

El VIH y la alimentación infantil



Pautas para tomadores de decisiones



Fondo de Población de las Naciones Unidas

Resumen

El propósito de esta publicación es proveer pautas para los tomadores de decisiones sobre temas que necesitan ser considerados en cuanto a la alimentación de lactantes y de niños pequeños en el contexto del VIH y enfatizar áreas de atención especial en las que es necesario tomar decisiones normativas a nivel local.

Estas guías comienzan con un listado de pasos clave y preguntas para guiar a los tomadores de decisiones a través del proceso de considerar y decidir sobre puntos de interés, con referencias a las secciones específicas de la publicación, donde esto sea aplicable.

La sección sobre el contexto describe las metas y contenido de la publicación y presenta antecedentes sobre normas, metas y pautas internacionales que los tomadores de decisiones deben considerar al desarrollar enfoques específicos para el país, sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño en el contexto del VIH. Las metas incluyen aquellas adoptadas por las recientes Sesiones Especiales en favor de la infancia y sobre el VIH/SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas y aquellas que son parte del enfoque de las NNUU para prevenir la infección con el VIH en mujeres embarazadas, en madres y en sus niños; la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño y “VIH y Alimentación Infantil: Marco Estratégico para las Acciones Prioritarias”. Esta sección resalta la importancia de la prevención primaria en mujeres como base esencial para la acción y da una perspectiva de los derechos humanos en este tema.

La siguiente sección considera la necesidad de equilibrar el riesgo de transmisión del VIH a través de la lactancia con el riesgo de desnutrición y muerte por no practicar la lactancia. En ella, se incluyen las recomendaciones recientes para mujeres VIH-positivas y se describe sus opciones de alimentación infantil y las de sus lactantes.

La sección sobre normas describe el proceso de desarrollar o revisar normas nacionales sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño en el contexto del

VIH. En ella se lista la información que debe considerarse al llevar a cabo evaluaciones de la situación o investigaciones formativas sobre las cuales basar las normas y guías, y también al establecer el costo de las intervenciones.

La siguiente sección describe la continua importancia del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones subsiguientes pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud, cómo fortalecer su ejecución en el contexto del VIH y las consideraciones que los gobiernos deben estudiar cuando se contemple la distribución y entrega de leche artificial comercial gratuita o subsidiada.

En la población general se debe proteger, promover y apoyar la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida, con alimentos complementarios nutricionalmente adecuados y seguros a partir de dicha edad acompañados de lactancia continua hasta los dos años de vida o más. Esto es sumamente importante en países con altas tasas de prevalencia del VIH. Las áreas críticas para tomadores de decisiones, descritas en esta sección, incluyen desarrollar la destreza de consejería y el apoyo para la alimentación infantil, integrar la consejería a servicios de atención prenatal, asegurar que se alcancen y se mantengan las metas de la Iniciativa de Hospital Amigo del Niño y establecer mecanismos para coordinar actividades sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño.

Antes de que se instituyan servicios de consejería sobre alimentación infantil, las pruebas y consejería sobre el VIH deben ser accesibles para mujeres, especialmente para mujeres embarazadas. Una vez que sepan su estado de infección con el VIH, se debe ofrecer a las mujeres VIH-positivas consejería integrada por consejeros capacitados y proveer un paquete de servicios. La información y el apoyo de la comunidad también deben asegurarse. La sección sobre el apoyo a mujeres VIH-positivas en sus decisiones de alimentación infantil describe cómo los tomadores de decisiones pueden planificar estos servicios.

La última sección provee a los tomadores de decisiones antecedentes sobre la información que debe controlarse para asegurar esfuerzos de buena calidad en relación al VIH y la alimentación infantil, describe la investigación formativa que debe llevarse a cabo y presenta algunas ideas para compartir información.

Pasos clave y temas para tomadores de decisiones

¿Se han realizado una evaluación y un análisis de la situación sobre la alimentación de lactantes y de niños pequeños en el contexto del VIH sobre los cuales basar las normas, estrategias y pautas?

No Llevar a cabo la evaluación y el análisis (sección 3.2 y Anexo 1)

Si Actualizar la evaluación según sea necesario durante el curso del programa.

Utilizar la información como referencia para normas nacionales (sección 3.1) y para control y evaluación (sección 7)

¿Existe una norma nacional sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño, que incorpore el VIH y la alimentación infantil?

No Desarrollar la norma (sección 3.1), incorporando información de la evaluación y del análisis de la situación (sección 3.2)

Si Examinar la norma para que sea coherente con otras normas pertinentes (sección 3.1)

Generar apoyo para la norma (sección 3.1)

¿Se han estimado y asignado costos para la aplicación de la norma?

No Obtener una estimación de costos, preparar un presupuesto y movilizar recursos según sea necesario (sección 3.3)

Si Actualizar costos, implantar procesos para monitorear las asignaciones de recursos y ajustar la distribución, según sea necesario

¿Se ha adoptado el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (ver sección 4.1 sobre la continua importancia del Código¹ en el contexto del VIH/SIDA)?

No Adoptar el Código

Buscar apoyo técnico de UNICEF, OMS, o la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil

(IBFAN, por sus siglas en inglés), si es necesario (sección 4)

Si Ejecutar o monitorear el Código nacional, según sea lo indicado (secciones 4.1 y 4.2)

¿Están las actividades primarias de prevención del VIH actuales dirigidas a mujeres en edad reproductiva, especialmente mujeres embarazadas y mujeres lactantes?

No Tomar las medidas necesarias (ver Cuadro 1)

Si Monitorear la ejecución

¿Existe un programa dirigido a la población general para promover y apoyar la lactancia óptima?

No Revisar las actividades actuales de lactancia y planificar acciones para acelerarlas

Si Monitorear las tasas de lactancia en la población general

¿Hay orientaciones claras para integrar la consejería sobre el VIH y la alimentación infantil, así como temas afines, con servicios competentes, incluyendo orientaciones sobre recursos humanos?

No Preparar y diseminar pautas de integración basadas en la norma (secciones 5.6 y 6.2)

Si Evaluar la aplicación de las pautas

¿Están disponibles la capacitación y los materiales necesarios para trabajadores de salud y consejeros?

No Asignar responsabilidades y planificar la aplicación (secciones 5.3 y 6.3)

Si Evaluar la capacitación y desarrollar un sistema para apoyar a los trabajadores de salud y los consejeros (secciones 6.4 y 7)

¹ A menos que se indique lo contrario, donde quiera que este documento mencione el Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna (referido en este documento como el “Código Internacional” o el “Código”), también se refiere a las resoluciones subsiguientes de la Asamblea Mundial de Salud (AMS).

¿Se les da consejería sobre alimentación a todas las madres, sin importar su estado de infección con el VIH?

No Determinar por qué no y tomar la acción correctiva

Si Apoyar a los trabajadores de salud y monitorear la calidad de la consejería (secciones 6.4 y 7)

¿Se ha establecido un paquete mínimo de atención y apoyo para mujeres VIH-positivas, sus lactantes y sus familias y se ha comunicado de su existencia a otros grupos relacionados?

No Determinar qué sería apropiado y factible (sección 6.6) y establecer un paquete de atención y apoyo

Si Revisar periódicamente que el paquete sea apropiado y monitorear su ejecución e impacto

¿Existe un plan de acción de comunicación con las comunidades y para el desarrollo de sus capacidades en relación a la alimentación del lactante y del niño pequeño y se están ejecutando actividades?

No Asignar responsabilidades para su desarrollo y ejecución (secciones 6.7 y 6.8)

Si Monitorear su ejecución e impacto

¿Los programas son monitoreados regularmente?

No Establecer un plan de monitoreo o revisarlo. Asimismo, revisar o reasignar responsabilidades según sea necesario (sección 7)

Si Asegurar la diseminación y la retroalimentación de la información recolectada (sección 7)

1. Contexto

La lactancia es normalmente la mejor manera de alimentar a un lactante. Sin embargo, una mujer infectada con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) puede transmitir el virus a su niño durante el embarazo, el parto y a través de la lactancia. Prevenir la infección con el VIH de lactantes y niños pequeños es una responsabilidad de salud pública – especialmente en países con tasas elevadas de infección con el VIH entre mujeres embarazadas. También es una responsabilidad de salud pública apoyar la lactancia óptima para prevenir la mortalidad y enfermedades causadas por diarrea e infecciones respiratorias. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ha aumentado la mortalidad de niños menores de cinco años en áreas de alta prevalencia, tanto por la infección directa como por los niveles reducidos de atención que una familia que vive con el VIH puede proporcionar. Aunque sólo una parte de este aumento en la mortalidad es el resultado de infección con el VIH a través de la lactancia, los países necesitan urgentemente desarrollar y ejecutar normas sólidas de salud pública sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño, incluyendo los efectos del VIH.

Esta sección describe las metas y el contenido del resto de este documento y presenta los antecedentes sobre las normas, metas y pautas internacionales que los tomadores de decisiones deben considerar al desarrollar enfoques específicos para sus países sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño en el contexto del VIH.

1.1 Meta y contenido de estas pautas

Los países están en distintas fases de la pandemia del VIH/SIDA y de su respuesta a ella, y tienen niveles diferentes de recursos a su disposición. Estas pautas no recomiendan normas específicas. En cambio, su meta es proveer orientación en temas que necesitan considerarse, dar información de base y destacar áreas de especial preocupación que requieren decisiones de política. El objetivo general de cualquier acción que resulte de estas pautas debe ser aumentar la supervivencia infantil al promover prácticas de alimentación apropiadas

y a su vez minimizar la transmisión del VIH a través de la lactancia. Estas guías han sido desarrolladas dentro del ámbito de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (ver 1.4) y de “VIH y Alimentación Infantil: Marco Estratégico para las Acciones Prioritarias” (ver 1.5) y están basadas en la literatura pertinente y la experiencia práctica.

Otros dos documentos: Transmisión del VIH a través de la lactancia: Revisión de los conocimientos actuales¹ y el VIH y la Alimentación Infantil, Una guía para gerentes y supervisores de la atención en salud,² contienen más detalles e información técnica sobre la planificación y la gestión.

Este documento:

- resume los conocimientos sobre la transmisión del VIH a través de la lactancia
- identifica y discute temas que los tomadores de decisiones deben tratar de cambiar al desarrollar o revisar normas integrales sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño
- explica la pertinencia continua con relación al VIH del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones subsiguientes de la Asamblea Mundial de la Salud
- esboza las acciones que deben ser llevadas a cabo para:
 - proteger, promover y apoyar las prácticas apropiadas de alimentación del lactante y del niño pequeño para todas las mujeres con relación al VIH
 - apoyar a las mujeres VIH-positivas en sus decisiones de alimentación infantil

¹ OMS/UNICEF/FNUAP/ONUSIDA. *Transmisión del VIH a través de la lactancia: Revisión de los conocimientos actuales*. Ginebra, revisado 2004.

² OMS/UNICEF/FNUAP/ONUSIDA. *El VIH y la Alimentación Infantil: Una guía para gerentes y supervisores de la atención en salud*. Ginebra, revisado 2003.

- enfatiza temas clave para el monitoreo y la evaluación, así como para la investigación
- presenta un listado útil de material de referencia y recursos (ver Anexo 1).

1.2 Metas y estrategias internacionales relacionadas con la prevención de la infección con el VIH en lactantes y niños pequeños

La Sesión Especial para Niños de la Asamblea General de las Naciones Unidas fijó la meta de reducir la tasa de mortalidad de lactantes y niños menores de cinco años en por lo menos un tercio para el año 2010. La Declaración de Compromiso de la Sesión Especial sobre el VIH/SIDA de la Asamblea General de las NNUU también fijó la meta siguiente: “Para el 2005, reducir la proporción de lactantes infectados con el VIH en un 20 por ciento y en un 50 por ciento para el 2010”. Para alcanzar estas metas, la prevención de infección con el VIH en mujeres embarazadas y sus niños, incluyendo la infección por transmisión a niños pequeños durante la lactancia, debe ser parte de un enfoque exhaustivo tanto para la prevención y atención de las mujeres y de sus niños como para los servicios de salud materno-infantiles. Se necesitarán también medidas para mejorar la alimentación del lactante y del niño pequeño.

La estrategia de las NNUU para la prevención de la transmisión del VIH a mujeres embarazadas, a madres y a sus niños, señala la necesidad de considerar acción en las siguientes áreas, las cuales forman un enfoque exhaustivo de cuatro ramas: 1) la prevención de la infección con el VIH en general, especialmente en mujeres jóvenes y embarazadas (ver el Cuadro 1 sobre la prevención primaria); 2) la prevención de embarazos no planeados entre mujeres infectadas con el VIH; 3) la prevención de la transmisión del VIH de mujeres infectadas con el VIH a sus lactantes; y 4) la provisión de atención, tratamiento y apoyo a mujeres infectadas con el VIH, sus lactantes y sus familias. Este enfoque resalta el papel crítico de las madres como cuidadoras de sus niños pequeños, ya que la supervivencia infantil está altamente relacionada a la supervivencia y el bienestar de la madre.

Los programas para la prevención de la infección con el VIH en lactantes y niños pequeños, incluyendo la infección a través de la lactancia, dirigidos principalmente al área 3), pueden abarcar una variedad de

componentes pero, por lo general, incluyen: la incorporación de pruebas y consejería del VIH¹ a una rutina

CUADRO 1

Prevención primaria de la infección con el VIH en mujeres

- Educar al público general sobre formas de evitar la infección con el VIH.
- Promover comportamiento y prácticas sexuales seguras y responsables incluyendo, según sea apropiado, el retraso del comienzo de la actividad sexual, la práctica de la abstinencia, la reducción del número de parejas sexuales y el uso de condones.
- Desarrollar normas y programas para reducir la vulnerabilidad a la infección con el VIH de niñas y mujeres, especialmente su vulnerabilidad social y económica, mediante la mejoría de su condición social.
- Dirigir la educación sobre el comportamiento sexual seguro y responsable a la población adolescente.
- Asegurar que las parejas tengan acceso a condones.
- Proveer información a hombres y mujeres sobre la infección del VIH en lactantes y niños pequeños, la necesidad de evitar la infección y la recomendación de practicar el sexo seguro durante el embarazo y después de dar a luz. Las estrategias de comunicación y actividades relacionadas deben tratar de cambiar los factores culturales y sociales que toleran el comportamiento masculino riesgoso durante el embarazo de una mujer y los primeros meses después del parto.
- Proveer diagnóstico oportuno sobre las ETS y cuidado de pacientes con ETS, incluyendo el tratamiento de parejas sexuales, ya que las ETS aumentan el riesgo de transmisión del VIH.
- Hacer que las pruebas del VIH y su consejería estén ampliamente disponibles.
- Asegurar que las intervenciones médicas y quirúrgicas se realicen con instrumentos adecuadamente esterilizados y asegurar servicios seguros de transfusión de sangre.
- Trabajar con poblaciones vulnerables, como drogadictos que utilizan jeringas.
- Proveer consejería adecuada a mujeres VIH-negativas.

¹ Esta guía utiliza la terminología adoptada en la reunión convocada por la OMS: “pruebas y consejería del VIH”, la cual incorpora los conceptos de pruebas y consejería del VIH voluntarias y pruebas y consejería del VIH voluntarias y confidenciales.

de atención prenatal (CPN); asegurando que el CPN incluya detección y tratamiento de enfermedades transmitidas sexualmente (ETS) y consejería sobre sexo seguro; la provisión de medicamentos antirretrovirales profilácticos para mujeres embarazadas VIH-positivas y en algunos regímenes, para sus lactantes; prácticas obstétricas más seguras; consejería y apoyo para la toma informada de decisiones sobre la alimentación, incluyendo entre otros adoptar la alimentación de sustitución por mujeres VIH-positivas cuando ésta sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura para ellas y sus lactantes; promoción de la lactancia exclusiva en mujeres VIH-negativas y aquellas que desconocen su estado de infección con el VIH; y atención de seguimiento y apoyo a mujeres VIH-positivas, sus lactantes y sus familias.

1.3 Desarrollo de normas de las NNUU sobre la prevención de infección con el VIH a través de la lactancia

En nombre del Equipo de Trabajo Interinstitucional sobre la prevención de la transmisión del VIH a mujeres embarazadas, a madres y a sus niños, en octubre del 2000, la OMS convocó una Consulta Técnica sobre nuevos datos acerca de la prevención de la transmisión de la madre al niño (TMH) (ver el Cuadro 2 abajo, sobre este tema) y sus repercusiones en las normas (Anexo 2). El objetivo fue revisar los datos científicos recientes y actualizar recomendaciones sobre la seguridad y eficacia de la profilaxis antirretroviral (ARV) y la alimentación infantil. Los resultados ampliaron las recomendaciones contenidas en la Declaración Conjunta de Normas de la OMS, UNICEF y ONUSIDA sobre el VIH y la alimentación infantil de 1997. Dicha declaración reiteró los beneficios sustanciales que provee la lactancia en la población general y a la vez, promovió la elección informada sobre los métodos de alimentación infantil por mujeres VIH-positivas (ver el Cuadro 3 sobre las consideraciones de los derechos humanos subyacentes a esta norma). (Para las recomendaciones actuales de alimentación, ver la sección 2.3).

1.4 Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño

Desde la Consulta Técnica de octubre del 2000, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) ha adoptado una Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante

CUADRO 2

El término “transmisión de la madre al hijo” (TMH) o “transmisión maternoinfantil” (TMI)

El término TMH o TMI ha sido utilizado en algunos lugares en este documento en aras de la claridad del texto. Se han propuesto otros términos pero por lo general no han sido adoptados. La TMI o TMH significa que la fuente inmediata de infección del niño es la madre – ya sea que la infección ocurra en el útero, en el canal del parto, durante el parto, o a través de la lactancia.

El uso de este término no implica culpa o estigma a la mujer que da a luz a un niño infectado con el VIH. No sugiere transmisión deliberada por la madre, quien a menudo desconoce su estado de infección con el VIH o está mal informada sobre los riesgos de transmisión a lactantes. Su uso tampoco debe enmascarar el hecho de que lo más frecuente es que el VIH sea introducido a una familia por la pareja sexual de la mujer.

La terminología de las metas de las NNUU (ver la sección 1.2) se refiere a la *prevención de la transmisión del VIH a mujeres embarazadas, a madres y a sus niños* lo cual refleja los cuatro elementos que forman el enfoque exhaustivo respaldado por el sistema de las NNUU, incluyendo la prevención primaria. La rama 3 es generalmente considerada como sinónimo de la prevención de la transmisión madre-niño.

y del Niño Pequeño (ALNP) (Anexo 3) y el Comité Ejecutivo de UNICEF la ha respaldado. La Estrategia Mundial indica que el patrón óptimo de alimentación para la supervivencia en la población general es la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida, con alimentos complementarios adecuados y seguros a partir de los seis meses y lactancia continuada hasta los dos años o más,¹ y también se refiere a la nutrición y el apoyo a las madres. Asimismo, la Estrategia Mundial toma en cuenta a los niños en circunstancias excepcionalmente difíciles, incluyendo a aquellos nacidos de mujeres VIH-positivas.

¹ Esta recomendación se aplica en todas partes para mujeres VIH-negativas y mujeres que desconocen su estado de infección con el VIH, incluyendo lugares donde la prevalencia del VIH es alta y la aceptación o disponibilidad de intervenciones para prevenir la transmisión del VIH a lactantes es baja.

1.5 VIH y Alimentación Infantil: Marco Estratégico para las Acciones Prioritarias

El Marco Estratégico para las Acciones Prioritarias sobre el VIH y la Alimentación Infantil¹ (Anexo 4) fue desarrollado como parte de la Estrategia Mundial para la ALNP. El Marco propone a los gobiernos que consideren las siguientes acciones prioritarias relacionadas con la alimentación del lactante y del niño pequeño:

- Desarrollar o revisar (según se requiera) una norma nacional integral sobre alimentación del lactante y del niño pequeño, que incluya el VIH y la alimentación infantil.
- Aplicar y hacer cumplir el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las subsiguientes resoluciones pertinentes de la AMS.

- Intensificar los esfuerzos para proteger, promover y apoyar prácticas adecuadas de alimentación del lactante y del niño pequeño en general, reconociendo que el VIH es una de varias circunstancias excepcionalmente difíciles.
- Proporcionar apoyo adecuado a mujeres VIH-positivas para permitirles elegir la mejor opción de alimentación infantil para ellas y sus niños, y aplicar con éxito la decisión que hubiesen tomado.
- Apoyar la investigación en el área del VIH y la alimentación infantil, incluyendo investigación operativa, documentación de lecciones aprendidas, monitoreo y evaluación a todo nivel, y la diseminación de los resultados.

CUADRO 3

La Perspectiva de los Derechos Humanos

La Declaración Conjunta de Normas de la OMS, UNICEF y ONUSIDA sobre el VIH y la Alimentación Infantil de 1997, está firmemente basada en la necesidad de proteger, respetar y alcanzar los derechos humanos. Por ende, las normas deben:

Cumplir con los instrumentos internacionales de derechos humanos. Todas las mujeres y hombres, sin importar su estado de infección con el VIH, tienen derecho a determinar el curso de sus vidas reproductivas y su salud y a tener acceso a información sobre servicios que les permita proteger su salud y la de sus familias. Las decisiones sobre el bienestar de los niños deben hacerse con su mejor interés en mente.

Proteger, respetar y alcanzar los derechos de los niños. La Convención de las NNUU sobre los Derechos del Niño (1989) requiere a los suscritos que tomen las medidas necesarias para combatir la enfermedad y la desnutrición de los niños, reducir la mortalidad infantil y asegurar su crecimiento y desarrollo saludable. Los niños tienen derecho al mejor estándar alcanzable de salud y las madres tienen derecho a información sobre los beneficios de la lactancia.

Proteger, respetar y alcanzar los derechos de las mujeres. Las madres tienen derecho a decidir cómo alimentarán a sus niños. Se les debe dar toda la información posible sobre la cual basar sus decisiones y el apoyo para realizar lo que han elegido. Sin embargo, la elección de una madre puede tener repercusiones para su familia y, a su propia discreción, ella puede alentar a otros miembros (por ejemplo, el padre del niño) a compartir la responsabilidad en la toma de decisiones.

Hacer las pruebas y consejería del VIH disponibles para mujeres. Las mujeres tienen derecho a saber sobre el VIH/SIDA en general y sobre su propio estado de infección con el VIH en particular. Debe tenerse cuidado en asegurar que ninguna política contribuya a la estigmatización de las mujeres como fuentes de infección del VIH para sus lactantes, o aumente la vulnerabilidad hacia la discriminación y violencia. Desde este punto de vista, se debe hacer todo esfuerzo para promover un “entorno favorable” para las mujeres VIH-positivas que reduzca su vulnerabilidad y les permita llevar a cabo decisiones y vivir positivamente con el VIH. Cualquiera sea el contexto, las mujeres también tienen derecho a no saber su estado de infección con el VIH.

Asegurar la información para mujeres. Las mujeres también tienen derecho a la información sobre la protección del VIH y otras ETS y a los métodos para lograrlo.

Estos principios son derivados de los instrumentos internacionales de los derechos humanos, incluyendo la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), la Convención sobre la Eliminación de Todo Tipo de Discriminación Contra Mujeres (1979) y la Convención de los Derechos del Niño (1989), así como de acuerdos de consenso internacional, incluyendo la Declaración del Cairo (1994) y la Plataforma para Acción de Beijing (1995).

¹ El Marco Estratégico ha sido respaldado por la OMS, UNICEF, ONUSIDA, FNUAP, El Banco Mundial, PMA, ACNUR, FAO y OAEA.

2. Transmisión del VIH a través de la lactancia: riesgos y opciones

La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño describe las prácticas óptimas de alimentación infantil para la población general y también reconoce que existen circunstancias excepcionalmente difíciles que requieren enfoques específicos de alimentación infantil, tales como el nacimiento de lactantes hijos de madres VIH-positivas. Esta sección presenta información sobre los riesgos de transmisión a través de la lactancia, los riesgos de no amamantar, las recomendaciones de las NNUU sobre el VIH y la alimentación infantil y las opciones de alimentación para mujeres VIH-positivas. Sobre la base de esta información, los tomadores de decisiones deberán:

- *estar completamente conscientes de los riesgos y beneficios de todas las opciones de alimentación infantil para mujeres VIH-positivas*
- *dar pasos que aseguren que los proveedores de salud y consejeros estén conscientes y listos para aplicar las recomendaciones sobre la alimentación de lactantes y de niños pequeños, incluyendo el VIH y la alimentación infantil, a varios niveles*
- *trabajar con el personal para apoyar a todas las mujeres y para seleccionar y proponer opciones apropiadas de alimentación infantil para ser discutidas con mujeres VIH-positivas.*

2.1. El riesgo de la infección con VIH en lactantes y niños pequeños

Cada vez, más niños se infectan con el VIH, especialmente en los países más golpeados por la pandemia. Se estima que en el 2002, 3,2 millones de niños menores de 15 años de edad estaban viviendo con el VIH/SIDA, un total de 800 000 fueron nuevas infecciones y 610 000 fallecieron.

La fuente principal de infección con el VIH en niños pequeños es la TMH. El virus puede ser transmitido durante el embarazo, el parto o a través de la lactancia. Sea cual sea la forma de transmisión, se estima que el VIH/SIDA es responsable de cerca del 8% de muertes en niños menores de cinco años en el África subsahariana. En áreas donde la prevalencia del VIH en

mujeres embarazadas era mayor al 35%, la contribución del VIH/SIDA a la mortalidad infantil fue de 42%.¹

Las tasas de transmisión de la madre al niño varían entre 14 y 25% en países desarrollados y entre 13 y 42% en países en vías desarrollo, donde la lactancia es más común. Se estima que entre el 5 y el 20% de lactantes nacidos de madres VIH-positivas adquieren la infección a través de la lactancia² (ver cuadro), lo cual explica la diferencia en las tasas generales de transmisión en estos ambientes. Los datos de varios estudios indican que la lactancia hasta los dos años puede ser responsable del tercio a la mitad de las infecciones con el VIH en lactantes y niños pequeños en países africanos.³

Riesgo estimado y momento de transmisión materno-infantil del VIH en la ausencia de intervenciones⁴

Momento de TMI	Tasa de transmisión ⁵
Durante el embarazo	5-10 %
Durante el trabajo de parto y el parto	10-15 %
Durante la lactancia materna	5-20 %
En general, sin lactancia materna	15-25 %
En general, con lactancia materna hasta los 6 meses	20-35 %
En general, con lactancia materna hasta los 18-24 meses	30-45 %

¹ Walker N, Schwärtlander B, Bryce J. Meeting international goals in child survival and HIV/AIDS. *Lancet* 2002; 360: 284-9.

² Son pocos los estudios que dan información sobre el modo de lactancia (exclusiva o mixta). En la mayoría de los casos, se puede asumir que la alimentación fue mixta.

³ De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries – Translating research into policy and practice. *JAMA* 2000; 283: 1175-82.

⁴ Fuente: adaptado de De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries – Translating research into policy and practice. *JAMA* 2000; 283: 1175-82.

⁵ Las tasas varían debido a las diferencias en las características de la población tales como recuento materno de células CD4+, carga de ARN viral y duración de la lactancia.

CUADRO 4

¿Está infectado el niño?

Las pruebas convencionales del VIH detectan anticuerpos, no el virus en sí. Los bebés nacen con anticuerpos en su sangre, transferidos pasivamente a través de la placenta de sus madres. Durante los primeros meses de vida, los anticuerpos maternos contra el VIH no pueden distinguirse de aquellos que el lactante haya podido producir. Por lo tanto, con pruebas de anticuerpos (también conocidas como pruebas serológicas), uno no puede decir con certeza, en el momento del nacimiento, si el lactante de una madre infectada con el VIH también está infectado.

En cerca de la mitad de los lactantes, los anticuerpos maternos habrán desaparecido al noveno mes, aunque pueden persistir hasta los 15–18 meses. Una prueba positiva antes de los 15–18 meses puede deberse a la infección del niño o a la presencia persistente de anticuerpos maternos. Una prueba positiva a los 15–18 meses o después, significa que el lactante está infectado. Los niños que tienen resultados negativos a esa edad o después y no han sido recientemente amamantados, pueden ser ciertamente considerados libres de infección.

Una prueba de anticuerpos negativa después de los 15–18 meses de edad, en un niño que está amamantando, no descarta la infección con el VIH, ya que el niño está aún en riesgo y se necesitará repetir la prueba más adelante. Una prueba negativa de anticuerpos contra el VIH en un niño mayor de 15–18 meses es confiable sólo si ésta se realizó por lo menos seis meses después de que se suspendió la lactancia.

Pueden usarse pruebas virológicas (por ejemplo, PCR, antígeno p24 disociado al calor) para diagnosticar infección a una edad temprana. Sin embargo, estas pruebas no están ampliamente disponibles en la mayoría de ámbitos que no sean de investigación y son relativamente caras.

Dadas las limitaciones de los métodos para las pruebas, en lo que se refiere a la alimentación infantil, es necesario actuar en la suposición de que el lactante de una mujer infectada con el VIH no está infectado al nacer (lo cual será el caso para el 70–85% de lactantes, aun sin medidas preventivas). En casos donde la madre ha recibido profilaxis con medicamentos antirretrovirales durante el embarazo y el parto, esta suposición puede hacerse con más seguridad (más del 90% nacen sin infección).

La transmisión del VIH puede ocurrir durante todo el tiempo que el niño sea amamantado. Entre mujeres recientemente infectadas con el VIH, el riesgo de transmisión a través de la lactancia es casi el doble que para mujeres infectadas antes o durante el embarazo, esto es debido a la alta carga viral justo después de la infección inicial.

Aparte de la duración de la lactancia, existen pruebas científicas de un aumento en el riesgo de transmisión con la presencia de factores maternos (progresión de la enfermedad [medido por recuentos bajos de células CD4+ o alta carga de ARN viral en plasma], salud de las mamas [por ejemplo mastitis], factores inmunes locales presentes en la leche materna, la presencia de infecciones sistémicas) y factores del lactante (morbilidad [por ejemplo, candidiasis oral], modo de lactancia). Los estudios sugieren que la lactancia exclusiva durante los primeros meses de vida puede estar asociada con un menor riesgo de transmisión del VIH que la alimentación mixta. Se está llevando a cabo investigaciones para aclarar este punto.

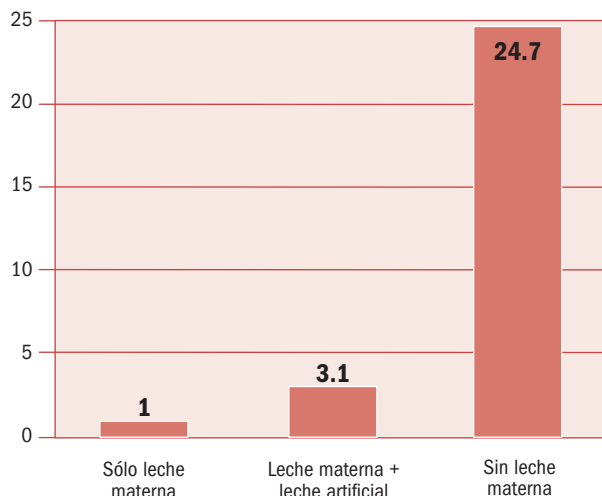
2.2 Riesgos de no amamantar

Los riesgos asociados con no amamantar varían según el ambiente y con las circunstancias individuales de la madre y de su familia.

Un meta-análisis demostró que la falta de lactancia comparada con cualquier tipo de lactancia expone a los niños a un mayor riesgo de desnutrición, diarrea y neumonía, especialmente en el primer año de vida. Aun en países desarrollados un lactante tiene más riesgo de diarrea. La lactancia temprana y exclusiva es especialmente crítica para los recién nacidos (ver gráfico). En países en desarrollo, la ausencia de lactancia durante los primeros dos meses de vida está asociada a un aumento de la mortalidad por enfermedades infecciosas seis veces mayor que en lactantes que sí fueron amamantados. Al sexto mes este riesgo se reduce a menos del triple y continúa disminuyendo con el tiempo.

Cada año, hasta un 55% de muertes infantiles por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas pueden ser el resultado de prácticas inapropiadas de alimentación.

Riesgo relativo de mortalidad por diarrea (0-1 mes) según tipo de alimentación¹



2.3 Recomendaciones para lactantes nacidos de madres VIH-positivas

Las recomendaciones para prevenir la transmisión del VIH a través de la lactancia dependen de que la mujer se haga la prueba del VIH, pida y se le entreguen sus resultados y acepte las repercusiones de dichos resultados. (Ver la sección 6.1 para más información sobre las pruebas y consejería sobre el VIH y el Cuadro 4 para mayor información sobre pruebas para niños pequeños). Si una mujer es VIH-negativa o desconoce su estado de infección con el VIH, se aplican las recomendaciones generales para lactantes y niños pequeños (ver la sección 1.4). La espera de los resultados de una prueba del VIH no es razón para demorar el inicio de la lactancia.

Dada la necesidad de minimizar el riesgo de transmisión del VIH a los lactantes y a la vez no aumentar el riesgo de causas de morbilidad y mortalidad, las recomendaciones de las NNUU (OMS/UNICEF/ONUSIDA/FNUAP) indican que “cuando la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (ver el Cuadro 5 para las definiciones), se recomienda que todas las madres infectadas con el VIH eviten la lactancia. De lo contrario, se recomienda la lactancia exclusiva durante los primeros meses de vida” y su interrupción tan pronto como sea factible.² Las recomendaciones también indican que “cuando las madres VIH-positivas decidan no amamantar a sus hijos desde el nacimiento o interrumpir la lactancia en

fases posteriores, debe proporcionárseles apoyo y orientación específica, al menos durante los dos primeros años de vida del niño, con el fin de asegurar una alimentación sustitutiva adecuada.”

Mientras no se disponga de más pruebas en este tema, no se recomienda el uso de medicamentos anti-retrovirales (ARV) como una intervención de salud pública para reducir la transmisión *postnatal*. Las recomendaciones para la alimentación infantil que aparecen en este documento se aplican aun cuando las madres usen combinaciones de ARV como tratamiento (por ejemplo, tratamiento antirretroviral altamente activo [HAART]).

Al momento de escribir estas pautas existen muchos estudios en proyecto o en curso para evaluar el efecto del uso de ARV durante la lactancia, pero hasta el momento no hay pruebas de su efecto en la salud de los lactantes y sus madres. Las preguntas que siguen necesitando respuestas son:

- ¿Pueden los medicamentos antirretrovirales reducir el riesgo de transmisión postnatal del VIH a través de la lactancia?
- ¿Se deben administrar estos medicamentos a la madre o al lactante o a ambos?
- ¿Cuáles pueden ser las consecuencias a largo y a corto plazo para la salud del lactante del uso de medicamentos antirretrovirales por la madre o el lactante?
- ¿Cuál es el efecto a largo plazo en la salud de la madre que utiliza medicamentos antirretrovirales para la prevención postnatal solamente?

2.4 Opciones de alimentación infantil para mujeres VIH-positivas

La consejería a madres VIH-positivas debe incluir información sobre los riesgos y beneficios de varias opciones de alimentación infantil (mencionadas abajo) y guías sobre la selección de la opción más adecuada para sus circunstancias. En base a evaluaciones locales e in-

¹ Victora C, Smith PG, Vaughn JP, et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987; Aug; (1) 319-21.

² Esto normalmente implicaría las mismas condiciones que para la alimentación de sustitución, es decir, aceptable, factible, asequible, sostenible y segura.

CUADRO 5

Definiciones de aceptable, factible, asequible, sostenible y seguro

Estos términos deben adaptarse según las condiciones locales y la investigación formativa. Las siguientes descripciones pueden ayudar como un punto de partida:

Aceptable: La madre no percibe ninguna barrera para dar alimentación de sustitución. Las barreras pueden tener motivos culturales o sociales, o pueden deberse a temor por el estigma o la discriminación. Según este concepto, la madre no está bajo ninguna presión social o cultural para no practicar la alimentación sustitutiva; y ella debe ser apoyada por su familia y la comunidad para optar por alimentación sustitutiva o será capaz de enfrentar la presión de la familia y los amigos para amamantar y puede manejar el posible estigma asociado a ser vista con alimentos de sustitución.

Factible: La madre (o la familia) tiene tiempo, conocimiento, habilidades y otros recursos adecuados para preparar los alimentos de sustitución y alimentar al niño o niña hasta 12 veces en 24 horas. Según este concepto, la madre puede comprender y seguir las instrucciones para la preparación de leche artificial y, con el apoyo de su familia, puede preparar suficiente alimento de sustitución correctamente todos los días y de noche, a pesar de las interrupciones para preparar alimentos de la familia u otras tareas.

Asequible: La madre y su familia, con el apoyo de la comunidad o sistema de salud, si fuera necesario, puede pagar el costo de la compra o producción, preparación y uso de alimentos de sustitución, incluyendo todos los ingredientes, combustible, agua limpia, jabón y equipo, sin comprometer la salud y la nutrición de la familia. Este concepto también incluye acceso a cuidado médico por diarrea, si fuera necesario, y el costo de dicho cuidado.

Sostenible: La disponibilidad de un suministro continuo y sin interrupción y de un sistema confiable de distribución para todos los ingredientes y productos necesarios para la alimentación de sustitución segura, por el tiempo que el lactante lo necesite, hasta un año de edad o más. Según este concepto, existe poco riesgo de que la leche artificial no esté disponible o sea inaccesible, e implica que otra persona esté disponible para alimentar al niño en la ausencia de la madre y pueda preparar y administrar los alimentos de sustitución.

Seguro: Los alimentos de sustitución son correcta e higiénicamente preparados y guardados, y administrados en cantidades nutricionalmente adecuadas, con manos limpias y utilizando utensilios limpios, de preferencia en taza. Este concepto significa que la madre o cuidador:

- tiene acceso a una fuente confiable de agua segura (de una cañería o pozo bien protegido)
- prepara los alimentos de sustitución que son nutricionalmente adecuados y libres de patógenos
- es capaz de lavarse las manos y utensilios con jabón y de hervir regularmente los utensilios para esterilizarlos
- puede hervir agua para cada preparación de los alimentos del bebé
- puede guardar alimentos sin preparar en recipientes con tapa y protegerlos de roedores, insectos y otros animales.

vestigación formativa,¹ pueden excluirse algunas de las opciones de este documento por no ser adecuadas a nivel local. Sin embargo, las opciones locales nunca deben de ser limitadas a recomendaciones generales para todas las mujeres VIH-positivas, ya que las circunstancias específicas varían aun dentro de entornos aparen-

temente similares y las mujeres tienen derecho a elegir en forma individual.

