiva de la iniciativa y la recertificación de las unidades que ya fueron certificadas, encabezada por el Ministerio de Salud.
- Establecer un sistema de monitoreo y evaluación para la verificación de los avances de esta iniciativa en los servicios de salud y realizar acciones correctivas en los casos en que sea necesario (capacitación, material IEC, equipos, toma de decisiones, etc.).
- Gestionar y garantizar la asignación de recursos (económicos, técnicos, logísticos, etc.), que permitan la operativización y sostenibilidad de la iniciativa.

### 5.3. Indicador 8: Implementación del Código Internacional

#### Antecedentes

Hacia fines de los años setenta, la baja prevalencia de la lactancia materna en el ámbito mundial reconocida por las altas tasas de destete precoz y el incremento de las infecciones respiratorias y diarreicas entre los menores de cinco años, causaron una reacción de honda preocupación en las instituciones de salud y organizaciones internacionales interesadas en recuperar la práctica de la lactancia materna. Es entonces cuando, en una reunión conjunta de la OMS y UNICEF, en 1979, se decide la redacción de un código de conducta que frene la comercialización de productos que obstaculizaban la lactancia y fomentaban el destete precoz.<sup>6</sup> Surge así, la primera política de apoyo a la lactancia materna, con la aprobación en 1981 del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.



En Ecuador, en el año 1983, se implementa el primer reglamento concerniente a la comercialización de fórmulas alimenticias para lactantes menores de un año; una de sus principales regulaciones se refiere a la publicidad de estos productos, que sería autorizada por el Ministerio de Salud Pública.

Posteriormente, mediante Acuerdo Ministerial, en el año 1993, se solicita que todas las instituciones públicas y privadas transformen sus prácticas materno-infantiles para que se implementen los diez pasos para una lactancia materna exitosa y establece que las compañías fabricantes de fórmulas para lactantes cumplan con lo estipulado en el código de sucedáneos de leche materna. En ese mismo año, se firma un código de conducta para productores y comercializadores de fórmulas alimentarias para lactantes, entre cuyos principales aportes está exigir a la industria no realizar actividades de promoción, publicidad ni ofertas especiales de fórmulas, así como no entregar, de forma gratuita o a precio reducido, suministros de fórmulas infantiles y sucedáneos de leche materna.

Finalmente, en 1995 y 1999 se aprueba la Ley de Fomento, Apoyo y Protección de la Lactancia Materna y su reglamento, respectivamente. En estos cuerpos legales se establecen la regulación y control de la comercialización de los sucedáneos de la leche materna y son todos estos instrumentos, vigentes en la actualidad, los que nos proporcionan herramientas para vigilar este código tan importante para regular la promoción de los sucedáneos de la leche materna.

<sup>6</sup> Ferreira, M. y Moura de Araujo, F., "Análisis de la Lactancia Materna en el Brasil: de las recomendaciones internacionales a la política local". En: Nutrición y Vida Activa del conocimiento a la acción. Dra. Wilma Freire. Publicación Científica y Técnica No. 612.

**Pregunta clave: ¿Están vigentes e implementados el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y posteriores resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud?**

**¿Se han tomado nuevas acciones para hacer efectivas las disposiciones del código?**

Criterios	Puntaje	Fuentes de información
8.1. Algunos artículos del código y resoluciones como ley.	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reglamento concerniente a la comercialización de fórmulas alimenticias para lactantes y menores de un año. Registro oficial No.619 de 1983.</li> <li>• Código de conducta para productores y comercializadores de fórmulas alimentarias para lactantes y sucedáneos de leche materna.</li> <li>• Ley de Fomento, Apoyo y protección a la Lactancia Materna, 1995.</li> <li>• Reglamento de la ley, 1999.</li> </ul>
<b>Puntaje total</b>	<b>7</b>	

**Debilidades**

- A pesar de que la Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna, estipula algunos de los artículos del código de comercialización de sucedáneos, aún existe desconocimiento por parte del personal de salud y de la población para poder promover su cumplimiento.
- Falta de recursos para la promoción de la lactancia y para difundir y hacer cumplir el código.
- El Comité Nacional de Lactancia Materna (CONALMA), encargado de hacer cumplir por ley muchas de las disposiciones establecidas en el código, no está en funcionamiento, por lo cual no hay un organismo que esté regulando su cumplimiento.

**Propuestas para la acción**

- Divulgar y promover la ley, su reglamento y el código, entre el personal de salud, la colectividad en general y en las mujeres, en particular.
- Restablecer el funcionamiento del CONALMA y de su comisión técnica asesora, para lograr avances en el cumplimiento de la ley y del código y evaluar los logros a corto, mediano y largo plazo.
- Realizar una revisión de la Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna y su reglamento, para la inclusión de todos los artículos establecidos en el Código de Comercialización de Sucedáneos y mejorar su cumplimiento.
- Promover una evaluación nacional de código de comercialización e instituir la, para que, de forma sistemática, se realice a través de los servicios de salud.

## 5.4. Indicador 9: Protección de la maternidad

### Antecedentes

El acceso a un nivel adecuado de protección social es un derecho fundamental de todos los individuos y está reconocido por las normas internacionales del trabajo y por las Naciones Unidas. Además, es considerado un instrumento para la promoción del bienestar humano y el consenso social, que favorece la paz social y es indispensable para lograrla y, por lo tanto, sirve para mejorar el crecimiento y el comportamiento de la economía.<sup>7</sup>

En Ecuador, la Ley de Protección a la Maternidad está diferenciada, según ampare a las trabajadoras de instituciones del Estado, que se encuentran bajo la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa, o a aquellas pertenecientes a empresas privadas, que están cubiertas por el Código del Trabajo. Indistintamente del régimen que las legisle, todas las trabajadoras gozan de permiso por maternidad.

De acuerdo con el Código de Trabajo, en las empresas que cuenten con 50 o más trabajadores, el empleador establecerá anexo a la empresa un servicio de guardería infantil para la atención de los hijos de los trabajadores. Las empresas que no cuentan con este servicio concederán a la madre lactante dos horas de permiso, durante nueve meses para la lactancia de su hijo, periodo que para trabajadores que se encuentran bajo la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa se extiende a un año.

En el transcurso de esta investigación, el país aprobó un nuevo marco constitucional en el que se establece una licencia por paternidad correspondiente a 15 días, la cual en este momento ya está vigente y es usufructuada por los beneficiarios.



<sup>7</sup> [http://www.ilo.org/global/Supplemental\\_Navigation/disclaimer/DisclaimerCopyrightandPermissions/lang--es/index.htm](http://www.ilo.org/global/Supplemental_Navigation/disclaimer/DisclaimerCopyrightandPermissions/lang--es/index.htm).

**Pregunta clave: ¿Existe legislación u otras medidas (políticas, reglamentos, prácticas) que cumplen con o que vayan 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 trabajadoras del sector informal?**

Crterios	Puntaje	Fuentes de información
9.1. A las mujeres cubiertas por la legislación nacional se les otorga el siguiente número de semanas de licencia por maternidad remuneradas. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 14 a 17 semanas.</li> <li>• 18 a 25 semanas.</li> <li>• 26 semanas o más.</li> </ul>	0,5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa.</li> <li>• Código del Trabajo. Ecuador, 2008.</li> </ul>
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. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Receso con pago).</li> </ul>	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa.</li> <li>• Código del Trabajo. Ecuador, 2008.</li> </ul>
9.3. La legislación obliga a los patronos de mujeres, en el sector privado del país, a conceder al menos catorce semanas por licencia de maternidad, tiempo remunerado, así como recesos pagados por lactancia.	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa.</li> <li>• Código del Trabajo. Ecuador, 2008.</li> </ul>
9.5. A las mujeres de los sectores informales, no organizados y agrícolas se les concede: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Algunas medidas de protección.</li> <li>b. La misma protección que la que reciben las mujeres que trabajan en el sector formal.</li> </ol>	0	
9.6. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Se pone a disposición de las trabajadoras información sobre leyes, reglamentos y políticas de protección a la maternidad.</li> <li>b. Existe un sistema para el monitoreo del cumplimiento y una forma para que las trabajadoras denuncien si no se respetan sus derechos.</li> </ol>	0,5	Inspectorías del trabajo.
9.7. En el sector público se concede la licencia de paternidad durante al menos tres días.	0,5	
9.8. En el sector privado se concede la licencia de paternidad durante al menos tres días.	0,5	
9.9. Existe legislación que prevé la protección en salud de las trabajadoras embarazadas y lactantes, así como información sobre condiciones peligrosas en sus lugares de trabajo. También ofrece trabajos alternativos, con el mismo salario, hasta que termine el periodo de embarazo o lactancia.		
9.10. Existe legislación que prohíbe la discriminación en el empleo y que garantiza la protección laboral para las mujeres trabajadoras durante su periodo de lactancia materna.		
9.11. ILO MPC N° 183 ha sido ratificada, o el país cuenta con una ley nacional igual o más fuerte que la C183.	0,5	
9.12 La convención ILO MPC N° 183 ha sido promulgada, o el país ha promulgado disposiciones iguales o más fuertes que la C183.	0,5	
<b>Puntaje total</b>	<b>6/10</b>	

## Debilidades

- Pobre implementación y socialización de las leyes y resoluciones de protección de la maternidad.
- El permiso por maternidad varía si las mujeres están bajo el Código de Trabajo o la Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa; para la primera referencia es de ocho semanas (dos semanas antes y seis después del parto); para la segunda es de doce semanas (dos semanas antes y diez después del parto).
- Las mujeres con inserción laboral en el ámbito informal no cuentan con salarios mensuales fijos, dificultando el acceso a la seguridad social, maternidad y lactancia.
- Las mujeres y, en general, los trabajadores asalariados, desconocen el marco legal que los protege, lo cual ha dado paso a una violación flagrante de sus derechos.
- Existe aún, en muchos sitios de trabajo, discriminación a la mujer gestante, que le impide mantener su trabajo.
- El personal reducido de las inspectorías de trabajo no es suficiente para realizar acciones de monitoreo de las empresas e instituciones para vigilar la observancia de la ley.
- Se estipulan diferencias entre los beneficios dados a mujeres gestantes y en lactancia, según se encuentren bajo la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa, o bajo el Código del Trabajo.

## Ideas para la acción

- Recuperar el carácter protector del Estado respecto a la fuerza laboral (sobre todo de las mujeres) y su intervención en la regulación del mercado de trabajo (específicamente en el caso de las mujeres embarazadas y lactantes), actualmente negado por la flexibilización laboral.
- Respeto a los derechos laborales y reproductivos para el mejoramiento de las condiciones de trabajo de las mujeres.
- Ampliación del permiso por maternidad, que contribuya a preservar el vínculo de la madre con el niño o niña y, por ende, proteja y prolongue el periodo de lactancia materna exclusiva y completa.
- Ampliar el conocimiento de los trabajadores y empleadores sobre derechos y obligaciones laborales.
- Protección social como trabajadoras, respeto al trabajo del cuidado de los hijos, la maternidad y otros servicios sociales a los cuales no acceden las trabajadoras informales, por no encontrarse afiliadas a un sistema de seguridad social o privado.
- Equiparar los beneficios de la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa con los del Código del Trabajo.



## 5.5. Indicador 10: Sistemas de atención en salud y nutrición

### Antecedentes

Los trabajadores de salud, de forma regular, reciben capacitación en varias temáticas de alimentación y nutrición, en especial relacionadas con la mujer gestante, madre lactante y menores de cinco años. Para el año 2006, la Dirección de Nutrición del Ministerio de Salud, a través del Programa PANN 2000, implementó seis primeros módulos de capacitación de nutrición que incluyeron lactancia materna y alimentación complementaria, así como alimentación durante la gestación y en el periodo de lactancia. Esta estrategia priorizó la formación de una red interinstitucional en el nivel provincial, que ejecutará el proceso de capacitación mediante estos módulos y difundirá de esa forma el conocimiento.

Con el apoyo técnico y financiero del programa PANN 2000, se llegó a difundir, en esta primera etapa del proceso, siete talleres de capacitación en la tercera parte de las provincias del país. En el año 2007, con la reestructuración del programa, hubo una ostensible reducción de fondos y, por lo tanto, muchas de las actividades de capacitación no se ejecutaron. Para el 2008, se tomaron nuevamente las acciones de capacitación, fortaleciéndose el componente educativo dentro de la Dirección de Nutrición, llamado Programa de Educación Alimentaria Nutricional (PEAN).

El Programa de Educación Alimentaria Nutricional está preparando una estrategia de seguimiento, monitoreo y evaluación, que pueda determinar si los esfuerzos de capacitación y participación comunitaria tienen el efecto deseado; sin embargo, estas actividades aún no se han ejecutado. En principio, estos esfuerzos se dirigieron a dar seguimiento al plan de actividades y monitoreo de procesos. Se han llevado a cabo pre y postest en los talleres realizados, para evaluar cambios en los conocimientos de los asistentes.



En relación a la formación de recursos humanos en salud y nutrición, las instituciones de educación superior han realizado esfuerzos muy variados y de distinta profundidad, para integrar la temática de alimentación y nutrición infantil en los currículos de pre y posgrado de las carreras de salud y nutrición. Por otra parte, no hay una estandarización de los temas que se deben revisar por escuelas profesionales y la malla curricular determina pocas horas para su estudio.