Cualquiera que sea la decisión de la madre, se la debe apoyar en su decisión. El apoyo exacto que se le pueda brindar depende de la norma, la capacidad y las condiciones socio-económicas del país, pero siempre debe incluir información, consejería y monitoreo del crecimiento y de la salud de su niño (ver las secciones 6.5 y 6.6). El apoyo postnatal a las mujeres, independientemente del tipo de alimentación infantil elegido, es generalmente inadecuado.

¹ El Banco Mundial define la investigación formativa como “investigación de planificación, específicamente una combinación de métodos de recolección de información rápidos e interactivos con madres y otras personas claves, mediante los cuales se examina información científica importante y preocupaciones culturales y personales clave; ésta es negociada para alcanzar estrategias y prácticas factibles, aceptables y eficaces que lleven a una mejor salud y nutrición”.

En la mayoría de países, la norma debe cubrir una gama de condiciones socio-económicas; su meta debe ser promover, proteger y apoyar la lactancia para la mayoría de madres y sus lactantes; a la vez que debe asegurar que las mujeres VIH-positivas reciban la información adecuada sobre las opciones alternativas de alimentación, capacitándolas para decidir lo que según sus circunstancias es lo mejor para ellas y sus bebés y el apoyo para llevar a cabo su elección. La información debe estar libre de presiones comerciales y prejuicios del consejero y el apoyo debe incluir la ayuda a la mujer para reducir los riesgos sociales que conlleva practicar el método elegido.

A continuación se describen brevemente las opciones de alimentación infantil y los detalles de cada opción; las consecuencias de cada opción para los tomadores de decisiones se detallan en el Anexo 5. Las mujeres pueden utilizar las distintas opciones de alimentación en diferentes etapas del desarrollo de sus bebés y necesitarán apoyo en cada una de las fases de transición. El plan debe tomar en cuenta el personal y el costo de las consecuencias de proveer dicho apoyo.

Las opciones de alimentación infantil son las siguientes:

- **Leche artificial comercial:** leche especialmente formulada hecha específicamente para lactantes y vendida en tiendas o provista mediante programas diseñados para prevenir la transmisión del VIH a lactantes
- **Leche animal modificada en el hogar:** leche animal fresca o procesada que ha sido modificada al añadirle agua, azúcar y suplementos de micronutrientes
- **Lactancia materna exclusiva:** dar sólo leche materna y los medicamentos prescritos pero no agua, otros líquidos o alimentos al lactante durante los primeros meses de vida
- **Leche de nodrizas:** otra mujer amamanta al lactante; en este caso, asegurando que la mujer sea VIH-negativa
- **Leche materna extraída y tratada con calor:** extraerse la leche de los senos manualmente o con un sacaleches y calentarla para matar el VIH
- **Bancos de leche materna:** centros donde la leche materna donada es pasteurizada y está disponible para lactantes

3. Política sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño

Una de las prioridades para todos los gobiernos en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (ALNP) es el desarrollo, la ejecución, el monitoreo y la evaluación de una norma integral de ALNP. Esta es también una de las acciones prioritarias descritas en “VIH y Alimentación Infantil: Marco Estratégico para las Acciones Prioritarias”. Esta sección describe la necesidad de desarrollar (o revisar) una política nacional sobre la alimentación infantil, describe algunos pasos en el proceso, menciona cómo llevar a cabo la evaluación – para facilitar la información de ambas, la política y las pautas – y da una indicación del costo a ser considerado en relación con el VIH. En base a la información obtenida, los tomadores de decisiones deben:

- *designar responsabilidades o asumir la responsabilidad del proceso de desarrollo de la norma*
- *planificar y asegurar que se evalúe la situación según sea necesario*
- *destinar o movilizar los recursos necesarios*

3.1 Desarrollo o revisión de la política nacional sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño

Para la población general, la lactancia es altamente valiosa (ver el Cuadro 6: Valor de la Lactancia). Los objetivos operacionales de la Estrategia Mundial incluyen asegurar que la lactancia materna exclusiva sea protegida, promovida y apoyada hasta los seis meses, con lactancia continuada hasta los dos años o más; la promoción de alimentos complementarios adecuados, seguros y apropiados administrados a su debido momento; la provisión de orientación sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños en circunstancias excepcionalmente difíciles, incluyendo aquellos nacidos de madres infectadas con el VIH; y el apoyo para la madre.

Proceso de la política

Para adoptar este enfoque exhaustivo, los gobiernos necesitan impulsar un proceso que:

- revise las pruebas científicas internacionales y las recomendaciones sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño
- considere las circunstancias nacionales y locales
- desarrolle orientación que sea práctica, realista y apropiada para el país

Este proceso debe dar lugar a una norma integral que abarque los últimos conocimientos sobre la lactancia, la alimentación complementaria y el VIH y la alimentación infantil y que tome en cuenta la investigación operativa y la experiencia local (ver el Anexo 6 para un ejemplo). Deben obtenerse declaraciones claras sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño para la población general, así como opciones factibles de alimentación infantil para mujeres VIH-positivas, prácticas de consejería y cómo se introducirán la política y las pautas resultantes.

La experiencia de países que han desarrollado políticas demuestra que una única norma nacional integral, en vez de una política sobre la lactancia y la alimentación de niños en general y otra política separada sobre el VIH y la alimentación infantil u otros aspectos específicos de la alimentación infantil, ayuda a reducir la confusión entre gerentes, trabajadores de salud y público en general. También toma en cuenta un apoyo equilibrado a todas las mujeres, sin considerar su estado de infección con el VIH; puede facilitar la integración de prevención de la transmisión del VIH a lactantes con otras actividades de salud materno-infantil (SMI); y puede también ayudar a reducir el estigma y la discriminación.

Creación de consenso entre los interesados directos

Una política exitosa depende de la coordinación nacional para lograr un entendimiento común de los temas

tratados y un acuerdo de la meta en común. Las personas que tienen intereses y cumplen funciones en la ejecución de la norma deben tomar parte o ser representadas en su formulación así como su diseminación para asegurar que tomen conciencia y den su apoyo. Además, deberán evaluarse sus consecuencias prácticas. Este proceso facilitará la repartición de responsabilidades para los componentes específicos y las tareas que deberán llevarse a cabo.

La experiencia en algunos países indica que una reunión nacional de las partes interesadas para discutir la Estrategia Mundial para la ALNP en relación al VIH y el modo en que el país la aplicará, es un paso útil en el desarrollo de la política. Dicha reunión podría, por ejemplo:

- proveer información y lograr un entendimiento común de los conceptos y principios de la Estrategia Mundial en relación con el VIH, indicando especialmente los elementos de la Estrategia, como el Código y la Iniciativa de Hospital Amigo del Niño (IHAN), que pueden apoyar a la madre VIH-positiva y el hecho de que el VIH y la alimentación infantil no pueden ser tratados en forma separada de la lactancia y la alimentación infantil en general.
- aclarar el estado del conocimiento acerca de la lactancia y otros aspectos de la alimentación infantil en general y sobre lo necesario para asegurar que los lactantes sean amamantados exclusivamente por seis meses, que se introduzcan alimentos complementarios adecuados y seguros y que la lactancia continúe hasta los dos años o más.
- aclarar el estado actual de conocimiento sobre la alimentación infantil y la transmisión del VIH
- hacer recordar a los participantes que existen (si así fuera) leyes y normas referentes al VIH y la alimentación del lactante y niño pequeño
- discutir la necesidad y explorar opciones para la coordinación de actividades relacionadas al VIH y la alimentación del lactante y niño pequeño al nivel nacional
- obtener el compromiso de las partes interesadas para iniciar o fortalecer actividades, incluyendo el desarrollo de normas y capacitación.

Los participantes de dicha reunión deberán incluir funcionarios interesados del ministerio de salud y otros

ministerios asociados (trabajo, agricultura, comercio, educación) agencias de las NNUU, organizaciones no gubernamentales (ONG) agencias donantes internacionales, universidades, organizaciones de investigación, asociaciones profesionales, personas que viven con VIH/SIDA (PVCVS) y otros interesados en las siguientes áreas:

- protección, promoción y apoyo de la lactancia
- alimentación complementaria y de sustitución
- nutrición
- el Código
- IHAN
- salud infantil y Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)
- prevención de la TMH y de la infección con el VIH a lactantes y niños pequeños
- salud reproductiva y planificación familiar
- VIH/SIDA
- comunicación, promoción social y relaciones públicas
- educación universitaria y de postgrado para trabajadores de salud.

Coherencia con otras normas

Los países tienen varias leyes y normas que regulan su salud y otros sectores y que pueden estar relacionadas a la alimentación del lactante y del niño pequeño y el VIH/SIDA. Éstas incluyen aquellas sobre el control nacional del SIDA, la prevención de la TMH o la infección con el VIH en lactantes y niños pequeños, la salud en general (incluyendo AIEPI), la salud reproductiva, la planificación familiar, las mujeres, la juventud, la nutrición y el parto. Cuando una norma nacional sobre la alimentación del lactante y niño pequeño está siendo elaborada o revisada, estas normas deben ser reexaminadas, tomadas en cuenta y cuando sea necesario, revisadas para mantener la coherencia entre ellas.

3.2 Evaluación de la situación

Los tomadores de decisiones y su personal necesitan evaluar las prácticas locales relativas a la alimentación infantil, incluyendo el VIH y la alimentación infantil, para formular normas, desarrollar pautas de ejecución

CUADRO 6

El valor de la lactancia

La lactancia es normalmente la mejor manera de alimentar a los lactantes; sus beneficios van más allá de una buena nutrición y los niños no deben ser privados de ella sin justa razón.

Nutrición: La leche materna provee, en una forma fácil de digerir, todos los nutrientes que un lactante necesita durante los primeros seis meses de vida. Los nutrientes de la leche materna que otros alimentos no proveen incluyen:

- proteínas de alta calidad
- ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, considerados esenciales para el desarrollo del cerebro y ojos de los lactantes
- micronutrientes, incluyendo hierro, en una forma que facilita su absorción
- otros factores necesarios para el crecimiento y desarrollo óptimos y la protección contra infecciones

Inmunidad: Desde el momento del parto, la leche materna protege activamente al lactante contra las infecciones. Esta contiene un número de factores anti-infecciosos, incluyendo inmunoglobulinas y glóbulos blancos, así como factores de crecimiento que estimulan el desarrollo de los intestinos del lactante. Varios estudios han demostrado de manera sistemática que, aun con medidas óptimas de higiene, la tasa de enfermedades diarreicas de lactantes alimentados artificialmente es varias veces más elevada que la de lactantes amamantados, y que tienen también tasas más elevadas de infecciones respiratorias, infecciones de oído y otras. Un estudio en un ambiente pobre encontró que el riesgo de muerte por diarrea en lactantes alimentados artificialmente fue 14 veces mayor que el de lactantes con lactancia materna completa. Aun en países desarrollados, los niños que no son amamantados tienen tasas de diarrea más elevadas. El riesgo de algunas enfermedades crónicas en la adolescencia y adultez, como la diabetes de adultos, también aumenta con la ausencia de la lactancia.

Durante los primeros seis meses de vida, la leche materna sola provee todos los líquidos y nutrientes que el niño necesita. La lactancia materna exclusiva (es decir, sin dar ningún otro alimento o líquido, ni siquiera agua) durante los primeros seis meses ofrece a los lactantes protección máxima contra enfermedades como la neumonía y otras enfermedades comunes de la infancia.

Hasta los dos años o más, la leche materna continúa proporcionando nutrientes de alta calidad y ayuda a proteger contra la infección. De los 6 a los 12 meses, la leche materna generalmente proporciona un 60–80% de la energía total, proteína y otros requisitos nutricionales – por ejemplo, vitaminas y otros micronutrientes y de los 12 a los 23 meses, la lactancia puede proveer hasta un 35–40% de los requisitos.

Planificación familiar o espaciamiento de los nacimientos: La lactancia atrasa el regreso de la fertilidad de la mujer. Una mujer que no amamanta está en riesgo más elevado de volver a salir embarazada a partir de las seis semanas después del parto. Todas las mujeres, especialmente aquellas que no amamantan, deben tener acceso a contraceptivos dentro de las seis semanas después del parto, si así lo desean, para asegurar el intervalo recomendado entre nacimientos. (Una mujer que practica la lactancia exclusiva o casi exclusiva, durante los primeros seis meses y que se mantiene amenorréica [su menstruación no ha vuelto] tiene menos del 2% de riesgo de salir embarazada.)

Desarrollo psicosocial: La lactancia promueve la relación emocional, o vínculo, entre la madre y el niño.

y determinar temas que deben ser tratados durante la consejería y elementos clave de apoyo. Dicha evaluación también ayudará a aclarar cómo lograr la lactancia materna exclusiva en el entorno sociocultural, asegurar prácticas correctas de alimentación complementaria y decidir sobre las opciones de alimentación que serán discutidas con madres VIH-positivas. La evaluación puede utilizar una variedad de métodos, incluyendo el análisis informal de datos, pero a menudo se recomien-

dan los estudios de investigación formativa.¹ Por lo general, los países deben considerar varias circunstancias – por ejemplo, viviendas urbanas formales, establecimientos urbanos informales y comunidades peri-

¹ La OMS ha desarrollado una guía para este propósito: *What are the options? Using Formative Research to Adapt Global Recommendations on HIV and Infant Feeding to the Local Context*. [¿Cuáles son las opciones? Utilizando la Investigación Formativa para Adaptar las Recomendaciones Mundiales sobre el VIH y la Alimentación Infantil al Contexto Local] (2004).

urbanas y rurales tradicionales. Para elaborar buenas normas, se necesita información sobre las prácticas de alimentación y recursos familiares, demanda de servicios y disponibilidad de ciertos componentes de los servicios.

Prácticas alimentarias y recursos familiares

- Prácticas de alimentación infantil con referencia a: la tasa de inicio de la lactancia y la tasa de lactancia materna exclusiva a los cuatro y a los seis meses, la duración de la lactancia, la disponibilidad y el costo (en relación al ingreso familiar) de alimentos de sustitución y suplementación con micronutrientes, prácticas culturales
- Tipos de alimentación ya utilizados para niños que deben recibir alimentación de sustitución desde una temprana edad (por ejemplo huérfanos)
- Tipos de leche disponibles localmente, calidad (incluyendo si algún tipo de leche es diluida), precios y estacionalidad
- Experiencia con las opciones de alimentación infantil en proyectos sobre la prevención de infecciones con el VIH en lactantes y niños pequeños
- Tasas de diarrea y neumonía
- Aptitud de los cuidadores de seguir recomendaciones sobre las opciones de alimentación infantil
- Proporción de la población con acceso a agua segura,¹ saneamiento y combustible; tipos de prácticas de lavado de manos; y factibilidad de preparar alimentos en forma segura
- Ingreso promedio de la familia y salario mínimo (urbano, rural)
- Interpretación local y aplicación de los términos *asequible, factible, aceptable, sostenible y seguro*, para determinar las opciones de alimentación infantil que deben ser incluidas en la consejería
- Evaluaciones para ver hasta qué punto las personas infectadas con el VIH son estigmatizadas y las posibles barreras sociales y culturales para hacerse pruebas y recibir consejería del VIH, alimentación sustitutiva y lactancia exclusiva
- Actitudes de los trabajadores de salud y las comunidades hacia los diferentes tipos de prácticas alimenticias o alimentos de sustitución

Demanda de servicios

- Estimación del número de madres y lactantes que se verían afectados por una norma de ALNP, incluyendo el número de mujeres embarazadas o madres VIH-positivas, sobre la base de la prevalencia del VIH, población y fertilidad
- Evaluación de la asistencia a servicios de atención prenatal, la planificación familiar y otros servicios relacionados que proporcionan la oportunidad de ofrecer pruebas y consejería del VIH para futuros padres
- Estimación del número de mujeres que necesitarían apoyo para la lactancia exclusiva y la lactancia continuada más adelante
- Estimación del número de mujeres VIH-positivas que podrían necesitar apoyo para la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses, seguida de una transición a la alimentación sustitutiva
- Estimación de la cantidad de sucedáneos de la leche materna u otros tipos de apoyo necesarios para madres VIH-positivas, basados en la prevalencia local del VIH, tasas de fertilidad, acceso a pruebas y consejería del VIH y aceptación esperada de leche artificial comercial si fuera dispensada en forma gratuita o con un precio subsidiado mediante el sistema de salud
- Necesidad de aumentar los servicios para niños enfermos

Disponibilidad de determinados componentes de los servicios

- Pruebas y consejería del VIH en locales que proporcionan atención prenatal, servicios de salud reproductiva, servicios de salud orientados a los adolescentes y otros
- La IHAN y establecimientos de salud Amigos del Niño
- Niveles adecuados de habilidades y conocimientos de los trabajadores de salud para ofrecer apoyo y consejería (oportunidades de capacitación durante la educación formativa y en el lugar de trabajo y cursos actualmente disponibles para diferentes tipos de trabajadores)

¹ El agua segura, según la definición de pautas recientes de la OMS, no representa ningún riesgo significativo para la salud en el periodo de consumo de toda una vida.

- Seguimiento de los trabajadores de salud posterior a la capacitación en consejería y apoyo a la alimentación infantil
- Consejería adecuada sobre la lactancia y el VIH y la alimentación infantil
- Material de apoyo para el consejero o la madre, tales como algoritmos para la toma de decisiones, material promocional y material para llevar a casa para madres y miembros de la familia
- Sistema de referencia y coordinación de servicios de AIEPI, incluyendo nutrición, a nivel nacional y comunitario
- Sistemas logísticos locales capaces de administrar o distribuir leche artificial comercial, micronutrientes y otros suministros de forma regular y sin interrupción
- Estructuras de apoyo en la comunidad, por ejemplo, grupos de apoyo, grupos de pares

Grupos interesados y actores clave y sus posibles papeles al ejecutar la norma

- Individuos y grupos que incluirían a varios de la lista correspondiente al desarrollo de la norma (sección 3.1)
- Los fabricantes y distribuidores de productos para la alimentación infantil no deben determinar la norma pero deben tener responsabilidad en su aplicación eficaz al estar informados de ella, asegurando que sus productos cumplan con los estándares del Codex Alimentarius y sus actividades cumplan con el Código y las resoluciones subsiguientes.

3.3 Costos

La prevención de la infección con el VIH en lactantes y niños pequeños, ya sea a través de la lactancia u otro medio, requiere que una variedad de servicios sean reforzados o instalados. Los costos de las intervencio-

nes para prevenir la infección con el VIH a través de la lactancia no pueden ser fácilmente separados de aquellos de las intervenciones para proteger, promover y apoyar la lactancia en la población general y para prevenir infección durante el embarazo y parto, tales como pruebas y consejería del VIH y profilaxis con ARV. El Cuadro 7 menciona puntos específicos que deben presupuestarse para cubrir necesidades relacionadas al VIH y la alimentación infantil. Los costos por cliente pueden bajar a medida que el programa avanza y se van integrando servicios. De igual manera, el alto costo inicial de introducir actividades de comunicación y modificar la infraestructura no necesitará ser repetido.

Los países tienen poca información sobre el costo de establecer actividades sobre VIH y alimentación infantil. La estimación de los precios de leche artificial comercial es muy específica para cada país (ver el Anexo 7). Sin embargo, en una reciente licitación internacional para una gran compra, el costo proyectado fue entre US \$1,90 y 2,90 por cada lata de 500 g, más los costos de distribución. En algunos países, el costo de leche artificial ha representado cerca del la mitad del presupuesto para las intervenciones. Para la prevención de infección con el VIH en lactantes y niños pequeños en general, los costos estimados por cliente para algunos suministros, derivados de la experiencia en programas y la elaboración de modelos (ver el Anexo 1) han estado en los siguientes rangos:

- Mejorías en el sistema de salud \$2,67–4,05
- Consejería antes de la prueba del VIH \$0,67–5,22
- Prueba del VIH y consejería después de la prueba \$5,34–12,19¹

Basándose en dicha información y en las estimaciones locales del costo de los puntos del Cuadro 7, los tomadores de decisiones necesitarán calcular los costos de las opciones políticas alternativas y considerarlos de acuerdo a los fondos disponibles y proyectados y a la equidad con respecto a poblaciones vulnerables.

¹ En algunos países, los clientes pagan parte del costo de las pruebas y consejería del VIH.

CUADRO 7

¿Cuáles son los costos involucrados?

Organización de servicios:

Integración de nuevas actividades al cuidado rutinario de madres y niños, tales como AIEPI
Asignación del tiempo del personal para consejería y apoyo a todas las madres en cuanto a la alimentación infantil
Provisión del espacio adecuado para la consejería en alimentación infantil
Provisión de apoyo nutricional y seguimiento regular con monitoreo del crecimiento de niños de madres VIH-positivas por dos años o más
Provisión de alimentos y otro apoyo para mujeres VIH-positivas identificadas a través de los servicios
Aumento al acceso a servicios de planificación familiar, especialmente para mujeres que no amamantan
Aumento en la necesidad de cuidado de salud para niños no amamantados (diarrea y otras infecciones)
Reuniones para diseminar información
Participación de la comunidad u organización de actividades
Seguimiento y supervisión de trabajadores de salud capacitados en consejería en alimentación del lactante y niño pequeño en el contexto del VIH

Capacitación de personal y otros grupos:

Para dar consejería a todas las madres sobre la lactancia exclusiva y la alimentación complementaria, y dar apoyo a la lactancia, incluyendo el manejo de la lactancia
Para dar consejería a madres VIH-positivas sobre las opciones de alimentación infantil y darles apoyo durante el seguimiento
Para apoyar a las mujeres a nivel comunitario
Desarrollo de la capacidad comunitaria
Material de capacitación y ayudas de trabajo

Provisión de insumos:

Sucedáneos de la leche materna para lactantes hijos de mujeres VIH-positivas que eligen no amamantar
Anticonceptivos, incluyendo preservativos para la protección contra las ETS y el VIH
Suplementos de micronutrientes
Otros productos de apoyo nutricional
Suero de rehidratación oral y antibióticos

Costos adicionales al país:

Importación de insumos
Distribución y gerencia de insumos
Monitoreo y evaluación, incluyendo monitoreo del cumplimiento con el Código
Investigación formativa
Comunicación (campañas, relaciones públicas)

Costos adicionales a las familias:

Alimentación sustitutiva no subsidiada hasta los dos años de edad
Combustible y agua para la preparación higiénica de los alimentos
Tiempo dedicado en desmedro de otras tareas productivas
Mayor costo de la atención de la salud

Ahorros:

Costos de atención ahorrados al evitar la infección del VIH en niños
Costos de atención ahorrados al prevenir la infección del VIH en mujeres y sus parejas mediante las pruebas y consejería del VIH
Costos de atención ahorrados al mejorar las prácticas de alimentación del lactante y niño pequeño

4. Comercialización y distribución apropiadas de sucedáneos de la leche materna

Esta sección describe el Código y su relevancia en la alimentación del lactante y el niño pequeño en general y los temas generados por el VIH. Asimismo, describe los pasos que los tomadores de decisiones tendrán que tomar para asegurar el cumplimiento del Código cuando la leche artificial comercial gratuita o subsidiada sea una opción ofrecida a las mujeres VIH-positivas.

Los tomadores de decisiones deberán:

- examinar el estado del Código en sus países o áreas y tomar los pasos necesarios para aplicarlo o fortalecer su cumplimiento
- decidir si se ofrecerá leche artificial gratuita o subsidiada y bajo qué condiciones
- si se va a ofrecer leche artificial comercial, establecer normas para su entrega, distribución y monitoreo.

4.1 La importancia continua del Código

El hecho de que el VIH pueda ser transmitido a través de la lactancia no debe debilitar los esfuerzos para apoyar la lactancia para la mayoría de lactantes, pues su salud y supervivencia mejoran mucho con la lactancia.

La meta del Código es contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia y asegurando el uso correcto e informado de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios; también promueve prácticas aceptables de comercialización y distribución. Las resoluciones posteriores de la AMS (WHA33.32, WHA34.22, WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11, WHA43.3, WHA45.34, WHA46.7, WHA47.5, WHA49.15, WHA54.2y WHA55.25), han aclarado el alcance del Código, solucionado ambigüedades y tomado en cuenta nuevos hallazgos científicos. El Código y las resoluciones de la AMS:

- recomiendan que los gobiernos regulen la distribución de sucedáneos de la leche materna gratui-

tos o subsidiados para prevenir una ‘dispersión’ a los lactantes que se beneficiarían de la lactancia y cuyas sus madres son VIH-negativas o desconocen su estado de infección con el VIH;

- protegen a los niños alimentados con sucedáneos de la leche materna al asegurar que las etiquetas de los productos contengan las advertencias e instrucciones necesarias para su preparación y uso adecuados;
- aseguran que el producto sea elegido en base a consejos médicos independientes.

El Código también se aplica a las necesidades de madres infectadas con el VIH y cubre todas sus necesidades.

Con la creciente prevalencia de infecciones con el VIH y el conocimiento de que éste puede ser transmitido a través de la lactancia, los gobiernos pueden considerar la aceptación gratuita o a bajo costo de suministros de sucedáneos de la leche materna para su distribución a mujeres VIH-positivas. Sin embargo, la resolución de la AMS WHA47.5, 2.(2) urge a los Estados Miembros a asegurar que no haya donaciones o suministros subsidiados de sucedáneos de la leche materna y otros productos cubiertos por el Código en ninguna parte del sistema de atención de la salud. En vez de aceptar donaciones, las autoridades nacionales pueden negociar precios con los fabricantes y ofrecer sucedáneos de la leche materna a precios subsidiados o gratuitamente, para su uso por lactantes de madres que viven con el VIH. Se recomienda que esto se haga de tal forma que:

- sea sostenible
- no cree dependencia en suministros donados o de bajo costo
- no promueva sucedáneos de leche materna al público en general o al sistema de atención de salud
- asegure suficiente cantidad por el tiempo que los lactantes individuales los necesiten.

4.2 Fortalecimiento de la aplicación del Código

El Código y las resoluciones de la AMS son los requisitos mínimos en los países que no han adoptado sus propias medidas. Según UNICEF, para diciembre del 2002, 25 gobiernos habían adoptado todas las provisiones del Código como leyes; y unos 52 países adicionales las habían adoptado parcialmente. En lugares donde el Código no ha sido ejecutado en su totalidad, es urgente adoptarlo y adherirse a él.

Los tomadores de decisiones deberán:

- revisar el estado del Código en sus países y tomar la acción necesaria para aplicarlo. Si no se han llevado a cabo medidas para dar efecto al Código, pueden pedir asistencia técnica a la OMS, UNICEF, o IBFAN para hacer borradores y aplicar dichas regulaciones, incluyendo monitoreo y medidas que aseguren el cumplimiento de las disposiciones y sanciones.
- Asegurar que los trabajadores de salud sean conscientes de sus responsabilidades según el Código, entiendan su continua relevancia en el contexto del VIH y lo apliquen en su trabajo.

4.3 Monitoreo del cumplimiento del Código

Aun en países donde el Código ha sido legislado en su totalidad y puesto en práctica, debe monitorearse su cumplimiento para prevenir violaciones y guiar una aplicación adecuada. Existen recomendaciones sobre el monitoreo del cumplimiento del Código en países y en la organización de cursos de capacitación (ver el Anexo 1). Los tomadores de decisiones deberán asegurar que se lleve a cabo un sistema de monitoreo.

La información sobre las violaciones del Código y la ‘dispersión’ indica la necesidad de acción para aplicar y hacer cumplir el Código. Las *Guías para Estimar la Prevalencia de Violaciones del Código*, elaboradas por el Grupo Inter-Agencias de Monitoreo de la Lactancia del Reino Unido, incorporan preguntas sobre la ‘dispersión’. IBFAN, utilizando un protocolo estandarizado, organiza cursos de capacitación para monitores al nivel regional y nacional (ver el Anexo 1).

Debe recordarse a los fabricantes y distribuidores de productos que se incluyen en el ámbito del Código sus responsabilidades con respecto al Código en cada país y se debe continuar tomando las acciones necesarias

para asegurar que su conducta esté conforme con los principios y metas del Código a todo nivel.

En países donde los gobiernos deciden administrar leche artificial gratuita o subsidiada a madres VIH-positivas, se debe alentar la entrega de una manera transparente mediante procesos estándares (licitaciones), evitando una relación privilegiada que pueda promover la imagen y producto de una compañía en particular. Las licitaciones:

- permiten a los gobiernos imponer requisitos sobre el etiquetado y empaque, por ejemplo ilustraciones con tazas en vez de biberones
- permiten a los gobiernos obtener la leche artificial correcta al menor precio posible
- garantizan el suministro sostenible y a largo plazo de leche artificial, ya que conllevan a contratos jurídicamente vinculantes sobre su suministro.

Sin embargo, las licitaciones no garantizan el cumplimiento del Código. Para mayor información sobre el Código, ver el Anexo 8.

4.4 Consideraciones necesarias para la distribución y entrega de leche artificial comercial gratuita o subsidiada

Los gobiernos pueden decidir proveer leche artificial a lactantes de mujeres VIH-positivas bajo ciertas condiciones específicas:¹

- La leche artificial debe proveerse gratuitamente o a un costo subsidiado únicamente a mujeres VIH-positivas y sus lactantes para quienes la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura. El gobierno involucrado deberá asegurar que podrá administrar leche artificial sin interrupciones, aun en áreas remotas, por el tiempo que el niño lo necesite. No deben aceptarse ofertas de leche artificial gratuita o a bajo costo de fabricantes o distribuidores. Los gobiernos deberán hacer entrega de la leche artificial mediante los canales normales.
- Los gobiernos deberán asegurar la aplicación del Código (con énfasis particular en la entrega y distri-

¹ Estas condiciones están basadas principalmente en experiencias en África con la distribución de leche artificial gratuita en proyectos para prevenir la transmisión del VIH a lactantes y niños pequeños.

bución de leche artificial y en los requisitos del Código para el producto y su empaque).

- El personal responsable de la distribución de la leche artificial deberá tener pautas que especifiquen cuáles mujeres VIH-positivas la recibirán, bajo qué condiciones, cuán frecuentemente y por cuánto tiempo, dónde será distribuida, etc.
- Antes de que la leche artificial comercial esté disponible en establecimientos de salud, se deberá identificar a consejeros capacitados en temas relacionados a la lactancia, alimentación complementaria y el VIH y la alimentación infantil. Ellos necesitan ser competentes en proporcionar consejería, guía y apoyo imparcial a las madres. La consejería para mujeres VIH-positivas que optan por leche artificial deberá incluir demostraciones de cómo guardarla, prepararla y administrarla en forma segura, incluyendo el uso de tazas. Las demostraciones deberán hacerse sólo para mujeres que hayan decidido alimentar con leche artificial.
- Antes que los gobiernos pongan a disposición la leche artificial comercial en los establecimientos de salud, éstos deberán preparar planes para explicar al público el problema generado por el VIH y la alimentación infantil y las razones consiguientes para hacer que la leche artificial comercial esté disponible. El propósito sería que las madres a quienes se les aconseja obtener leche artificial y evitar la lactancia no sean estigmatizadas por no dar el pecho. El temor a ser estigmatizada puede inducir a algunas madres a practicar la alimentación mixta.
- Se deberá recolectar y analizar información sobre el estado de salud y nutricional (especialmente el crecimiento) de los lactantes alimentados con sucedáneos de la leche materna para permitir el monitoreo de los resultados de salud (ver la sección 7).
- Una vez comenzada, la leche artificial deberá continuar siendo suministrada a los lactantes por lo menos los primeros seis meses de vida. Después de los seis meses, los lactantes pueden seguir tomando leche artificial o puede dárseles leche animal hasta por lo menos un año y preferiblemente hasta los dos años, mientras que también reciben alimentos complementarios. No se necesitan leches especiales de transición.¹ La leche de sustitución deberá ponerse a disposición de madres que inician la lactancia y

eligen suspenderla en cualquier momento durante el primer año de vida.

Los países que estudian la posibilidad de proporcionar leche artificial gratuita o subsidiada a las mujeres VIH-positivas que eligen no dar el pecho deben también estudiar la posibilidad de proporcionar apoyo nutricional o de algún tipo relacionado a las madres VIH-positivas que eligen otras opciones. Proporcionar o subsidiar una opción para todas las mujeres VIH-positivas es equitativo y crea un ambiente donde el sistema de salud no es visto como promotor de una opción más que de otra. Además, puede evitar que las madres elijan la alimentación de sustitución debido a la leche artificial gratuita y no porque puede ser aplicada en forma segura.

Los planificadores de programas y las agencias de adquisiciones tienen que asegurar que todos los aspectos del manejo de suministros sean considerados en la fase de planificación del programa y que todos los suministros sean cuidadosamente monitoreados para asegurar que los lactantes que los necesitan los reciban siempre y evitar la ‘dispersión’ a otros.

Algunas formas de lograr el cumplimiento con estos requisitos son:

- Centralizar la entrega de suministros para lograr que:
 - los productos sean cuidadosamente seleccionados, de preferencia provistos usando especificaciones nutricionales genéricas (tales como las del Codex Alimentarius) para asegurar una negociación favorable de precios y para facilitar el control y monitoreo de su distribución
 - identificar proveedores que puedan suministrar grandes cantidades de un producto de alta calidad de forma continua
- Etiquetado informativo con advertencias y gráficos fáciles de entender, en el lenguaje común y símbolos de los consumidores
- Almacenamiento cuidadoso para evitar pérdidas y deterioro
- Cumplimiento cuidadoso de leyes locales
- Distribución a puntos de distribución local en suficientes cantidades para el número estimado de mu-

¹ Alimento destinado para uso como una parte líquida de la dieta del lactante a partir del sexto mes y para niños pequeños.

jeros VIH-positivas que se calcula optarán por la leche artificial comercial

- Entregar sucedáneos de la leche materna mediante un sistema de conteo de recetas médicas o cupones – por ejemplo, entregados a través de farmacias de la misma forma que los medicamentos y asegurando que los productos estén disponibles de tal manera que las madres que dan el pecho no vean los sucedáneos de la leche materna
- Asegurar que la entrega de sucedáneos de la leche materna esté ligada a visitas de seguimiento para la madre y el lactante
- Utilizar el sistema de información para rastrear los datos de consumo y patrones de gastos para asegurar que el programa sea sostenible a largo plazo
- Establecer o mejorar los sistemas de logística para la compra y entrega de sucedáneos de la leche materna, incluyendo capacitación para predecir las necesidades y el proceso de elección y utilizar indicadores de gerencia logística para propósitos de monitoreo
- Extender la consejería y apoyo a la lactancia y a la alimentación complementaria a la población general como métodos de prevención de ‘la ‘dispersión’ – esto incluiría educar al público sobre la transmisión del VIH a través de la lactancia y sobre prácticas más seguras de lactancia.

5. Protección, promoción y apoyo de las prácticas apropiadas de alimentación del lactante y del niño pequeño en el contexto del VIH

Esta sección describe los puntos sobre la protección, promoción y apoyo de las prácticas apropiadas de alimentación del lactante y del niño pequeño para la población general, como condición previa para proveer servicios para mujeres VIH-positivas y sus lactantes. Los tomadores de decisiones deberán:

- *planificar cómo priorizar la alimentación del lactante y del niño pequeño*
- *elaborar guías para la aplicación de normas nacionales*
- *desarrollar las capacidades para la consejería y apoyo en alimentación infantil*
- *decidir cómo integrar la consejería y apoyo en la alimentación del lactante y del niño pequeño, especialmente para la lactancia temprana y exclusiva, a servicios de CPN*
- *asegurar que se alcancen y se mantengan las metas de la IHAN*
- *establecer mecanismos de coordinación relacionados a temas de la alimentación del lactante y del niño pequeño*

5.1 Temas de la alimentación del lactante y del niño pequeño en la planificación nacional

La nutrición adecuada es un componente crucial, universalmente reconocido, del derecho del niño a gozar del estándar de salud más alto alcanzable, según se indica en la Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas. Los niños tienen el derecho a una nutrición adecuada y al acceso a alimentos nutritivos y seguros; ambos son esenciales para que se cumpla este derecho. Las mujeres, a su vez, tienen derecho a una nutrición adecuada, a decidir cómo alimentar a sus niños y a información completa y condiciones que permitan llevar a cabo sus decisiones (ver el Cuadro 3). Es posible que una mujer no pueda llevar a cabo su decisión a menos que se haga un esfuerzo serio para permitirle hacerlo.

Con relación al VIH, la mayoría de lactantes y niños pequeños seguirán siendo amamantados, especialmente en entornos de bajos recursos. El efecto salvavidas de la lactancia materna exclusiva significa que la alimentación del lactante y del niño pequeño debe recibir aun más prioridad en la planificación nacional, por razones que incluyen la prevención de la ‘dispersión’ de alimentación con leche artificial a la población general y la prevención de estigmatización de mujeres que dan lactancia materna exclusiva o alimentan con leche artificial exclusivamente cuando esta no es la costumbre en la comunidad. Las normas de los gobiernos y la elaboración de programas así como el presupuesto deben tomar estos temas en cuenta.

5.2 Guías para la alimentación del lactante y del niño pequeño

Una norma nacional integral sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño normalmente no está fácilmente disponible o accesible al público general. Por lo tanto, se deben desarrollar mecanismos para informar a la población y en particular a mujeres embarazadas, sus parejas, trabajadores de salud y consejeros sobre el VIH/SIDA y la alimentación infantil, sobre el contenido de dicha norma. La traducción de la norma en guías es un paso esencial para la comunicación de la información necesaria.