**Preguntas clave: ¿Reciben los cuidadores que trabajan en estos sistemas la capacitación especializada necesaria, y que respalde su currículo de formación en el servicio, sobre la alimentación óptima de lactantes y niñas y niños pequeños?; ¿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 a sus hijos?; ¿y se ha establecido la responsabilidad con el código por parte de los trabajadores en salud?**

Criterios	Puntaje	Fuentes de verificación
10.1. La revisión de las escuelas de prestación de servicios en salud y los programas de formación académica en el país reflejan que el currículo o plan académico sobre alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños son inadecuados.	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mallas curriculares de las carreras de Nutrición, Enfermería y Medicina, de universidades privadas y públicas de Ecuador.</li> <li>AFEME, Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina.</li> </ul>
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 (parto humanizado).	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de normas de atención en salud sexual y reproductiva. MSP, 2008</li> <li>Normas de atención a la Niñez. MSP, 2003.</li> </ul>
10.3. Existen programas de capacitación y perfeccionamiento que ofrecen los conocimientos y habilidades relacionadas con la alimentación de lactantes y menores para las personas que trabajan en atención de la salud/nutrición.	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de capacitación en alimentación y nutrición para el personal de salud, Quito, 2006.</li> <li>Agenda Social 2008. Línea de acción 2.</li> </ul>
10.4. Los trabajadores en salud reciben capacitación con responsabilidad para la implementación del código como aporte clave.	0	
10.5. El contenido y habilidades relativos a la alimentación de lactantes se incorporan, según proceda, a los programas de capacitación, enfocándose en temas pertinentes (enfermedad diarreica, infección respiratoria aguda, IMCI, atención del menor sano, planificación familiar, nutrición, el código, VIH/SIDA, etc.	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manual para la atención integrada de enfermedades prevalentes en la infancia, MSP, 2008</li> <li>Guía para la alimentación y nutrición de niñas y niños no amamantados, MSP, Octubre de 2008.</li> <li>Normas de atención a la niñez, MSP, 2003.</li> <li>Manual de lactancia materna para consejeras comunitarias, MSP/BASICS, 2001.</li> </ul>
10.6. Estos programas de capacitación y perfeccionamiento en el servicio se ofrecen en todo el país.	0.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>Por disposiciones ministeriales, como norma, en cada provincia se debe cumplir un programa de capacitación planificado en el POA de cada DPS y de las unidades de salud.</li> </ul>
10.7. Las políticas sobre salud infantil prevén que las madres y sus bebés permanezcan juntos cuando alguno de ellos se enferma.	0.5	
<b>Puntaje total</b>	<b>5/10</b>	

## Debilidades

- Los planes de estudio de las carreras de Medicina, Nutrición, Enfermería y Obstetricia consideran el tema de la nutrición en los lactantes y niñas y niños pequeños, pero la carga horaria designada para este programa es mínima con relación a la profundidad de los contenidos y las habilidades necesarias que deben impartirse.
- Hay una falta de coordinación para establecer un contenido curricular para la formación profesional, acorde con el perfil técnico que el país requiere y que, en consecuencia, pueda atender problemas de nutrición y salud pública y su prevención en la población.
- Hay temas específicos, como el del Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche materna, cuya difusión es casi inexistente.
- Lo establecido en los manuales de capacitación y las normas de atención de los servicios va mucho más allá de lo que en el ejercicio profesional diario realizan las unidades de salud, en razón de falta de recursos humanos, materiales y logísticos, así como por desmotivación del personal.
- Insuficientes indicadores e instrumentos apropiados para la ejecución de seguimiento y monitoreo de las capacitaciones en el ámbito comunitario.
- Insuficiente capacitación de los profesionales de la salud y de aquellos que se están formando en las diferentes instituciones educativas. Se requiere introducir “nutrición”, como parte del plan de estudios de las escuelas de pre y posgrado de las facultades de Medicina.
- Existe debilidad en la formación profesional de las distintas carreras de Ciencias de la Salud, porque aunque predomina la preparación académica, no van a la par con la preparación de profesionales que adquieran crecimiento como humanistas y mediadores sociales para trabajar por una comunidad más solidaria y proactiva.
- No hay estandarización de las necesidades de formación de los profesionales de salud, que permita hacer evaluaciones continuas a los centros de capacitación y educación, de modo que pueda ir orientándose esa formación hacia las necesidades nacionales.
- Se requiere mayor atención en la capacitación y entrenamiento de profesionales en las áreas de nutrición y de atención primaria de salud, que vaya relacionada con la problemática nacional; de lo contrario, los centros de educación superior en salud seguirán preparando estudiantes con la única meta de la consecución de títulos para logros personales, en lugar de sociales.

## Ideas para la acción

- El Ministerio de Salud, como ente rector de las acciones de salud, en conjunción con el Consejo Nacional de Educación Superior, Universidades y Escuelas Politécnicas (CONESUP) deberá liderar un proceso para revisión de currículos académicos que respondan a los requerimientos del país en materia de salud y nutrición.

- Las unidades de salud (hospitales, centros, subcentros, puestos de salud) deben establecer un programa de entrenamiento diferenciado para todo el personal que ingresa (profesionales y no profesionales) a laborar, que permita estandarizar y cumplir las normas de atención, basadas en las políticas, programas y planes vigentes.
- Mejorar las competencias y habilidades de los docentes formadores de profesionales en salud (médicos, nutricionistas, enfermeras, parvularias) con el objeto de que sean capaces de llevar a cabo los cambios curriculares necesarios en el marco de la política de la alimentación de lactantes y menores.
- Diseñar y ejecutar capacitaciones sobre el Código y la Ley de Lactancia Materna para todo el personal de salud, tanto en el sector público como en el privado, como un paso para asegurar su cumplimiento.
- Elaboración de un plan de seguimiento y monitoreo a las capacitaciones realizadas.

## 5.6. Indicador 11: Apoyo materno y asistencia social comunitaria, apoyo comunitario para mujeres embarazadas y madres lactantes



### Antecedentes

En el país, las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública ofrecen un limitado apoyo y asistencia en consejería a las mujeres embarazadas y madres en periodo de lactancia; esto obedece a que, a pesar de que se han establecido normas de atención en consejería y apoyo a estos grupos de usuarias, en la práctica estas acciones no se cumplen o se las realiza en muy pocos casos.

La alta demanda en los servicios de salud es uno de los inconvenientes que causa este escaso apoyo. Por otra parte, existe una responsabilidad definida de estas acciones de salud entre varios profesionales de salud, lo que dificulta su seguimiento y exigencia de cumplimiento.