Las guías que incorporen el VIH deberán ser elaboradas en todos los aspectos de la alimentación del lactante y del niño pequeño. Estas deben estar dirigidas a los diferentes tipos y niveles de personal, tales como obstetras, pediatras, nutricionistas, enfermeras de maternidad y consejeros, así como grupos comunitarios, consejeros no-profesionales y otros voluntarios involucrados en el apoyo a madres y a sus lactantes y también a estudiantes de medicina y enfermería mediante capacitaciones en el lugar de trabajo y durante la educación formativa. Estas deben re-enfatizar la necesidad de proteger, promover y apoyar la lactancia temprana y exclusiva, reconociendo el VIH/SIDA como una

circunstancia excepcionalmente difícil y deben también cubrir otras circunstancias excepcionalmente difíciles como bebés con bajo peso al nacer y situaciones de emergencia complejas. Las guías deben especificar quién será responsable de proveer educación de la salud, para aconsejar y apoyar a las mujeres sobre la alimentación infantil óptima, y para aconsejar y apoyar a las mujeres VIH-positivas sobre las opciones de alimentación infantil y deben indicar el tipo de destreza y apoyo que todas las mujeres deben recibir sobre la alimentación infantil.

Sobre la base de estas guías, junto con la capacitación, será necesario producir material educativo y de apoyo para ayudar a los trabajadores de salud a aplicar las guías, (ver la sección 5.3).

5.3 Desarrollo de capacidades para consejería y apoyo

Se necesita un plan exhaustivo de desarrollo de capacidades. Las madres necesitan apoyo durante el periodo prenatal y en varios momentos durante la vida del lactante, con diferentes tipos de trabajadores de salud. El plan de acción debe estar basado en el resultado de una evaluación sobre las necesidades de capacitación de los trabajadores de salud, tomando en cuenta los nuevos conocimientos en todos los aspectos de la alimentación del lactante y del niño pequeño y las destrezas necesarias. Esta evaluación puede llevarse a cabo revisando la información sobre el personal y los programas de capacitación, pero pueden necesitarse una encuesta rápida o visitas a algunos establecimientos de salud representativos o comunidades. El énfasis inmediato será la capacitación en el lugar de trabajo pero, a la larga, tendrá que reforzarse la educación formativa

En cuanto al desarrollo de la capacidad, los tomadores de decisiones deberán considerar:

Atributos y tipos de personal disponible y requerido:

- ¿Quién da consejería a mujeres embarazadas, cuáles deben ser los atributos mínimos para los consejeros y qué nuevos arreglos del personal pueden requerirse para llevar a cabo la consejería sobre la alimentación infantil? ¿Será la consejería una responsabilidad especial de consejeros de lactancia o alimentación infantil, o consejeros del VIH, o se espera que el personal que cuida a mujeres embarazadas, madres y

lactantes tome esta tarea como parte de sus responsabilidades generales?

- ¿Qué personal está disponible que ya haya sido capacitado en pruebas rápidas del VIH y consejería; promoción de una buena nutrición y atención a mujeres embarazadas y lactantes; prevención del VIH, planificación familiar; manejo de ETS, AIEPI, consejería de lactancia, manejo de lactancia, alimentación complementaria y consejería sobre el VIH y la alimentación infantil?
- ¿Cuánto personal adicional con destrezas de consejería sobre la lactancia y el VIH y la alimentación infantil será necesario? ¿Cómo serán capacitados? ¿Por quién? ¿Cómo se les hará seguimiento y supervisión después de la capacitación?
- ¿Qué conocimientos y destrezas extras necesitarán los trabajadores de salud para referir a las familias correctamente y darles apoyo continuo? ¿Quién los capacitará, supervisará y les hará seguimiento para asegurar que mantengan y practiquen sus conocimientos y destrezas?

Cambios curriculares:

- ¿Qué modificaciones o agregados serán necesarios para el currículo de capacitación en servicio y de educación formativa de los trabajadores de salud, nutricionistas y profesionales aliados para ayudarles a ofrecer información y consejo adecuados sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño?

Recursos:

- ¿Qué recursos deberán destinarse para el desarrollo de capacidades?

Material educativo y de apoyo:

- ¿Qué material de apoyo para la consejería, material educativo y material para que las madres y otros miembros de la familia lleven a casa estarán disponibles o se necesitarán adaptar o elaborar para grupos particulares?

Participación de grupos locales:

- ¿Participarán voluntarios, consejeros no-profesionales y grupos de apoyo? Existe experiencia creciente

sobre su participación exitosa en la consejería y el apoyo en la alimentación infantil en establecimientos de salud y comunidades. Debe explorarse con más detalle su posible contribución a la consejería ya que podría aumentar significativamente la capacidad de consejería del país y también ayudar a reducir el estigma. Debe tomarse en cuenta la pregunta sobre la remuneración a consejeros no-profesionales, sea cual sea la forma.

- ¿Cómo podrán las comunidades desarrollar las capacidades para la promoción, aceptación y apoyo de las prácticas recomendadas de alimentación del lactante y del niño pequeño? Ejemplos de redes de apoyo comunitarias en este aspecto son grupos de apoyo madre a madre, a los cuales hospitales y clínicas pueden referir a madres al darlas de alta. Dichas redes de apoyo deben ser bienvenidas dentro del sistema de atención de la salud y deben tomar parte activa en la planificación y provisión de servicios. Las ONG locales a menudo tienen un papel importante a este nivel de actividad.

5.4 Atención prenatal

Los servicios de APN necesitan ser reforzados, según sea necesario, para proporcionar un paquete básico de atención de calidad según pautas modelo. Una vez reforzados estos servicios, en la mayoría de los casos, se pueden agregar intervenciones adicionales necesarias para integrar actividades dirigidas a la prevención de infección con el VIH en mujeres embarazadas, madres y sus lactantes y niños pequeños (También ver las secciones 5.6 y 6.2 relacionadas a la integración). Estas intervenciones incluyen facilitar información y consejería sobre la prevención de infección con el VIH (incluyendo sexo seguro), pruebas y consejería del VIH o proporcionar consejería y atención de seguimiento y apoyo. Las mujeres VIH-negativas y mujeres que desconocen su estado de infección con el VIH necesitan orientación y apoyo para dar lactancia materna exclusiva durante seis meses, siguiendo con la lactancia continua hasta los dos años o más y con una alimentación complementaria adecuada. Ellas también necesitan recibir consejería sobre la importancia del sexo seguro, especialmente durante la lactancia, ya que los bebés están en un riesgo particular si la madre es infectada con el VIH mientras está amamantando.

En lugares donde pocas mujeres reciben APN, la prioridad será aumentar la participación, mediante medidas tales como educación comunitaria, horas de atención más largas, etc. En algunos países, puede ser posible que las mujeres más vulnerables a infección con el VIH asistan a clínicas de APN tarde en el embarazo o no asistan nunca y se necesitará hacer un esfuerzo especial para dirigirse a ellas.

Mucho personal con experiencia en la prevención de infección del VIH en lactantes y niños pequeños creen que es crítico encontrar maneras de involucrar a las parejas de las mujeres en la APN con el interés de ampliar su participación en la prevención, atención y apoyo del VIH.

5.5 La Iniciativa Hospital Amigo del Niño

La IHAN puede ser utilizada para prevenir la ‘dispersión’ de mensajes sobre la alimentación infantil y el VIH a las madres que son VIH-negativas o desconocen su estado de infección con el VIH. Es posible que los hospitales amigos del niño, si funcionan bien, estén en una buena posición para integrar a sus funciones normales, actividades preventivas con respecto a la infección con el VIH en lactantes y niños pequeños. El uso de alimentos alternativos o de sustitución por razones médicas aceptables (por ejemplo, ser VIH-positivo) es compatible con el criterio mundial de la IHAN. Aunque los hospitales amigos del niño no deben aceptar suministros de sucedáneos de la leche materna de forma gratuita o a bajo precio, el gobierno puede proporcionarlos o los hospitales pueden comprarlos para su uso dentro del hospital.

La integración de la prevención del VIH a través de la lactancia a las prácticas de la IHAN donde la IHAN funciona bien, provee las siguientes oportunidades:

- Asesoramiento técnico y una red sobre temas de alimentación infantil capaz de ejecutar actividades del VIH y la alimentación infantil
- Un sistema de “prescripciones” de leche artificial
- Una gran comunidad de consejeros capacitados en la alimentación infantil
- Integración automática de temas sobre el VIH y la alimentación infantil en los aspectos más amplios de la alimentación del lactante y del niño pequeño
- Un sistema de supervisión

Los tomadores de decisiones deberán:

- evaluar el estado de la IHAN en el país
- integrar el VIH y la alimentación infantil a la IHAN
- asegurar que las instituciones amigas del niño sean re-evaluadas según sea necesario para fortalecer los servicios y mantener su calidad
- destinar recursos para capacitar a los trabajadores de salud y los evaluadores.

Se puede obtener material para estos propósitos (ver el Anexo 1).

Extensión del apoyo a la lactancia más allá de los hospitales

El paso 10 de la IHAN trata del apoyo continuo fuera de la unidad de maternidad, generalmente en la comunidad. Muchos hospitales encuentran este paso difícil de aplicar, pero es necesario para ayudar a las madres a dar lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, seguido de la lactancia continua por dos años o más con alimentación complementaria adecuada. Si un componente comunitario ha sido desarrollado, valdrá la pena involucrar a la comunidad en el apoyo a madres VIH-positivas también, manteniendo las condiciones de confidencialidad. El promover centros de salud y comunidades que apoyan la lactancia puede ayudar a aumentar la abogacía y asegurar el apoyo para una alimentación apropiada del lactante y del niño pequeño.

5.6 Coordinación con otros programas e iniciativas relacionados a la alimentación infantil

Los programas de alimentación del lactante y del niño pequeño a menudo están relacionados a otros programas operativos en los mismos distritos y servicios de salud (ver también las secciones 5.4 y 6.2 sobre inte-

gración). Más aún, en varios países el AIEPI está siendo adaptado para incluir la atención de niños infectados o afectados por el VIH/SIDA. Este trabajo incluye:

- adaptación de pautas para trabajadores de salud sobre el manejo de casos para que incluyan seguimiento a lactantes nacidos de madres VIH-positivas y apoyo a mujeres VIH-positivas con sus elecciones de alimentación infantil
- fortalecimiento del sistema de salud para asegurar la disponibilidad de medicamentos esenciales, tales como cotrimoxazol para prevenir la neumonía causada por *Pneumocystis carinii*
- expansión del componente del hogar y la comunidad para entregar mensajes esenciales sobre la prevención de la transmisión del VIH a lactantes y de la infección primaria con el VIH en adultos.

Dicha adaptación ofrece una oportunidad única de integrar intervenciones preventivas a los servicios infantiles de rutina, para promover la lactancia exclusiva y la lactancia continuada posterior para madres VIH-negativas y mujeres que desconocen su estado de infección con el VIH y para dar atención especial a las necesidades de mujeres VIH-positivas.

Los tomadores de decisiones deberán establecer mecanismos para coordinar las actividades de estos programas y de programas relacionados en el área, como capacitación, distribución de suministros y supervisión, para asegurar coherencia, optimizar el uso de recursos e integrar y expandir la calidad de la consejería lo más pronto posible. La coordinación con ONG también es productiva a menudo.

Los puntos de entrada de los programas, o blancos de oportunidad, deben ser utilizados para asegurar el apoyo para comportamientos más saludables. Todo contacto con la madre de un niño pequeño debe incluir mensajes específicos para la edad y apoyar la alimentación adecuada, el espaciamiento entre nacimientos y la prevención del VIH.

6. Apoyo a mujeres VIH-positivas en sus decisiones sobre alimentación infantil

Cuando se pone en marcha una norma nacional integral sobre alimentación del lactante y del niño pequeño, incluyendo lactancia materna, alimentación complementaria y alimentación por madres VIH-positivas, los tomadores de decisiones tendrán que asegurar que cada madre VIH-positiva reciba el apoyo adecuado para permitirle llevar a cabo su decisión sobre alimentación infantil de forma segura y eficaz. Esta sección menciona los pasos necesarios para asegurar que los servicios alcancen el mayor número posible de madres, especialmente a aquellas vulnerables, y ofrecerles apoyo.

Los tomadores de decisiones tendrán que:

- *decidir dónde y cómo se podrán ofrecer servicios de pruebas y consejería del VIH o cómo expandirlos a mujeres embarazadas y sus parejas*
- *decidir cómo y cuáles puntos de la consejería sobre la alimentación infantil serán integrados a los servicios de AIEPI*
- *decidir quiénes necesitarán orientación o capacitación y cómo se llevará a cabo*
- *decidir qué paquete de servicios estará disponible para mujeres VIH-positivas y cómo podrán acceder a él*
- *determinar la mejor forma de apoyar a trabajadores de salud y consejeros*
- *asegurar que se elabore y ponga en práctica una estrategia de comunicación*
- *planificar la capacitación de la comunidad y su participación*

6.1 Pruebas y consejería del VIH

Los programas integrales para prevenir la transmisión del VIH a lactantes y niños pequeños no pueden ser completamente ejecutados a menos que las mujeres sepan su estado de infección con el VIH. Se necesitan servicios de pruebas y consejería del VIH comprometidos a ofrecer consentimiento informado y protección de la confidencialidad, que estén ampliamente disponi-

bles y sean difundidos. Entonces, dichos servicios podrán ponerse a disposición de mujeres que podrían beneficiarse de la consejería sobre el VIH y la alimentación infantil, como de otras intervenciones y servicios disponibles para la atención, tratamiento y apoyo. Para reducir el riesgo de infección con el VIH a través de la lactancia una vez que una mujer está embarazada, las pruebas del VIH y la consejería deben integrarse a la APN y servicios de SMI. También deben estar ampliamente disponibles en otros entornos, como servicios de ONG, servicios para mujeres no embarazadas y sus parejas y servicios para adolescentes mujeres.

Hacer la prueba del VIH a una mujer sin su consentimiento completo es inaceptable y deshonesto y una violación de los derechos humanos.¹ Más aún, es posible que el temor a la revelación y la discriminación disuadan a las mujeres de buscar atención profesional. Al mismo tiempo, la promoción de la confidencialidad compartida, es decir alentar a una mujer a designar a otra persona en quien ella puede confiar, como su pareja, otro miembro de la familia, una amiga o un trabajador de salud, es crítico para el apoyo de la prevención de la infección con el VIH en lactantes y niños pequeños en general y para la elección de alimentación infantil en particular. Los documentos del Anexo 1 ofrecen información sobre otros temas que deben ser tratados sobre las pruebas del VIH y servicios de consejería.

La consejería previa a la prueba del VIH debe incluir información general sobre los riesgos de transmisión del VIH a lactantes, pero no debe incluir información detallada sobre las opciones de alimentación infantil. Dicha información puede socavar la confianza de la mujer VIH-negativa sobre la lactancia y por lo tanto, debe ser dada únicamente a mujeres VIH-positivas en la consejería después de la prueba del VIH.

¹ Puede haber casos excepcionales donde exista una justificación ética y profesional para hacer la prueba del VIH sin el consentimiento informado, por ejemplo, en situaciones donde el manejo clínico puede ser afectado y el padre o la madre no están disponibles.

La consejería después de la prueba del VIH debe fortalecer las recomendaciones de salud pública sobre la lactancia temprana y exclusiva para mujeres VIH-negativas. Para mujeres VIH-positivas, la idea de opciones de alimentación infantil puede ser presentada en esta sesión, derivándolas o estableciendo un tiempo para más discusión.

Es posible que, en algunos lugares, las madres VIH-positivas tengan acceso a pruebas más sofisticadas para determinar la severidad de su infección con el VIH, como recuentos de células CD4+ o pruebas de carga viral. En lugares donde una mujer puede hacerse dichas pruebas, éstas pueden ayudar a guiarla en su decisión sobre la alimentación infantil, ya que se sabe que el progreso de la enfermedad, tal como es medido con estas pruebas, aumenta el riesgo de transmisión del VIH a través de la lactancia.

6.2 Integración de consejería y apoyo sobre la alimentación infantil con servicios de atención materno-infantil

La consejería y el apoyo sobre la alimentación infantil para todas las madres, incluyendo aquellas que son VIH-positivas, puede ser integrada a la atención de SMI en varios puntos: en la educación para la salud; en el tratamiento de ETS; en servicios de planificación familiar; en la atención prenatal; durante el parto y atención en el postparto; en la atención continua de salud y nutrición para niños; y en algunos casos, durante visitas a niños y madres enfermos. Aun cuando la integración total con otros servicios puede aliviar la carga de la consejería, es posible que el trabajo aumente pero sin suficiente personal y por lo tanto, la falta de personal puede ser un factor limitante. (Ver también las secciones 5.4 y 5.6 sobre el enlace con otros servicios).

La planificación familiar es un ejemplo claro de la necesidad de integración de consejería y apoyo con otros servicios, ya que en cualquier caso las mujeres VIH-positivas y sus parejas necesitan información y servicios. Una recomendación normativa para que las madres VIH-positivas y sus parejas reciban consejería sobre cómo evitar la lactancia puede tener graves repercusiones en el espaciamiento de los nacimientos y en los embarazos no deseados. Las madres VIH-positivas que no amamantan están privadas de la protección anti-conceptiva natural que ofrece la lactancia materna exclusiva. Si ellas no utilizan una forma eficaz de pla-

nificación familiar, un embarazo no planeado o no deseado puede afectar adversamente su salud y la de sus niños.

Los tomadores de decisiones no deben distraer recursos de otros programas de SMI. En vez de eso, deben aprovechar la oportunidad de integrar nuevas tareas (pruebas y consejería del VIH y consejería sobre alimentación infantil y apoyo para llevar a cabo las decisiones de las mujeres VIH-positivas) con los programas y estrategias existentes de SMI. Deben adaptar los programas y estrategias de SMI para el fortalecimiento de la atención básica de maternidad, del apoyo a la lactancia y alimentación complementaria y de servicios de planificación familiar, así como servicios de apoyo a individuos VIH-positivos.

6.3 Orientación y desarrollo de las capacidades

Como ya se ha mencionado (sección 5.3), el desarrollo de la capacidad para dar consejería a madres VIH-positivas sobre las opciones de alimentación infantil debe comenzar con una buena base en consejería sobre la lactancia y la alimentación complementaria. El curso de capacitación de la OMS/UNICEF/ONUSIDA de consejería sobre el VIH y la alimentación infantil está diseñado para ayudar a consejeros a adquirir la información y las habilidades necesarias que los dotará para reducir el riesgo de transmisión del VIH asociado a varias alternativas de alimentación infantil, y para practicar dichas alternativas de forma segura, así como el proceso de consejería. Los consejeros deben ya haber recibido capacitación sobre consejería en lactancia materna antes de tomar este curso.

Para acelerar la formación de consejeros, algunos países han combinado dos cursos de consejería, sobre lactancia y sobre el VIH y la alimentación infantil. Esto toma aproximadamente seis días enteros de capacitación, lo cual según los informes de países, es suficiente, aunque ha habido poca evaluación. (Ver en el Anexo 9 un posible horario para el curso combinado.) Existen reservas sobre la capacitación actual sobre el VIH y la alimentación infantil, la cual es a menudo una parte pequeña del curso general sobre prevención de la infección con el VIH a lactantes y niños pequeños. Se dice que los cursos no cubren el material requerido y, por lo tanto, hay una formación inadecuada de consejeros en alimentación infantil; no requieren de conocimientos previos sobre la consejería en lactancia y no incluyen la enseñanza de conocimientos prácticos. Sin embargo,

pueden ofrecer una base para la enseñanza y supervisión continua, siempre y cuando exista un sistema de supervisión.

Para apoyar a los consejeros, puede valer la pena orientar a los administradores y al personal con funciones relacionadas al VIH y la alimentación infantil, tales como farmacéuticos de centros de salud que despachan leche artificial, sobre los puntos principales relacionados al tema. Dicha orientación puede ser diseñada, por ejemplo, para prevenir la identificación abierta de mujeres VIH-positivas y también para asegurar coherencia entre el personal de salud al tratar con temas planteados por la alimentación infantil en general y específicamente por el VIH, como por ejemplo, la confidencialidad.

A la larga, los tomadores de decisiones deberán asegurar que las instituciones que ofrecen enseñanza en salud incluyan información básica sobre la lactancia y el VIH y la alimentación infantil y las habilidades asociadas, en los cursos de educación formativa.

6.4 Seguimiento, supervisión y apoyo a trabajadores de salud y consejeros

Todos los trabajadores de salud necesitan apoyo al practicar nuevas habilidades, incluyendo habilidades de consejería, para retener la calidad de dichas habilidades y mejorar su ejecución. Los tomadores de decisiones necesitan asegurar que los trabajadores de salud reciban supervisión de apoyo en forma regular, incluyendo:

- observación de sesiones de consejería, incluyendo uso de material de apoyo, o discusiones informales con mujeres que hayan recibido consejería
- retroalimentación (también una forma de capacitación en el servicio)
- cursos de repaso o actualización sobre conocimientos y destrezas de los trabajadores de salud

Asimismo, para prevenir el agotamiento¹ de los consejeros, los tomadores de decisiones deben considerar:

- rotación del personal a otras responsabilidades de salud infantil/prevenición del VIH por periodos cortos de tiempo

¹ El agotamiento es un estado físico o emocional de desgaste, el cual afecta a cuidadores y trabajadores sociales que a menudo trabajan en condiciones muy difíciles; se ha observado en consejeros del VIH y alimentación infantil.

- reuniones frecuentes con otros consejeros para discutir cómo tratar temas particulares, manteniendo la confidencialidad estricta.

6.5 Monitoreo de prácticas de alimentación y estado de salud y nutricional

Otro paso en el proceso de consejería es hacer seguimiento y proveer apoyo continuo a la madre para llevar a cabo su decisión sobre alimentación infantil, para identificar y resolver problemas y para monitorear (es decir, hacer mediciones y evaluaciones con regularidad) la salud de la madre y la salud y el crecimiento del bebé. Este paso es esencial para asegurar que la madre pueda ejecutar su opción de alimentación de forma segura y eficaz y que el bebé esté sano y crezca bien. Sin embargo, es un paso que a menudo se olvida. Debido a que las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño cambian durante los primeros 24 meses de vida del niño, especialmente a los seis meses y que la decisión de una madre sobre la opción de alimentación también puede cambiar por varias razones, incluyendo riesgos sociales, el apoyo a la madre debe seguir siendo intenso durante este periodo. Si en algún momento se determina que el lactante está infectado con el VIH y aun está siendo amamantado, entonces el bebé podría beneficiarse de la lactancia continua y la alimentación complementaria, según las recomendaciones para la población general.

Todos los niños necesitan que su crecimiento sea monitoreado hasta por lo menos los dos años de vida para asegurar que su nutrición sea adecuada. Mientras que esto es una recomendación estándar, en muchos lugares la promoción y el monitoreo rutinario del crecimiento de niños no está bien establecido. En el caso de niños de madres VIH-positivas, el monitoreo es aún más importante que para otros niños. Ellos necesitan profilaxis contra infecciones oportunistas y tratamiento si se enferman, lo cual debe seguir las guías de AIEPI. Los lactantes que no están siendo amamantados deben recibir atención especial del sistema de salud y bienestar, ya que constituyen un grupo de riesgo.

Existen pruebas que indican que las condiciones de las mamas, incluyendo la mastitis, los abscesos mamarios y las fisuras en los pezones aumentan el riesgo de transmisión del VIH a través de la lactancia. Todas las mujeres, especialmente mujeres VIH-positivas, que amamantan deben ser ayudadas para asegurar que usen

buenas técnicas de lactancia para prevenir estas condiciones, las cuales pueden tratarse rápidamente si ocurren.

6.6 Apoyo nutricional y de otro tipo a mujeres VIH-positivas

La consejería, incluyendo la consejería continua sobre alimentación infantil, debe considerarse como parte de un continuo de servicios de atención y apoyo para mujeres VIH-positivas para asegurar que ellas y sus familias tengan acceso a una atención integral de salud, incluyendo seguimiento y apoyo social. (Para detalles sobre lo que dicho tipo de atención puede significar, ver documentos en el Anexo 1.)

Un estudio causó preocupación al reportar un riesgo más elevado de morir en los primeros dos años después del parto entre mujeres infectadas con el VIH que daban el pecho a sus bebés en comparación con aquellas que los alimentaban con leche artificial. Pero otro estudio encontró que este no fue el caso. Las pruebas disponibles no indican que las mujeres infectadas con el VIH tengan más probabilidad de morir si amamantan que si no lo hacen, pero la OMS ha notado que se necesita más investigación en esta área. Sin embargo, los hallazgos enfatizan que las mujeres infectadas con el VIH pueden morir en cualquier momento, incluyendo en el periodo de lactancia. La importancia crítica de la supervivencia de la madre para el bienestar del lactante es obvia.

Debido a esta preocupación y a otras causas, incluyendo su propio derecho a la salud, las mujeres deben tener acceso a información, atención y apoyo de seguimiento, incluyendo planificación familiar y apoyo nutricional. La atención prenatal de rutina debe incluir la suplementación con hierro y ácido fólico y la atención postnatal debe incluir la suplementación con vitamina A dentro de las primeras seis semanas después del parto. Otras formas de apoyo nutricional incluyen la consejería nutricional para personas con el VIH/SIDA y suplementos alimenticios altos en proteína, energía y contenido de micronutrientes.

Las intervenciones nutricionales para mujeres, tales como la suplementación de hierro y ácido fólico y la nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia, son especialmente recomendadas para madres VIH-positivas. La consejería y el apoyo nutricional son un componente clave de la atención de PVVS. Dicha

consejería y apoyo debe incluir evaluaciones de rutina del peso corporal, estado de hemoglobina y hábitos alimenticios; tratamiento oportuno de todas las condiciones que afectan el apetito y la habilidad de comer; y consejería sobre las formas de prevenir infecciones transmitidas por alimentos y para mejorar la ingesta de alimentos, bajo el punto de vista de alimentos locales, costumbres y estado de enfermedad con el VIH. (Existe un curso sobre nutrición y VIH el cual puede asistir con esto – ver el Anexo 1.) Según lo mencionado anteriormente, los países que proveen leche artificial gratuita o subsidiada para la alimentación sustitutiva, deben también considerar la provisión de apoyo nutricional para mujeres VIH-positivas que eligen otras opciones.

Otro tipo de apoyo para mujeres VIH-positivas debe incluir el acceso a intervenciones para prevenir el VIH en lactantes, incluyendo profilaxis ARV, acceso a servicios de salud reproductiva y sexual, detección y tratamiento tempranos de infecciones oportunistas y, cuando sea posible y necesario, medicamentos ARV para el manejo de su propia enfermedad. Las iglesias y grupos de la sociedad civil a menudo tienen programas que se pueden enlazar con los servicios de salud del gobierno para la prevención, atención, apoyo y seguimiento relacionados al VIH.

6.7 Comunicación de cambios de comportamiento y diseminación de información

La comunicación es un elemento clave en una norma integral sobre la alimentación infantil. La comunicación es esencial para promover conciencia pública basada en información precisa y para asegurar que las normas sean conocidas, llevadas a cabo y efectivas. La aceptabilidad de las pruebas del VIH y la consejería y de las prácticas alternativas de alimentación puede ser muy baja debido al temor de estigmatización y rechazo por la familia y comunidad.

El público general tiene muchas ideas erróneas sobre el VIH y la alimentación infantil, a veces esto puede deberse a que los medios de comunicación involuntariamente divulgan información incorrecta o incompleta. Un público educado será más capaz de tomar decisiones bien informadas. Los programas de comunicación pueden servir varios propósitos. Estos pueden promover la lactancia materna exclusiva como una norma social y asegurar que luego se recomiende la

lactancia junto con la alimentación complementaria. También pueden ayudar a reducir cualquier efecto de “dispersión” causado por la distribución de sucedáneos de la leche materna de forma gratuita o subsidiada a madres VIH-positivas. Además, pueden instar a los hombres que protejan a las mujeres, incluyendo mujeres lactantes, de ser infectadas con el VIH, que apoyen activamente los regímenes de alimentación infantil que ayudan a minimizar las infecciones en lactantes y niños pequeños y a combatir el estigma y la discriminación.

Los tomadores de decisiones necesitarán:

- asegurar que la norma de alimentación del lactante y del niño pequeño cubra temas de comunicación y que cualquier estrategia de comunicación sea coherente con ella
- designar recursos para la planificación y puesta en marcha de una estrategia de comunicación
- determinar quién será el responsable de preparar o revisar la estrategia de comunicación, en consulta y coordinación con cualquier estrategia de comunicación relacionada en el país, como sobre la alimentación infantil, el VIH/SIDA, nutrición, AIEPI y salud reproductiva/planificación familiar
- asegurar que la información sobre la alimentación de sustitución esté en cumplimiento con el Artículo 4.2 del Código
- desempeñar una función primordial en la acción dirigida a eliminar el estigma y la discriminación
- asegurar que la abogacía para pruebas y consejería del VIH se lleve a cabo por profesionales de salud en todos los niveles del sistema y que la comunicación esté diseñada para estimular la participación del público y aumentar la conciencia de los beneficios de las pruebas del VIH y la consejería.

6.8 Desarrollo de las capacidades de la comunidad

La participación comunitaria es crítica para el apoyo a la lactancia y para tratar con el estigma relacionado a la alimentación infantil en particular y para la prevención de infección con el VIH en lactantes y niños pequeños en general. Los esfuerzos deben ser dirigidos a la formación de una comunidad movilizada.¹ La participación del compañero, otros miembros de la familia y la comunidad es clave para apoyar las decisiones de alimentación infantil de las madres, y para abordar en algunas formas la prevención de TMH.

Los tomadores de decisiones deberán considerar:

- qué mecanismos existen de antemano para captar a la comunidad en áreas similares, tales como la prevención general del VIH/SIDA, o la reducción del estigma
- qué esfuerzos están ayudando a desarrollar la capacidad de la comunidad para apoyar la alimentación del lactante y del niño pequeño – por ejemplo, captando y educando a los líderes de la comunidad
- qué será necesario para expandir y fortalecer estos esfuerzos a fin de cubrir el tema particular del apoyo a mujeres VIH-positivas y sus elecciones de alimentación infantil
- qué será necesario para captar activamente a los hombres.

Para luego tomar acción en esta área, los tomadores de decisiones pueden basarse en esfuerzos existentes para facilitar a los trabajadores de salud la movilización de la comunidad y la experiencia sobre acción comunitaria relacionada a vacunas y AIEPI, así como en actividades no relacionadas a la salud, tales como aquellas de iglesias y la sociedad civil.

¹ Según la definición de ONUSIDA, una comunidad movilizada es “una cuyos miembros tienen conciencia de forma detallada y real de su vulnerabilidad individual y colectiva al VIH/SIDA y quienes están motivados a hacer algo acerca de su vulnerabilidad.”

7. Monitoreo, investigación formativa y evaluación

El monitoreo¹ y la evaluación² deben ser parte de toda planificación de programas. Estos promueven la eficiencia y el compromiso con los plazos; dan atención temprana a los problemas y sugieren maneras de solucionarlos. La investigación formativa también es importante para afinar normas y guías. Esta sección describe las consideraciones relacionadas al monitoreo y evaluación de proyectos y programas que incluyen consejería sobre el VIH y la alimentación infantil. Los tomadores de decisiones deberán:

- *considerar en una fase temprana, el tipo de acciones de investigación, monitoreo y evaluación que se llevarán a cabo*
- *designar los recursos adecuados para este propósito.*

7.1 Monitoreo y evaluación

Los tomadores de decisiones deberán trabajar con su personal para determinar:

- objetivos y metas medibles para el programa en general, para la alimentación del lactante y niño pequeño y en particular para el VIH y la alimentación infantil
- que indicadores se utilizarán, incluyendo dónde o a qué nivel se recolectará información pertinente
- la frecuencia con que se llevarán a cabo el monitoreo y la evaluación
- quién será responsable
- mecanismos para informar y dar seguimiento.

Los estudios de base, análisis de situación o investigación formativa sobre los cuales se basa una norma integral o programa, proveen información contra la cual medir cambios y progreso.

¹ En este documento, monitoreo significa revisión rutinaria de la información disponible.

² En este documento, evaluación se refiere a todo el proceso de examen o toma de medidas y el juicio final del valor de programas o actividades.

Los puntos esenciales que deben ser monitoreados incluyen los siguientes:

- Estado de la norma y guías sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño, incorporando consideraciones sobre el VIH
- La calidad de consejería y apoyo sobre la alimentación infantil para mujeres VIH-positivas durante su primera visita prenatal o postnatal
- Informe sobre la elección y práctica de alimentación infantil durante el parto y la primera visita de seguimiento
- Estado de infección con el VIH y crecimiento más allá de los 24 meses de niños de madres VIH-positivas, según tipo de alimentación
- Efectos de la alimentación sustitutiva en la salud de otros niños y miembros de la familia de mujeres que practican esta forma de alimentación infantil
- Distribución de sucedáneos de la leche materna y suplementos de micronutrientes, si estos son proporcionados por el sistema de salud
- Correlación de cantidades de suministros entregados a través del sistema de salud con las cantidades entregadas a mujeres VIH-positivas individualmente
- Uso de sucedáneos de la leche materna y suplementos de micronutrientes, si son suministrados por el sistema de salud
- Tasas de lactancia materna exclusiva o lactancia mixta en diferentes momentos
- Edad de introducción de alimentos complementarios en la población general

Es posible que se requieran estudios especiales para recolectar información que se relacione a algunos de estos indicadores. Otros puntos de evaluación podrían incluir:

- Comparación de la calidad y efecto de la consejería y apoyo a diferentes nivel de profesionales de la salud, para- profesionales, consejeros no profesionales y voluntarios de la comunidad, que hayan tenido diferentes experiencias de capacitación
- La calidad y efecto de la consejería y apoyo a través del tiempo
- La influencia de varias prácticas de alimentación infantil, en relación al VIH, en la salud infantil
- Patrones de alimentación de lactantes que fallecen
- Manifestaciones generales y repercusiones observables del estigma en el cumplimiento de las opciones de alimentación infantil

En lo posible, la información necesaria para el monitoreo y evaluación de actividades sobre el VIH y la alimentación infantil debe ser recolectada mediante el sistema de información de salud en el país. Es posible que grupos interesados y grupos claves, tales como ONG, puedan contribuir con aportes útiles.

Los esfuerzos pueden ser llevados a cabo junto con el monitoreo y la evaluación de actividades para prevenir la infección con el VIH en lactantes y niños pequeños. Varios países tienen instalados sistemas de recolección de datos basados en indicadores sugeridos en varias consultas de las NNUU y otras agencias. Varias herramientas de monitoreo han sido elaboradas para las pruebas y consejería del VIH y la prevención de infección con el VIH en lactantes, algunas de las cuales incluyen indicadores de interés para la alimentación infantil (ver el Anexo 1).

7.2 Investigación formativa

Los tomadores de decisiones deberán alentar estudios formativos que:

- evalúen opciones y prácticas de alimentación (incluyendo su asequibilidad, factibilidad, aceptabilidad, sostenibilidad y seguridad). Específicamente, se debe recolectar datos sobre las experiencias programáticas en alcanzar ya sea la lactancia materna exclusiva o la alimentación de sustitución exclusiva durante los primeros seis meses de vida, la interrupción temprana de la lactancia y la transición a la alimentación de sustitución exclusiva y la adopción de otras opciones recomendadas sobre la alimentación infantil, apar-

te de la leche artificial, tales como el uso de leche animal modificada, el tratamiento térmico de leche materna extraída, el uso de nodrizas y bancos de leche

- ofrezcan una guía para las normas nacionales sobre el VIH y la alimentación infantil al determinar cuáles y bajo qué condiciones, pueden ser ofrecidas las diferentes opciones de alimentación. Los estudios formativos también pueden llevarse a cabo a nivel local para adaptar la consejería a regiones particulares o áreas culturalmente distintas del país
- mediante entrevistas con informantes clave y grupos focales, puedan llevar a cabo discusiones con madres, comunidades, trabajadores de salud y personas que viven con el VIH/SIDA.

La OMS está actualmente apoyando el desarrollo de guías para la investigación formativa sobre el VIH y la alimentación infantil.¹

7.3 Diseminación de información

Los tomadores de decisiones deberán asegurar que:

- cualquier información recolectada en el transcurso del programa sea compartida con todos aquellos a quienes les pueda servir, incluyendo la comunidad
- los investigadores fuera del programa sean alentados a compartir sus resultados preliminares y finales
- la información llegue rápidamente a los centros locales para que las clínicas y establecimientos de salud locales puedan monitorear lo que pasa cada mes
- se lleven a cabo reuniones según sea apropiado, para diseminar los resultados del monitoreo local, el control y la evaluación de actividades.

Los resultados de los esfuerzos locales, así como los hallazgos de nueva investigación, recomendaciones de guías técnicas internacionales y pautas relacionadas,

¹ N. del T. Esta publicación ya está disponible en inglés: *What are the options? Using Formative Research to Adapt Global Recommendations on HIV and Infant Feeding to the Local Context. [¿Cuáles son las opciones? Utilizando la Investigación Formativa para Adaptar las Recomendaciones Mundiales sobre el VIH y la Alimentación Infantil al Contexto Local]* (2004).

deben utilizarse al revisar guías nacionales periódicamente en respuesta a nuevos conocimientos.

La información en este documento está basada en conocimientos actuales sobre el VIH y la alimentación infantil. Más investigación se está llevando a cabo y los hallazgos ayudarán a refinar las guías. Sin embargo, el trabajo en esta área también necesitará beneficiarse de la experiencia de los usuarios y sólo podrá hacer esto cuando la información que tiene que ver con su ejecución sea recolectada, documentada y compartida.

ANEXO 1

Recursos útiles y material de referencia

Guías/herramientas sobre el VIH y la alimentación infantil

Piwoz E, Huffman L, Lusk D, et al. *Issues, Risks and Challenges of Early Breastfeeding Cessation to Reduce Postnatal Transmission of HIV in Africa*. Agencia de los EEUU para el Desarrollo Internacional y Academia para el Desarrollo de la Educación (US Agency for International Development and Academy for Educational Development), Washington DC. August 2001. Disponible en el Proyecto SARA, sara@aed.org.

Este artículo examina una práctica de “lactancia materna modificada” para madres VIH-positivas que incluye la lactancia materna exclusiva seguida por una transición temprana a la alimentación de sustitución exclusiva. Los autores hacen un repaso de los beneficios y riesgos potenciales de esta práctica en África y ofrecen guías para hacer la transición más fácil y segura para madres.

ONUSIDA. HIV and Infant Feeding: A policy statement developed collaboratively by UNAIDS, UNICEF and WHO 1997. Disponible en la página web de ONUSIDA: <http://www.unaids.org/publications/documents/mtct/infantpole.html>.

Esta declaración provee a diseñadores de políticas elementos claves para la formulación de normas sobre el VIH y la alimentación infantil: apoyar a la lactancia materna; mejorar el acceso de consejería y pruebas para VIH; asegurar la elección informada; y prevenir las presiones comerciales para la alimentación artificial.

UNICEF/ONUSIDA. Vertical transmission of HIV: Rapid assessment guide. New York, March 1998. Disponible en la página web de ONUSIDA: <http://www.unaids.org/publications/documents/mtct/sitanag.pdf>.

El propósito de esta herramienta, la cual fue diseñada teniendo en mente las oficinas de país de UNICEF, es recolectar información básica sobre áreas relevantes a programas de TMH para asegurar la identificación de las acciones de programas más necesarias, factibles y eficaces. Incluye una sección sobre alimentación infantil.

OMS. Effect of breastfeeding on mortality among HIV-infected women. Declaración de la OMS, Junio 7, 2001. Disponible en la página web de ONUSIDA: <http://www.unaids.org/publications/documents/mtct/Nduati%20WHO%20Statement.doc>.

Esta declaración fue publicada en respuesta a un estudio que reportó una mortalidad más elevada en mujeres infectadas por el VIH que amamantaban a sus lactantes en comparación con aquellas que alimentaban a sus lactantes con leche artificial. El documento explica los antecedentes al estudio, describe otro estudio donde los hallazgos son diferentes y presenta conclusiones en cuanto a intervenciones para la prevención de la TMI.

OMS. HIV and infant feeding counselling course. Ginebra, 2000. WHO/FCH/CAH/00.2-6. Disponible en la página web de la OMS: <http://www.who.int/child-adolescent-health>.

Este curso fue elaborado en respuesta a la necesidad de capacitar a trabajadores de salud sobre como proporcionar consejería a mujeres sobre la alimentación infantil en el contexto del VIH. Los materiales son diseñados para ayudar a capacitadores con experiencia limitada en enseñanza del tema para conducir cursos actualizados y eficaces.

OMS. *New Data on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and their Policy Implications*. Nuevos datos sobre la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y sus implicaciones normativas. Conclusiones y recomendaciones. Reunión de consulta técnica de la OMS en nombre del Equipo de Trabajo Interinstitucional FNUAP/UNICEF/OMS/ONUSIDA sobre Transmisión Maternoinfantil del VIH. Ginebra, 11-13 de octubre de 2000. Ginebra, Organización Mundial de la Salud 2001, WHO/RHR/01.28. Disponible en la página web de ONUSIDA: <http://www.unaids.org>.

Este documento es el informe de una reunión llevada a cabo para revisar nueva información sobre la salud y eficacia de diferentes regímenes antiretrovirales para la prevención de la TMI y sobre la alimentación infantil y el VIH. Ver Anexo 2 que contiene resúmenes.

OMS. *Prevention of HIV in Infants and Young Children: Review of evidence and WHO's activities*. WHO/HIV/2002.08. Disponible en la OMS, Ginebra.

Este tríptico describe la amplitud del problema de infección por el VIH en lactantes y niños pequeños, el enfoque integral de las Naciones Unidas y las actividades relacionadas de la OMS.

OMS, UNICEF, FNUAP, ONUSIDA, Banco Mundial, ACNUR, PMA, FAO, OIEA, 2003. VIH y alimentación infantil: Marco estratégico para las acciones prioritarias. Ginebra, 2003. Disponible en la página web de la OMS: <http://www.who.int/child-adolescent-health>.

Para ver todo el texto, ir al Anexo 5.

OMS (AFRO) y UNICEF. *Guidelines for assessment of training and follow-up after training in breastfeeding counselling and HIV and infant feeding counselling*. Borrador revisado, 2003. Disponible en la OMS-AFRO (masone@whoafr.org)

Esta herramienta fue desarrollada para asistir a países que están implementando el curso de consejería de la OMS/UNICEF sobre el VIH y la alimentación infantil. Está diseñado para medir los resultados del curso y hacer seguimiento a trabajadores de salud, para que los proyectos puedan adaptar sus protocolos de capacitación según sea necesario.

OMS, UNICEF, FNUAP y ONUSIDA. *HIV and Infant Feeding: A Guide for health-care managers and supervisors*. Revisado 2003. OMS, Ginebra. Disponible en la OMS, Ginebra.

La intención de estas pautas es asistir a gerentes y supervisores de la atención en salud a nivel intermedio a planificar, poner en marcha y fortalecer los servicios relacionados al VIH y la alimentación infantil.

OMS, UNICEF, FNUAP y ONUSIDA. *HIV and Infant Feeding: A review of HIV transmission through breastfeeding*. Revisado 2004. OMS, Ginebra. Disponible en la OMS, Ginebra.

En este documento se presentan las pruebas científicas relacionadas a la transmisión de infección por el VIH-1 durante la lactancia materna, con una breve descripción de los beneficios de la lactancia materna para la madre y el lactante en general.

UNICEF ESARO. *Counselling and infant feeding practices of mothers in programmes to prevent mother-to-child transmission of HIV: An evaluation tool with guidelines for adaptation to local conditions*. Copia final. Nairobi, 2002. Disponible en UNICEF: adewagt@unicef.org.

El propósito de esta herramienta es evaluar las estrategias de consejería en los programas de TMH relaciona-

das a las prácticas de alimentación infantil y el apoyo ofrecido a madres para poner en práctica sus elecciones de alimentación. Puede ser utilizada como línea de base de prácticas allí donde los programas aun no han comenzado o para seguir los cambios en las prácticas con el paso del tiempo. El documento provee un cuestionario, una base de datos, un manual de operaciones y guías para la recolección y análisis de datos. Es posible que los países y lugares que elijan utilizar el mismo enfoque puedan comparar los resultados. Esta herramienta no fue diseñada como una herramienta integral de encuestas sobre nutrición y eventos de morbilidad en la población general y su propósito tampoco es el desarrollo formativo de guías sobre la alimentación infantil o la alimentación de sustitución.

Información general y recursos sobre la alimentación del lactante y niño pequeño

IBFAN ICDC. *Standard IBFAN Monitoring (SIM), manual and forms*. IBFAN, 2003. Disponible de ICDC, PO Box 19, 10700 Penang, Malasia, fax 60 4 890-7291, ibfanpg@tm.net.my.

El manual y formularios son herramientas utilizadas en el monitoreo del cumplimiento con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. El manual es la guía de los cinco formularios acompañantes, los cuales fueron diseñados para informar sobre las prácticas promocionales en centros de atención de salud, en los medios de comunicación y en tiendas.

Grupo Interagencial sobre el Monitoreo de la Lactancia materna. *Monitoring compliance with the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: Guide for Estimating the Prevalence of Code Violations*. 2002. Disponible en la página web de IGBM: <http://www.savethechildren.org.uk/development/links/index.htm>.

Este documento contiene la información necesaria para llevar a cabo un estudio transversal sobre el nivel de violaciones del Código en un país específico. Es particularmente útil como indicador de base de violaciones.

Organización Pan Americana de la Salud. *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*. Washington DC, 2002. Disponible en la página web de la OPS: <http://www.paho.org>.

El propósito de esta publicación es guiar la acción normativa y programática sobre la alimentación complementaria al nivel mundial, nacional y comunitario. Presenta guías basadas en datos científicos que pueden ser adaptados a prácticas y condiciones locales de alimentación.

Savage-King F. *Helping Mothers to Breastfeed*. Fundación Médica y de Investigación Africana, Nairobi, 1992 (edición revisada). Disponible en AMREF, Wilson Airport, PO Box 30125, Nairobi, Kenya.

Este libro resume la información actualizada (al momento de su publicación) sobre la lactancia materna. Ha sido ampliamente utilizado en África desde su primera impresión.

Sokol E. *The Code Handbook: A guide to implementing the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. Stichting, ICDC, Penang, 1997 (bajo revisión). Disponible en ICDC, PO Box 19, 10700 Penang, Malasia, fax 60 4 890-7291, ibfanpg@tm.net.my.

Este libro está dirigido a diseñadores de leyes basadas en el Código y las resoluciones relevantes subsecuentes de la WHA.

UNICEF, OMS. *The Baby-friendly Hospital Initiative*. Parts I-VIII. New York, UNICEF, 1992. Disponible en UNICEF, New York.

Este documento presenta guías para la implementación de la Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño (IHAN). En él se describe una metodología de cuatro fases, basada en experiencia de los primeros trabajos en este campo.

UNICEF/OMS/UNESCO/FNUAP/UNDP/ONUSIDA/World Bank. *Facts for Life*, Tercera edición, 2002. Disponible en UNICEF, New York.

El propósito de este libro es proporcionar a los padres y otros responsables del cuidado de niños la información que necesitan para salvar y mejorar las vidas de los niños. Contiene acciones sobre como prevenir muertes y enfermedades infantiles y proteger a las mujeres durante el embarazo y parto.

OMS. *Breastfeeding: The technical basis and recommendations for action*. Ginebra, 1993. WHO/NUT/MCH/93.1. Disponible en la OMS, Ginebra.

Este volumen está diseñado para proporcionar a los responsables de diseño de políticas y planificación de programas, información técnica actualizada y recomendaciones para la planificación estratégica para proteger, promover y apoyar la lactancia materna.

OMS. *Consejería en lactancia materna: Curso de capacitación*. Ginebra 1993. Disponible en la página web de la OMS: <http://www.who.int/child-adolescent-health>.

El curso está diseñado para trabajadores de salud que cuidan a madres y niños pequeños en centros de maternidad, hospitales y centros de salud y comunidades.

El propósito del curso es ayudar a trabajadores de salud a desarrollar las destrezas clínicas e interpersonales necesarias para apoyar las prácticas óptimas de lactancia materna y cuando sea necesario, ayudar a madres a superar dificultades.

OMS. *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*. Ginebra, 2003. Disponible en la página web de la OMS: <http://www.who.int/child-adolescent-health>.

Para ver el texto completo, ver el Anexo 3.

OMS. *Indicators for assessing breastfeeding practices*. Informe reimpreso de una Reunión Informal. Ginebra, 1991. (WHO/CDD/SER/91.14, WHO/NUT/96.1). Disponible en la OMS, Ginebra.

Este informe resume la discusión y el consenso alcanzado entre los participantes en una reunión convocada sobre los indicadores de lactancia materna derivados de datos de encuestas a hogares. Provee definiciones precisas de los indicadores y describe las razones por las que fueron seleccionados.

OMS. *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: A common review and evaluation framework*. Ginebra, 1996 (Documento WHO/NUT/96.2). Disponible en la OMS, Departamento de Nutrición para la Salud y Desarrollo, Ginebra, publication@who.int.

Este marco estratégico está diseñado para ayudar a las autoridades competentes y otros interesados en el país a revisar y evaluar acciones nacionales relevantes que le dan efecto a los principios y metas del Código. El marco estratégico ofrece un método estandarizado de recolección de información y datos para el progreso del monitoreo a través del tiempo.

OMS. Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y Adolescente. *Relactation: Revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica*. WHO/CHS/CAH/98.14. Ginebra, 1998. Disponible en la página web de la OMS: <http://www.who.int/child-adolescent-health>.

Esta revisión ofrece pautas prácticas para que las madres sean capaces de relactar. Entre otros temas, presenta las bases fisiológicas, los factores que afectan el éxito de la lactación y recomendaciones para la atención de la madre o madre adoptiva.

OMS. Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y Adolescente. *Mastitis: Causas y manejo*. WHO/FCH/CAH/00.13. Ginebra, 2000. Disponible en la página web de la OMS: <http://www.who.int/child-adolescent-health>.

El propósito de este documento es reunir la información disponible sobre la mastitis de la lactancia y las

condiciones relacionadas, así como las causas, para guiar el manejo práctico, incluyendo la conservación de la lactancia materna.

OMS. Wellstart International. *The Baby-friendly Hospital Initiative. Monitoring and reassessment tools to sustain progress*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999. Disponible en el Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo, OMS, Ginebra.

Estas herramientas están diseñadas para alentar la participación de la gerencia y personal de hospitales en la identificación de problemas y la planificación para mantener o mejorar la implementación de los Diez Pasos. Las herramientas son cuatro e incluyen la recolección de datos y formularios e información relevantes.

OMS, LINKAGES. *Infant and Young Chile Feeding: National tool for assessing practices, policies and programmes*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003. Disponible en el Departamento de Salud del Niño y Adolescente, OMS, Ginebra.

Esta herramienta está diseñada para ayudar a países a resumir la información actual con respecto a las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño, evaluar las fortalezas y debilidades de sus normas y programas para promover, proteger y apoyar las prácticas óptimas de alimentación infantil y para determinar donde se necesitan mejoras para alcanzar las metas y objetivos de la Estrategia Mundial de Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. La herramienta puede ser utilizada por un equipo local para auto-evaluación de sus actividades.

Pruebas y consejería del VIH

ONUSIDA. *Tools for evaluating HIV voluntary counselling and testing*. Marzo 2000. Disponible en la página web de ONUSIDA: <http://www.unaids.org>.

Este documento provee guías sobre el monitoreo y evaluación de varios aspectos de la planificación e implementación de las pruebas y consejería para VIH, incluyendo la calidad y contenido de la consejería. Provee herramientas para la evaluación de pruebas y consejería como parte de un programa nacional, así como servicios de pruebas y consejería en entornos específicos.

OMS. HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections Initiative. *Voluntary counselling and testing of HIV infection in antenatal care: Practical considerations for implementation*. Ginebra, Enero 2000. Disponible en la página web de ONUSIDA: <http://www.unaids.org/publications/documents/>

[mtct/VCT Practical.doc](#).

Este documento es una guía integral para gerentes de atención en salud sobre como planificar y aplicar la incorporación de las pruebas y consejería para VIH a la atención prenatal. También podría ser útil para planificadores y diseñadores de normas sobre lo que exactamente implica este tipo de actividades preventivas de TMH. Este documento cubre los aspectos principales en una manera simple y paso a paso.

Monitoreo y evaluación

OMS. *Breastfeeding and Replacement Feeding Practices in the Context of Mother-to-Child Transimission of HIV: An Assessment Tool for Research*, 2001. OMS, Ginebra. WHO/CAH/01.21/WHO/RHR/01.12. Disponible en la página web de la OMS: <http://www.who.int>.

Esta herramienta provee pautas para investigadores que buscan establecer la naturaleza de la asociación y los niveles de riesgo de transmisión entre patrones de alimentación infantil y TMH. El documento incluye secciones introductorias referidas a TMH, definiciones y sugerencias para el momento apropiado de aplicar el cuestionario y recomendaciones para la presentación de datos.

OMS/UNICEF/FNUAP/ONUSIDA/HRSA. 2003. *National guide to monitoring and evaluation of programmes for the prevention of HIV in infants and young children*. 2003. OMS, Ginebra. Disponible en la OMS, Ginebra.

Este manual provee pautas sobre el monitoreo y evaluación de programas para la prevención del VIH en lactantes. Presenta una lista de indicadores centrales y adicionales (algunos de los cuales pueden haber sido ya recolectados en otros lugares) y pautas sobre su definición; razones por su uso y la forma en que son medidos; como medirlos; y fortalezas y limitaciones. Algunos de los indicadores se relacionan a la alimentación infantil.

Costos

Marseille E y Kahn J. *Antiretroviral drug and subtitue feeding interventions to prevent mother-to-child transmission of HIV: Field test draft versión*. 1999. Estrategias de Salud Internacional (Health Strategies International), preparado para ONUSIDA. Disponible en la página web de ONUSIDA: http://www.unaids.org/publications/documents/mtct/MTCT_CET4.xls y <http://www.unaids.org/publications/documents/>

[mtct/CET_Manual2.doc](#).

El propósito de esta herramienta es ayudar a tomadores de decisión a comparar el costo-eficacia de un rango de estrategias de prevención de TMI en un entorno particular, según las circunstancias locales. Consiste en un manual y hojas de trabajo de Excel. El manual menciona el propósito de la herramienta de costo-eficacia, su organización básica y sus métodos analíticos.

Schimid G, Sweat M, O'Reilly K y de Zoysa L. A comparison of economic analysis of nevirapine for prevention of mother-to-child transmission of HIV. Resumen TuPeE5165, 14 Conferencia Internacional del SIDA, Barcelona, España, Julio 2002.

Este artículo compara tres análisis económicos del uso de nevirapina para la prevención de la transmisión materno-infantil y presenta costo según caso evitado.

UNICEF/ONUSIDA/OMS-http/MSF. *Sources and prices of selected drugs and diagnosis for people living with HIV/AIDS*. Junio, 2003 (actualizado anualmente). Disponible en las páginas web de UNICEF y OMS: http://www.unicef.org/supply/index_8362.html, <http://www.who.int/medicines/organization/par/ipc/sources-prices/pdf>.

Este documento provee información de mercadeo que puede ser utilizada para ayudar a agencias de adquisiciones a tomar decisiones informadas sobre el origen de los medicamentos y servir como base para la negociación de precios asequibles.

Nutrición relacionada al VIH/SIDA

Piwoz e y Pueble E. *HIV/AIDS and nutrition: A review of the literature and recommendations for nutritional care and support in sub-Saharan Africa*. Proyecto y Oficina para Africa de Apoyo para Análisis e Investigación en Africa (SARA), Oficina de Desarrollo Sostenible, Agencia de los EEUU para el Desarrollo Internacional, Washington DC, Noviembre 2000. Disponible en el Proyecto SARA: sara@aed.org.

Los objetivos de este artículo son: repasar lo que se conoce sobre las dimensiones clínicas y sociales de las relaciones entre el VIH y la nutrición, relevantes al contexto africano, resumir los conocimientos actuales del papel de macronutrientes y micronutrientes en la infección por el VIH relevantes a entornos africanos; describir el impacto del VIH en el estado nutricional y el impacto del estado nutricional en el progreso y transmisión del VIH, incluyendo TMI, resaltar la importancia de la investigación y experiencia de programas de Africa; e identificar brechas en la investigación y hacer recomendaciones para programas que traten el VIH y

la nutrición.

OMS y FAO. *Living with HIV/AIDS: A manual on nutritional care and support for people living with HIV/AIDS*. Roma, 2002. Disponible en la OMS, Ginebra.

Este manual reconoce la relación entre infección y nutrición y ofrece sugerencias dietéticas simples y prácticas para personas viviendo con el VIH/SIDA.

Proyecto de Asistencia Técnica sobre Alimentos y Nutrición (FANTA). *HIV/AIDS: A Guide for Nutrition Care and Support*. Academia para el Desarrollo de la Educación. Washington DC, septiembre 2001. Disponible en el Proyecto FANTA, AED, 1825 Connecticut Ave. NW, Washington DC, 20009-5721, fanta@aed.org, <http://www.fantaproject.org>.

Esta guía provee información para hogares y comunidades afectados sobre como vivir una vida saludable desde el momento de infección por el VIH y a través del progreso de la enfermedad. Su propósito es ayudar a gerentes de desarrollo de programas a hacer recomendaciones sobre el manejo de alimentos y temas nutricionales para hogares con miembros que están infectados por el VIH o viviendo con SIDA.

Logística

Comité de Expertos de la OMS sobre Especificaciones para Preparaciones Farmacéuticas: 37 Informe (en imprenta). Anexo 9: Guía para prácticas de almacenamiento adecuado de fármacos. Ginebra, OMS, 2001. Disponible en la página web de la OMS: http://www.who.int/whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_908.pdf.

El objetivo de esta guía es describir las medidas especiales consideradas adecuadas para el almacenamiento y transporte de fármacos. Es aplicable a fabricantes, importadores, contratistas, vendedores al por mayor, la comunidad y farmacias de hospitales.

Direcciones y páginas web útiles

Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EEUU
US Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
1600 Clifton Road
Atlanta, GA 30333, USA
<http://www.cdc.gov>

Red de Acción Internacional sobre Alimentos Infantiles
International Baby Food Action Network (IBFAN)
Oficina Europea:
GIFA
PO Box 157
1211 Ginebra 19, Suiza
<http://www.ibfan.org/english/gateenglish.html> (Consultar la página web para localizar las Oficinas Regionales)

ICDC
PO Box 19
107000 Penang, Malasia

Proyecto de Apoyo para el Análisis e Investigación en África
[Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project]
Academia para el Desarrollo de la Educación
[Academy for Educational Development (AED)]
1825 Connecticut Avenue, NW
Washington DC 20009, USA
sara@aed.org

ONUSIDA
20, Avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27, Suiza
Tel: 41 22 791 3666
Fax: 41 22 791 4187

unaids@unaids.org, <http://www.unaids.org>

UNICEF
Casa UNICEF
3 United Nations Plaza
New York, NY, 10017, USA
Tel: 1 212 326 7000
Fax: 1 212 887 7456
info@unicef.org, <http://www.unicef.org>

FNUAP
220 East 42nd Street
New York, NY 10017, USA
Tel: 1 212 297 5256
<http://www.unfpa.org>

Alianza Mundial para la Acción por la Lactancia materna
[World Alliance for Breastfeeding Action (WABA)]
PO Box 1200
10850 Penang, Malasia
Tel: 604 658 4816
Fax: 604 657 2655
secr@waba.po.my, <http://www.waba.org.my>

OMS
20, Avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27, Suiza
Tel: 41 22 791 2111
Fax: 41 22 791 3111
<http://www.who.int>

Proyecto de Asistencia Técnica sobre Alimentos y Nutrición
[Food and Nutrition Technical Assistance Project (FANTA)]
Academia para el Desarrollo de la Educación
[Academy for Educational Development (AED)]
1825 Connecticut Avenue, NW
Washington DC 20009-5721
Tel: 1 202 884 8000
Fax: 1 202 884 8432
fanta@aed.org, <http://www.fantaproject.org>

ANEXO 2

Conclusiones y recomendaciones sobre la alimentación del lactante¹

REUNION TECNICA DE CONSULTA TECNICA SOBRE TRANSMISION MATERNOINFANTIL DE VIH

Riesgos de la lactancia materna y de la alimentación de sustitución

La lactancia materna aporta sus máximos beneficios durante los primeros seis meses de vida (nutrición óptima, reducción de la morbilidad y mortalidad por infecciones distintas del VIH y recuperación diferida de la fecundidad).

La lactancia materna exclusiva durante los primeros 4–6 meses de vida comporta mayores beneficios que la alimentación mixta en cuanto a morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas distintas del VIH.

Aunque la lactancia natural deja de aportar todas las necesidades nutricionales después de los seis meses, sigue confiriendo protección contra infecciones graves y proporciona una nutrición considerable para el lactante (la mitad o más de las necesidades nutricionales durante los segundos seis meses de vida, y hasta un tercio a lo largo del segundo año).

La alimentación de sustitución se asocia a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad por malnutrición y de enfermedades infecciosas distintas del VIH. Este incremento del riesgo es especialmente notable durante los seis primeros meses de vida, y luego disminuye. El entorno local y la situación de cada mujer concreta influyen en el riesgo y la viabilidad de la alimentación de sustitución.

La lactancia materna se asocia a un riesgo adicional significativo de transmisión materno-infantil del VIH, en comparación con la alimentación no natural. El riesgo depende de factores clínicos y puede variar según el patrón y duración de la lactancia. En mujeres no tratadas que siguen amamantando después del primer año, el riesgo absoluto de transmisión por la leche materna es del 10–20%.

El riesgo de TMI del VIH por lactancia natural parece ser máximo durante los primeros meses de vida del lactante, pero persiste mientras se mantenga el amamantamiento. En caso de amamantamiento continuado hasta el segundo año de vida, la mitad de las infecciones relacionadas con la lactancia materna puede aparecer en el curso de los primeros seis meses.

Un estudio ha aportado pruebas de que la lactancia materna exclusiva durante los primeros tres meses de vida puede acarrear un menor riesgo de transmisión del VIH que la alimentación mixta.

Recomendaciones

- Cuando la alimentación de sustitución sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura, se recomienda que todas las madres VIH-positivas eviten la lactancia natural.
- De lo contrario, se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida.
- Para reducir al mínimo el riesgo de transmisión del VIH, la lactancia materna debería interrumpirse lo antes posible, teniendo en cuenta las circunstancias locales, la situación concreta de cada mujer y los riesgos de la alimentación de sustitución (incluidas la malnutrición y las infecciones distintas del VIH).
- Cuando las madres VIH-positivas decidan no amamantar a sus hijos desde el nacimiento o interrumpir la lactancia en fases posteriores, debe proporcionárseles apoyo y orientación específica, al menos durante los dos primeros años de vida del niño, con el fin de asegurar una alimentación de sustitución adecuada. Los programas deberían esforzarse por mejorar las condiciones y hacer más segura la alimentación de sustitución para las madres infectadas por el VIH y sus familias.

¹ Reunión de consulta técnica de la OMS en nombre del Equipo de Trabajo Interinstitucional FNUAP/UNICEF/OMS/ONUSIDA sobre Transmisión Materno-infantil del VIH, Conclusiones y Recomendaciones. 2001. WHO/RHR/01.28.

Cesación de la lactancia materna

Existe la preocupación de que pueda aumentar el riesgo de transmisión del VIH con la alimentación mixta durante el periodo de transición entre la lactancia materna exclusiva y la cesación definitiva de la misma. Algunas pruebas indirectas sobre el riesgo de transmisión del VIH a causa de la alimentación mixta sugieren que es posible reducir el riesgo acortando al máximo el periodo de transición.

Sin embargo, el acortamiento de este periodo de transición puede tener consecuencias nutricionales negativas para el lactante y efectos psicológicos para el niño y la madre, aparte de exponer a ésta al riesgo de patología mamaria, que puede incrementar el riesgo de transmisión del VIH si la lactancia natural no se interrumpe de forma repentina.

No se conoce la duración óptima de esta transición, pero es probable que varíe en función de la edad del lactante y/o el entorno.

Recomendación

A las madres VIH-positivas que amamanten deben proporcionárseles apoyo y orientación específicos cuando interrumpan la lactancia con el fin de evitar consecuencias nutricionales y psicológicas perjudiciales y mantener la salud mamaria.

Asesoramiento sobre alimentación del lactante

Se ha puesto de manifiesto que el asesoramiento sobre alimentación del lactante es más eficaz que el mero consejo de fomentar la lactancia materna exclusiva en un contexto general. Un asesoramiento adecuado también puede ayudar a las mujeres seropositivas a seleccionar y adoptar opciones de alimentación del lactante más seguras, como la lactancia natural exclusiva o la evitación radical de la misma, que tal vez sean inusuales en su entorno. Un asesoramiento eficaz puede reducir algunos de los problemas de salud mamaria, que tienden a aumentar el riesgo de transmisión.

En el momento de decidir sobre la alimentación del lactante, a muchas mujeres nos les basta con recibir información general sobre las alternativas disponibles, por lo que buscan una orientación más específica. El asesoramiento experto puede proporcionar esta orientación

para ayudar a las mujeres seropositivas a decidir qué es lo más apropiado para su situación y cuál es la opción que tienen mayores probabilidades de seguir. Las alternativas propuestas durante el asesoramiento deben seleccionarse en función de la factibilidad y aceptabilidad locales.

La población general tiene una comprensión muy limitada de la alimentación del lactante en el contexto de la TMI del VIH, lo que complica aún más los esfuerzos de asesorar eficazmente a las mujeres.

El número de personas cualificadas para asesorar sobre alimentación del lactante es escaso en comparación con las necesidades y demandas que cabe esperar de este tipo de información y apoyo.

Recomendaciones

- Todas las madres infectadas por el VIH deberían recibir asesoramiento, con información general sobre los riesgos y beneficios de las diversas opciones de alimentación del lactante y orientación concreta para seleccionar la que probablemente se ajuste mejor a su situación. Decida lo que decida, hay que apoyar a la madre en su elección.
- Deben realizarse valoraciones a nivel local para identificar las distintas opciones de alimentación que son aceptables, factibles, asequibles, sostenibles y seguras en ese contexto concreto.
- Urge proporcionar información y educación sobre la transmisión materno-infantil del VIH al público general, las comunidades afectadas y las familias.
- Es necesario formar, desplegar, supervisar y apoyar a un número adecuado de personas que puedan asesorar a las mujeres seropositivas sobre alimentación del lactante. Este apoyo debería incluir la actualización periódica de la capacitación a medida que aparezcan nuevas informaciones y recomendaciones.

Salud mamaria

Hay indicios de que ciertas afecciones mamarias, como la mastitis, los abscesos y la fisura del pezón, pueden aumentar el riesgo de transmisión del VIH durante el amamantamiento, pero no se ha cuantificado de forma adecuada la magnitud de esta asociación.

Recomendación

Es necesario ayudar a las mujeres lactantes para garantizar que utilicen un proceso adecuado de amamantamiento con el fin de prevenir estas afecciones, que deben tratarse inmediatamente si aparecen.

Salud materna

En un ensayo aleatorio, el riesgo de mortalidad durante los dos años siguientes al parto fue mayor entre las mujeres VIH-positivas que daban de mamar que entre las que utilizaron alimentación artificial. Este dato todavía no se ha confirmado en otras investigaciones.

Las mujeres que no amamantan o que dejan de hacerlo pronto corren un mayor riesgo de volver a quedar embarazadas.

Recomendación

Las mujeres infectadas por el VIH deben tener acceso a información, asistencia clínica continuada y apoyo, como los servicios de planificación familiar y apoyo nutricional. Los servicios de planificación familiar son especialmente importantes para las mujeres seropositivas que no amamantan.

ANEXO 3

Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño¹

Definición del reto

1. La malnutrición ha sido la causa, directa o indirectamente, del 60% de los 10,9 millones de defunciones registradas cada año entre los niños menores de cinco años. Más de dos tercios de esas muertes, a menudo relacionadas con unas prácticas inadecuadas de alimentación, ocurren durante el primer año de vida. Tan sólo un 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida; la alimentación complementaria suele comenzar demasiado pronto o demasiado tarde, y con frecuencia los alimentos son nutricionalmente inadecuados e insalubres. Los niños malnutridos que sobreviven caen enfermos más a menudo y sufren durante toda su vida las consecuencias del retraso de su desarrollo. El aumento de la incidencia del sobrepeso y la obesidad entre los niños es también motivo de gran preocupación. Puesto que las prácticas inadecuadas de alimentación constituyen una gran amenaza para el desarrollo social y económico, son uno de los obstáculos más graves a los que se enfrenta este grupo de edad para alcanzar y mantener la salud.
2. El estado de salud y de nutrición de las madres y los niños están íntimamente relacionados. Para mejorar la alimentación del lactante y del niño pequeño hay que empezar asegurando el buen estado de salud y de nutrición de las mujeres, por derecho propio, en todas las fases de la vida, así como el papel de las mujeres en la manutención de sus hijos y sus familias. Las madres y los lactantes constituyen una unidad biológica y social; también comparten los problemas de malnutrición y de mala salud. Todo lo que se haga para resolver esos problemas afectará a la vez a las madres y a los hijos.
3. La estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño se basa en el respeto, la protección, la facilitación y el cumplimiento de los principios aceptados de derechos humanos. La nutrición es un componente fundamental y universalmente reconocido del derecho de los niños al disfrute del más alto nivel posible de salud, tal como se declara en la Convención sobre los Derechos del Niño. Los niños tienen derecho a recibir una nutrición adecuada y a acceder a alimentos inocuos y nutritivos, y ambos son esenciales para satisfacer el derecho al más alto nivel posible de salud. Las mujeres, por su parte, tienen derecho a una nutrición adecuada, a decidir el modo de alimentar a sus hijos, a disponer de información completa y unas condiciones adecuadas que les permitan poner en práctica sus decisiones. En muchos entornos, estos derechos aún no se han hecho efectivos.
4. Los rápidos cambios sociales y económicos no hacen más que agravar las dificultades a las que se enfrentan las familias para alimentar y cuidar de forma adecuada a sus hijos. La expansión de la urbanización aumenta el número de familias que dependen de empleos no estructurados o intermitentes, con ingresos variables y prestaciones de maternidad escasas o nulas. En las zonas rurales, las mujeres independientes que tienen un empleo nominal han de soportar pesadas cargas, por lo general sin protección de la maternidad. Al mismo tiempo, las estructuras de la familia tradicional y de apoyo de la comunidad se están erosionando, los recursos destinados al apoyo de los servicios de salud y, especialmente, a los relacionados con la nutrición, son cada vez más escasos, no se dispone de información precisa sobre las prácticas óptimas de alimentación, y el número de familias rurales y urbanas que padecen inseguridad alimentaria está aumentando.
5. La pandemia del VIH y el riesgo de transmisión del VIH de la madre al niño a través de la lactancia

¹ OMS. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra, 2003.

natural plantean dificultades singulares para la promoción de la lactancia natural, incluso entre familias que no se han visto afectadas. Aumenta el número y la intensidad de las situaciones de emergencia complejas, que se suelen caracterizar por desplazamientos de población, inseguridad alimentaria y conflicto armado, comprometiendo aún más el cuidado y la alimentación de los lactantes y los niños pequeños de todo el mundo. Actualmente, los refugiados y desplazados internos suman más de 40 millones de personas, de las cuales 5,5 millones son niños menores de cinco años.

Determinación del propósito y los objetivos

6. El *propósito* de esta estrategia es mejorar, a través de una alimentación óptima, el estado de nutrición, el crecimiento y el desarrollo, la salud y, de este modo, la supervivencia de los lactantes y los niños pequeños.
7. Los *objetivos* específicos de la estrategia son:
 - sensibilizar acerca de los principales problemas que afectan a la alimentación del lactante y del niño pequeño, identificar enfoques para su solución y proporcionar un marco de intervenciones esenciales;
 - aumentar el compromiso de los gobiernos, las organizaciones internacionales y otras partes interesadas¹ a favor de las prácticas óptimas de alimentación del lactante y del niño pequeño;
 - crear un entorno propicio para que las madres, las familias y otros dispensadores de atención adopten en cualquier circunstancia decisiones fundamentales acerca de las prácticas óptimas de alimentación del lactante y del niño pequeño y puedan ponerlas en práctica.
8. La estrategia pretende ser una guía para la adopción de medidas; se basa en las pruebas científicas acumuladas sobre la importancia que los primeros meses y años de vida tienen para el crecimiento y el desarrollo de los niños, e identifica intervenciones cuyas consecuencias positivas durante este período están probadas. Es más, para que se mantenga dinámica, una buena aplicación de la estrategia deberá seguir el ritmo de los descubrimientos y otros adelantos, al tiempo que se fomentan nuevas investigaciones clínicas y poblacionales y se estudian cuestiones comportamentales.
9. Ninguna intervención ni ningún grupo podrán, por sí solos, culminar con éxito esta tarea; por lo tanto, la aplicación de la estrategia requiere que aumente la voluntad política, la inversión pública, la sensibilización entre los agentes de salud, la participación de las familias y las comunidades y la colaboración entre los gobiernos, las organizaciones internacionales y otras partes interesadas que, en última instancia, velarán por que se adopten todas las medidas necesarias.

Promoción de una alimentación apropiada de los lactantes y los niños pequeños

10. La *lactancia natural* es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. Como recomendación de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos.² A partir de ese momento, a fin de satisfacer sus requisitos nutricionales en evolución, los lactantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados e inocuos desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad, o más tarde. La lactancia natural exclusiva puede practicarse desde el nacimiento, salvo el caso de algunas afecciones médicas, y si se practica sin limitaciones, propicia una abundante producción de leche.
11. Aunque es un acto natural, la lactancia natural también es un comportamiento aprendido. Prácticamente todas las madres pueden amamantar siempre y cuando dispongan de información exacta, así como de apoyo dentro de sus familias y comunida-

¹ A efectos de la presente estrategia, las otras partes interesadas comprenden los organismos profesionales, las instituciones de formación, las empresas industriales y comerciales y sus asociaciones, las organizaciones no gubernamentales, oficialmente inscritas o no, las organizaciones religiosas y de beneficencia y las asociaciones de ciudadanos tales como las redes comunitarias de apoyo a la lactancia natural y los grupos de consumidores.

² Según se formula en las conclusiones y recomendaciones de la reunión consultiva de expertos (Ginebra, 28 a 30 de marzo de 2001) que ultimó el examen sistemático de la duración óptima de la lactancia materna exclusiva (véase el documento A54/INF.DOC./4). Véase también la resolución WHA54.2.