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

<b>Criterios</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Fuentes de información</b>
11.1. Todas las mujeres embarazadas tienen acceso a los sistemas y servicios de apoyo comunitario para la alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños.	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agenda Social, 2008.</li> <li>• Normas de atención a la niñez,</li> <li>• EBAS (equipos básicos de salud),</li> <li>• Manual de capacitación en alimentación y nutrición para el personal de salud, MSP, 2006.</li> </ul>
11.2. Todas las mujeres tienen acceso al apoyo para la alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños des-pués del parto.	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agenda Social, 2008.</li> <li>• Normas de atención a la niñez.</li> <li>• EBAS (equipos básicos de salud).</li> <li>• Atención integrada de enfermedades prevalentes en la infancia.</li> <li>• Manual de capacitación en alimentación y nutrición para el personal de salud, MSP, 2006.</li> </ul>
11.3. Los servicios de apoyo para la alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños tienen cobertura nacional.	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas de atención a la niñez.</li> <li>• EBAS (equipos básicos de salud).</li> <li>• Atención integrada de enfermedades prevalentes en la Infancia.</li> </ul>
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 niñas y niños pequeños (intersectorial e intrasectorial).	0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EBAS (equipos básicos de salud).</li> <li>• Atención integrada de enfermedades prevalentes en la infancia.</li> </ul>
11.5. Los voluntarios y trabajadores en salud comunitaria cuentan con información correcta y han sido capacitados en consejería y habilidades de escucha para la alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños.	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual para la atención integrada de enfermedades prevalentes en la infancia, MSP, 2008</li> <li>• Guía para la alimentación y nutrición de niñas y niños no amamantados, MSP, Octubre de 2008.</li> <li>• Normas de atención a la niñez, MSP, 2003.</li> <li>• Manual de lactancia materna para consejeras comunitarias, MSP/BASICS, 2001.</li> </ul>
<b>Puntaje total</b>	<b>4/10</b>	

**Debilidades**

- Existe un débil sistema de atención comunitaria; la mayor parte de las actividades de los servicios de salud son asistenciales y se enfocan a la atención por morbilidad y rehabilitación.
- La participación comunitaria en las acciones de salud es muy escasa.
- Las actividades realizadas por los promotores de salud contemplan acciones de forma integral de todos los programas; por lo tanto, el tiempo dedicado a cada programa es limitado.
- La formación profesional de los estudiantes de las carreras afines a salud (Medicina, Obstetricia, Nutrición) tiene un abordaje escaso en aspectos comunitarios, comparado con el dedicado a los aspectos curativos y asistenciales.

## Ideas para la acción

- Fortalecer la participación comunitaria, mediante la formación de redes y la colaboración de actores sociales y organizaciones comunitarias, que promuevan hábitos y prácticas mejoradas en alimentación y nutrición, a través de instancias como los comités de usuarias de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (CUS).
- Capacitar a los miembros de los EBAS (equipos básicos de atención en salud), en materia de promoción de la lactancia materna y alimentación infantil, para ayudarlos a desarrollar acciones que permitan a los miembros de la comunidad la práctica adecuada de la lactancia materna y nutrición infantil.
- Difundir información sobre actividades de alimentación y nutrición infantil, hacia el público en general. A la par, planificar campañas periódicas, a través de medios de comunicación masiva, para que la información llegue a todos los sectores.
- Construir una asistencia social comunitaria para mujeres gestantes y lactantes.
- Empoderar y organizar a la ciudadanía, para que se exija el cumplimiento de estas acciones desde los servicios de salud.
- Vincular a profesionales de los servicios locales de salud para desarrollar procesos organizativos de la ciudadanía, que promuevan estas acciones.
- Los sistemas comunitarios de vigilancia nutricional son particularmente importantes para mejorar la implementación y resultados de políticas, programas y proyectos, relacionados con la promoción, fomento y protección de LM, así como alimentación complementaria del menor. Además, se requiere mejorar su adaptación a diferentes contextos culturales, como el de los pueblos indígenas altoandinos, en los que la desnutrición es más severa y extendida.

## 5.7. Indicador 12: Apoyo informativo

### Antecedentes

El Ministerio de Salud Pública, a través de la Coordinación de Nutrición y el Programa de Complementación Alimentaria, PANN 2000, ha desarrollado múltiples materiales informativos, dirigidos al público para informar sobre aspectos de lactancia, alimentación complementaria y suplementación de micronutrientes, así como alimentación de las mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia. De forma similar, el programa "Aliméntate Ecuador", que forma parte del Ministerio de Inclusión Económica y Social, ejecuta varias acciones



educativas en estas temáticas. En las áreas de educación y comunicación existen esfuerzos iniciales. Estrategias integrales de IEC, orientadas a mejorar la alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños, están en proceso de articulación.

**Pregunta clave: ¿Se están implementando estrategias integrales de información, educación y comunicación (IEC) para mejorar la alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños (lactancia materna y alimentación complementaria)?**

Criterios	Puntaje	Fuentes de verificación
12.1. Existe una estrategia nacional en IEC para mejorar la alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños.	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Política nacional de alimentación y nutrición, MSP (Documento propuesta, Dirección de Nutrición, enero 2007).</li> <li>Proyecto de educación nutricional. SENPLADES/ Coordinación de Nutrición, 2008.</li> <li>Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, MSP, 2000-2004</li> <li>Propuesta en Educación Alimentaria y Nutricional. Dirección Nacional de Nutrición, MSP, 2008.</li> </ul>
12.2. Los programas de IEC (por ejemplo, la Semana Mundial de la Lactancia Materna) que incluyen la alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños, se están implementando activamente en el ámbito local.	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informes de Semana de Lactancia Materna.</li> <li>Difusión, por medios de comunicación, de eventos, actos, conferencias de alimentación y nutrición infantil.</li> </ul>
12.3. Los servicios de consejería y educación grupal, relacionados con la alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños, están disponibles dentro del sistema de atención en salud/nutrición, o a través de asistencia social comunitaria.	0	
12.4. El contenido de los mensajes sobre IEC es técnicamente correcto, adecuado, basado en directrices nacionales o internacionales.	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de capacitación en alimentación y nutrición para personal de salud, MSP, 2006.</li> <li>Manual de lactancia materna para consejeras comunitarias, MSP/BASICS 2001.</li> </ul>
12.5. Una campaña o programa nacional de IEC que usa medios electrónicos e impresos y actividades, ha canalizado mensajes sobre la alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños a públicos meta en los últimos doce meses.	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informes técnicos nacionales, provinciales y locales de las unidades de salud.</li> </ul>
<b>Puntaje total</b>	<b>5/10</b>	

**Debilidades**

- Hay una programación inicial para la estrategia IEC, que está en proceso de implementación y difusión.
- Existen esfuerzos dispersos en varios procesos o programas del Ministerio de Salud y de otros ministerios.



- Las actividades que realiza el Ministerio de Salud en IEC, a través de los procesos de promoción de la salud y nutrición, están frecuentemente desvinculadas y desarrollan sus propuestas independientemente, como si constituyeran un fin en sí mismas.
- No hay ningún tipo de seguimiento de los acuerdos a los que se ha llegado con instituciones científicas y académicas para realizar actividades de nutrición.
- Material educativo elaborado en cantidades insuficientes para cubrir la demanda.