- des y del sistema de atención sanitaria. También deberían tener acceso a la asistencia práctica especializada, por ejemplo de agentes de salud cualificados, de asesores especializados y no especializados, y de consultores en lactancia acreditados, que aumenten la confianza de las madres, mejoren las técnicas de alimentación y prevengan o solucionen los problemas de amamantamiento.
12. Es posible ayudar a las mujeres que tienen un empleo remunerado para que sigan amamantando facilitándoles unas condiciones mínimas, por ejemplo una licencia de maternidad remunerada, arreglos de trabajo a tiempo parcial, guarderías en el lugar de trabajo, instalaciones para extraer y almacenar la leche materna y pausas para el amamantamiento (véase el párrafo 28).
 13. Los lactantes son particularmente vulnerables durante el periodo de transición en el que comienza la *alimentación complementaria*. Por lo tanto, para asegurarse de que se satisfacen sus necesidades nutricionales, los alimentos complementarios tienen que cumplir los requisitos siguientes:
 - han de ser *oportunos*, es decir, se deben introducir cuando las necesidades de energía y de nutrientes sobrepasan lo que puede proporcionarse mediante la lactancia natural exclusiva y frecuente;
 - han de ser *adecuados*, es decir, deben proporcionar energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño en crecimiento;
 - han de ser *inocuos*, es decir, se deben preparar y almacenar de forma higiénica y hay que darlos con las manos limpias y utilizando utensilios limpios, y no biberones y tetinas;
 - han de darse *de forma adecuada*, es decir, se deben dar atendiendo a las señales de apetito y de saciedad del niño, y la frecuencia de las comidas y el método de alimentación (alentar activamente al niño a que, incluso cuando está enfermo, consuma alimentos suficientes utilizando los dedos, una cuchara o alimentándose por sí mismo) deben ser adecuados para su edad.
 14. La alimentación complementaria adecuada depende de una *información* precisa y de un apoyo competente de la familia, la comunidad y el sistema de atención sanitaria. Con frecuencia, el conocimiento inadecuado de los alimentos y de las prácticas apropiadas de alimentación es un factor determinante de malnutrición más importante que la falta de alimentos. Además, es necesario diversificar los enfoques, para velar por que el acceso a los alimentos corresponda de forma adecuada a las necesidades energéticas y de nutrientes del crecimiento de los niños, por ejemplo haciendo uso de técnicas caseras y comunitarias para aumentar la densidad de nutrientes, la biodisponibilidad y el contenido de micronutrientes de los alimentos locales.
 15. Si se facilita a las madres de niños pequeños un asesoramiento nutricional que sea sólido y conforme a los valores culturales y en el que se recomiende la utilización más amplia posible de alimentos autóctonos, se contribuirá a que en el hogar se preparen y administren sin ningún peligro *alimentos locales*. El sector agropecuario tiene un papel particularmente importante que desempeñar en la producción, la accesibilidad y la asequibilidad de alimentos idóneos para la alimentación complementaria.
 16. Además, los *alimentos complementarios de bajo costo*, preparados con ingredientes localmente disponibles utilizando tecnologías apropiadas de producción en pequeña escala en la comunidad, pueden ayudar a satisfacer las necesidades nutricionales de lactantes de más edad y otros niños pequeños. Los *alimentos complementarios procesados industrialmente* también ofrecen una opción a algunas madres que tienen medios para comprarlos y conocimientos e instalaciones para prepararlos y administrarlos sin peligro. Los productos alimenticios elaborados para lactantes y niños pequeños, si están destinados a la venta u otra forma de distribución deben satisfacer las normas aplicables recomendadas por la Comisión Mixta FAO/ OMS del Codex Alimentarius y estar en conformidad con el Código Internacional Recomendado de Prácticas de Higiene para Alimentos para Lactantes y Niños.
 17. *Enriquecer los alimentos* o utilizar *suplementos de nutrientes*, universales o específicos también puede contribuir a que los lactantes y los niños pequeños reciban cantidades adecuadas de micronutrientes.
 18. La gran mayoría de las madres pueden y deberían amamantar a sus hijos, del mismo modo que la gran

Otras opciones de alimentación

mayoría de los lactantes pueden y deberían ser amamantados. Sólo en circunstancias excepcionales puede considerarse inadecuada para un lactante la leche de su madre. En esas escasas situaciones sanitarias en que los lactantes no pueden, o no deben, ser amamantados, la elección de la mejor alternativa – leche materna extraída de la propia madre del lactante, leche materna de una nodriza sana o de un banco de leche humana, o un sucedáneo de la leche materna ofrecido en una taza, que es un método más seguro que el biberón y la tetina – depende de cada circunstancia.

19. Sólo el personal de salud o, en caso necesario, otros trabajadores de la comunidad, podrán hacer demostraciones sobre la alimentación de los lactantes que no reciben leche materna con sucedáneos de ésta, por ejemplo una leche maternizada apropiada preparada de conformidad con las normas aplicables del Codex Alimentarius, o una leche maternizada preparada en el hogar con suplementos de micronutrientes. Dichas demostraciones deben dirigirse exclusivamente a las madres y otros miembros de la familia que necesiten utilizar esos sucedáneos; la información suministrada debe abarcar instrucciones adecuadas para la preparación apropiada y advertencias sobre los riesgos que pueden acarrear para la salud una preparación y una utilización incorrectas. Los lactantes no amamantados al pecho, por las razones que sea, deben recibir una atención especial del sistema de salud y bienestar social ya que constituyen un grupo de riesgo.

Alimentación en circunstancias excepcionalmente difíciles

20. Las familias que se encuentran en *situaciones difíciles* requieren una atención especial y un apoyo práctico para poder alimentar adecuadamente a sus hijos. En esos casos aumenta la probabilidad de que no sean amamantados, al igual que aumentan los peligros de la alimentación artificial y de la alimentación complementaria inadecuada. Siempre que sea posible, las madres y sus hijos deberían estar juntos y recibir el apoyo que necesitan para ejercer la opción de alimentación más adecuada según las circunstancias.
21. Los lactantes y los niños pequeños *malnutridos* se encuentran con más frecuencia en entornos donde mejorar la calidad y la cantidad de ingesta alimentaria resulta particularmente problemático. A fin de prevenir una recaída y de superar los efectos de la malnutrición crónica, esos niños precisan una atención suplementaria tanto durante el inicio de la fase de rehabilitación como a más largo plazo. Es posible que sea especialmente difícil conseguir alimentos complementarios o nutricionalmente adecuados e inocuos, o que esos niños necesiten complementos dietéticos. La lactancia natural continua y frecuente y, cuando sea necesario, la vuelta a la lactancia natural son medidas preventivas importantes, ya que el origen de la malnutrición a menudo radica en una práctica inadecuada de la lactancia natural o en su interrupción.
22. La proporción de lactantes con *insuficiencia ponderal al nacer* oscila entre el 6% y más del 28% en función del entorno. La mayoría nacen a término, o casi, y pueden mamar en la hora que sigue al nacimiento. La leche humana es particularmente importante para los lactantes prematuros y para la pequeña proporción de lactantes a término con muy bajo peso al nacer, pues corren más riesgo de contraer infecciones, padecer mala salud a largo plazo o de morir.
23. Los lactantes y los niños se cuentan entre las víctimas más vulnerables de las *situaciones de emergencia* naturales o provocadas por el hombre. La interrupción de la lactancia natural y la alimentación complementaria inadecuada acentúan el riesgo de malnutrición, enfermedad y mortalidad. La distribución incontrolada de sucedáneos de la leche materna, por ejemplo en entornos de refugiados, puede provocar un cese prematuro e innecesario de la lactancia natural. En el caso de la gran mayoría de los lactantes, habría que hacer hincapié en la protección, la promoción y el apoyo a la lactancia natural, y en el aseguramiento de una alimentación complementaria oportuna, inocua y apropiada. Siempre habrá un reducido número de lactantes que deberá ser alimentado con sucedáneos de la leche materna. En la reserva ordinaria de alimentos y medicinas tendrían que figurar sucedáneos adecuados, que se puedan obtener, distribuir y dar de forma inocua.

24. Se calcula que cada año nacen 1,6 millones de niños de *madres infectadas por el VIH*, principalmente en los países de bajos ingresos. Es necesario sopesar el riesgo absoluto de transmisión del VIH cuando se practica la lactancia natural durante más de un año – a escala mundial entre el 10% y el 20% – con el aumento del riesgo de morbilidad y mortalidad cuando no se amamanta a los lactantes. Todas las madres infectadas por el VIH deberían recibir asesoramiento, es decir, información general sobre la manera de satisfacer sus necesidades nutricionales y sobre los riesgos y las ventajas de las distintas opciones de alimentación, y una orientación específica para seleccionar la opción que probablemente mejor se adecue a su situación. Se necesita una *alimentación de sustitución* adecuada para los lactantes cuyas madres son VIH-positivas y prefieren no dar el pecho. Se necesita un sucedáneo adecuado de la leche materna, por ejemplo una preparación para lactantes elaborada de conformidad con las normas del Codex Alimentarius que correspondan, o una preparación casera con suplementos de micronutrientes. En algunos casos puede optarse por leche materna sometida a tratamiento térmico, o por la proporcionada por una madre donante VIH-negativa. Para reducir el riesgo de interferencia con la promoción de la lactancia natural para la gran mayoría, el recurso a sucedáneos de la leche materna para esos lactantes debería ser coherente con los principios y el fin del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna (véase el párrafo 19). En el caso de las madres VIH-negativas o que no se han hecho la prueba, la lactancia natural exclusiva sigue siendo la opción de alimentación recomendada (véase el párrafo 10).
25. Los niños que viven en *circunstancias especiales* también merecen una atención adicional, por ejemplo, los huérfanos y los niños en familias de acogida, así como los hijos de madres adolescentes, de madres con discapacidades físicas o mentales, con problemas de drogadicción o alcoholismo, o de madres que están en prisión o que forman parte de poblaciones desfavorecidas o marginadas de alguna otra forma.

Mejoramiento de las prácticas de alimentación

26. Las madres, los padres y otros dispensadores de atención deberían tener acceso a *información* objetiva, coherente y completa acerca de las prácticas apropiadas de alimentación, libre de toda influencia comercial. En particular, deben estar informados acerca del periodo recomendado de lactancia natural exclusiva y continua; el momento de introducción de los alimentos complementarios; qué tipos de alimentos tienen que utilizar, en qué cantidad y con qué frecuencia; y cómo darlos de forma inocua.
27. Las madres deberían tener acceso a un *apoyo especializado* que les ayude a iniciar y mantener prácticas apropiadas de alimentación, así como a prevenir dificultades y a superarlas cuando se presenten. Los agentes de salud informados están bien situados para proporcionar ese apoyo, que debería formar parte integrante no sólo de la atención prenatal, obstétrica y postnatal ordinaria, sino también de los servicios que se prestan a los lactantes sanos y los niños enfermos. A ese respecto, también deben desempeñar un papel importante las redes de base comunitaria que ofrecen apoyo entre madres y los consejeros con formación en lactancia natural que trabajan en los sistemas de atención de salud o que están estrechamente ligados a ellos. En lo que se refiere a los padres, las investigaciones muestran que la lactancia natural se ve favorecida por el apoyo y la compañía que proporcionan como sostén de la familia y dispensadores de atención.
28. Las madres también deberían poder seguir amamantando y cuidando a sus hijos al retomar su *empleo remunerado*, lo que se puede lograr aplicando medidas legislativas sobre protección de la maternidad y otras medidas conexas compatibles con el Convenio de la OIT sobre la protección de la maternidad, 2000, N° 183, y la Recomendación sobre la protección de la maternidad, 2000, N° 191. Todas las mujeres empleadas fuera del hogar deberían poder disponer de una licencia de maternidad, de guarderías y de pausas remuneradas para amamantar.
29. El seguimiento continuo de *investigaciones* clínicas y poblacionales y el estudio de los factores comportamentales son ingredientes esenciales para mejorar las prácticas de alimentación. Las esferas

clave comprenden la ultimación y la aplicación del nuevo patrón internacional de crecimiento, la prevención y el control de la malnutrición por micronutrientes, enfoques programáticos e intervenciones comunitarias encaminados a promover la lactancia materna y las prácticas de alimentación complementaria, así como a mejorar el estado de nutrición de las madres y los resultados del embarazo, e intervenciones para prevenir la transmisión del VIH de la madre al niño en relación con la alimentación del lactante.

Logro de los objetivos de la estrategia

30. Un primer paso para el logro de los objetivos de la estrategia es reafirmar la pertinencia (de hecho, la urgencia) de los cuatro objetivos operativos de la Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia natural:¹

- nombrar a un coordinador nacional sobre lactancia natural que cuente con la autoridad apropiada, y establecer un comité nacional multisectorial de lactancia natural integrado por representantes de los departamentos gubernamentales pertinentes, de organizaciones no gubernamentales y de asociaciones de profesionales de la salud;
- garantizar que todas las instituciones que proporcionen servicios de maternidad practiquen plenamente la totalidad de los *Diez pasos hacia una feliz lactancia natural* que aparecen en la declaración conjunta OMS/ UNICEF sobre lactancia natural y servicios de maternidad;
- tomar medidas para poner en práctica los principios y objetivos del Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud en su totalidad;
- aprobar leyes innovadoras que protejan los derechos de amamantamiento de las trabajadoras y establezcan medios para llevarlas a la práctica.

31. Muchos gobiernos han adoptado medidas importantes para alcanzar esos objetivos y, como consecuencia de ello, se ha avanzado mucho, en especial a través de la iniciativa «Hospitales amigos del niño» y de la adopción de medidas legislativas y de otra

índole en relación con la comercialización de los sucedáneos de la leche materna. No obstante, esos logros distan de ser uniformes y hay indicios de una debilitación del compromiso, por ejemplo, ante la pandemia del VIH/SIDA y el número y la gravedad de las situaciones de emergencia complejas que afectan a los lactantes y a los niños pequeños. Además, la Declaración de Innocenti se centra únicamente en la lactancia natural. Por consiguiente, se precisan objetivos adicionales que sean reflejo de un enfoque integral para satisfacer los requisitos de atención y alimentación durante los tres primeros años de vida a través de una amplia gama de medidas interrelacionadas.

32. A la vista de las pruebas científicas acumuladas y de la experiencia en materia de políticas y programas, ha llegado el momento de que los gobiernos, con el apoyo de las organizaciones internacionales y otras partes interesadas:

- se replanteen la mejor forma de asegurar la alimentación apropiada de los lactantes y los niños pequeños y renueven su compromiso colectivo de hacer frente a ese desafío;
- creen órganos nacionales de base amplia que dirijan la aplicación de esta estrategia como respuesta nacional multisectorial coordinada de todas las partes interesadas ante los múltiples desafíos que plantea la alimentación de los lactantes y los niños pequeños;² y
- establezcan un sistema de vigilancia regular de las prácticas de alimentación, y evalúen las tendencias (utilizando datos desagregados por sexos) y las consecuencias de las intervenciones.

33. Teniendo presentes estas consideraciones, una prioridad de la estrategia mundial para todos los

¹ Reunidos en Florencia (Italia) en junio de 1990, los responsables de política de distintos gobiernos de más de 30 países adoptaron la Declaración de Innocenti. En 1991, la 44ª Asamblea Mundial de la Salud acogió con beneplácito la Declaración de Innocenti como “base para las políticas y actividades internacionales de salud” y pidió al Director General que vigilase los logros de sus objetivos (resolución WHA44.33).

² De conformidad con el primer objetivo de la Declaración de Innocenti, más de 100 países ya han nombrado un coordinador nacional sobre lactancia materna y han establecido un comité nacional multisectorial. Estas disposiciones podrían constituir la base para la creación del nuevo órgano que aquí se reclama.

gobiernos es el logro de los siguientes objetivos operativos adicionales:¹

- elaborar, aplicar, supervisar y evaluar una política integral sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño en el contexto de las políticas y los programas nacionales relativos a la nutrición, los niños y la salud reproductiva, y la reducción de la pobreza;
- velar por que el sector de la salud y otros sectores conexos protejan, fomenten y apoyen la lactancia natural exclusiva durante seis meses y la continuación de la lactancia natural hasta que el niño tenga dos años de edad o más, al mismo tiempo que dan acceso a las mujeres al apoyo que necesitan – en la familia, la comunidad y el lugar de trabajo – para alcanzar este objetivo;
- fomentar una alimentación complementaria oportuna, adecuada, inocua y apropiada sin interrupción de la lactancia natural;
- proporcionar asesoramiento sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño en circunstancias excepcionalmente difíciles, y sobre el apoyo conexo que necesitan las madres, las familias y otros dispensadores de atención;
- estudiar qué nuevas leyes u otras medidas se necesitan, como parte de una política integral sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño, y poner en práctica los principios y el fin del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud.

Aplicación de medidas de alta prioridad

34. Una política nacional integral, basada en la evaluación minuciosa de las necesidades, debería fomentar un entorno en el que se protejan, se fomenten y se apoyen unas prácticas apropiadas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Para que una política de alimentación sea eficaz y coherente con las actividades de promoción de la seguridad

¹ Los gobiernos deberán fijar una fecha realista para el logro de los objetivos de la estrategia mundial y definir indicadores cuantificables para evaluar los progresos realizados a este respecto.

alimentaria de todas las familias, se precisan las siguientes intervenciones fundamentales:

Para la protección

- adoptar y supervisar la aplicación de una política de derechos de maternidad, compatible con la Convención y la Recomendación de la OIT sobre la protección de la maternidad, a fin de facilitar la lactancia natural a las mujeres con empleos remunerados, incluidas las que, según las normas, ejerzan formas atípicas de trabajo dependiente, por ejemplo, a tiempo parcial, doméstico o intermitente;
- velar por que los alimentos complementarios preparados se comercialicen para su uso a una edad adecuada y por que sean inocuos, aceptables culturalmente, asequibles y nutricionalmente adecuados, de acuerdo con las normas pertinentes del Codex Alimentarius;
- aplicar y supervisar las medidas vigentes para poner en práctica el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud y, según convenga, reforzarlas o adoptar nuevas medidas;

Para la promoción

- velar por que quienes se ocupan de la comunicación con el público general, en particular los máximos responsables de la educación y de los medios de información, proporcionen información precisa y completa acerca de las prácticas apropiadas de alimentación del lactante y del niño pequeño, teniendo en cuenta las circunstancias sociales, culturales y medioambientales imperantes;

Para el apoyo a través del sistema de atención de salud

- proporcionar asesoramiento y ayuda especializados para la alimentación del lactante y del niño pequeño, por ejemplo en consultorios infantiles, durante sesiones de inmunización, y en servicios de consulta internos y externos para niños enfermos, servicios de nutrición y servicios de salud reproductiva y de maternidad;

-
- velar por que las prácticas y procedimientos habituales de los hospitales sigan siendo propicios a la iniciación y el establecimiento satisfactorios de la lactancia natural mediante la aplicación de la iniciativa «Hospitales amigos del niño», vigilar y reevaluar las instalaciones que ya han sido designadas, y ampliar la iniciativa para que abarque los dispensarios, los centros de salud y los hospitales pediátricos;
 - aumentar el acceso a la asistencia prenatal y a la educación sobre la lactancia natural, así como a las prácticas obstétricas que favorezcan la lactancia natural y a un seguimiento de la atención que contribuya a la continuación de la lactancia natural;
 - promover una buena nutrición de las mujeres embarazadas y lactantes;
 - hacer de la vigilancia del crecimiento y el desarrollo de los lactantes y los niños pequeños una intervención de nutrición rutinaria, prestando particular atención a los niños con insuficiencia ponderal al nacer y a los niños enfermos, así como a los que son hijos de madres VIH positivas, y velar por que las madres y las familias reciban un asesoramiento apropiado;
 - orientar acerca de la alimentación complementaria apropiada, haciendo hincapié en el uso de alimentos idóneos disponibles a nivel local que se preparen y administren de forma inocua;
 - promover una ingesta adecuada de nutrientes esenciales mediante el acceso a alimentos locales idóneos – incluidos los enriquecidos – y, de ser necesario, a suplementos de micronutrientes;
 - permitir que las madres permanezcan con sus hijos hospitalizados, para asegurar la continuidad de la lactancia natural y que se les proporcione una alimentación complementaria adecuada, y, de ser posible, permitir que los niños que lactan se queden con sus madres hospitalizadas;
 - asegurar la alimentación terapéutica eficaz de los niños enfermos y malnutridos, incluida la prestación de apoyo profesional sobre lactancia natural cuando sea preciso;
 - formar a los agentes de salud que se ocupan de madres, niños y familias con relación a:
 - las aptitudes de asesoramiento y asistencia necesarios para la lactancia natural, la alimentación complementaria, el VIH y la alimentación de lactantes y, si es necesario, la alimentación con un sucedáneo de la leche materna,
 - la alimentación en caso de enfermedad,
 - las responsabilidades de los agentes de salud derivadas del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna;
- revisar y reformar los planes de estudio previos a la incorporación al servicio de todos los agentes de salud, nutricionistas y personal paramédico para que puedan proporcionar información y asesoramiento apropiados acerca de la alimentación del lactante y del niño pequeño, para uso de familias y de quienes trabajan en el campo de la nutrición del lactante y del niño pequeño;
- Para el apoyo en la comunidad**
- promover el desarrollo de redes de apoyo de base comunitaria con miras a asegurar la alimentación apropiada del lactante y del niño pequeño, por ejemplo mediante grupos de apoyo entre madres y de asesores especializados y no especializados, con los que las madres se pueden poner en contacto a su salida del hospital o la clínica;
 - velar por que las redes de apoyo de base comunitaria no sólo sean acogidas favorablemente dentro del sistema de atención de salud, sino también por que participen activamente en la planificación y la prestación de servicios;
- Para el apoyo de la alimentación del lactante y del niño pequeño en circunstancias excepcionalmente difíciles**
- velar por que los agentes de salud dispongan de información precisa y actualizada acerca de las políticas y las prácticas relativas a la alimentación del lactante, y de que tengan los conocimientos y las capacidades específicos requeridos para prestar apoyo a los dispensadores de atención y a los niños en todos los aspectos de la

alimentación del lactante y del niño pequeño en circunstancias excepcionalmente difíciles;

- crear condiciones que faciliten la lactancia natural exclusiva proporcionando, por ejemplo, una asistencia de maternidad adecuada, raciones alimentarias adicionales y agua potable para mujeres embarazadas y lactantes, y poniendo a disposición personal capacitado para aconsejar acerca de la lactancia natural;
- velar por que se seleccionen y administren alimentos complementarios idóneos, preferiblemente disponibles a nivel local, que correspondan a la edad y las necesidades nutricionales del lactante y del niño pequeño;
- buscar activamente a lactantes y niños pequeños malnutridos, para que se pueda identificar y tratar su situación, se los pueda alimentar adecuadamente y se pueda prestar apoyo a quienes se ocupan de ellos;
- proporcionar orientación para identificar a los lactantes que deben ser alimentados con sucedáneos de la leche materna, velar por que se proporcione un sucedáneo adecuado y por que éste se utilice de forma inocua durante todo el periodo en que los lactantes en cuestión lo necesiten, y prevenir cualquier «efecto mimético» de la alimentación artificial en la población general;
- velar por que las mujeres VIH-positivas tengan acceso al asesoramiento de agentes de salud con conocimientos y experiencia en todos los aspectos de la lactancia natural y la alimentación de sustitución;
- adaptar la iniciativa «Hospitales amigos del niño», teniendo en cuenta el VIH/SIDA y asegurando que las personas encargadas de la preparación para las emergencias estén bien formadas para apoyar prácticas apropiadas de alimentación que sean coherentes con los principios universales de la iniciativa;
- velar por que cuando haya que recurrir a sucedáneos de la leche materna por razones sociales o médicas, por ejemplo en el caso de los huérfanos o de las madres VIH-positivas, esos sucedáneos se proporcionen durante todo el periodo en que los lactantes los necesiten.

Obligaciones y responsabilidades

35. Los gobiernos, las organizaciones internacionales y otras partes interesadas comparten la responsabilidad de garantizar el cumplimiento del derecho de los niños a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr, y el derecho de las mujeres a una información completa y sin sesgos, así como a una atención de salud y una nutrición adecuada. Todas las partes deberían reconocer y asumir sus responsabilidades en el mejoramiento de la alimentación del lactante y del niño pequeño y en la movilización de los recursos necesarios. Todas las partes deberían colaborar para que se alcancen plenamente el fin y los objetivos de la estrategia, incluso mediante alianzas y vínculos de asociación innovadores plenamente transparentes y compatibles con los principios aceptados para prevenir conflictos de intereses.

Gobiernos

36. La obligación principal de los gobiernos es formular, aplicar, supervisar y evaluar una *política nacional* integral sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño. Para que esa política tenga éxito, además del compromiso político al más alto nivel se requiere una coordinación nacional eficaz, que asegure la colaboración plena de todos los organismos públicos, las organizaciones internacionales y otras partes interesadas. A tal efecto es necesario recabar y evaluar de forma continua la información relativa a las políticas y prácticas de alimentación. Los gobiernos regionales y locales también tienen un papel importante que desempeñar en la aplicación de esta estrategia.
37. Esta política integral tiene que acompañarse de un *plan de acción* detallado, donde figuren metas y objetivos definidos, un calendario para su logro, la distribución de responsabilidades para la aplicación del plan, e indicadores cuantificables para su supervisión y evaluación. Con ese fin, cuando sea preciso los gobiernos deberían recabar la cooperación de las organizaciones internacionales que corresponda y de otros organismos, inclusive las instituciones mundiales y regionales de préstamo. El plan debería ser compatible con las demás actividades concebidas para contribuir a una nutrición óptima del lactante y del niño pequeño, y formar parte integrante de esas actividades.

38. Será preciso identificar y asignar los *recursos* adecuados – humanos, financieros y de organización – para garantizar la aplicación satisfactoria y oportuna del plan. A este respecto, revestirán una importancia particular el diálogo constructivo y la colaboración activa con grupos apropiados que trabajan para la protección, la promoción y el apoyo de las prácticas idóneas de alimentación. Otro componente crucial es el apoyo a las investigaciones epidemiológicas y operativas.

Otras partes interesadas

39. La determinación de responsabilidades específicas dentro de la sociedad – funciones cruciales que se complementan y se refuerzan mutuamente – para la protección, la promoción y el apoyo de las prácticas apropiadas de alimentación constituye una novedad. Los grupos que desempeñan una función importante en la promoción de los derechos de las mujeres y los niños y en la creación, en nombre de ellas, de un entorno propicio pueden trabajar por separado, juntos y con los gobiernos y las organizaciones internacionales para mejorar la situación ayudando a suprimir las barreras culturales y materiales a las prácticas apropiadas de alimentación del lactante y del niño pequeño.

Entidades sanitarias profesionales

40. Las entidades sanitarias profesionales, a saber, las facultades de medicina, las escuelas de salud pública, las instituciones públicas y privadas de formación de agentes de salud (incluidas las parteras, enfermeras, nutricionistas y dietistas) y las asociaciones profesionales, deberían asumir las siguientes responsabilidades principales para con sus estudiantes o miembros:

- certeza de que en la educación básica y la formación de todos los agentes de salud se incluye la fisiología de la lactancia, la lactancia natural exclusiva y continuada, la alimentación complementaria, la alimentación en circunstancias difíciles, la satisfacción de las necesidades nutricionales de los lactantes que deben ser alimentados con sucedáneos de la leche materna, y el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las medidas legislativas y de otra índole que se hayan adoptado para poner en práctica dicho Código

y las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud;

- adiestramiento en la prestación de apoyo especializado a la lactancia natural exclusiva y continuada, y una alimentación complementaria apropiada en la totalidad de los servicios de neonatología, pediatría, salud reproductiva, nutrición y salud comunitaria;
- fomento del logro y el mantenimiento de la condición de «amigos de los niños» en los hospitales, las salas y los dispensarios de maternidad, de acuerdo con los «Diez pasos hacia una feliz lactancia natural»¹ y el principio de no aceptar suministros gratuitos o a bajo costo de sucedáneos de la leche materna, biberones y tetinas;
- asunción plena de las responsabilidades derivadas del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y de las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud, así como de las medidas nacionales adoptadas para poner ambos en práctica;
- fomento de la creación y el reconocimiento de grupos de apoyo comunitarios y remisión de las madres hacia esos grupos.

Organizaciones no gubernamentales, incluidas los grupos de apoyo comunitarios

41. Entre los fines y objetivos de una amplia variedad de organizaciones no gubernamentales que actúan a nivel local, nacional e internacional figuran la promoción de los alimentos adecuados y la satisfacción de las necesidades de nutrición de los niños pequeños y de sus familias. Entre otras, las organizaciones religiosas y de beneficencia, las asociaciones de consumidores, los grupos de apoyo entre madres, los clubes para familias, y las cooperativas de atención al niño tienen múltiples posibilidades de contribuir a la aplicación de esta estrategia, por ejemplo:

- proporcionando a sus miembros información precisa y actualizada sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño;

¹ Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Declaración conjunta OMS/UNICEF, Ginebra, OMS, 1989.

- integrando un apoyo especializado a la alimentación del lactante y del niño pequeño en las intervenciones comunitarias y asegurando la conexión eficaz con el sistema de atención de salud;
 - contribuyendo a la creación de comunidades y de puestos de trabajo amigos de las madres y de los hijos que de forma sistemática presten apoyo a la alimentación apropiada del lactante y del niño pequeño;
 - trabajando para lograr la plena aplicación de los principios y el fin del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y de las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud.
42. Los padres y otros dispensadores de atención son directamente responsables de la alimentación de los niños. Sin embargo, los padres, siempre interesados en disponer de información precisa para que sus decisiones en materia de alimentación sean correctas, están limitados por su entorno inmediato. Puesto que es posible que su contacto con el sistema de atención de salud sea poco frecuente durante los dos primeros años de vida de un niño, no es extraño que los dispensadores de atención estén más influidos por las posturas de la comunidad que por el asesoramiento de los agentes de salud.
43. Una serie de grupos oficiales y no oficiales, entre ellos las redes de apoyo a la lactancia natural y de atención al niño o los clubes y asociaciones religiosas, pueden ser asimismo fuente de información y de apoyo. El apoyo de base comunitaria, inclusive el que facilitan otras madres, los asesores en materia de lactancia natural profesionales y no profesionales, y los asesores en lactancia cualificados, pueden intervenir de forma eficaz para que las mujeres alimenten a sus hijos de forma apropiada. La mayoría de las comunidades tienen tradiciones de autoayuda que podrían fácilmente servir de base para la creación o la aplicación de sistemas de apoyo que ayuden a las familias a este respecto.

Empresas comerciales

44. Los fabricantes y los distribuidores de alimentos preparados industrialmente destinados a los lactantes y los niños pequeños también deben desempeñar una función constructiva en el logro del fin de esta estrategia. Tienen que velar por que los

productos alimentarios preparados para lactantes y niños pequeños cumplan, en el momento de la venta, con las normas aplicables del Codex Alimentarius y con el Código Internacional Recomendado de Prácticas de Higiene para Alimentos para Lactantes y Niños, de la Comisión del Codex Alimentarius. Además, corresponde a todos los fabricantes y distribuidores de productos dentro del ámbito de aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, incluidos los biberones y las tetinas, supervisar las prácticas de comercialización de acuerdo con los principios y el fin del Código. Deberían asegurarse de que su conducta es, a todos los niveles, conforme al Código, a las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud, y a las medidas nacionales adoptadas para ponerlos en práctica.

Los interlocutores sociales

45. Los *empleadores* deben garantizar el respeto de los derechos de maternidad de todas las empleadas remuneradas incluso mediante pausas para posibilitar la lactancia materna en el lugar de trabajo o mediante otros arreglos, por ejemplo ofreciendo la posibilidad de que la madre extraiga y almacene su leche para que un prestador de asistencia la administre luego al lactante, a fin de facilitar su alimentación con leche materna una vez terminada la licencia de maternidad de la asalariada. A los sindicatos les corresponde desempeñar una función directa en la defensa de los derechos de maternidad y la seguridad en el empleo de las mujeres en edad fecunda (véanse los párrafos 28 y 34).

Otros grupos

46. Las funciones de muchos otros componentes de la sociedad pueden influir en la promoción de unas buenas prácticas de alimentación. Esos componentes son:
- las **autoridades educativas**, que contribuyen a determinar las actitudes de los niños y los adolescentes con respecto a la alimentación del lactante y del niño pequeño (debería proporcionarse información precisa a través de las escuelas y de otros canales educativos a fin de promover una mayor sensibilidad y una imagen positiva);

- los **medios de comunicación**, que influyen en las posturas del público relativas a la crianza de los hijos, la atención a los niños y los productos en el ámbito de la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (su información sobre este tema y, lo cual es igualmente importante, la manera en que presentan la maternidad, la paternidad, la atención de los hijos, así como los productos debería ser exacta, actualizada, objetiva y conforme a los principios y la finalidad del Código);
- las **guarderías**, que permiten que las madres trabajadoras cuiden de sus bebés y niños pequeños, deberían apoyar y facilitar la lactancia natural continuada y la alimentación con leche materna.

Organizaciones internacionales

47. La alimentación del lactante y del niño pequeño debería ocupar un lugar destacado en el programa de acción mundial de salud pública de las organizaciones internacionales, incluidas las instituciones mundiales y regionales de préstamo, en reconocimiento de su gran importancia para el cumplimiento de los derechos de los niños y de las mujeres; deben promover el aumento de los recursos humanos, financieros e institucionales para la aplicación universal de esta estrategia y, en la medida de lo posible, deberían facilitar recursos adicionales con ese fin.
48. Entre las contribuciones específicas de las organizaciones internacionales para facilitar la labor de los gobiernos figuran las siguientes:

Elaboración de normas y criterios

- elaborar directrices basadas en pruebas científicas para facilitar el logro de los objetivos operativos de la estrategia;
 - prestar apoyo a las investigaciones epidemiológicas y operativas;
 - promover el uso sistemático de indicadores mundiales comunes para supervisar y evaluar las tendencias de alimentación de los niños;
 - elaborar nuevos indicadores, relativos, por ejemplo, a una alimentación complementaria adecuada;
 - mejorar la calidad y la disponibilidad de información mundial, regional y nacional desagregada por sexos;
- Apoyo a la creación de capacidad nacional*
- sensibilizar y formar a los encargados de elaborar políticas sanitarias y a los administradores sanitarios;
 - mejorar la competencia de los agentes de salud en apoyo de una alimentación óptima del lactante y del niño pequeño;
 - revisar la formación conexas previa a la incorporación al servicio de médicos, enfermeras, parteras, nutricionistas, dietistas, auxiliares de salud y otros grupos, según sea necesario;
 - planificar y supervisar la iniciativa «Hospitales amigos del niño» y ampliarla más allá del entorno de la asistencia de maternidad;
 - contribuir a que se garanticen recursos suficientes para este fin, especialmente en los países muy endeudados;
- Apoyo a la formulación y la promoción de políticas*
- prestar apoyo a las actividades de movilización social utilizando, por ejemplo, los medios de comunicación para promover unas prácticas apropiadas de alimentación del lactante y educar a los representantes de los medios de comunicación;
 - promover la ratificación de la Convención de la OIT sobre la protección de la maternidad 2000, N° 183 y la aplicación de la Recomendación 2000, N° 191, también en el caso de las mujeres con formas atípicas de trabajo dependiente;
 - instar a que se aplique el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y de las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud y proporcionar apoyo técnico conexo cuando se les solicite;
 - velar por que en todas las normas y textos conexos del Codex Alimentarius relativos a los alimentos destinados a lactantes y niños pequeños se tenga plenamente en cuenta la política de la OMS referente a la comercialización y la distribución apropiadas, la edad recomendada

para el consumo, así como la preparación y la administración sin peligros, y compatibles con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y con las posteriores resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud;

- velar por que el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las posteriores resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud se tengan plenamente en cuenta en las políticas y negociaciones comerciales;
- respaldar investigaciones sobre las prácticas de comercialización y el Código Internacional.

Conclusión

49. La presente estrategia describe las intervenciones esenciales para proteger, promover y apoyar la alimentación apropiada del lactante y del niño pequeño. Se centra en la importancia de invertir en este ámbito fundamental a fin de velar por que los niños desarrollen su pleno potencial, libres de las consecuencias adversas de un estado de nutrición comprometido y de enfermedades prevenibles. Se concentra en las funciones de los principales asociados – los gobiernos, las organizaciones internacionales y otras partes interesadas – y asigna responsabilidades específicas a cada uno de ellos para garantizar que la suma de su acción colectiva contribuya al pleno logro del fin y los objetivos de la estrategia. La estrategia aprovecha enfoques existentes, ampliados cuando es necesario, y proporciona un contexto para vincular de forma sinérgica las contribuciones de múltiples sectores programáticos, incluidas la nutrición, la salud infantil y el desarrollo, y la salud materna y reproductiva. Ahora es preciso que la estrategia se traduzca en acciones concretas.

50. Existen datos convincentes de que los gobiernos de todo el mundo, con el apoyo de la comunidad internacional y de otras partes interesadas, se toman en serio sus compromisos de proteger y promover la salud y el bienestar nutricional de los lactantes, los niños pequeños y las mujeres embarazadas y lactantes.¹ Uno de los resultados duraderos y tangibles de la Conferencia Internacional sobre Nutrición, a saber, la Declaración Mundial sobre Nutrición, ofrece una visión desafiante de un mundo transformado. Al mismo tiempo, el Plan de Acción para la Nutrición traza una ruta verosímil para lograr dicha transformación.²

51. En el decenio transcurrido desde su adopción, 159 Estados Miembros (83%) han mostrado su determinación a actuar preparando o reforzando sus políticas y planes nacionales sobre nutrición. Más de la mitad (59%) han incluido estrategias específicas para mejorar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Este resultado alentador debe ser consolidado y ampliado para incluir a *todos* los Estados Miembros, aun cuando al mismo tiempo se revise y actualice para garantizar que tenga plenamente en cuenta el amplio programa actual de actividades. Sin embargo, no cabe duda de que se precisa mucho más para alcanzar el fin y los objetivos de esta estrategia y hacer frente a los obstáculos presentes y futuros relativos a la alimentación.

52. La estrategia mundial ofrece a los gobiernos y a los demás agentes principales de la sociedad una valiosa oportunidad y un instrumento práctico para volver a dedicarse, individual y colectivamente, a proteger, promover y apoyar una alimentación inocua y adecuada del lactante y del niño pequeño en todo el mundo.

¹ Documento A55/14.

² Declaración Mundial y Plan de Acción para la Nutrición. Conferencia Internacional FAO/OMS sobre Nutrición, Roma, 1992.

VIH y alimentación infantil: Marco estratégico para las acciones prioritarias¹

Alimentación infantil en el contexto de VIH/SIDA

Riesgo de infección por VIH en lactantes y niños pequeños

El número de niños infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) está en aumento, especialmente en los países más afectados por la epidemia. Para el año 2002, se estima que 3,2 millones de niños menores de 15 años vivían con VIH/SIDA, un total de 800.000 adquirieron la infección y 610.000 murieron (ONUSIDA/OMS, 2002).

La fuente más importante de infección por VIH entre niños pequeños es la transmisión vertical o materno-infantil. El virus puede ser transmitido durante el embarazo, antes y durante el parto, o a través de la lactancia (ONUSIDA, 2000). En una publicación reciente (Walker, Schwartlander y Bryce, 2002) se estimó que el VIH/SIDA era la causa de 7.7% de todas las muertes entre niños menores de cinco años en África subsahariana. En áreas donde la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas fue mayor de 35%, la contribución del VIH/SIDA a la mortalidad infantil fue hasta de 42%.

Las tasas de transmisión materno-infantil varían entre 14 y 25% en países en vías de desarrollo y entre 13 y 42% en otros países (Equipo de Trabajo Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre Transmisión Materno-infantil del VIH, 1995). Se estima que 5 a 20% de lactantes nacidos de mujeres VIH-positivas adquieren la infección a través de la lactancia materna, lo que explica las tasas totales de transmisión en estos países. Comparando datos de varios estudios, entre un tercio y la mitad de infecciones por VIH en lactantes y niños pequeños en África puede ser debida a la lactancia (De Cock y col. 2000)

La transmisión de VIH puede continuar en tanto el niño reciba leche materna (Miotti y col, 1999; Leroy y col, 1998; Read y col, 2002). Debido a la elevada carga viral poco después de la infección inicial, el riesgo de transmisión a través de la lactancia materna es casi el doble en mujeres recientemente infectadas en comparación con mujeres infectadas antes del embarazo o durante el mismo (Dunn y col, 1992).

Riesgos de salud para lactantes no amamantados

Los riesgos asociados con la falta de lactancia materna varían de acuerdo con el medio ambiente, por ejemplo con la disponibilidad de alimentos de sustitución adecuados y agua limpia. También varían según las circunstancias individuales de la madre y su familia, incluyendo educación y situación socioeconómica (Van Derslice, Popkin y Briscoe, 1994; Butz, Habicht y DaVanzo, 1984; OMS, 2000).

La falta de lactancia materna expone a los niños, especialmente en el primer año de vida, a un mayor riesgo de desnutrición y enfermedades infecciosas potencialmente letales (sin incluir el VIH), según lo demuestra un meta-análisis en el que se compararon los efectos de la falta total de lactancia materna con los de la lactancia en general (de tipo indefinido) (OMS, 2000). Además, la lactancia materna exclusiva parece ofrecer mayor protección contra enfermedades respecto a la lactancia en general (Victora y col, 1987). Esto es especialmente importante en los países en vías de desarrollo donde el 54% de muertes entre menores de cinco años está asociado con la desnutrición (Pelletier y col, 1993). En países con escasos recursos, la falta de lactancia durante los primeros 2 meses de vida también está asociada con un riesgo 6 veces mayor de muerte por enfermedades infecciosas. A los 6 meses este riesgo cae a 2.5 veces y continúa disminuyendo a medida que el niño crece (OMS, 2000).

Es muy probable que los hallazgos del meta-análisis subestimen los beneficios de la lactancia materna ex-

¹ OMS, UNICEF, FNUAP, ONUSIDA, Banco Mundial, ACNUR, PMA, FAO, OIEA. VIH y Alimentación Infantil: Marco estratégico para las acciones prioritarias. Ginebra, 2003.

clusiva¹ en la reducción de la mortalidad. Además, si se toma en cuenta que la infección por VIH no fue considerada en este análisis, las conclusiones tienen ciertas limitaciones en su aplicación. Diversos estudios en África, donde las tasas de mortalidad y los patrones de lactancia son diferentes, fueron excluidos dado el número insuficiente de lactantes no amamantados.

Riesgos para la salud de las madres

Las madres que no amamantan o han suspendido la lactancia precozmente tienen mayor probabilidad de un nuevo embarazo en poco tiempo, lo cual tiene consecuencias para su salud y la de sus niños.

Un estudio reciente (Nduati y col, 2001) se refirió al tema específico de si la lactancia afecta la salud de madres VIH-positivas. La OMS revisó la evidencia y concluyó que *“los nuevos resultados no son suficiente motivo para cambiar las normas actuales sobre lactancia materna, ni sobre la alimentación infantil por mujeres VIH-positivas”*. Sin embargo, estos resultados *“enfatan la necesidad de dar apoyo apropiado a las madres VIH-positivas y proporcionan una razón adicional para que las mujeres sepan si están o no infectadas con VIH”* (Declaración de la OMS, 2001)

Recomendaciones actuales

De acuerdo a las recomendaciones actuales de las Naciones Unidas (OMS, 2001) los lactantes deberían recibir lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida para alcanzar un óptimo crecimiento, desarrollo y salud. Después de esa edad, los lactantes deberían recibir alimentos complementarios nutricionalmente adecuados y seguros, y continuar con la lactancia materna hasta los 24 meses o más allá de esa edad. Sin embargo, dada la necesidad de reducir el riesgo de transmisión de VIH a los lactantes en tanto que se minimiza el riesgo de otras causas de morbilidad y mortalidad, las pautas establecen que *“cuando la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura, se recomienda que todas las madres VIH-positivas eviten la lactancia natural. De no ser así, se recomienda lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida”* y su interrupción en cuanto sea factible.² Para ayudar a las madres VIH-positivas a elegir la mejor opción, se les debe dar consejería que incluya información tanto sobre los riesgos como los beneficios

de las diversas opciones de alimentación infantil teniendo en cuenta una evaluación de las condiciones locales. Asimismo, deben recibir orientación para que seleccionen la opción más apropiada en su situación particular. Estas madres además deben tener acceso a cuidados y apoyo de seguimiento, incluyendo planificación familiar y apoyo nutricional.

Para cada mujer, individualmente, el equilibrar riesgos y beneficios es una tarea compleja pero necesaria. Además de proporcionar consejería en opciones de alimentación infantil a madres VIH-positivas, se debe realizar esfuerzos para asegurar percepciones y actitudes positivas hacia la lactancia materna en la población general. Asimismo, se debe evitar que las madres que desconocen su estado serológico o que son VIH-negativas hagan uso innecesario de sucedáneos de la leche materna. Estas madres deberían ser estimuladas y apoyadas a dar lactancia materna exclusiva por seis meses y continuar la lactancia con alimentación complementaria hasta los 24 meses, dado que ésta es la mejor práctica para asegurar su salud y la de sus niños. A través de este enfoque combinado, debería ser posible alcanzar la meta de incrementar la supervivencia infantil en tanto se reduce la infección por VIH entre lactantes y niños pequeños.

Marco Estratégico en el contexto normativo internacional

En mayo del año 2002, durante la Sesión Especial en favor de la Infancia de las Naciones Unidas (UNGASS), los gobiernos se comprometieron a reducir la mortalidad infantil y la de menores de cinco años al menos en un tercio durante la década de 2001 a 2010, y en dos tercios hasta 2015. Los gobiernos declararon además que tomarían acciones acordes con la UNGASS sobre VIH/SIDA llevada a cabo en junio 2001, en la que se planteó reducir la proporción de población infantil infectada con VIH en 20% hasta 2005 y en 50% hasta 2010. Para lograr estas metas, la estrategia de las Naciones Unidas para prevenir la transmisión del VIH a mujeres y sus niños incluye cuatro áreas:

¹ Lactancia materna exclusiva significa lactancia materna y ningún otro alimento o líquido, ni siquiera agua, con la excepción de gotas o jarabes de suplementos vitamínicos o minerales, o medicamentos.

² Esto normalmente implicaría las mismas condiciones que para la alimentación de sustitución desde el nacimiento, esto es: aceptable, factible, asequible, sostenible y segura.

- 1) Prevención de la infección por VIH en general, especialmente entre mujeres jóvenes y mujeres embarazadas;
- 2) Prevención de embarazos no deseados entre mujeres VIH-positivas;
- 3) Prevención de la transmisión de VIH, de madres seropositivas a sus niños; y
- 4) Provisión de cuidado, tratamiento y apoyo a mujeres VIH-positivas, sus niños y sus familias.

La prevención de la transmisión del VIH a través de la lactancia materna forma parte de las áreas 3 y 4, y debe ser tomada en cuenta al tiempo que se evita un retroceso en la promoción de la alimentación adecuada para todos los lactantes y niños pequeños. La Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño fue aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo 2002 (OMS, 2002) y por el UNICEF en septiembre 2002. Los objetivos operativos de esta estrategia incluyen: asegurar que la lactancia materna exclusiva por seis meses sea protegida, promovida y apoyada, con lactancia continuada hasta los dos años o más; promover la alimentación complementaria oportuna, adecuada, inocua y dada en forma adecuada; y proporcionar orientación sobre la alimentación de lactantes y de niños pequeños en circunstancias excepcionalmente difíciles, por ejemplo para niños de madres infectadas por el VIH, en situaciones de emergencia y para niños de bajo peso al nacer.

Este marco estratégico ha sido desarrollado considerando las metas y estrategias de este contexto normativo integrado. Éstas se sustentan en las bases científicas reflejadas en varias consultas y documentos técnicos, particularmente una consulta técnica inter-agencial conducida en octubre de 2000 (OMS, 2001). Además, existe cada vez mas experiencia práctica de programas y proyectos nacionales en una gran variedad de países que sirve como guía para las acciones prioritarias descritas más abajo.

El tema del VIH y la alimentación infantil es complejo, y existen todavía brechas significativas en el conocimiento. Por ejemplo, aún no se sabe si la profilaxis antirretrovírica al lactante durante el período de amamantamiento, o el tratamiento antirretrovírico a la madre que amamanta son seguros y efectivos para reducir la transmisión de VIH. La identificación y aplicación de prácticas adecuadas requiere de un enfoque integral

en el contexto de una estrategia amplia, tal como se describe arriba. Además, requerirá de un ambiente de apoyo donde la alimentación adecuada del lactante y del niño pequeño es la norma y donde existen esfuerzos para encarar temas más amplios como el de la seguridad alimentaria para familias afectadas por el VIH. Aún en lugares donde se protege, promueve y apoya la lactancia materna para la población en general, las madres VIH-positivas seguirán necesitando atención especial, de manera que sean empoderadas para seleccionar y mantener la mejor opción de alimentación infantil.

Propósito y audiencia objetivo

El objetivo de este marco estratégico es recomendar a los gobiernos las acciones cruciales, relacionadas a la alimentación del lactante y del niño pequeño, que cubren las circunstancias especiales asociadas con el VIH/SIDA. El propósito es crear y mantener un ambiente que estimule las prácticas alimentarias adecuadas para todos los lactantes, mientras se expanden rápidamente las intervenciones destinadas a reducir la transmisión del VIH.

Los beneficiarios de este marco estratégico incluyen los decisores de normas nacionales, los gerentes de programas, los órganos consultivos regionales, las autoridades de salud pública, el personal de las Naciones Unidas, los grupos profesionales, las organizaciones no gubernamentales y otros socios interesados, incluyendo la comunidad. Este marco se ha desarrollado en respuesta al conocimiento en continua evolución sobre este tema y a la solicitud de esclarecimiento por parte de los sectores involucrados.

Áreas prioritarias para los gobiernos

Con relación a las circunstancias especiales creadas por el VIH/SIDA, se propone cinco áreas prioritarias para los gobiernos nacionales, en el contexto de la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño.

1. **Desarrollar o revisar (según se requiera) una norma nacional integral sobre alimentación del lactante y del niño pequeño, que incluya VIH y alimentación infantil.**

Acciones requeridas:

- Elaborar un borrador o revisar las normas existentes para reflejar el conocimiento actual en cuanto a prácticas adecuadas de alimentación del lactante y del niño pequeño en general, así como lo específicamente relacionado al VIH. La norma debería apoyarse en estudios cualitativos nacionales para determinar el grado de adecuación local de diferentes opciones de alimentación.
 - Construir consenso entre los diferentes socios en cuanto a las normas de alimentación del lactante y del niño pequeño en lo referido al VIH.
 - Revisar otras normas relevantes, tales como las de los programas nacionales relativos al VIH/SIDA, la nutrición, atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, la maternidad segura, la prevención de transmisión materno-infantil del VIH/SIDA, y la alimentación en situaciones de emergencia; y asegurar que sean coherentes con la norma general sobre alimentación del lactante y del niño pequeño.
 - Organizar el trabajo intersectorial para reforzar la seguridad alimentaria y nutricional en los hogares, de modo que las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño no estén en peligro debido a la escasez de alimentos o a la desnutrición de las madres.
 - Informar a otros sectores acerca de la norma, por ejemplo el Ministerio de Trabajo que es responsable de los derechos laborales de maternidad para mujeres embarazadas y lactantes.
 - Desarrollar mecanismos que ayuden a aplicar la norma.
2. **Aplicar y hacer cumplir el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud.**

Acciones requeridas:

- Aplicar las medidas existentes que hayan sido adoptadas para dar efecto al Código y, cuando sea apropiado, fortalecer y adoptar nuevas medidas.
- Monitorear la aplicación del Código.
- Asegurar que la respuesta a la pandemia por el VIH no incluya la introducción de donaciones reñidas con

el Código o la promoción de sucedáneos de la leche materna.

- Establecer sistemas apropiados de adquisición y distribución de sucedáneos de la leche materna, de acuerdo a las provisiones del Código y las resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud, en aquellos países que han decidido proporcionar alimentación de sustitución para los hijos de madres VIH-positivas que hayan recibido consejería y para las que esta opción sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (ya sea desde el nacimiento o luego de la interrupción temprana).
3. Intensificar los esfuerzos para proteger, promover y apoyar prácticas adecuadas de alimentación del lactante y del niño pequeño en general, reconociendo que el VIH es una de varias circunstancias excepcionalmente difíciles.

Acciones requeridas:

- Aumentar la prioridad y atención a los temas referidos a la alimentación del lactante y del niño pequeño durante la planificación nacional, tanto del sector salud como de otros sectores.
- Desarrollar y aplicar guías orientadoras sobre alimentación del lactante y del niño pequeño, incluyendo la alimentación en circunstancias excepcionalmente difíciles, por ejemplo para lactantes con bajo peso al nacer, en situaciones de emergencia y para hijos de mujeres infectadas con el VIH.
- Facilitar la coordinación en temas de alimentación del lactante y del niño pequeño cuando se ejecutan programas nacionales sobre VIH/SIDA, atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, maternidad segura y otros.
- Construir las capacidades en el sector salud de los decisores, gerentes, trabajadores y, de acuerdo a las circunstancias, consejeros pares, consejeros comunitarios y grupos de apoyo para promover la prevención primaria del VIH, la nutrición apropiada de mujeres embarazadas y lactantes, la lactancia materna y alimentación complementaria, y para tratar el tema del VIH y la alimentación infantil.
- Revitalizar y expandir rápidamente la cobertura de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) y extender esta iniciativa más allá de los hospitales, incluyendo el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia y tomando medidas para que la expansión

de actividades de prevención de la transmisión del VIH a lactantes y niños pequeños vaya de la mano con la promoción de los principios de la Iniciativa.

- Asegurar la aplicación coherente de las recomendaciones sobre el VIH y la alimentación del lactante en situaciones de emergencia, reconociendo que el riesgo ambiental asociado con la alimentación de sustitución puede incrementarse en estas circunstancias.
 - Consultar con las comunidades y desarrollar la capacidad comunitaria para la aceptación, promoción y apoyo de prácticas adecuadas de alimentación del lactante y del niño pequeño.
 - Apoyar el mejoramiento de la atención prenatal para todas las mujeres embarazadas.
 - Proporcionar orientación a otros sectores en cuanto a legislación y medidas nacionales relacionadas.
- 4. Proporcionar apoyo adecuado a mujeres VIH-positivas para permitirles elegir la mejor opción de alimentación infantil para ellas y sus niños, y aplicar con éxito la decisión que hubiesen tomado.**

Acciones requeridas:

- Expandir el acceso a la atención prenatal de calidad y la demanda de esta atención, para las mujeres que en la actualidad no utilizan dichos servicios.
- Expandir el acceso a la prueba y consejería para VIH y la demanda de este servicio, antes y durante el embarazo y la lactancia, a fin de que las mujeres y sus parejas conozcan su estado de VIH, sepan cómo prevenir el VIH y las infecciones de transmisión sexual y sean apoyadas en aquellas decisiones relacionadas a sus comportamientos y la salud de sus niños.
- Implementar otras medidas tendientes a prevenir la infección por VIH en lactantes y niños pequeños, incluyendo la provisión de antirretrovíricos durante el embarazo, antes y durante el parto y/o al lactante, así como prácticas más seguras de atención del parto.
- Apoyar la orientación de gerentes de salud y el mejoramiento de las capacidades y la educación de pregrado para los consejeros (incluyendo consejeros comunitarios) y para el personal de salud. Los aspectos a tratar son la consejería en lactancia, la prevención primaria del VIH así como la consejería en alimentación infantil en el contexto del VIH, incluyendo la necesidad de respetar y apoyar las decisio-

nes de las madres en cuanto a la alimentación de sus bebés.

- Mejorar el seguimiento, la supervisión y el apoyo a los trabajadores de salud para mantener sus habilidades y la calidad de la consejería y para prevenir el “desgaste”.
 - Integrar la consejería y apoyo adecuados en VIH y alimentación infantil en servicios de salud maternoinfantil, y simplificar la consejería para que se pueda comprender mejor y sea más factible aumentar la cobertura.
 - Llevar a cabo investigaciones formativas relevantes, y desarrollar y aplicar una estrategia integral de comunicación respecto a las prácticas adecuadas de alimentación del lactante y del niño pequeño en el contexto del VIH.
 - Desarrollar la capacidad comunitaria para ayudar a las madres VIH-positivas a llevar adelante sus decisiones en alimentación infantil, incluyendo el involucrar grupos de apoyo capacitados, consejeros comunitarios y otros voluntarios, e involucrar a los miembros de la familia, especialmente a los padres.
 - Promover intervenciones para reducir el estigma y aumentar el grado de aceptación hacia las mujeres VIH-positivas y los métodos alternativos de alimentación infantil.
- 5. Apoyar la investigación en el área del VIH y la alimentación infantil, incluyendo investigación operativa, documentación de lecciones aprendidas, monitoreo y evaluación a todo nivel, y la diseminación de los resultados.**

Acciones requeridas:

- Llevar a cabo estudios cualitativos para evaluar las opciones locales de alimentación infantil (incluyendo su aceptabilidad, factibilidad, asequibilidad, sostenibilidad y seguridad) que deberían dar el sustento a las normas, las guías y la construcción de capacidades.
- Llevar a cabo evaluaciones de los programas relacionados con el VIH y la alimentación infantil, las prácticas de alimentación infantil y los resultados en cuanto a la salud de madres y niños.
- Diseminar los resultados de investigaciones, pautas técnicas y recomendaciones conexas, y revisar los programas y pautas nacionales en respuesta a los co-

nocimientos actualizados, así como a las experiencias programáticas y los resultados que se obtengan de ellas. .

Papel de las agencias de Naciones Unidas

Las agencias que han contribuido a la elaboración de este marco estratégico se comprometen a:

- Abogar por las acciones prioritarias arriba descritas con órganos consultivos mundiales y regionales y con gobiernos nacionales. Las agencias de Naciones Unidas diseminarán este marco estratégico a través de sus oficinas mundiales, regionales y nacionales, así como de los grupos temáticos en VIH/SIDA, estimulando respuestas que estén de acuerdo con la orientación de este marco.
- Convocar consultas técnicas y proporcionar a los gobiernos y otros socios la orientación técnica, la información sobre “buenas prácticas”, los lineamientos y las herramientas relacionadas con el VIH y alimentación infantil.
- Ayudar a los países a movilizar recursos para llevar a cabo acciones prioritarias.
- Apoyar la construcción de las capacidades relativas al VIH y la alimentación infantil entre decisores, gerentes, trabajadores en salud y consejeros.

Desafíos adicionales

El desafío general es mejorar la alimentación de todos los lactantes y niños pequeños, independientemente de la situación de sus madres con respecto al VIH. Es muy difícil lograr una diferencia en un ambiente donde imperan la pobreza, la inseguridad alimentaria, desnutrición materna e infantil y las enfermedades.

La manera óptima de alimentar a un niño cuya madre es VIH-positiva es un tema complejo. Continúan desarrollándose las pruebas científicas de las normas y es posible que no tengamos respuestas para algunas preguntas clave en muchos meses o incluso años. En este contexto, uno de los mayores desafíos respecto al VIH y la alimentación infantil es comunicar de manera clara las pruebas científicas y la experiencia de terreno, conforme aparezcan, a los decisores, trabajadores de salud y consejeros. Al mismo tiempo se debe asegurar el consenso entre expertos técnicos y ejecutores de programas sobre cómo seguir avanzando en el tema.

De manera simultánea, se pide a los gobiernos y agencias internacionales que respondan a las necesidades de movilizarse rápidamente en las acciones prioritarias, a pesar de lo limitado de los recursos. Es posible que existan dificultades para la implementación de estas acciones debido a la necesidad de reforzar de manera importante los sistemas sanitario y social. Sin embargo, esto no debe ser motivo para dejar de ejecutar las acciones aquí descritas.

Conclusión

El promover mejores prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño entre todas las mujeres, independientemente de su situación con respecto al VIH, resulta en beneficios sustanciales para los individuos, las familias y la sociedad. El poner en práctica las acciones prioritarias descritas en este marco estratégico contribuirá a alcanzar las metas gubernamentales de reducir la mortalidad infantil y la transmisión del VIH, mientras que se realza el apoyo a la lactancia materna en la población general, promoviendo el alcanzar otras metas relacionadas a la salud infantil.

Si bien las investigaciones futuras proporcionarán información más detallada sobre riesgos relativos y maneras de reducir aun más la transmisión del VIH a través de la lactancia, se requiere una acción inmediata. El conocimiento sobre los riesgos generales es adecuado y las respuestas programáticas son apropiadas para apoyar a las madres VIH-positivas y sus niños con relación a la alimentación infantil. Esto es suficiente para acelerar las acciones que se necesitan para responder con una expansión rápida usando este marco estratégico.

Referencias

- Butz WP, Habicht JP, Da Vanz J. Environmental factors in the relations between breastfeeding and infant mortality: The role of sanitation and water in Malaysia. *Am J Epidemiol* 1984; 119(4): 516–25.
- De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, y col. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries – Translating research into policy and practice. *JAMA* 2000; 283: 1175–82.
- Dunn DT, Newell ML, Ades AE, y col. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *Lancet* 1992; 340: 585–8.

Leroy V, Newell ML, Dabis F, y col. International multi-centre pooled analysis of late postnatal mother-to-child transmission of HIV-1 infection. *Lancet* 1998; 352:597-600.

Miotti PG, Taha TE, Kumwenda NI, y col. HIV transmission through breastfeeding – a study in Malawi. *JAMA* 1999; 281:744-9.

Nduati R, Richardson BA, John G, y col. Effect of breastfeeding on mortality among HIV-1 infected women: a randomised trial. *Lancet* 2001; 357: 1651-5.

OMS. Nuevos datos sobre la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y sus implicaciones normativas. Conclusiones y recomendaciones. Reunión de consulta técnica de la OMS en nombre del Equipo de Trabajo Interinstitucional FNUAP/UNICEF/OMS/ONUSIDA sobre Transmisión Materno-infantil del VIH. Ginebra, 11-13 de octubre de 2000.

ONUSIDA/OMS. Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA, Diciembre de 2002. Pelletier DL, Frongillo Jr EA, Habicht J-P. Epidemiologic evidence for a potentiating effect of malnutrition on child mortality. *Am J Public Health* 1993; 83: 1130-33.

Read JA, Newell ML, Dabis F, y col. Breastfeeding and late postnatal transmission of HIV-1: an individual patient data meta-analysis. Resumen TuOrB1177, 14ª Conferencia Internacional sobre SIDA, Barcelona, España, Julio 2002.

UNAIDS. Technical update: mother-to-child transmission of HIV, 2000.

VanDerslice J, Popkin B, Briscoe J. Drinking-water quality, sanitation, and breastfeeding: Their interactive effects on infant health. *Bull WHO* 1994; 72(4): 589-601.

Victora CG, Vaughan JP, Lombardi C, y col. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987; vol.1, 319-322.

Walker N, Schwartlander B, Bryce J. Meeting international goals in child survival and HIV/AIDS. *Lancet* 2002; 360: 284-9.

WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: A pooled analysis. *Lancet* 2000; 355: 451-5.

WHO Statement. Effect of breastfeeding on mortality among HIV-infected women 2001.

Working Group on Mother-to-Child Transmission of HIV. Rates of mother-to-child transmission of HIV-1 in Africa, America and Europe: results from 13 perinatal studies. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1993; 8: 506-10.

Opciones de alimentación infantil para mujeres VIH-positivas

LA ALIMENTACIÓN DE SUSTITUCIÓN DEL NACIMIENTO HASTA LOS SEIS MESES

Una alimentación sustitutiva adecuada necesita apoyo durante los primeros seis meses de vida, pero el apoyo también es necesario a través de todo el periodo para el cual se recomienda la leche materna y durante el cual el niño está en mayor riesgo de desnutrición: es decir, hasta los dos años de vida. Desde el nacimiento hasta los seis meses de edad, la dieta debe consistir sólo de leche de sustitución de algún tipo – es decir, nada más.

La alimentación sustitutiva que usa una mujer que es VIH-positiva nunca debe resultar en alimentación mixta – es decir, lactancia materna al mismo tiempo que se dan otros tipos de leche o alimentos a un niño menor de los seis meses de edad – ya que se perderá el beneficio de evitar la transmisión a través de la lactancia.

Las opciones para la alimentación sustitutiva hasta los seis meses son leche artificial comercial y leche animal modificada en el hogar.

■ Leche artificial comercial

La leche artificial comercial está:

- regulada para alcanzar las especificaciones nutricionales para la alimentación infantil durante los primeros meses de vida (según el Codex Alimentarius)
- a menudo fortificada con micronutrientes, incluyendo hierro
- generalmente basada en leche de vaca modificada, pero también se dispone de otros tipos
- exenta de células del sistema inmune presentes en la leche materna, las cuales protegen contra enfermedades infecciosas
- generalmente disponible en polvo para ser reconstituida con agua hervida.

La alimentación de un lactante por seis meses con leche artificial comercial requiere 20 kg de dicha preparación en polvo. (Después de los seis meses, un lactante necesita aproximadamente 16 kg hasta el año, si se continúa administrando leche artificial además de alimentos complementarios.)

Experiencia con leche artificial comercial hasta la fecha

- En países donde los gobiernos han proporcionado leche artificial gratuita junto con programas para prevenir la infección con el VIH en lactantes y niños pequeños, la aceptación y adherencia ha variado. En algunos lugares la aceptación parece ser alta, pero no se han documentado las prácticas de alimentación actuales en el hogar.
- Ofrecer leche artificial gratuitamente a mujeres VIH-positivas ha causado preocupación sobre temas relacionados al subjetivismo y equidad en la consejería: hay datos que sugieren que la consejería por trabajadores de salud es sesgada a favor de la alimentación con leche artificial en lugares donde la leche artificial es ofrecida en forma gratuita. Generalmente no hay apoyo nutricional o económico equivalente disponible para mujeres VIH-positivas que eligen otras opciones de alimentación sustitutiva.
- Generalmente no se ha medido el efecto en la salud del lactante y niño en programas que proponen la leche artificial comercial como una opción de alimentación.
- Algunos programas que inicialmente ofrecieron leche artificial durante los primeros seis meses han revisado sus guías para proporcionarla durante un año, basados en la experiencia.
- La leche artificial comercial es normalmente administrada a los niños en biberón, a pesar de las recomendaciones de utilizar tazas como una manera alternativa segura de alimentación.

■ Leche animal modificada en el hogar

Leche animal fresca

- Los lactantes pueden ser alimentados con leche de vaca, cabra, búfalo, u oveja, siempre y cuando sean modificadas adecuadamente. Con respecto a su composición, estas leches son diferentes entre sí y diferentes de la leche materna.
- La composición de la leche animal es adecuada especialmente para el crecimiento y desarrollo de las crías correspondientes, no de lactantes humanos. Las modificaciones esenciales para su consumo por lactantes menores de seis meses incluye aumentar el contenido líquido con agua hervida (para reducir la concentración osmótica); aumentar el contenido de energía con azúcar; mejorar la capacidad de digestión de la proteína hirviendo la leche después de su preparación (aun para lactantes hasta el año); y proveer jarabes o polvos de micronutrientes (ver el Anexo 10). Las consecuencias de no seguir este consejo incluyen diarrea, desnutrición y anemia severa.
- Es difícil alcanzar una nutrición adecuada con leche animal modificada en el hogar, aun con la adición de micronutrientes, cuando es administrada durante todo el periodo de los primeros seis meses.
- La disponibilidad es a menudo altamente variable con la estación.
- La leche fresca vendida a través de canales informales puede estar previamente diluida con cantidades desconocidas de agua que algunas veces no es segura.

Leche en polvo entera y leche evaporada

- Estos productos pueden ser modificados de la misma manera que la leche fresca de animales.
- Los requisitos de micronutrientes y azúcar son similares.

La alimentación de un lactante durante los primeros seis meses de vida con leche animal modificada requiere un promedio de 92 litros de leche animal fresca o en polvo preparada (500 ml al día). (Después de los primeros seis meses hasta el primer año, un lactante necesitaría aproximadamente la misma cantidad o un poco más cada día, 500-600 ml, además de alimentos complementarios.)

Experiencia hasta la fecha con leche animal modificada

- La leche animal modificada en el hogar ha sido recomendada en lugares donde la leche animal está ampliamente disponible.
- No hay información sobre sus efectos en la salud.
- Existe poca información sobre los tipos de suplementos de micronutrientes que se recomienda usar con esta opción o sobre su disponibilidad, o si son administrados sistemáticamente.
- La documentación del uso de leche animal sugiere que ésta es raramente modificada o suplementada de forma adecuada o precisa.

Los detalles sobre cómo preparar la mezcla se dan en otras publicaciones (ver el Anexo 1).

■ Alimentos de sustitución inadecuados

Un lactante alimentado con los siguientes alimentos como alimentos de sustitución podría sufrir de deficiencias de micronutrientes y energía y problemas de salud ulteriores.

Leche animal sin modificar

- La leche animal sin modificar no debe ser utilizada antes de los primeros seis meses de vida por lo menos, edad en que el niño estará comiendo y tomando otros alimentos y líquidos.
- Hasta los 12 meses, la leche animal y cualquier agua añadida debe ser hervida, sin importar su fuente.
- Cuando la leche animal es utilizada como leche de sustitución después de los seis meses, también se recomiendan micronutrientes adicionales, ya que a menudo los alimentos complementarios disponibles no proveen todos los micronutrientes necesarios.

Leche descremada y leche condensada, jugos de frutas, agua azucarada y papillas de cereal diluidas

- Estos nunca deben ser utilizados como alimentos de sustitución.
- Si una madre dice que estos son los únicos alimentos de sustitución disponibles para ella, entonces la alimentación sustitutiva no es una opción recomendable.

■ Aspectos que deben ser considerados por los tomadores de decisiones sobre la alimentación de sustitución

- La preparación incorrecta o el almacenamiento inseguro de alimentos de sustitución puede resultar en un aumento en la diarrea y la desnutrición de lactantes y niños pequeños.
- Si se proporciona leche artificial comercial gratuitamente o a precios subsidiados, los tomadores de decisiones deberían:
 - ejecutar lo dispuesto en el Código Internacional (ver la sección 4.1)
 - adoptar el Código y asegurar su cumplimiento
 - asegurar que los trabajadores de salud tengan acceso rápido a pautas nacionales o locales para la entrega y demostración sobre la preparación de leche artificial
 - ser claros en temas de sostenibilidad y otros (ver la sección 4.4), incluyendo la alimentación infantil apenas deje de ofrecerse leche artificial gratuita
- En lugares donde la modificación de leche animal es una opción, los servicios de salud deberían asegurar la entrega y distribución adecuada de micronutrientes (Anexo 10) y azúcar, o ver que estos estén disponibles a nivel local y que sean utilizados
- Solamente proporcionar leche artificial gratuita no garantiza la alimentación exclusiva con leche artificial. El estigma asociado con no dar el pecho puede resultar en la alimentación mixta si los trabajadores de salud o consejeros no apoyan a las madres y si no se ha tomado acción para desarrollar una comunicación con el público o la capacidad de la comunidad para el apoyo
- Los trabajadores de salud necesitan ser lo suficientemente competentes en la consejería del VIH y la alimentación infantil para evitar la subjetividad al dar consejería y deben tener el tiempo y las habilidades para hacer seguimiento a la madre y al lactante y reducir los riesgos sociales de la elección de la madre
- Los proveedores de la atención de salud y consejeros necesitan capacitación y tiempo para enseñar a las madres VIH-positivas cómo preparar los alimentos de sustitución y para hacerles seguimiento de forma regular

- Las mujeres que practican la alimentación sustitutiva deben tener acceso fácil a servicios de planificación familiar, si así lo desean
- Se ha reportado contaminación de leche artificial en polvo con *Enterobacter sakazakii* en algunos países industrializados y un subcomité del Codex Alimentarius está considerando las repercusiones.

LA LACTANCIA MATERNA DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS SEIS MESES

■ La lactancia materna exclusiva

- Cuando la alimentación de sustitución no es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura, se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida y debe ser descontinuada tan pronto como estas condiciones existan, tomando en cuenta las circunstancias locales, la situación individual de cada mujer, la edad y disposición del niño y los riesgos de la alimentación sustitutiva.
- La lactancia materna exclusiva aporta todos los requerimientos nutricionales de un bebé durante los primeros seis meses de vida.
- La cantidad de leche que una madre produce está determinada por su práctica de lactancia (es decir, cuán seguido da el pecho) y no por el tamaño de sus mamas o por su estado nutricional.
- Mundialmente, cerca del 35% de lactantes son amamantados exclusivamente durante los primeros meses de vida, pero las tasas de lactancia materna exclusiva pueden aumentar de manera espectacular con la promoción, protección y apoyo a la lactancia, incluyendo consejería individual y estrategias de comunicación.
- Las tasas de afecciones del pecho, es decir, ingurgitación mamaria, mastitis y trauma a los pezones, los cuales son factores de riesgo para la transmisión del VIH a través de la lactancia, pueden ser reducidas de forma significativa con consejería y apoyo a la lactancia y buenas prácticas de lactancia
- El monitoreo y promoción del crecimiento pueden demostrar un crecimiento adecuado y calmar las dudas de algunas madres sobre la producción de leche (suficiente o no) para alimentar a sus lactantes.

■ Peligros de la alimentación mixta

- La lactancia exclusiva es mejor para el lactante y para la madre que la alimentación mixta. La alimentación mixta siempre debe ser evitada porque:
 - Conlleva riesgos de transmisión del VIH y de morbilidad y mortalidad por diarrea y otras enfermedades
 - Existen algunas pruebas que indican que puede conllevar un riesgo más elevado de transmisión del VIH que la lactancia exclusiva
- La alimentación mixta puede ser difícil de evitar durante la transición entre lactancia materna exclusiva y alimentación sustitutiva
- Las mujeres VIH-positivas que no interrumpen la lactancia de forma segura, aun a los seis meses o poco después, necesitarán apoyo para que la lactancia y la alimentación complementaria sean lo más seguras posible, incluyendo información sobre el mantenimiento de la salud de sus pechos y búsqueda de atención precoz en caso de desarrollar problemas mamarios.

■ Interrupción temprana de la lactancia

- Las madres VIH-positivas que eligen amamantar deben discontinuar la lactancia tan pronto como los alimentos de sustitución sean aceptables, factibles, asequibles, sostenibles y seguros para ellas y sus lactantes, dadas las circunstancias locales, la situación individual de cada mujer y los riesgos de la alimentación sustitutiva para la edad del lactante.
- No hay pruebas que indiquen un momento específico para la interrupción de la lactancia materna dentro de los primeros meses, que sirvan de guía para las normas y pautas nacionales y no debe especificarse ninguna recomendación general para todas las madres. Sin embargo, debido a que la lactancia materna exclusiva no se recomienda normalmente para lactantes mayores de los seis meses, la interrupción temprana es apropiada a esta edad o antes.
- La interrupción temprana también es recomendable si una mujer VIH-positiva desarrolla síntomas del SIDA o, si se cuenta con pruebas de laboratorio, cuando su recuento de células CD4+ o carga viral indican que tiene más riesgo de transmitir infección.

■ Transición de la lactancia materna exclusiva a la alimentación de sustitución

- La experiencia preliminar indica que las madres pueden interrumpir la lactancia en un periodo entre 2 o 3 días y 2 o 3 semanas con consejería y apoyo.
- La interrupción temprana conlleva riesgos para la madre y para el lactante: la madre puede desarrollar mastitis y abscesos mamarios, y el lactante puede desarrollar angustia, inquietud, pérdida de apetito y diarrea. La familia y la comunidad pueden poner objeciones.
- Mientras menor sea el lactante, más difícil será la interrupción temprana, especialmente antes de los seis meses. Aún no se conocen las repercusiones de esta práctica en la transmisión del VIH y la supervivencia infantil.
- Una transición segura depende de la disponibilidad de una dieta nutricionalmente adecuada como una alternativa a la lactancia.

Para algunos lactantes, el riesgo de desnutrición y otros tipos de morbilidad al excluir la leche materna puede ser mayor que el riesgo de transmisión del VIH a través de la lactancia continua, aun después de los seis meses.

■ Aspectos que deben ser considerados por los tomadores de decisiones sobre la lactancia materna

- Las madres VIH-positivas que amamantan necesitan pautas específicas y apoyo en dos periodos de tiempo: durante los primeros meses, para dar lactancia materna exclusiva de la forma más segura posible; y cuando interrumpen la lactancia, para evitar consecuencias nutricionales y psicológicas dañinas, para mantener la salud de las mamas y para evitar un embarazo no deseado. (Ver el Cuadro 6, sobre el valor de la lactancia, para información sobre sus efectos de espaciar embarazos).
- Los trabajadores de salud y consejeros deben recibir capacitación y tener tiempo para proporcionar dichas pautas y apoyo.

ALIMENTACIÓN CON LECHE MATERNA

Nodrizas

- El uso de nodrizas es tradicional en algunas culturas
- Conlleva el riesgo de transmisión del VIH al lactante si la nodriza está infectada con el VIH
- El monitoreo del estado de infección con el VIH de la nodriza puede ser difícil
- Una probable nodriza debe hacerse la prueba del VIH y recibir consejería de manera voluntaria; debe mantener sus pechos saludables; y si es sexualmente activa, debe practicar una forma de sexo seguro
- El lactante y la nodriza necesitarán estar en contacto continuo para facilitar las buenas prácticas de lactancia
- Existe un riesgo teórico pero indocumentado sobre el riesgo para la nodriza si el lactante ya está infectado con el VIH.

Experiencia hasta la fecha con el uso de nodrizas

- No hay ninguna experiencia documentada sobre el uso de nodrizas en este contexto.