## Ideas para la acción

- Plantear un programa de educación alimentario nutricional para este grupo etéreo y aplicar su contenido de forma sistemática.
- Diseñar una estrategia de IEC que vincule los problemas nutricionales con los cambios en los comportamientos alimentarios y plantee alternativas para mejorarlos.
- Involucrar a las comunidades en la definición de sus necesidades de información y los canales apropiados de comunicación.

## 5.8. Indicador 13: Alimentación infantil y VIH

### Antecedentes

En el 2006, el Ministerio de Salud Pública, a través del Programa Nacional de ITS-VIH/SIDA (PNS), inició el programa de prevención de la transmisión vertical, en el ámbito nacional, con un fuerte componente de información por medios de comunicación masivos y selectivos. Se ha implementado la práctica de las pruebas rápidas de “tamizaje” para mujeres gestantes y su tratamiento profiláctico ARV; de igual forma, se instauró este tratamiento para los recién nacidos de madres que tienen VIH.

En coordinación, el PN de VIH y la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la infancia financian la provisión de fórmula infantil para los hijos de madres VIH+ durante los primeros 18 meses de vida.

En el año 2007, se implementó la “Guía de prevención y control del VIH y de manejo de niñas y niños expuestos perinatales y viviendo con el VIH”. Esta guía es un excelente instrumento para diagnóstico y tratamiento de la mujer gestante y de su hijo; sin embargo, no aborda la situación de la alimentación sustituta y complementaria de los hijos de madres que viven con VIH. En el año 2008, el Ministerio de Salud Pública, el Hospital Baca Ortiz, la Fundación Vivir, UNICEF, PMA y el Plan Internacional elaboraron una guía para la alimentación y nutrición de niñas y niños no amamantados, que es el único documento existente en el país para orientar a madres, padres y al público en general, sobre esta temática.



**Pregunta clave: ¿Existen políticas y programas establecidos que garanticen que las madres VIH positivo, estén informadas sobre 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?**

Crterios	Puntaje	Fuentes de información
13.1. El país cuenta con una política integral sobre alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños que incluye alimentación infantil y VIH.	1	• Guía Nacional para la atención integral del paciente que vive con VIH. MSP, mayo 2005.
13.2. La política sobre alimentación infantil y VIH da vigencia al Código Internacional y de legislación nacional.	0.5	Guía de prevención y control de la transmisión vertical del VIH y de manejo de niñas y niños expuestos perinatales y que viven con VIH/SIDA, MSP, 2007. Guía para la alimentación y nutrición de niñas y niños no amamantados. MSP, HBO, Plan Internacional, PMA, UNICEF, Fundación Vivir, 2008.
13.3. El personal de salud y los trabajadores comunitarios reciben capacitación en políticas de VIH y alimentación infantil, los riesgos asociados con las diversas opciones para lactantes hijos de madres VIH positivo y sobre cómo brindarles conserjería y apoyo.	0.5	
13.4. La conserjería y pruebas voluntarias y confidenciales (VCCT) están disponibles y se ofrecen de forma rutinaria a parejas que están pensando en un embarazo y a mujeres embarazadas y sus compañeros.	0.5	
13.5. Se brinda a madres VIH positivo conserjería sobre LM y alimentación infantil consecuente con las recomendaciones internacionales actuales y adecuadas al contexto local.	0.5	
13.6. Se apoya a las madres VIH + a tomar su decisión de alimentación infantil, dándoles posteriormente conserjería y seguimiento para que lleven a la práctica estas decisiones de la manera más segura posible (criterios AFASS considerados).	0	
13.7. Se hacen esfuerzos especiales para contrarrestar la desinformación sobre VIH y alimentación infantil y para promover, proteger y apoyar seis meses de lactancia materna exclusiva, y lactancia materna continua hasta los dos años en la población en general.	0	
13.8. Existe 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 madres y lactantes, incluyendo aquellos que son VIH negativo o de estatus desconocido.	0	
13.9. La iniciativa de Hospitales Amigables con la Niñez incorpora la disposición de orientar a los administradores 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 positivo.	0	
<b>Puntaje total</b>	<b>3/10</b>	

## Debilidades

- Ausencia de una política o programa que contemple la alimentación infantil y VIH.
- Los prestadores de salud no reciben capacitación referente a alimentación infantil y VIH.
- Escasa consejería posterior al parto, y seguimiento de la alimentación de los bebés de madres VIH positivo.
- Deficiente información sobre VIH a la población general.
- Deficiente apoyo a madres que viven con VIH y reciben poca atención en los servicios de salud.
- Falta involucrar a las parejas en el embarazo y en el posparto.
- Discriminación de las mujeres que viven con VIH, que inhibe y reduce la posibilidad de buscar información; hay violencia institucional.
- El control prenatal en el país es adecuado, ya que la cobertura supera el 90%, pero hay que mejorar la concentración de atención a embarazadas que, actualmente, es de 2.3, cambio que permitiría diagnosticar y dar tratamiento oportuno a aquellas mujeres gestantes que viven con VIH.

## Ideas para la acción

- Realizar una evaluación y análisis de la situación sobre la alimentación de lactantes y de niñas y niños pequeños en el contexto del VIH y, sobre esa base, crear normas y estrategias alineadas a los avances científicos en el tema.
- Establecer e implementar políticas y programas de alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños con VIH.
- Establecer mecanismos de coordinación interinstitucional e intersectorial, conducentes a la implementación efectiva de las políticas y programas.
- Las madres que viven con VIH deberán recibir asesoramiento sobre otras opciones para alimentar al bebé, teniendo presentes las normas y recomendaciones de OMS/UNICEF/ONUSIDA sobre infección por VIH y alimentación del lactante.
- Toma de conciencia y sensibilización del personal de salud sobre lo que es el VIH y el trato a los usuarios.
- Fomentar que las parejas asistan a los controles y que acompañen activamente a la mujer en el proceso de la gestación, parto y posparto, ofreciéndoles de forma voluntaria la prueba de VIH.
- Vincular el tema de VIH a la práctica de lactancia materna incluida en la estrategia AIEPI comunitario.
- Realizar más investigaciones operativas en el tema, para alimentar procesos normativos y de toma de decisiones.

## 5.9. Indicador 14: Alimentación infantil durante emergencias

### Antecedentes

El Ministerio de Salud Pública, a través de la Coordinación de Nutrición, con el apoyo de la Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), elaboró, en el año 1998, un documento técnico en relación a la alimentación en situaciones de emergencias y desastres. Para el año 2004, a raíz de la reforma de las normas de la salud en circunstancias de emergencia, la Coordinación de Nutrición diseñó un capítulo del texto para normar procedimientos de alimentación y nutrición en condiciones de desastre y emergencia en las familias víctimas de estas situaciones. Sin embargo, estas políticas y normativas vigentes adolecen de estrategias y recomendaciones específicas para apoyar y promover la alimentación infantil óptima durante las emergencias y desastres, las cuales serían un compromiso importante por desarrollar para complementar el marco general de políticas y estrategias en este campo.