■ Extracción y tratamiento con calor de la leche materna

- La leche materna puede ser extraída manualmente o con un sacaleches
- Pasteurizar o hacer hervir la leche materna mata el VIH, pero también daña las células protectoras y puede alterar enzimas y afectar algunas vitaminas
- Se requiere de mucha motivación para alimentar lactantes de esta manera por un periodo largo
- Se recomienda la leche materna extraída y tratada al calor como una ayuda en la transición entre la lactancia materna y la alimentación sustitutiva y para lactantes con bajo peso al nacer que tienen mayor riesgo si reciben alimentación artificial
- Las prácticas de higiene son esenciales en el manejo de la leche materna extraída para evitar enfermedades diarreicas.

Experiencia hasta la fecha con leche materna extraída y tratada al calor

- Varias mujeres cuando son separadas de sus bebés por periodos cortos utilizan la leche extraída que no está tratada con calor, pero existe poca documentación sobre mujeres VIH-positivas que utilicen esta opción durante la transición o exclusivamente por varios meses,
- En la investigación informativa con mujeres VIH-positivas que amamantan conducida en varios entornos, algunas mujeres han expresado interés o deseo de considerar esta opción, especialmente para lactantes mayores de seis meses cuando no hay otra fuente de leche.

■ Bancos de leche materna

- Los bancos de leche humana pueden ser muy útiles para bebés enfermos o con bajo peso al nacer.

Experiencia hasta la fecha con bancos de leche humana

- La experiencia con bancos de leche humana en América Latina, especialmente en Brasil y en Sudáfrica, ha sido positiva, aunque limitada con relación a la infección con el VIH.

Aspectos que deben ser considerados por los tomadores de decisiones sobre las opciones de alimentación con leche materna

- Los proveedores de atención de la salud y consejeros deberían tener tiempo y destrezas para dar a las madres la información adecuada, demostrar técnicas cuando sea necesario y hacer seguimiento a las madres y sus lactantes
- Nodrizas
 - Debería disponerse fácilmente de pruebas del VIH y de consejería para mujeres que deseen ser nodrizas
 - En áreas con alta prevalencia del VIH, las mujeres deberían recibir consejería sobre los peligros del uso casual de nodrizas sin hacerse pruebas del VIH
- Bancos de leche materna
 - Antes de considerar esta opción, los bancos de leche humana deben estar en funcionamiento de

acuerdo a patrones reconocidos, incluyendo el tratamiento térmico de la leche donada y las pruebas de tamizaje del VIH a las donantes

- En lugares donde existen bancos de leche humana, se deben proveer los recursos adecuados para hacer frente al posible aumento de la demanda de leche materna con relación al VIH.

LA ALIMENTACIÓN DE LOS SEIS MESES A LOS DOS AÑOS

- Todos los niños necesitan alimentos complementarios adecuados a partir de los seis meses de edad.
- Los lactantes y niños pequeños no amamantados desde los seis meses de edad deberían idealmente continuar recibiendo un sucedáneo de la leche materna adecuado así como alimentos complementarios elaborados a partir de alimentos de la familia ricos en nutrientes y adecuadamente preparados.
- Los principios generales de alimentación complementaria son los mismos para niños que reciben una fuente de leche como leche artificial comercial o leche animal, que para niños que son amamantados.
- Cuando la leche es parte de la dieta, los alimentos complementarios son necesarios 2–3 veces al día a los 6–8 meses de edad y 3–4 veces al día desde los 9 meses hasta los 24 meses de edad, junto con meriendas nutricionales ofrecidas una o dos veces al día.
- En lugares donde no se dispone de un sucedáneo de la leche materna adecuado después de los seis meses, los alimentos sustitutivos deben ser alimentos familiares preparados apropiadamente y enriquecidos, dados más frecuentemente.

- Deben incluirse otros productos lácteos, por ejemplo leche animal hervida o yogur como una fuente de proteína y calcio; deben administrarse otros alimentos de origen animal, por ejemplo huevos, carne, hígado y pescado como fuentes de hierro y cinc y frutas y verduras para proveer vitaminas, especialmente vitaminas A y C.
- Se necesitan suplementos de micronutrientes, especialmente hierro, en concordancia con las pautas de la OMS o del país.

■ Aspectos que deben ser considerados por los tomadores de decisiones sobre la alimentación de sustitución y la alimentación complementaria desde los seis meses de edad

- Si no hay un sucedáneo de la leche materna adecuado disponible después de interrumpir la lactancia y los alimentos disponibles como alimentos complementarios no son adecuados, el niño estará en un riesgo severo de desnutrición.
- Los proveedores de atención de la salud y los consejeros necesitan tiempo y capacitación para ayudar a las madres que eligen alimentos sustitutivos y complementarios adecuados, así como para practicar la alimentación interactiva
- Los servicios de salud deben asegurar una entrega y distribución adecuada de micronutrientes, o asegurar que estos estén disponibles a nivel local.

ANEXO 6

Norma nacional sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño

Este anexo contiene el esquema y algunos extractos de la Norma Nacional sobre la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño de la República de Botswana, producida por el Ministerio de Salud en octubre del 2002. Este texto ha sido reproducido con el permiso de las autoridades pertinentes. El documento entero puede ser pedido al Ministerio de Salud, Gaborone, Botswana.

Prefacio

Antecedentes y fundamento

- 1.8 Es en el contexto de los antecedentes mencionados que se recomienda la norma sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño. La norma deberá,
 - 1.8.1 Llevar a cabo medidas integrales que tomen conocimiento de todos los temas relacionados a la alimentación del lactante y del niño pequeño, normas existentes, programas y esfuerzos para contribuir a la reducción de desnutrición, enfermedades y mortalidad de lactantes y niños pequeños y revisen los esfuerzos para proteger, apoyar y promover la alimentación óptima del lactante y del niño pequeño.
 - 1.8.2 Ser un marco estratégico para revisiones y actualizaciones de nuevos conocimientos según los retos prevalentes, oportunidades y nuevas Convenciones y Recomendaciones Internacionales.
 - 1.8.3 Ayudar a encaminar el apoyo especial necesario para los diferentes grupos objetivo de la niñez – aquellos en situaciones relacionadas al VIH, en circunstancias difíciles y la población general, para asegurar que ningún niño se quede sin recibir dicho apoyo.

- 1.8.4 Guiar inversiones de recursos articulando áreas de mayor preocupación y definiendo el papel de las diferentes partes interesadas, resultando en una entrega y eficiencia mejoradas.
- 1.8.5 Mejorar los resultados de salud que tienen efectos duraderos en los niños, incluyendo mejor desempeño en el colegio y en el trabajo; y costos hospitalarios reducidos para la sociedad debido a la reducción del riesgo de enfermedades.
- 1.8.6 La norma propuesta tiene un alto factor de éxito debido a que Botswana tiene una buena infraestructura y un buen sistema de salud establecido.¹

Metas y objetivos de la norma

- **Meta**

La Norma Nacional sobre la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño de la República de Botswana, propone proteger, respetar y cumplir con los derechos del niño, mediante la protección, promoción y el apoyo de la alimentación óptima del lactante y del niño pequeño; y contribuir a la reducción de la desnutrición, la morbilidad y la mortalidad infantil, así como asegurar un desarrollo saludable.

- **Extensión**

- **Principios de la norma**

- **Objetivos**

Declaración de la norma

Esta norma será conocida como la “Norma Nacional sobre la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño de Botswana, 2002” y reafirma su compromiso con las Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, incluyendo la resolución WHA54.2 del 2001, la cual recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis

¹ N. del T. El Ingreso Nacional Bruto per capita en Botswana, según el Estado Mundial de la Infancia 2003 (UNICEF, 2003) fue de 3630 dólares americanos.

meses como una medida de salud pública, la WHA55.25, 2002, la cual vuelve a comprometer a los gobiernos con la protección, promoción y apoyo a la alimentación óptima del lactante y del niño pequeño; y a las guías de OMS/UNICEF/ONUSIDA sobre el VIH y la alimentación infantil (1998); e incorpora la situación de Botswana, reflejando los compromisos del gobierno.

- Alimentación óptima para el lactante y el niño pequeño para la población general
- Alimentación óptima para el lactante y el niño pequeño en relación con decisiones acerca del VIH/SIDA
- Alimentación óptima para el lactante y el niño pequeño en circunstancias difíciles

Estrategias para la aplicación de la norma

Las estrategias específicas para varios sectores deberán asegurar que:

- Las consideraciones Legales, de Política de Género y Culturales sean hechas por todos los interesados mediante la reforma de reglamentos nacionales, costumbres y valores socio-culturales y económicos para asegurar mejores condiciones y posición social para las mujeres y los niños ya que afectan la atención y nutrición de la familia, especialmente del lactante y del niño pequeño.
- Se fortalezcan la Abogacía y Movilización Social para la alimentación del lactante y del niño pequeño, y otros temas relacionados, para que sean abordados como parte de los mandatos o del trabajo de otros ministerios, ONG, organizaciones comunitarias, grupos de liderazgo políticos y tradicionales, los diferentes medios de comunicación, instituciones de aprendizaje y el sector privado pertinente.
- Las estrategias de información, educación y comunicación sean desarrolladas o reforzadas y tengan como objetivo proporcionar información técnica apropiada, correcta y actualizada sobre la alimentación óptima del lactante y del niño pequeño.

- Exista una estrategia de desarrollo de las capacidades, ya sea de índole organizativo, gerencial o técnica, que mejore la eficacia y efectividad al nivel nacional, distrital y comunitario para la aplicación de esta norma y otras normas y programas relacionados.
- Se desarrollen y realcen los servicios de consejería y apoyo dentro de los programas existentes y se den nuevos enfoques para tratar el estigma acerca del VIH y SIDA que afecta las decisiones de las madres en cuanto a la alimentación óptima del lactante y del niño pequeño.
- Un programa eficiente de monitoreo y evaluación sea parte integral de cualquier intervención sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño para proporcionar los datos necesarios para apoyar la planificación y la programación.
- Se facilite y realce la coordinación para asegurar la participación eficaz de todas las partes interesadas clave, haga uso máximo de los recursos, ofrezca pautas, establezca patrones de logros, sea sensible a la igualdad y equidad de género y enlace de forma eficaz otras normas y programas existentes.

Aplicación y coordinación

- Aplicación y coordinación
- Norma, monitoreo, evaluación y revisión
- Efecto sobre los recursos

Respuesta nacional

Anexo Uno: Términos de Referencia y Membresía al Consejo de Alimentos y Nutrición Propuesto

Anexo Dos: Definición de Términos

Anexo Tres: Grupo de Trabajo para la Elaboración de la Norma

ANEXO 7

Costo de la leche artificial en diferentes países

Costo de la leche artificial en abril 2003, basado en figuras reportadas por oficinas de países de UNICEF y ONG's

País	Costo de leche artificial (leche artificial comercial más barata)	Costo de 12 meses de leche artificial (40kg/año)	INN*/capita (del SOWC** 2003)	Costo total como % del INN/capita***	Costo como % del sueldo mínimo urbano (donde es conocido)
Argentina	\$4.05/800g	203	6960	3	8.5
China	\$2.0/400g	200	890	22	
Ecuador	\$3.06/450g	272	1240	22	
Filipinas	\$5.43/kg	217	1040	21	
India	\$2.92/kg	117	460	25	
Nicaragua	\$3.6/400g	360	420	86	86
Nigeria	\$3.5/450g	311	290	107	112
Pakistán	\$2.62/400g	262	420	62	
Tailandia	\$2.2/350g	251	1970	13	17
Vietnam	\$1.8/400g	180	410	44	39
Zimbabwe	\$1.25/400g	125	480	26	

* INN = ingreso neto nacional

** INN/capita obtenido del Estado de los Niños del Mundo 2003 (SOWC, por sus siglas en inglés), los costos de leche artificial reflejan las tasas de cambio del 2002/2003.

*** Sin incluir combustible, agua, o cuidado de salud.

ANEXO 8

Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna¹

Introducción

Los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud

Afirmando el derecho de todo niño y de toda mujer embarazada y lactante a una alimentación adecuada como medio de lograr y de conservar la salud;

Reconociendo que la salud del lactante es tan sólo un aspecto de problemas más amplios planteados por la falta de educación, la pobreza y la injusticia social;

Reconociendo que la salud del lactante y del niño pequeño no puede aislarse de la salud y de la nutrición de la mujer, de sus condiciones socioeconómicas y de su función como madre;

Conscientes de que la lactancia natural es un medio inigualado de proporcionar el alimento ideal para el sano crecimiento y desarrollo de los lactantes, de que dicho medio constituye una base biológica y emocional única tanto para la salud de la madre como para la del niño, de que las propiedades antiinfecciosas de la leche materna contribuyen a proteger a los lactantes contra las enfermedades y de que hay una relación importante entre la lactancia natural y el espaciamiento de los embarazos;

Reconociendo que el fomento y la protección de la lactancia natural son elementos importantes de las medidas de salud y de nutrición, así como de las demás medidas de índole social necesarias para favorecer el sano crecimiento y desarrollo del lactante y el niño pequeño, y que la lactancia natural es un aspecto importante de la atención primaria de salud;

Considerando que, cuando las madres no amamantan o sólo lo hacen parcialmente, existe un mercado legítimo de preparaciones para lactantes y de ingredientes

adecuados que entran en su composición; que, en consecuencia, todos estos productos deben ponerse al alcance de cuantos los necesiten mediante sistemas comerciales y no comerciales de distribución; y que no deben comercializarse ni distribuirse por métodos que puedan obstaculizar la protección y la promoción de la lactancia natural.

Reconociendo además que las prácticas de alimentación inadecuadas son causa de malnutrición, morbilidad y mortalidad de los lactantes en todos los países y que las prácticas incorrectas en la comercialización de sucedáneos de la leche materna y productos afines pueden agravar esos importantes problemas de salud pública;

Persuadidos de que es importante que los lactantes reciban alimentación complementaria apropiada, por lo general a partir de los 4 a los 6 meses, y de que ha de hacerse todo lo posible por utilizar alimentos disponibles localmente; y convencidos, no obstante, de que esos alimentos complementarios no deben utilizarse como sucedáneos de la leche materna;

Reconociendo que existen diversos factores sociales y económicos que influyen en la lactancia natural y que, en consecuencia, los gobiernos han de organizar sistemas de apoyo social para proteger, facilitar y estimular dicha práctica, y han de crear un medio ambiente que favorezca el amamantamiento, que porte el debido apoyo familiar y comunitario y que proteja a la madre contra los factores que impiden la lactancia natural;

Afirmando que los sistemas de atención de salud, y los profesionales y otros agentes de salud que en ellos trabajan, tienen una función esencial que desempeñar orientando las prácticas de alimentación de los lactantes, estimulando y facilitando la lactancia natural y prestando asesoramiento objetivo y coherente a las madres y a las familias acerca del valor superior del amamantamiento o, cuando así proceda, acerca del uso correcto de preparaciones para lactantes, tanto fabricadas industrialmente como hechas en casa;

¹ Los lectores deben consultar las siguientes resoluciones relevantes de la WHA: WHA33.32, WHA34.22, WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11, WHA43.3, WHA45.34, WHA46.7, WHA47.5, WHA49.15, WHA54.2 and WHA55.25, <http://www.who.int/governance/sp>

Afirmando, además, que los sistemas de educación y otros servicios sociales deben participar en la protección y la promoción de la lactancia natural y en el uso apropiado de alimentos complementarios;

Conscientes de que las familias, las comunidades, las organizaciones femeninas y otras organizaciones no gubernamentales tienen un papel particular que desempeñar en la protección y en el fomento de la lactancia natural y en la tarea de conseguir el apoyo que necesitan las embarazadas y las madres de lactantes y niños de corta edad, estén o no amamantado a sus hijos;

Afirmando la necesidad de que los gobiernos, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, las organizaciones no gubernamentales, los expertos en varias disciplinas afines, los grupos de consumidores y la industria colaboren en actividades a mejorar la salud y la nutrición de la madre del lactante y del niño pequeño;

Reconociendo que los gobiernos han de adoptar una serie de medidas de salud y de nutrición, así como medidas sociales de otra índole, con el fin de favorecer el crecimiento y el desarrollo del lactante y del niño pequeño, y que el presente Código se refiere solamente a un aspecto de dichas medidas;

Considerando que los fabricantes y los distribuidores de sucedáneos de la leche materna desempeñan un papel importante y constructivo en relación con la alimentación del lactante, así como en la promoción del objetivo del presente Código y en su correcta aplicación;

Afirmando que los gobiernos están llamados, habida cuenta de sus estructuras sociales y legislativas y de sus objetivos de desarrollo general, a emprender la acción necesaria para dar efecto al presente Código, en particular mediante la promulgación de disposiciones legislativas y de reglamentos o la adopción de otras medidas apropiadas;

Estimando que, en función de las consideraciones precedentes y habida cuenta de la vulnerabilidad de los lactantes en los primeros meses de vida, así como de los riesgos que presentan las prácticas inadecuadas de alimentación, incluido el uso innecesario e incorrecto de los sucedáneos de la leche materna, la comercialización de dichos sucedáneos requiere un tratamiento especial que hace inadecuadas en el caso de esos productos las prácticas habituales de comercialización;

EN CONSECUENCIA:

Los Estados Miembros convienen por el presente documento en los artículos siguientes, que se recomiendan en tanto que base para la acción.

Artículo 1. Objetivo del Código

El objetivo del presente Código es contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución.

Artículo 2. Alcance del Código

El Código se aplica a la comercialización y prácticas con ésta relacionadas de los siguientes productos: sucedáneos de la leche materna, incluidas las preparaciones para lactantes; otros productos de origen lácteo, alimentos y bebidas, incluidos los alimentos complementarios administrados con biberón, cuando están comercializados o cuando de otro modo se indique que pueden emplearse, con o sin modificación, para sustituir parcial o totalmente a la leche materna; los biberones y tetinas. Se aplica asimismo a la calidad y disponibilidad de los productos antedichos y a la información relacionada con su utilización.

Artículo 3. Definiciones

A efectos del presente Código, se entiende por:

“Agente de salud”: toda persona, profesional o no profesional, incluidos los agentes voluntarios, no remunerados, que trabaje en un servicio que dependa de un sistema de atención de salud.

“Alimento complementario”: todo alimento, manufacturado o preparado localmente que convenga como complemento de la leche materna o de las preparaciones para lactantes cuando aquélla o éstas resulten insuficientes para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante. Ese tipo de alimento se suele llamar también “alimento de destete” o “suplemento de la leche materna”.

“Comercialización”: las actividades de promoción, distribución, venta, publicidad, relaciones públicas y servicios de información relativas a un producto.

“Distribuidor”: una persona, una sociedad o cualquier otra entidad que, en el sector público o privado, se dedique (directa o indirectamente) a la comercialización, al por mayor o al detalle, de algunos de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código. Un “distribuidor primario” es un agente de ventas, representante, distribuidor nacional o corredor de un fabricante.

“Envase”: toda forma de embalaje de los productos para su venta al detalle por unidades normales, incluido el envoltorio.

“Etiqueta”: todo marbete, marca, rótulo u otra indicación gráfica descriptiva, escrita, impresa, estarcida, marcada, grabada en relieve o en hueco o fijada sobre un envase de cualquiera de los productos comprendidos en el presente Código.

“Fabricante”: toda empresa u otra entidad del sector público o privado que se dedique al negocio o desempeñe la función (directamente o por conducto de un agente o de una entidad controlados por ella o a ella vinculados en virtud de un contrato) de fabricar alguno de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

“Muestras”: las unidades o pequeñas cantidades de un producto que se facilitan gratuitamente.

“Personal de comercialización”: toda persona cuyas funciones incluyen la comercialización de uno o varios productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

“Preparación para lactantes”: todo sucedáneo de la leche materna preparado industrialmente, de conformidad con las normas aplicables del Codex Alimentarius, para satisfacer las necesidades nutricionales normales de los lactantes hasta la edad de 4 a 6 meses y adaptado a sus características fisiológicas; esos alimentos pueden ser preparados en el hogar, en cuyo caso se designan como tales.

“Sistema de atención de salud”: el conjunto de instituciones u organizaciones gubernamentales, no gubernamentales o privadas que, directa o indirectamente, se ocupan de la salud de las madres, de los lactantes y de las mujeres embarazadas, así como las guarderías o instituciones de puericultura. El sistema incluye también al personal de salud que ejerce privadamente. En cambio, no se incluyen, a los efectos del presente Código, las farmacias y otros establecimientos de venta.

“Sucedáneo de la leche materna”: todo alimento comercializado o de otro modo presentado como sustitutivo parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin.

“Suministros”: las cantidades de un producto facilitadas para su utilización durante un período prolongado, gratuitamente o a bajo precio, incluidas las que se proporcionan, por ejemplo, a familias menesterosas.

Artículo 4. Información y educación

4.1 Los gobiernos deben asumir la responsabilidad de garantizar que se facilita a las familias y a las personas relacionadas con el sector de la nutrición de los lactantes y los niños de corta edad una información objetiva y coherente. Esa responsabilidad debe abarcar sea la planificación, la distribución, la concepción y la difusión de la información, sea el control de esas actividades.

4.2 Los materiales informativos y educativos, impresos, auditivos o visuales, relacionados con la alimentación de los lactantes y destinados a las mujeres embarazadas y a las madres de lactantes y niños de corta edad, deben incluir datos claramente presentados sobre todos y cada uno de los siguientes extremos: (a) ventajas y superioridad de la lactancia natural; (b) nutrición materna y preparación para la lactancia natural y el mantenimiento de ésta; (c) efectos negativos que ejerce sobre la lactancia natural la introducción parcial de la alimentación con biberón; (d) uso correcto, cuando sea necesario, de preparaciones para lactantes fabricadas industrialmente o hechas en casa. Cuando dichos materiales contienen información acerca del empleo de preparaciones para lactantes, deben señalar las correspondientes repercusiones sociales y financieras, los riesgos que presentan para la salud los alimentos o los métodos de alimentación inadecuados y, sobre todo, los riesgos que presenta para la salud el uso innecesario o incorrecto de preparaciones para lactantes y otros sucedáneos de la leche materna. Con es material no deben utilizarse imágenes o textos que puedan idealizar el uso de sucedáneos de la leche materna.

4.3 Los fabricantes o los distribuidores sólo hacer donativos de equipo o de materiales informativos o educativos a petición y con la autorización escrita de la autoridad gubernamental competente o ateniéndose a las orientaciones que los gobiernos hayan dado con esa finalidad. Ese equipo o esos materiales pueden llevar el nombre o el símbolo de la empresa donante, pero no

deben referirse a ninguno de los productos comerciales comprendidos en las disposiciones del presente Código y sólo se deben distribuir por conducto del sistema de atención de salud.

Artículo 5. El público en general y las madres

5.1 No deben ser objeto de publicidad ni de ninguna otra forma de promoción destinada al público en general los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

5.2 Los fabricantes y los distribuidores no deben facilitar, directa o indirectamente, a las mujeres embarazadas, a las madres o a los miembros de sus familias, muestras de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

5.3 De conformidad con los párrafos 5.1 y 5.2 no debe haber publicidad en los puntos de venta, ni distribución de muestras ni cualquier otro mecanismo de promoción que pueda contribuir a que los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código se vendan al consumidor directamente y al por menor, como serían las presentaciones especiales, los cupones de descuento, las primas, las ventas especiales, la oferta de artículos de reclamo, las ventas vinculadas, etc. La presente disposición no debe restringir el establecimiento de políticas y prácticas de precios destinadas a facilitar productos a bajo costo y a largo plazo.

5.4 Los fabricantes y distribuidores no deben distribuir a las mujeres embarazadas o a las madres de lactantes y niños de corta edad obsequios de artículos o utensilios que puedan fomentar la utilización de sucedáneos de la leche materna o la alimentación con biberón.

5.5 El personal de comercialización no debe tratar de tener, a título profesional, ningún contacto, directo o indirecto, con las mujeres embarazadas o con las madres de lactantes y niños de corta edad.

Artículo 6. Sistemas de atención de salud

6.1 Las autoridades de salud de los Estados Miembros deben tomar las medidas apropiadas para estimular y proteger la lactancia natural y promover la aplicación de los principios del presente Código, y deben facilitar la información y las orientaciones apropiadas a los agentes de salud por cuanto respecta a las obligaciones de éstos, con inclusión de las informaciones especificadas en el párrafo 4.2.

6.2 Ninguna instalación de un sistema de atención de salud debe utilizarse para la promoción de preparaciones para lactantes y otros productos comprendidos en las disposiciones del presente Código. Dichas disposiciones no excluyen, sin embargo, la difusión de informaciones a los profesionales de la salud, según lo previsto en el párrafo 7.2.

6.3 Las instalaciones de los sistemas de atención de salud no deben utilizarse para exponer productos comprendidos en las disposiciones del presente Código o para instalar placartes o carteles relacionados con dichos productos, ni para distribuir materiales facilitados por un fabricante o un distribuidor, a excepción de los previstos en el párrafo 4.3.

6.4 No debe permitirse en el sistema de atención de salud el empleo de “representes de servicios profesionales”, de “enfermedades de maternidad” o remunerado por los fabricantes o los distribuidores.

6.5 Sólo los agentes de salud o, en caso necesario, otros agentes de la comunidad, podrán hacer demostraciones sobre alimentación, otros agentes de la comunidad, podrán hacer demostraciones sobre alimentación con preparaciones para lactantes, fabricadas industrialmente o hechas en casa, y únicamente a las madres, o a los miembros de la familia que necesiten utilizarlas; la información facilitada debe incluir una clara explicación de los riesgos que puede acarrear una utilización incorrecta.

6.6 Pueden hacerse a instituciones u organizaciones donativos o ventas a precio reducido de suministros de preparaciones para lactantes o de otros productos comprendidos en las disposiciones del presente Código, sea para su uso en la institución de que se trate o para su distribución en el exterior. Tales suministros sólo se deben utilizar o distribuir con destino a lactantes que deben ser alimentados con sucedáneos de la leche materna. Si dichos suministros se distribuyen para su uso fuera de la institución que los recibe, la distribución solamente debe ser hecha por las instituciones u organizaciones interesadas. Esos donativos o ventas a precio reducido no deben ser utilizados por los fabricantes o los distribuidores como un medio de promoción comercial.

6.7 Cuando los donativos de suministros de preparaciones para lactantes o de otros productos comprendidos en las disposiciones del presente Código se distribuyen fuera de una institución, la institución o la

organización interesada debe adoptar las disposiciones necesarias para garantizar que los suministros podrán continuar durante todo el tiempo que los lactantes los necesiten. Los donantes, igual que las instituciones u organizaciones interesadas, deben tener presente esa responsabilidad.

6.8 El equipo y los materiales donados a un sistema de atención de salud, además de los que se mencionan en el párrafo 4.3, pueden llevar el nombre o símbolo de una empresa, pero no deben referirse a ningún producto comercial comprendido en las disposiciones del presente Código.

Artículo 7. Agentes de salud

7.1 Los agentes de salud deben estimular y proteger la lactancia natural, y los que se ocupen particularmente de la nutrición de la madre y del lactante deben familiarizarse con las obligaciones que les incumben en virtud del presente Código, incluida la información especificada en el párrafo 4.2.

7.2 La información facilitada por los fabricantes y los distribuidores a los profesionales de la salud acerca de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código debe limitarse a datos científicos y objetivos y no llevará implícita ni suscitará la creencia de que la alimentación con biberón es equivalente o superior a la lactancia natural. Dicha información debe incluir asimismo los datos especificados en el párrafo 4.2.

7.3 Los fabricantes o los distribuidores no deben ofrecer, con el fin de promover los productos comprendido en las disposiciones del presente Código, incentivos financieros o materiales a los agentes de la salud o a los miembros de sus familias ni dichos incentivos deben ser aceptados por los agentes de salud o los miembros de sus familias.

7.4 No deben facilitarse a los agentes de salud muestras de preparaciones para lactantes o de otros productos comprendidos en las disposiciones del presente Código, ni materiales o utensilios que sirvan para su preparación o empleo, salvo cuando sea necesario con fines profesionales de evaluación o de investigación a nivel institucional. Los agentes de salud no deben dar muestras de preparaciones para lactantes a las mujeres embarazadas, a las madres de lactantes y niños de corta edad o a los miembros de sus familias.

7.5 Los fabricantes y distribuidores de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código deben declarar a la institución a la que pertenezca un agente de salud beneficiario toda contribución hecha a éste o en su favor para financiar becas, viajes de estudio, subvenciones para la investigación, gastos de asistencia o conferencias profesionales y demás actividades de esa índole. El beneficiario debe hacer una declaración análoga.

Artículo 8. Empleados de los fabricantes y de los distribuidores

8.1 En los sistemas que aplican incentivos de ventas para el personal de comercialización, el volumen de ventas de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código no debe incluirse en el cómputo de las gratificaciones ni deben establecerse cuotas específicas para la venta de dichos productos. Ello no debe interpretarse como un impedimento para el pago de gratificaciones basadas en el conjunto de las ventas efectuadas por una empresa de otros productos que ésta comercialice.

8.2 El personal empleado en la comercialización de productos comprendidos en las disposiciones del presente Código no debe, en el ejercicio de su profesión, desempeñar funciones educativas en relación con las mujeres embarazadas o las madres de lactantes y niños de corta edad. Ello no debe interpretarse como un impedimento para que dicho personal sea utilizado en otras funciones por el sistema de atención de salud, a petición y con la aprobación escrita de la autoridad competente del gobierno interesado.

Artículo 9. Etiquetado

9.1 Las etiquetas deben concebirse para facilitar toda la información indispensable acerca del uso adecuado del producto y de modo que no induzcan a desistir de la lactancia natural.

9.2 Los fabricantes y distribuidores de las preparaciones para lactantes deben velar por que se imprima en cada envase o una etiqueta que no pueda despegarse fácilmente del mismo una inscripción clara, visible y de lectura y comprensión fáciles, en el idioma apropiado, que incluya todos los puntos siguientes: a) las palabras “Aviso importante” o su equivalente; b) una afirmación de la superioridad de la lactancia natural; c) una indicación en la que conste que el producto sólo debe

utilizase si un agente de salud lo considera necesario y previo asesoramiento de éste acerca del modo apropiado de empleo; d) instrucciones para la preparación apropiada con indicación de los riesgos que una preparación inapropiada puede acarrear para la salud. Ni el envase, ni la etiqueta deben llevar imágenes de lactantes ni otras imágenes o textos que puedan idealizar la utilización de las preparaciones para lactantes. Sin embargo, pueden presentar indicaciones gráficas que faciliten la identificación del producto como un embargo, pueden presentar indicaciones gráficas que faciliten la identificación del producto como un sucedáneo de la leche materna y sirvan para ilustrar los métodos de preparación. No debe utilizarse términos como “humanizado”, “materializado” o términos análogos. Pueden incluirse prospectos con información suplementaria acerca del producto y su empleo adecuado, a reserva de las condiciones antedichas, en cada paquete o unidad vendidos al por menor. Cuando las etiquetas contienen instrucciones para modificar un producto y convertirlo en una preparación para lactantes, son aplicables las disposiciones precedentes.

9.3 Los productos alimentarios comprendidos en las disposiciones del presente Código y comercializados para la alimentación de lactantes, que no reúnan todos los requisitos de una preparación para lactantes, pero que puedan ser modificados a ese efecto, deben llevar en el marbete un aviso en el que conste que el producto no modificado no debe ser la única fuente de alimentación de un lactante. Puesto que la leche condensada azucarada no es adecuada para la alimentación de los lactantes, ni debe utilizarse como principal ingrediente en las preparaciones destinadas a éstos, las etiquetas correspondientes no deben contener indicaciones que puedan interpretarse como instrucciones acerca de la manera de modificar dicho producto con tal fin.

9.4 La etiqueta de los productos alimentarios comprendidos en las disposiciones del presente Código debe indicar todos y cada uno de los extremos siguientes: a) los ingredientes utilizados; b) la composición/análisis del producto; c) las condiciones requeridas para su almacenamiento y d) el número de serie y la fecha límite para el consumo del producto, habida de las condiciones climatológicas y de almacenamiento en el país de que se trate.

Artículo 10. Calidad

10.1 La calidad de los productos es un elemento esencial de la protección de la salud de los lactantes y, por consiguiente, debe ser de un nivel manifiestamente elevado.

10.2 Los productos alimentarios comprendidos en las disposiciones del presente Código y destinados a la venta o cualquier otra forma de distribución deben satisfacer las normas aplicables recomendadas por la Comisión del Codex Alimentarius y las disposiciones del Codex recogidas en el Código de Prácticas de Higiene para los Aumentos de los Lactantes y los Niños.

Artículo 11. Aplicación y vigilancia

11.1 Los gobiernos deben adoptar, habida cuenta de sus estructuras sociales y legislativas, las medidas oportunas para dar efecto a los principios y al objetivo del presente Código, incluida la adopción de leyes y reglamentos nacionales u otras medidas pertinentes. A ese efecto, los gobiernos deben procurar obtener, cuando sea necesario, el concurso de la OMS, del UNICEF y de otros organismos del sistema de las Naciones Unidas. Las políticas y las medidas nacionales, en particular las leyes y los reglamentos, que se adopten para dar efecto a los principios y al objetivo del presente Código, deben hacerse públicas y deben aplicarse sobre idénticas bases a cuantos participen en la fabricación y la comercialización de productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

11.2 La vigilancia de la aplicación del presente Código corresponde a los gobiernos actuando tanto individualmente como colectivamente por conducto de la Organización Mundial de la Salud, a tenor de lo previsto en los párrafos 11.6 y 11.7. Los fabricantes y distribuidores de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código, así como las organizaciones no gubernamentales, los grupos de profesionales y las asociaciones de consumidores apropiados deben colaborar con los gobiernos con ese fin.

11.3 Independientemente de cualquier otra medida adoptada para la aplicación del presente Código, los fabricantes y los distribuidores de productos comprendidos en las disposiciones del mismo deben considerarse obligados a vigilar sus prácticas de comercialización de conformidad con los principios y el objetivo del presente Código y a adoptar medidas para asegurar que su conducta en todos los planos resulte conforme a dichos principios y objetivo.

11.4 Las organizaciones no gubernamentales, los grupos profesionales, las instituciones y los individuos interesados deben considerarse obligados a señalar a la atención de los fabricantes o distribuidores las actividades que sean incompatibles con los principios y el objetivo del presente Código, con el fin de que puedan adaptarse las medidas oportunas. Debe informarse igualmente a la autoridad gubernamental competente.

11.5 Los fabricantes y distribuidores primarios de productos comprendidos en las disposiciones del presente Código deben informar a todos los miembros de su personal de comercialización acerca de las disposiciones del Código y de las responsabilidades que les incumben en consecuencia.

11.6 De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 62 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, los Estados Miembros informarán anualmente al Director General acerca de las medidas adoptadas para dar efecto a los principios y al objetivo del presente Código.

11.7 El Director General informará todos los años pares a la Asamblea Mundial de la Salud acerca de la situación en lo que se refiere a la aplicación de las disposiciones del Código; y prestará asistencia técnica, a los Estados Miembros que la soliciten, para la preparación de leyes o reglamentos nacionales o para la adopción de otras medidas apropiadas para la aplicación y la promoción de los principios y el objetivo del presente Código.

RESOLUCION AMS 39.28

La 39ª Asamblea Mundial de la Salud,

Vistas las resoluciones WHA27.43, WHA31.47, WHA33.32, WHA34.22, WHA35.26 y WHA37.30 que tratan de la alimentación del lactante y del niño pequeño;

Visto el informe del Director General sobre nutrición del lactante y del niño pequeño (progresos realizados y su evaluación);(1)

Considerando que la aplicación del *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna* es una importante contribución a la sana alimentación del lactante y del niño pequeño en *todos los países*;

Consciente de que hoy día, cinco años después de la adopción del Código Internacional, a pesar de que

muchos Estados Miembros han hecho esfuerzos considerables por aplicarlo, se están promoviendo y utilizando para la alimentación de los lactantes productos inadecuados para este fin; y de que, por consiguiente, seguirán siendo necesarios esfuerzos sostenidos y concertados para conseguir que se aplique y observe plenamente el Código Internacional y que cesen la comercialización de productos inadecuados y la promoción indebida de sucedáneos de la leche materna;

Tomando nota con gran satisfacción de las orientaciones relativas a las principales circunstancias sanitarias y socioeconómicas en que se debe alimentar a los lactantes con sucedáneos de la leche materna,(2) en la acepción del Artículo 6, párrafo 6, del Código Internacional;

Tomando nota también de la declaración contenida en el párrafo 47 de dichas orientaciones: «Dado que la gran mayoría de los niños nacidos en las salas y los hospitales de maternidad nacen a término, *no necesitan más alimento que el calostro durante las primeras 24–48 horas de vida*, que muchas veces es el tiempo que la madre y el hijo pasan en los establecimientos de esa clase. En esas instituciones sólo se necesitan por lo general pequeñas cantidades de sucedáneos de la leche materna para atender las necesidades de una minoría de lactantes, y esos productos deben administrarse únicamente de manera que no sea contradictoria con la protección y el fomento de la lactancia natural para la mayoría.»,

1. APRUEBA el informe del Director General;(1)

2. INSTA a los Estados Miembros:

(1) a que pongan en práctica el Código si todavía no lo han hecho;

(2) a que se cercioren de que las prácticas y los procedimientos de sus sistemas de atención de salud son compatibles con los principios y el objetivo del Código Internacional;

(3) a que saquen el mayor partido posible de todas las partes interesadas – entidades Sanitarias profesionales, organizaciones no gubernamentales, organizaciones de consumidores, fabricantes y distribuidores – para proteger y promover la lactancia natural en general y, concretamente, para aplicar el *Código* y *velar por su aplicación y por la observancia de sus disposiciones*;

(4) a que recaben la cooperación de los fabricantes y distribuidores de los productos a los que se refiere al Artículo 2 del Código, con el fin de que faciliten toda

la información que se considere necesaria para vigilar la aplicación del Código;

(5) a que faciliten al Director General información completa y detallada sobre la aplicación del Código;

(6) a que velen por que las pequeñas cantidades de sucedáneos de la leche materna destinados a la minoría de lactantes que los necesitan en las salas de maternidad y los hospitales se obtengan por los cauces normales de adquisición y *no mediante suministros gratuitos o subvencionados*;

3. PIDE al Director General:

(1) que proponga un formulario simplificado y uniforme para uso de los Estados Miembros con el fin de facilitarles la vigilancia y evaluación del grado de cumplimiento del Código y la correspondiente información a la OMS, y de facilitar al mismo tiempo a la OMS la preparación de un informe de conjunto en relación con cada uno de los artículos del Código.