**Pregunta clave: ¿Se han establecido políticas y programas apropiados, que garanticen que las madres, lactantes y las niñas y los niños reciban protección y apoyo adecuados para una alimentación apropiada durante emergencias?**

Crterios	Puntaje	Fuentes de verificación
14.1. El país cuenta con una política integral para la alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños, que incluye alimentación infantil en emergencias.	0	
14.2. Ya se han designado a las personas responsables de coordinación nacional, con la ONU, donantes, militares y ONG, para la alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños en situaciones de emergencia.	1	
14.3. Se ha diseñado un plan de apresto ante emergencias para realizar actividades que garanticen la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria adecuada, además de minimizar el riesgo por alimentación artificial.	0	
14.4. Se han identificado recursos para la alimentación del plan durante las emergencias.	0	
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 niñas y niños pequeños en emergencias.	1	
<b>Puntaje total</b>	<b>2/10</b>	

## Debilidades

- Ecuador no cuenta hasta la fecha con una política, programa o plan que tome en cuenta criterios y norme las estrategias para atender, en alimentación y nutrición, a lactantes y niñas y niños pequeños, durante las emergencias y desastres.

## Ideas para la acción

- Diseñar, aprobar e implementar una política para la alimentación de lactantes y niñas y niños en emergencias, basada en directrices técnicas internacionalmente sancionadas.
- Asumir un compromiso interinstitucional para la implementación del plan de alimentación de lactantes y niñas y niños en emergencias, como una política de Estado e impulsar su adopción en las respectivas agendas institucionales.
- Gestionar y garantizar una firme decisión y compromiso político, mediante la asignación y gestión de recursos técnicos y financieros, que permitan la operativización y sostenibilidad del plan.
- Culminar el proceso de elaboración de manuales y procedimientos de alimentación infantil en emergencias y su validación.

## 5.10. Indicador 15: Sistema de mecanismos de monitoreo y evaluación

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

Criterios	Puntaje	Fuentes de verificación
15.1. Los componentes de monito-reo y evaluación están incorporados a las principales actividades del programa para la alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños.	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.	0	
15.3. Se recogen datos de referencia y seguimiento, para medir los resultados de las principales actividades del programa de alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños.	1	
15.4. Los resultados de las evaluaciones sobre las principales actividades, relativas a la alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños, se reportan a las personas responsables de la toma de decisiones.	1	
15.5. El monitoreo de prácticas clave para la alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños ha sido incorporado a un sistema más amplio de vigilancia nutricional y monitoreo de la salud, o en encuestas nacionales periódicas en salud.	1	
<b>Puntaje total</b>	<b>4/10</b>	

## Debilidades

- No existe un sistema de monitoreo y evaluación organizado en torno a los programas y estrategias de alimentación y nutrición.
- Se recogen datos de los diversos grupos de población, pero no se procesan con la suficiente agilidad, para permitir la toma de decisiones basada en los resultados.
- La consolidación de los datos, desde el primer nivel de atención hasta que llega al nivel nacional, es muy lenta.

## Ideas para la acción

- Descentralizar el proceso de análisis de los datos generados por la provincia, de forma que en este nivel se obtengan informes periódicos usados para la toma de decisiones.
- Crear mecanismos de control de calidad en la toma del dato primario del sistema comunitario.
- Aprovechar todos los espacios existentes para el análisis y difusión de la información (reuniones comunitarias, UCAs nacionales, medios de difusión, publicaciones, revistas de sociedades científicas, medios electrónicos).
- Seleccionar un mínimo de indicadores que puedan ser incorporados al Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE).
- Implementar una estrategia de evaluación de los programas de alimentación y nutrición, que contemple a los lactantes y niños pequeños. Estrategia que, además, suponga una rendición de cuentas a la sociedad civil, de los avances, problemas y objetivos alcanzados.
- Se requiere, sin duda, mejorar las capacidades institucionales para estructurar e implementar sistemas de supervisión, monitoreo y evaluación consistente y continua que retroalimenten oportunamente la toma de decisiones informadas en política pública.



# 6 RESUMEN DE RESULTADOS

## 6.1. Resumen de la Parte I: Prácticas de alimentación para lactantes y niños pequeños (ALNP)

9B Práctica de la ALNP	10B Resultado	Puntaje
1. Comienzo de la lactancia materna (iniciación)	26.4 %	3
2. Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses	39.6 %	6
3. Duración media de la lactancia materna	15 meses	3
4. Alimentación con biberón		
5. Alimentación complementaria	76.5%	6
<b>Puntaje Parte I (Total)</b>		<b>18</b>

## Directriz

Puntajes (total) Parte I	Código por color	Calificación
0-15	Rojo	D
Ecuador 16-30	Amarillo	C
31-45	Azul	B
46-50	Verde	A

## 6.2. Resumen de la Parte II: Políticas y programas de ALNP

### Objetivos

### Puntaje (De 10)

<b>6.</b> Política, programa y coordinación nacional	5.0
<b>7.</b> Iniciativa de Hospitales Amigables con la Niñez	6.5
<b>8.</b> Implementación del Código Internacional	7.0
<b>9.</b> Protección de la maternidad	6.0
<b>10.</b> Atención en salud y nutrición	5.0
<b>11.</b> Asistencia social comunitaria	4.0
<b>12.</b> Apoyo informativo	5.0
<b>13.</b> Alimentación infantil y VIH	3.0
<b>14.</b> Alimentación infantil durante emergencias	2.0
<b>15.</b> Monitoreo y evaluación	4.0

**Puntaje Parte II (total) 47.5**

**Puntaje Parte I y Parte II (total) 65.5**

## Directrices de IBFAN Asia para la WBTi

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

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

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

Puntajes	Código por color	Calificación
0-45	Rojo	D
Ecuador 46-90	Amarillo	C
91-135	Azul	B
136-150	Verde	A



# 7 PLAN DE ACCIÓN PARA LOS AÑOS 2009-2011

**Meta 1:** Legislación y políticas públicas apoyan, protegen y promueven la lactancia materna y la alimentación del lactante y del menor.

**Objetivo 1.1.** Nueva política de fomento a la lactancia materna difundida e implementada en todos los niveles operativos.

Acción	Responsables
1. Reactivar el Comité Nacional de Lactancia Materna (CONALMA).	Coordinación de Nutrición y Salud de la Niñez, MSP
2. Socialización y difusión de la nueva política de lactancia materna.	Coordinación de Nutrición y Salud de la Niñez, MSP UNICEF, OPS.
3. Mejorar la coordinación de los actores relacionados con la lactancia materna y la alimentación infantil, mediante una mesa de trabajo que asegure el cumplimiento de la política diferenciado sus competencias.	Coordinación de Nutrición y Salud de la Niñez, MSP.
4. Elaborar una estrategia y un plan de comunicación permanente sobre la alimentación del lactante y del menor.	Consejo Sectorial de Políticas Sociales, Comunicación MSP, Nutrición MSP.
5. Elaboración de un plan local en alimentación y nutrición, en donde participen todos los actores sociales.	Consejo Nacional de Niñez y Adolescencia-Azuay.

**Objetivo 1.2.** Autoridades en salud, agencias internacionales, prestadores de servicios en salud y sociedad civil fortalecen y apoyan la capacidad institucional para la atención nutricional adecuada del lactante.

Acción	Responsables
1. Autoridades, agencias de cooperación, profesionales y trabajadores en salud apoyarán la reactivación de la IHAMN en los servicios de salud.	Salud de la Niñez, MSP Coordinación de Nutrición, MSP, UNICEF.
2. Certificación de hospitales amigos de la ciudad de Guayaquil; Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora, de Quito; hospitales de los territorios INTI en las provincias de Chimborazo, Bolívar y Cotopaxi, previa evaluación y adaptación de la IHAN, al contexto actual, en el marco de la política nacional de lactancia materna, promulgada en el mes de septiembre de 2009.	Dirección de Nutrición, MSP. DPS de las provincias de Chimborazo, Bolívar y Cotopaxi y sus hospitales provinciales. Programa de Lactancia Materna, DPSG. Programa de Educación Nutricional, DPSG. Hospital Santa Marianita, Guayaquil. BLH Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora.

**Meta 2.** Recursos humanos en formación y en servicios, con competencias desarrolladas en lactancia materna y alimentación del lactante y de la niña o niño pequeño.

**Objetivo 2.1.** Formar y capacitar en lactancia materna y alimentación infantil a niveles de pregrado y posgrado, en áreas de salud y afines, y brindar capacitación en servicios.

Acción	Responsables
1. Diseño de una malla curricular modelo para desarrollo de competencias clínicas y de salud pública sobre lactancia materna y alimentación infantil.	Postgrado de Pediatría, UCE. Escuela de Nutriología, UIDE. Escuela de Medicina, UI-DE. Escuela de Nutrición, USFQ. Facultad de Enfermería, PUCE. Escuela de Obstetricia, Universidad de Guayaquil. Escuela de Ciencias de la Salud: Medicina y Enfermería, Universidad Católica de Cuenca. Escuela de Nutrición, Universidad Estatal de Cuenca. Programa de Lactancia Materna, DPSG. Programa de Educación Nutricional, DPSG. Hospital Santa Marianita, FUNBBASIC/IBFAN.
2. Capacitación al personal de salud, sobre alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños, que incluye información sobre la política de lactancia materna y el código de comercialización de sucedáneos de la leche materna, entre otros temas.	Coordinación de Nutrición MSP Hospital Santa Marianita Guayaquil
3. Desarrollar talleres con profesores de las áreas maternoinfantiles para capacitarlos en la temática de alimentación y nutrición infantil, e incluir el tema de Bancos de Leche Humana.	Postgrado de Pediatría, UCE. Escuela de Nutriología, UIDE. Escuela de Medicina, UIDE. Escuela de Nutrición, USFQ. Facultad de Enfermería, PUCE. Escuela de Nutrición, PUCE, Guayaquil. Escuela de Ciencias de la Salud: Medicina y Enfermería, U. Católica de Cuenca. Escuela de Nutrición, Universidad Estatal de Cuenca
4. Fomentar la investigación en alimentación infantil, para lo que se propone crear un premio nacional para trabajos de investigación en el tema.	
5. Crear una base de datos de docentes universitarios especializados en la temática, en el ámbito nacional.	Escuela de Nutriología, UIDE.
6. Gestionar fondos para la investigación en las universidades, de esta y otras temáticas.	Postgrado de Pediatría, UCE. Escuela de Nutriología, UIDE. Escuela de Medicina, UI-DE. Escuela de Nutrición, USFQ. Facultad de Enfermería, PUCE. Escuela de Nutrición, PUCE-Guayaquil. Escuela de Ciencias de la Salud: Medicina y Enfermería, U. Católica de Cuenca. Escuela de Nutrición, U. Estatal de Cuenca.
7. Fomentar la realización de un evento bianual sobre alimentación infantil.	Escuela de Nutrición, USFQ.



**Meta 3.** Tomadores de decisiones, agencias de cooperación, ONGs conocen y facilitan las recomendaciones internacionales de alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños en situaciones especiales.

**Objetivo 3.1.** Establecer e implementar políticas y programas de alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños y VIH.

Acción	Responsables
1. Inclusión del componente de alimentación infantil y VIH en la política nacional de alimentación infantil.	Coordinación de Nutrición, MSP.
2. Asistencia técnica en investigación y monitoreo del componente de alimentación infantil en VIH.	Coordinación de Nutrición, PMA.
3. Capacitar en consejería en lactancia materna y VIH.	Coordinación de Nutrición, PMA.
4. En la política nacional del programa de VIH/SIDA, incluir un acápite de lactancia materna y alimentación del lactante y de la niña o niño pequeño.	Programa VIH/SIDA MSP, PMA.

**Objetivo 3.2.** Implementar un plan, normas y monitoreo para alimentación de lactantes y niñas y niños en emergencias, basados en directrices técnicas internacionalmente aprobadas.

Acción	Responsables
1. Diseñar una propuesta sobre atención de lactantes y niñas y niños pequeños en emergencia, para entregarla al Comité de Asistencia Alimentaria.	Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos, Coordinación de Nutrición, MSP, PMA, FUNBBASIC/IBFAN.
2. Introducir, en los formatos de evaluación y censo de emergencias del Ministerio de Inclusión Económica y Social y de la Secretaría Nacional de Gestión de Riesgo, un bloque para obtener información sobre alimentación infantil (lactancia materna y alimentación complementaria).	DIPLASEDE MIES.
3. Asumir un compromiso interinstitucional para la implementación de un plan de alimentación de lactantes y niñas y niños en emergencias, como parte de una política de alimentación infantil e impulsar su adopción en las respectivas agendas institucionales.	Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos, Coordinación de Nutrición, MSP, PMA, FUNBBASIC/IBFAN, DIPLASEDE MIES, DIPLASEDE MSP.

**Meta 4.** Proteger, promover y apoyar, en el ámbito comunitario, la lactancia materna y la alimentación complementaria.

**Objetivo 4.1.** Establecer e implementar estrategias a nivel comunitario para el desarrollo de capacidades, habilidades y destrezas en lactancia materna y alimentación complementaria.

Acción	Responsables
1. Trabajar con actores comunitarios comités parroquiales, comités de salud y consejos de salud en capacitación y apoyo a las mujeres gestantes y madres en lactancia, desarrollando procesos de veeduría.	Coordinación de Nutrición, DPS, Azuay. Niñez y Adolescencia, DPS, Azuay. Medicina Intercultural de DPS, Azuay.
2. Desarrollo de proyectos en lactancia materna y alimentación complementaria, a través de los estudiantes universitarios. Programas de extensión universitaria.	Salud Intercultural, DPS, Azuay. Escuela de Ciencias de la Salud: Medicina y Enfermería, U. Católica de Cuenca. Escuela de Nutrición, U. Estatal de Cuenca. Coordinación de Nutrición, DPS, Azuay. Niñez y Adolescencia, DPS, Azuay.
3. Implementar un servicio telefónico de apoyo informativo sobre el tema de LM, en los ámbitos urbano y comunitario.	Departamento de Comunicación y de educación nutricional de la DPS de Azuay. Departamento de Comunicación del Hospital Vicente Corral Moscoso.
4. Implementar un sistema de monitoreo mediante encuesta de satisfacción a usuarias.	Proceso Control y mejoramiento de la implantación de la norma DPS de Azuay. Banco de Leche Humana, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca.
5. Expansión de las experiencias exitosas locales a territorios INTI y otras provincias de la Costa, en las que la prevalencia de lactancia materna es más baja.	Dirección Nacional de Nutrición del MSP. DPS de las provincias de Bolívar, Cotopaxi y Chimborazo. Responsables de las unidades de salud de las áreas de intervención de la estrategia.
6. Diseño e implementación de una propuesta de vigilancia comunitaria en alimentación, nutrición y crecimiento de lactantes y niñas y niños pequeños.	Dirección Nacional de Nutrición del MSP. DPS de las provincias de Bolívar, Cotopaxi y Chimborazo. Responsables de las unidades de salud de las áreas de intervención de la estrategia.



# 8 BIBLIOGRAFÍA

1. "Codificación del Código del Trabajo". Actualización 2008. Lic. Gilberto Sánchez Carrión. Editado por EDYPE, Ediciones y publicaciones ecuatorianas.
2. "Codificación de la Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa". Lexis S.A. Silec, Sistema Integrado de Legislación Ecuatoriana. Publicado en Re-gistro oficial No. 16. Quito, 12 de mayo de 2005.
3. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. "Monografías de la A.E.P.", No. 5. España, 2004.
4. Dirección Provincial de Salud del Azuay. Departamento de Fomento y Protec-ción. Dr. Arturo Sacoto. "Informe de los resultados de autoevaluaciones en lactancia materna", 2005. Dirección Provincial del Guayas. Departamento de Fomento y Protección, Lic. Cielo PARRALES.
5. Laspina, C. Ponencia del Congreso de Lactancia Materna y Nutrición Infantil: Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Madre. Agosto, 2003.
6. Ministerio de Salud Pública del Ecuador/Empresas Fabricantes de productos ali-menticios para Niños. Código de Conducta. Quito, 2 de agosto, 1993.
7. Ministerio de Salud Pública /Dirección de Fomento y Protección. Ley de Fomento, apoyo y protección a la Lactancia Materna. Ecuador, 2000.
8. Ministerio de Salud Pública/Dirección de Fomento y Protección. Reglamento para la Aplicación de la Ley de Apoyo, Fomento y Protección de la lactancia materna. Ecuador, 2000.
9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Registro Oficial: Acuerdo Ministerial 1003, de 1993.
10. Ministerio Coordinador de Seguridad Interna y Externa. Secretaria Técnica de Gestión de Riesgos. "Propuesta de Estrategia Nacional para la reducción de riesgos y desastres", noviembre 2008.
11. Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social. Ministerios del Área Social. Se-cretaria Técnica del Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social. "Agenda Social por la equidad y calidad de los servicios sociales 2008". Abril, 2008.
12. OMS/OPS. Principios de Orientación para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Diez al trece de diciembre del 2001.
13. OMS/UNICEF. Declaración de Innocenti sobre Protección, Promoción y Apoyo a la lactancia Materna. Innocenti, Italia, 1990.
14. Ordóñez, J. et al., "Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil 2004. Informe Final". Centro de

Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR). Quito, 2005.

**15.** Organización Panamericana de la Salud. "Curso de Consejería en Lactancia Materna. Guía del Capacitador". Secretariado, División de Control de Enfermedades Diarreicas y Respiratorias Agudas. Ginebra, Suiza. 1993.

**16.** Organización Mundial de la Salud (OMS) / Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño pequeño. Ginebra, 2003.

**17.** "Reglamento concerniente a la comercialización de fórmulas para lactantes y niños menores de un año".

**18.** [http://www.ilo.org/global/About\\_the\\_ILO/Mainpillars/Socialprotection/lang-es/index.htm](http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Mainpillars/Socialprotection/lang-es/index.htm)



# 9 ANEXOS

## Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Mundial World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)

### Taller de Capacitación para Ecuador 15 y 16 de diciembre del 2008

#### Agenda

Sesión	Tiempo	Tema	Metodología	Responsable
<b>DÍA: 1</b>				
	15:00 -15:20 hrs	Presentación y expectativas de los participantes	Compartir información	Mariana Freire
	15:20 -15:30 hrs	Bienvenida, objetivos del taller WBTi	PPT presentación	
0B 1	15:30 -16:00 hrs	Estrategia de la alimentación para el lactante y niños pequeños	PPT presentación y discusión	Julio Alvear
1B 2	16:00 -16:40 hrs	Iniciativa Mundial sobre Tendencias en Lactancia Materna	PPT presentación y discusión	Rocío Caicedo
	16:40 -16:50 hrs	Receso		
2B 3	16:50 -17:30 hrs	Lectura del Libro Verde (WBTi)	Lectura	Todos los participantes
4	17:30 -18:30 hrs	Preguntas y respuestas sobre el Libro Verde	Discusión interactiva	Grupo participante
<b>DIA: 2</b>				
5	15:00 -15:30 hrs	¿Cómo conducir la evaluación nacional?	PPT presentación y discusión	Rocío Caicedo
6	15:30 -16:00 hrs	Entendiendo los indicadores 1 a 5	Discusión interactiva	Julio Alvear
7	16:00 -17:00 hrs	Entendiendo los indicadores 6 a 15	Discusión interactiva	Grupo participante/Rocío Caicedo
	17:00 -17:15 hrs	Receso		
8	17:15 -18:30 hrs	PLAN Nacional para WBTi	Trabajo de grupo	Todos los participantes



INICIATIVA MUNDIAL  
SOBRE TENDENCIAS  
EN LACTANCIA MATERNA

INFORME NACIONAL



Ministerio de Salud Pública