(2) que señale específicamente a la atención de los Estados Miembros y de las demás partes interesadas lo siguiente:

(a) *cualquier alimento o bebida que se administre antes de que la alimentación complementaria sea necesaria* desde el punto de vista nutricional puede ser un obstáculo para la iniciación o el mantenimiento de la lactancia natural y por lo tanto *no debe promoverse ni alentarse su administración* a los lactantes durante ese período;

(b) la práctica que se está implantando en algunos países de administrar a los lactantes leches especialmente elaboradas (*las llamadas «leches de seguimiento»*) no es necesaria.

16 Mayo 1986

1. Documento WHA39/1986/REC/1, o Documento A39/8
2. Documento WHA39/1986/REC/1, o Documento A39/8 Ad.1

RESOLUCION AMS 47.5

Nutrición del lactante y del niño pequeño

La 47ª Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el informe del Director General sobre la nutrición del lactante y del niño pequeño;

Recordando las resoluciones WHA33.32, WHA34.22, WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11, WHA43.3, WHA45.34 y WHA46.7 relativas a la nutrición del lactante y del niño pequeño, a las prácticas apropiadas de alimentación y a cuestiones conexas;

Reafirmando su apoyo a todas esas resoluciones y reiterando las recomendaciones en ellas formuladas a los Estados Miembros;

Teniendo presente la superioridad de la leche materna como norma biológica para la alimentación del lactante y que toda desviación respecto de esta norma conlleva un aumento de los riesgos para la salud de los lactantes y de las madres,

1. DA LAS GRACIAS al Director General por su informe;

2. INSTA a los Estados Miembros a que adopten las medidas siguientes:

(1) promover una nutrición sana para el lactante y el niño pequeño, de conformidad con su adhesión a la Declaración Mundial y Plan de Acción para la Nutrición,(1) mediante una acción intersectorial eficaz y coherente en cuyo marco:

(a) se haga al personal de salud, a las organizaciones no gubernamentales, a las comunidades y al público general más conscientes de la importancia de la lactancia natural y de su superioridad sobre cualquier otro método de alimentación del lactante;

(b) se apoye a las madres en su decisión de amamantar a sus hijos, eliminando los obstáculos y previniendo las dificultades con que puedan tropezar en los servicios de salud, en el lugar de trabajo o en la comunidad;

(c) se vele por que todo el personal de salud interesado sea adiestrado en las prácticas apropiadas de alimentación del lactante y del niño pequeño, en particular en la aplicación de los principios enunciados en la declaración conjunta OMS/UNICEF sobre la lactancia natural y la función de los servicios de maternidad;(2)

(d) se propicien prácticas adecuadas de alimentación complementaria a partir de los seis meses de edad

aproximadamente, insistiendo en la conveniencia de continuar el amamantamiento y alimentar frecuentemente con alimentos locales salubres en cantidad suficiente;

(2) velar por que no se hagan en ninguna parte del sistema asistencial donaciones de suministros gratuitos o subvencionados de sucedáneos de la leche materna ni de otros productos sujetos al *Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna*;

(3) ser sumamente prudentes al planificar, ejecutar o apoyar *operaciones de socorro en emergencias*, protegiendo, promoviendo y apoyando la lactancia natural y velando por que *sólo* se proporcionen los suministros donados de sucedáneos de la leche materna o de otros productos sujetos al Código Internacional si se cumplen todas las condiciones siguientes:

(a) los lactantes necesitan sucedáneos de la leche materna, según se indica en las directrices sobre las principales circunstancias sanitarias y socioeconómicas en que deben ser alimentados con sucedáneos de la leche materna;⁽³⁾

(b) se mantiene el suministro durante el tiempo en que esos lactantes lo necesiten;

(c) no se utiliza el suministro como incentivo de ventas;

(4) informar al sector laboral y a las organizaciones de empleadores y de trabajadores acerca de las múltiples ventajas del amamantamiento para los lactantes y las madres y sobre sus repercusiones para la protección de la maternidad en el lugar de trabajo;

3. PIDE al Director General:

(1) que use de sus buenos oficios para la cooperación con todas las partes interesadas con miras al pleno cumplimiento de la presente resolución y de otras resoluciones conexas de la Asamblea de la Salud;

(2) que ultime la preparación de un amplio planteamiento y programa de acción mundial para fortalecer la capacidad nacional de mejorar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño, incluida la preparación de métodos y criterios para la evaluación nacional de las tendencias y prácticas en materia de lactancia natural;

(3) que ayude a los Estados Miembros que lo soliciten a vigilar las prácticas y tendencias en materia de alimentación del lactante y del niño pequeño en los

establecimientos sanitarios y en los hogares, de acuerdo con nuevos indicadores normalizados de la lactancia natural;

(4) que inste a los Estados Miembros a sumarse a *Iniciativa Hospital Amigo de los Niños* y ayude a los que lo soliciten a ponerla en práctica, especialmente en sus esfuerzos por mejorar los programas de enseñanza y la capacitación en el servicio para todo el personal sanitario y administrativo interesado;

(5) que aumente y refuerce el apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten para poner en práctica los principios y objetivos del Código Internacional y todas las resoluciones pertinentes, y que dé asesoramiento a los Estados Miembros acerca de un marco que les pueda servir para vigilar su aplicación, en función de las circunstancias nacionales:

(6) que establezca, en consulta con otras partes interesadas y en el marco de la función normativa de la OMS, principios orientadores sobre la utilización en situaciones de emergencia de sucedáneos de la leche materna u otros productos sujetos al Código Internacional a los que pueden recurrir las autoridades competentes de los Estados Miembros, habida cuenta de las circunstancias nacionales, para asegurar una alimentación óptima de los lactantes;

(7) que ultime, en cooperación con determinadas instituciones de investigación, el acopio de datos revisados de referencia y la preparación de directrices para su uso e interpretación, con el fin de evaluar el crecimiento de los lactantes amamantados;

(8) que allegue recursos técnicos y financieros adicionales para intensificar el apoyo de la OMS a los Estados Miembros en materia de alimentación del lactante y en la aplicación del Código Internacional y de las resoluciones posteriores pertinentes.

9 de Mayo de 1994

Referencias:

1. World Declaration and Plan of Action for Nutrition. FAO/WHO, Conferencia Internacional de Nutrición, Roma, Diciembre de 1992.
2. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. Una iniciativa conjunta OMS/UNICEF. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1989.
3. Documento WHA39/1986/REC/1, Anexo 6, parte 2.

RESOLUCION AMS 54.2

Nutrición del lactante y del niño pequeño

La 54ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando las resoluciones WHA33.32, WHA34.22, WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11, WHA43.3, WHA45.34, WHA46.7, WHA47.5 y WHA49.15, referentes a la nutrición del lactante y del niño pequeño, las prácticas apropiadas de alimentación y otras cuestiones conexas;

Profundamente interesada en mejorar la nutrición del lactante y del niño pequeño y en aliviar todas las formas de malnutrición en el mundo, porque más de una tercera parte de los menores de cinco años aún están malnutridos – con retraso del crecimiento, emaciación o carencias de yodo, vitamina A, hierro u otros micronutrientes – y porque la malnutrición aún contribuye a causar cerca de la mitad de los 10,5 millones de defunciones de niños en edad preescolar que se producen cada año en el mundo;

Hondamente alarmada porque la malnutrición de los lactantes y los niños pequeños sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública del mundo, a la vez causa y consecuencia importante de la pobreza, la privación, la inseguridad alimentaria y la desigualdad social, y porque la malnutrición no sólo es causa de una mayor vulnerabilidad a las infecciones y otras enfermedades, incluido el retraso del crecimiento, sino también de minusvalías intelectuales, mentales, sociales y del desarrollo, y de un aumento del riesgo de morbilidad a lo largo de toda la infancia, la adolescencia y la vida adulta;

Reconociendo el derecho de toda persona a tener acceso a alimentos inocuos y nutritivos, en consonancia con el derecho a una alimentación adecuada y el derecho fundamental de toda persona a no padecer hambre, y la necesidad de desplegar todos los esfuerzos posibles para lograr progresivamente el ejercicio de ese derecho;

Reconociendo la necesidad de que todos los sectores de la sociedad – incluidos los gobiernos, la sociedad civil, las asociaciones de profesionales de la salud, las organizaciones no gubernamentales, las empresas comerciales y los organismos internacionales – contribuyan a mejorar la nutrición de los lactantes y los niños pequeños utilizando todos los medios de que dispongan, especialmente fomentando las prácticas óptimas de

alimentación, aplicando un enfoque integral multi-sectorial, holístico y estratégico;

Tomando nota de las orientaciones emanadas de la Convención sobre los Derechos del Niño, especialmente del artículo 24, en el que se reconoce, entre otras cosas, la necesidad de asegurar que todos los sectores de la sociedad, en particular los padres y los niños, dispongan de apoyo e información para aplicar los conocimientos básicos sobre la salud y la nutrición de los niños y sobre las ventajas de la lactancia materna;

Consciente de que, pese a que en el *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna* y en las ulteriores resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud se afirma que los productos a los que se refieren sus disposiciones no deben ser objeto de publicidad o de otras formas de promoción, se están utilizando cada vez más métodos de comunicación nuevos y modernos, inclusive medios electrónicos, para promocionar esos productos; y consciente de la necesidad de que la Comisión del Codex Alimentarius tenga en cuenta el Código Internacional y las ulteriores resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud cuando al elaborar normas y directrices alimentarias se ocupe de las declaraciones relativas a los efectos saludables;

Consciente de que en 2001 se cumplen 20 años de la adopción del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, y de que la adopción de la presente resolución ofrece la oportunidad de reforzar la función fundamental del Código Internacional en la protección, la promoción y el apoyo de la lactancia materna;

Reconociendo que existe una base científica sólida para adoptar decisiones normativas que refuercen las actividades de los Estados Miembros y de la OMS; para proponer enfoques nuevos e innovadores de la vigilancia del crecimiento y la mejora de la nutrición; para promover el mejoramiento de la lactancia materna y de las prácticas de alimentación complementaria y un asesoramiento racional y adaptado a las diversas culturas; para mejorar el estado nutricional de las mujeres en edad reproductiva, especialmente durante el embarazo y el puerperio; para mitigar todas las formas de malnutrición; y para proporcionar orientación sobre las prácticas de alimentación de los lactantes cuyas madres son VIH-positivas;

Tomando nota de que es necesario disponer de sistemas eficaces para evaluar la magnitud y la distribución

geográfica de todas las formas de malnutrición, con sus consecuencias y los factores contribuyentes, y de las enfermedades de transmisión alimentaria; y para vigilar la seguridad alimentaria;

Acogiendo con satisfacción los esfuerzos desplegados por la OMS, en estrecha colaboración con el UNICEF y sus otros asociados internacionales, para preparar una estrategia mundial integral para la alimentación del lactante y del niño pequeño y para utilizar el Subcomité de Nutrición del CAC como foro interinstitucional para la coordinación y el intercambio de información a ese respecto,

1. DA LAS GRACIAS a la Directora General por el informe sobre los progresos realizados en el desarrollo de una nueva estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño;

2. INSTA a los Estados Miembros:

(1) a que reconozcan el derecho de toda persona a tener acceso a alimentos inocuos y nutritivos, en consonancia con el derecho a una alimentación adecuada y el derecho fundamental de toda persona a no padecer hambre, y la necesidad de desplegar todos los esfuerzos posibles para lograr progresivamente el ejercicio pleno de ese derecho, y a que pidan a todos los sectores de la sociedad que cooperen en los esfuerzos para mejorar la nutrición del lactante y del niño pequeño;

(2) a que adopten, en su calidad de Estados Partes, las medidas necesarias para aplicar eficazmente la Convención sobre los Derechos del Niño, con el fin de garantizar el derecho de cada niño al grado más alto posible de salud y atención sanitaria;

(3) a que establezcan foros de debate interinstitucional e intersectorial con todos los interesados, o refuercen los que ya existan, con el fin de alcanzar un consenso nacional sobre las estrategias y políticas, incluido el fortalecimiento, en colaboración con la OIT, de las políticas en apoyo de la lactancia materna para las mujeres que trabajan, al objeto de mejorar sustancialmente la alimentación del lactante y del niño pequeño y de elaborar mecanismos de programación participativos para establecer y ejecutar programas y proyectos de nutrición específicos con vistas a crear nuevas iniciativas y enfoques innovadores;

(4) a que fortalezcan las actividades y elaboren nuevos criterios para proteger, promover y apoyar la lactancia natural exclusiva durante seis meses como

recomendación de salud pública mundial, teniendo en cuenta las conclusiones de la reunión consultiva de expertos de la OMS sobre la duración óptima de la lactancia natural exclusiva (*ref.*), y a que proporcionen alimentos complementarios inocuos y apropiados, junto con la continuación del amamantamiento hasta los dos años de edad o más allá, haciendo hincapié en los canales de divulgación social de esos conceptos a fin de inducir a las comunidades a hacer suyas esas prácticas;

(5) a que apoyen la iniciativa «Hospitales amigos del niño» y creen mecanismos, con inclusión de reglamentos, leyes y otras medidas, destinados a respaldar directa e indirectamente la reevaluación periódica de los hospitales, y a que garanticen el mantenimiento de los estándares y la sostenibilidad y credibilidad de la iniciativa a largo plazo;

(6) a que mejoren los alimentos complementarios y las prácticas de alimentación facilitando a las madres de niños pequeños un asesoramiento nutricional que sea sólido y conforme a los valores culturales y en el que se recomiende la utilización más amplia posible de alimentos autóctonos ricos en nutrientes; y a que otorguen prioridad a la elaboración y la difusión de directrices sobre la nutrición de los niños menores de dos años, a la capacitación de los agentes de salud y los dirigentes de la comunidad en este tema y a la integración de estos mensajes en las estrategias de información, educación y comunicación referentes a la salud y la nutrición;

(7) a que refuercen la vigilancia del crecimiento y el mejoramiento de la nutrición, centrándose en estrategias basadas en la comunidad, y a que se esfuercen por garantizar que todos los niños malnutridos, ya sea en la comunidad o en los hospitales, sean correctamente diagnosticados y tratados;

(8) a que elaboren, apliquen o fortalezcan medidas sostenibles, inclusive, cuando proceda, de carácter legislativo, para reducir todas las formas de malnutrición en los niños pequeños y las mujeres en edad reproductiva, especialmente la carencia de hierro, vitamina A y yodo, mediante una combinación de estrategias que incluyan la suplementación, el enriquecimiento de los alimentos y la diversificación de la dieta, recomendando prácticas de alimentación que sean propias de cada cultura y se basen en los alimentos locales, y recurriendo a otros enfoques de base comunitaria;

(9) a que fortalezcan sus mecanismos nacionales para asegurar el cumplimiento mundial del Código Interna-

cional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y de las resoluciones ulteriores pertinentes de la Asamblea de la Salud, en lo que respecta al etiquetado y a todas las formas de publicidad y promoción comercial en todos los tipos de medios de comunicación; a que alienten a la Comisión del Codex Alimentarius a que tome en consideración el Código Internacional y las resoluciones ulteriores pertinentes de la Asamblea de la Salud al elaborar sus normas y directrices; y a que informen al público general sobre los progresos realizados en la aplicación del Código y de las resoluciones ulteriores pertinentes de la Asamblea de la Salud;

(10) a que reconozcan y evalúen las pruebas científicas disponibles sobre el peso relativo del riesgo de transmisión del VIH por la leche materna y del riesgo de no amamantar, y la necesidad de investigaciones independientes a este respecto; a que se esfuercen por asegurar la nutrición adecuada de los lactantes de madres VIH-positivas; a que hagan más accesibles los servicios de orientación y de realización de pruebas de carácter voluntario y confidencial para facilitar el suministro de información y la adopción de decisiones fundamentadas; y a que reconozcan que, cuando la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible e inocua, se recomienda que las madres VIH-positivas eviten completamente la lactancia natural; que en los demás casos se recomienda la lactancia natural exclusiva durante los primeros meses de vida; y que debe alentarse a quienes escojan otras opciones a que las utilicen sin influencias comerciales;

(11) a que adopten todas las medidas necesarias para proteger a todas las mujeres del riesgo de infección por el VIH, especialmente durante el embarazo y la lactancia;

(12) a que fortalezcan sus sistemas de información, junto con sus sistemas de vigilancia epidemiológica, a fin de evaluar la magnitud y las distribución geográfica de la malnutrición en todas sus formas y de las enfermedades transmitidas por los alimentos;

3. PIDE al Directora General:

(1) que, en colaboración con la OIT, la FAO, el UNICEF, el FNUAP y otras organizaciones competentes pertenecientes o ajenas al sistema de las Naciones Unidas, haga mayor hincapié en la nutrición del lactante y del niño pequeño, habida cuenta del liderazgo de la OMS en la esfera de la salud pública, en consonancia con la Convención sobre los Derechos del Niño y los

otros instrumentos de derechos humanos pertinentes y guiándose por esos instrumentos;

(2) que promueva, con todos los sectores de la sociedad que proceda, un diálogo constructivo y transparente con miras a vigilar los progresos realizados en la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y de las resoluciones ulteriores pertinentes de la Asamblea de la Salud, de manera independiente y libre de influencias comerciales, y que preste apoyo a los Estados Miembros en su labor de vigilancia de la aplicación del Código;

(3) que preste apoyo a los Estados Miembros en la identificación, aplicación y evaluación de criterios innovadores para mejorar la alimentación del lactante y del niño pequeño, haciendo hincapié en la lactancia materna exclusiva durante seis meses como recomendación de salud pública mundial, teniendo en cuenta las conclusiones de la reunión consultiva de expertos de la OMS sobre la duración óptima de la lactancia natural exclusiva (*ref.*), así como en la provisión de alimentos complementarios inocuos y apropiados, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años de edad o más allá, y poniendo el acento en actividades de base comunitaria e intersectoriales;

(4) que siga aplicando el criterio gradual basado en los países y las regiones para elaborar la nueva estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño; y que haga participar a los organismos internacionales que se ocupan de la salud y del desarrollo, en particular el UNICEF, y a otros interesados oportunos;

(5) que aliente y apoye la realización de nuevas investigaciones independientes sobre la transmisión del VIH por la leche materna y sobre otras medidas encaminadas a mejorar el estado nutricional de las madres y los niños ya afectados por el VIH/SIDA;

(6) que presente la estrategia mundial al Consejo Ejecutivo en su 109ª reunión, en enero de 2002, y a la 55ª Asamblea Mundial de la Salud (mayo de 2002) para su consideración.

Séptima sesión plenaria, 18 de mayo de 2001

A54/VR/7

Referencia:

Según lo expuesto en las conclusiones y recomendaciones de la reunión consultiva de expertos (Ginebra, 28 a 30 de marzo de 2001) que llevó a cabo el examen sistemático de la información relativa a la duración óptima de la lactancia natural exclusiva (véase el documento A54/INF.DOC./4).

RESOLUCION AMS 55.25

Nutrición del lactante y del niño pequeño

La 55ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el proyecto de estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño;

Profundamente preocupada por el enorme número de lactantes y de niños pequeños que aún están alimentados de forma inadecuada, lo que hace peligrar su estado de nutrición, su crecimiento y desarrollo, su salud y su propia supervivencia;

Consciente de que cada año hasta un 55% de las muertes de lactantes debidas a enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas pueden deberse a prácticas inapropiadas de alimentación, de que menos del 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna siquiera durante los cuatro primeros meses de vida, y de que, con frecuencia, las prácticas de alimentación complementaria son inoportunas, inapropiadas e insalubres;

Alarmada por el grado en el que las prácticas inapropiadas de alimentación del lactante y del niño pequeño contribuyen a la carga mundial de morbilidad, incluida la malnutrición y sus consecuencias, tales como la ceguera y la mortalidad por carencia de vitamina A, los problemas de desarrollo psicomotor debidos a la carencia de hierro y a la anemia, las lesiones cerebrales irreversibles consecutivas a la carencia de yodo, los enormes efectos que la malnutrición proteinoenergética tiene en la morbilidad y la mortalidad, y las consecuencias de la obesidad infantil en las etapas avanzadas de la vida;

Reconociendo que la mortalidad de los lactantes y los niños pequeños puede reducirse mejorando el estado nutricional de las mujeres en edad fecunda, especialmente durante el embarazo, y mediante la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida, así como con una alimentación complementaria sana y apropiada desde el punto de vista nutricional mediante la introducción de cantidades adecuadas de productos autóctonos y alimentos locales inocuos mientras se mantiene la lactancia hasta al menos los dos años de edad;

Consciente de las dificultades que plantea el número cada vez mayor de personas afectadas por situaciones graves de emergencia, la pandemia de VIH/SIDA y la complejidad de los modos de vida modernos, asocia-

dos a una continua divulgación de mensajes contradictorios en relación con la alimentación del lactante y del niño pequeño;

Consciente de que las prácticas inapropiadas de alimentación y sus consecuencias dificultan enormemente el desarrollo socioeconómico sostenible y la reducción de la pobreza;

Reafirmando que las madres y los bebés forman una unidad biológica y social inseparable, y que la salud y la nutrición de unas no pueden separarse de la salud y la nutrición de los otros;

Recordando que la Asamblea de la Salud aprobó en su totalidad (resolución WHA33.32) la declaración y las recomendaciones formuladas por la Reunión conjunta OMS/UNICEF sobre alimentación del lactante y el niño pequeño celebrada en 1979; adoptó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (resolución WHA34.22) en la que se pone de relieve que la adopción y la observancia del Código son un requisito mínimo; acogió con agrado la Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia natural, que sirve de base para las políticas y actividades internacionales de salud (resolución WHA44.33); instó a que se estimule y apoye a todas las instituciones de salud públicas y privadas que prestan servicios de maternidad para que se hagan «amigas de los lactantes» (resolución WHA45.34); instó a que se ratifique y se dé cumplimiento a la Convención sobre los Derechos del Niño como vehículo para el desarrollo de la salud de la familia (resolución WHA46.27); y aprobó en su totalidad la Declaración Mundial y Plan de Acción para la Nutrición adoptados por la Conferencia Internacional sobre Nutrición (resolución WHA46.7);

Recordando también las resoluciones WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11, WHA43.3, WHA45.34, WHA46.7, WHA47.5, WHA49.15 y WHA54.2 sobre la nutrición del lactante y del niño pequeño, las prácticas apropiadas de alimentación y otras cuestiones conexas;

Reconociendo la necesidad de dotarse de políticas nacionales integrales sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño, con inclusión de directrices sobre la manera de asegurar la alimentación adecuada de los lactantes y los niños pequeños en circunstancias excepcionalmente difíciles;

Convencida de que ha llegado el momento de que los gobiernos renueven su compromiso de proteger y pro-

mover una alimentación óptima del lactante y del niño pequeño,

1. APRUEBA la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño;

2. INSTA a los Estados Miembros a que, con carácter urgente:

(1) adopten la estrategia mundial y la apliquen teniendo en cuenta su situación nacional y respetando las tradiciones y valores locales positivos, en el marco de sus políticas y programas globales sobre nutrición y salud infantil, a fin de asegurar una alimentación óptima de todos los lactantes y niños pequeños y de reducir los riesgos asociados a la obesidad y a otras formas de malnutrición;

(2) fortalezcan las estructuras existentes, o creen otras nuevas, para la aplicación de la estrategia mundial por conducto del sector de la salud u otros sectores pertinentes, para vigilar y evaluar su eficacia y para orientar la inversión y la gestión de recursos de tal forma que se mejore la alimentación del lactante y del niño pequeño;

(3) definan con ese fin, y de acuerdo con la situación nacional:

(a) metas y objetivos nacionales;

(b) plazos realistas para su logro;

(c) unos indicadores de proceso y de resultados cuantificables que permitan una vigilancia y una evaluación precisas de las medidas adoptadas y una respuesta rápida a las necesidades identificadas;

(4) velen por que la introducción de intervenciones relacionadas con micronutrientes y la comercialización de suplementos nutricionales no sustituyan a la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria óptima y no menoscaben el apoyo a las prácticas sostenibles de esa naturaleza;

(5) movilicen recursos sociales y económicos dentro de la sociedad y los hagan intervenir activamente en la aplicación de la estrategia mundial y en la consecución de su fin y sus objetivos de conformidad con el espíritu de la resolución WHA49.15;

3. EXHORTA a otras organizaciones y organismos internacionales, en particular la OIT, la FAO, el UNICEF, el ACNUR, el FNUAP y el ONUSIDA, a que, dentro de sus respectivos mandatos y programas y de conformidad con las directrices relativas a los conflictos de intereses, den alta prioridad al apoyo a los gobiernos en la aplicación de esta estrategia mundial, e invita a los donantes a que proporcionen un financiamiento adecuado para las medidas necesarias;

4. PIDE a la Comisión del Codex Alimentarius que siga teniendo plenamente en cuenta, en el marco de su mandato operativo, las medidas que podría adoptar para mejorar las normas de calidad de los alimentos preparados para lactantes y niños pequeños y promover un consumo inocuo y adecuado de esos alimentos a una edad apropiada, incluso mediante un etiquetado adecuado, de forma coherente con la política de la OMS, en particular el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, la resolución WHA54.2 y otras resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud;

5. PIDE a la Directora General:

(1) que preste apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten en la aplicación de esta estrategia y en la vigilancia y la evaluación de sus consecuencias;

(2) que siga elaborando, a la luz de la escala y la frecuencia de las grandes situaciones de emergencia en todo el mundo, información específica y material de formación destinada a velar por que en circunstancias excepcionalmente difíciles no dejen de atenderse los requisitos de alimentación de los lactantes y los niños pequeños;

(3) que intensifique la cooperación internacional con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y con organismos bilaterales de desarrollo para promover una alimentación adecuada de los lactantes y los niños pequeños;

(4) que promueva una cooperación continua con todas las partes que se ocupan de la aplicación de la estrategia mundial, así como entre ellas.

Novena sesión plenaria, 18 de mayo de 2002

Horario del curso combinado sobre la consejería de lactancia materna y la consejería sobre el VIH y la alimentación infantil

Nota: Este horario asume que se enviará a los participantes algunos materiales teóricos por adelantado, que los leerán y que su preparación para este curso en este sentido pueda ser evaluado. De esta manera, se puede condensar el tiempo que tomaría este curso para dichos temas. Dicho material incluye: nutrición de la mujer, salud y fertilidad, extracción de leche materna, afecciones del pecho, “falta o insuficiencia de leche” y el llanto; higiene de alimentos y técnicas de alimentación. El curso también puede ser administrado en sesiones de un día en el periodo de seis semanas, o en alguna otra manera similar.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
8.00–9.00	Bienvenida Presentaciones Arreglos administrativos	Preparación para la Práctica Clínica 1: Escuchar y aprender, observando una sesión de lactancia materna	Ejercicios de “Falta o insuficiencia de leche” y el llanto	Consejería sobre las pruebas del VIH y decisiones sobre la alimentación infantil	Repaso de destrezas de consejería	Preparación de tomas de leche – medición de cantidades
9.00–10.00	Situación local de la lactancia materna y la PTMH	Práctica Clínica 1	Práctica Clínica 2	Práctica Clínica 3	Práctica Clínica 4	Cont.
10.00–10.30	Apertura oficial	Refrigerio	Cont.	Cont.	Cont.	Cont.
10.30–11.00	Refrigerio	Cont.	Cont.	Cont.	Cont.	Cont.
11.00–12.00	La importancia de la lactancia materna	Cont./Discusión de Práctica Clínica 1	Cont./Discusión de Práctica Clínica 2	Cont./Discusión de Práctica Clínica 3	Cont./Discusión de Práctica Clínica 4	Cont.
12.00–13.00	El Código de Sucesos de de la Leche Materna	Cómo colocar el bebé al pecho	cómo obtener una historia de lactancia y alimentación infantil – grupos	El cuidado integrado para la mujer VIH-positiva y su bebé	La toma de decisiones sobre la alimentación infantil	Cont.
13.00–14.00	Almuerzo					
14.00–15.00	Evaluación y observación de una sesión de lactancia materna	Aumentar la confianza y dar apoyo	Bebés con bajo peso al nacer y enfermos	Opciones de la leche materna	El apoyo de la comunidad para la alimentación infantil óptima	Enseñar la alimentación de sustitución y costo de la alimentación de sustitución
15.00–16.00	Ejercicios sobre escuchar y aprendizaje	Ejercicios sobre el aumento de confianza – grupos	Ejercicios sobre bebés con bajo peso al nacer y enfermos	La alimentación de sustitución durante los primeros 6 meses	Preparación para ejercicios prácticos	Cuidado de seguimiento para niños de madres VIH-positivas
16.00–16.30	Refrigerio					
16.30–17.30	Ejercicios sobre escuchar y aprender	Extracción de leche materna/ afecciones del pecho	Repaso general del VIH y la alimentación infantil	La alimentación comple- mentaria y de sustitución de 6 a 24 meses	Cont.	Final de evaluación del curso
17.30–18.30	Evaluación del Día 1 Reunión de capacitadores	Evaluación del Día 2 Reunión de capacitadores	Evaluación del Día 3 Reunión de capacitadores Video	Evaluación del Día 4 Reunión de capacitadores	Evaluación del Día 5 Reunión de capacitadores	Ceremonia de clausura Reunión de capacitadores

ANEXO 10

Micronutrientes para la leche animal modificada en el hogar

La siguiente es la composición del suplemento de micronutrientes necesario a diario para fortificar una dieta de 100 kcal de la mezcla de la leche infantil (100 ml de leche + 10 g azúcar + 50 ml agua):

Minerales:

Manganeso	7.5	µg
Hierro	1.5	mg
Cobre	100	µg
Zinc	205	µg
Yodo	5.6	µg

Vitaminas:

Vitamina A	300	UI
Vitamina D	50	UI
Vitamina E	1	UI
Vitamina C	10	mg
Vitamina B1	50	mg
Vitamina B2	80	mg
Niacina	300	µg
Vitamina B6	40	µg
Acido fólico	5	µg
Acido pantoténico	400	µg
Vitamina B12	0.2	µg
Vitamina K	5	µg
Biotina	2	µg

El VIH y la alimentación infantil:

Pautas para tomadores de decisiones



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

Catálogo de Publicaciones de la biblioteca de la OMS

El VIH y la alimentación infantil – Ed. Rev.

2 v.

Contenido: Pautas para Tomadores de Decisiones – Una guía para gerentes y supervisores de la atención de salud.

1. Lactancia 2. Nutrición infantil 3. Infecciones con el VIH 4. Transmisión de enfermedad, Vertical – prevención y control 5. Toma de decisiones 6. Pautas prácticas I. Organización Mundial de la Salud II. UNICEF III. Fondos de las Naciones Unidas para la Población IV. ONUSIDA.

ISBN 92 75 32601 0

(Clasificación NLM: WC 503.2)

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Unidad de Salud del Niño y Adolescente, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2003

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La publicación fue traducida por la Lic. Natalia León de Cava. La Dra. Sarah María Vega y la Dra. Constanza Vallenias realizaron la revisión técnica.

Diseño minimum graphics
Impreso en Francia

Contenido

Abreviaturas	iv
Explicación de términos	v
Prefacio	vii
Resumen	1
Pasos clave para tomadores de decisiones	3
1. Contexto	5
2. Transmisión del VIH a través de la lactancia: riesgos y opciones	9
3. Normas sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño	14
4. Comercialización y distribución apropiadas de sucedáneos de la leche materna	20
5. Protección, promoción y apoyo de las prácticas apropiadas de alimentación del lactante y del niño pequeño en el contexto del VIH	24
6. Apoyo a mujeres VIH-positivas en sus decisiones sobre alimentación infantil	28
7. Monitoreo, investigación formativa y evaluación	33
Anexos	
1. Recursos útiles y material de referencia	36
2. Conclusiones y recomendaciones sobre la alimentación infantil, de una Consulta Técnica sobre la Prevención de la Transmisión de la Madre al Niño del VIH	42
3. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño	45
4. VIH y Alimentación Infantil: Marco Estratégico para las Acciones Prioritarias	58
5. Opciones de alimentación infantil para mujeres VIH-positivas	65
6. Norma nacional sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño	71
7. Costo de la leche artificial en diferentes países	73
8. Código Internacional de Comercialización de Sucesdaneos de la Leche Materna y resoluciones pertinentes	74
9. Horario del curso combinado sobre la consejería en lactancia materna y la consejería sobre el VIH y la alimentación infantil	88
10. Micronutrientes para la leche animal modificada en el hogar	89

Abreviaturas

ACNUR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
ALNP	Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño
AMS	Asamblea Mundial de la Salud
APN	Atención Prenatal
ARV	Antirretroviral
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la alimentación
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
IHAN	Iniciativa Hospital Amigo del Niño
ETS	Enfermedad transmitida sexualmente
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No-gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PVVS	Personas que viven con el VIH/SIDA
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SMI	Salud materno-infantil
TMH	Transmisión de la madre al hijo del VIH
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Explicación de términos

Alimentación artificial: alimentación con sucedáneos de la leche materna.

Alimentación complementaria: el niño recibe leche materna o sucedáneos de la leche materna y comida sólida o semisólida.

Alimentación con biberón: alimentación mediante un biberón, sea cual sea el contenido, el cual puede ser leche materna extraída, agua, leche artificial, o cualquier otro alimento o líquido.

Alimentación de sustitución (o sustitutiva): alimentación de lactantes que no reciben leche materna con una dieta que provee los nutrientes necesarios hasta la edad en la cual pueden ser completamente alimentados con los alimentos que consume la familia. Durante los primeros seis meses de vida, la alimentación de sustitución debe ser con un sucedáneo adecuado de la leche materna. Después de los seis meses el sucedáneo adecuado de la leche materna debe ser complementado con otros alimentos.

Alimentación mixta: alimentación con leche materna y otros alimentos o líquidos.

Alimentación por taza: ser alimentado o tomar de una taza abierta, sin importar su contenido.

Alimento complementario: cualquier alimento, sea fabricado industrialmente o preparado localmente, utilizado como complemento a la leche materna o a un sucedáneo de la leche materna.

Consejería en alimentación infantil: consejería sobre la lactancia, la alimentación complementaria y, para mujeres VIH-positivas, sobre el VIH y la alimentación infantil.

“Dispersión”: término utilizado para indicar el comportamiento de alimentación de madres que saben que son VIH-negativas o desconocen su estado de infección con el VIH, quienes no dan el pecho, o sólo amamantan por un tiempo corto, o practican la alimentación mixta. Este comportamiento se debe a temores infundados sobre el VIH, a información

errónea o a la fácil disponibilidad de sucedáneos de la leche materna.

Estado desconocido de infección con el VIH: se refiere a personas que no se han hecho pruebas del VIH o desconocen el resultado de las pruebas que se han hecho.

Infectado(a) con el VIH: se refiere a personas que están infectadas con el VIH, sean o no conscientes de su estado de infección.

Interrupción de la lactancia materna: cesación completa de la lactancia materna, incluida la succión.

Lactancia materna exclusiva: cuando un lactante recibe únicamente leche materna, sin ningún otro líquido o sólido, ni siquiera agua, con la excepción de gotas o jarabes de suplementos vitamínicos o minerales, o medicamentos.

Lactante: persona de 0 a 12 meses de edad.

Leche artificial comercial: sucedáneo de la leche materna creado industrialmente según los estándares aplicables del Codex Alimentarius para satisfacer los requisitos nutricionales de lactantes durante los primeros meses de vida hasta la introducción de alimentos complementarios.

Leche animal modificada en el hogar: un sucedáneo de la leche materna preparado en el hogar a partir de leche animal fresca o procesada, adecuadamente diluida con agua y con la adición de azúcar y micronutrientes.

Programa: grupo organizado de actividades diseñadas para prevenir la transmisión del VIH de las madres a sus lactantes o niños pequeños.

Pruebas y consejería del VIH: pruebas para conocer el estado de infección con el VIH, precedidas y seguidas por consejería. Las pruebas deben ser voluntarias y confidenciales, con un consentimiento enteramente informado. La expresión abarca los siguientes términos: *consejería y pruebas voluntarias*,

consejería voluntaria y pruebas voluntarias y consejería y pruebas confidenciales y voluntarias. La consejería es un proceso, no un evento único: para el cliente VIH-positivo debe incluir un plan de vida y si el cliente es una mujer embarazada o acaba de dar a luz, debe incluir consideraciones de alimentación infantil.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): condición patológica activa que sigue al estado temprano y asintomático de infección con el VIH.

Sucedáneo de la leche materna: cualquier alimento vendido o presentado como reemplazo parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para este propósito.

Transmisión de la madre al hijo (Transmisión de la madre al niño, Transmisión maternoinfantil o Transmisión vertical): transmisión del VIH a un niño de una mujer infectada con el VIH durante el embarazo, parto o lactancia. El término se utiliza aquí porque la fuente inmediata de infección con el VIH del niño es la madre. El uso del término *transmisión de la madre al niño o maternoinfantil* no implica cul-

pabilidad, sea la madre consciente o no de su propia infección. Una mujer puede contraer el VIH mediante el sexo sin protección con una pareja infectada, al recibir sangre contaminada, mediante el uso de instrumentos no esterilizados (en el caso de drogadicción), o mediante intervenciones médicas contaminadas.

VIH-negativo: se refiere a personas que se han hecho pruebas del VIH y que saben que sus resultados fueron negativos, o a niños pequeños que han tenido resultados negativos y cuyos cuidadores o tutores conocen los resultados.

VIH-positivo: se refiere a personas que se han hecho pruebas del VIH y que saben que sus resultados fueron positivos, o a niños pequeños que han tenido resultados negativos y cuyos cuidadores o tutores conocen los resultados.

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH): el virus que causa el SIDA. En este documento, el término VIH significa el VIH-1. La transmisión de la madre al niño del VIH-2 es rara.

Prefacio

Las pautas presentadas son una revisión de las pautas originalmente publicadas bajo el mismo título¹ en 1998. Estas han sido revisadas para tomar en cuenta la nueva información científica y epidemiológica. Los cambios principales son:

- incorporar recomendaciones de la Consulta Técnica de la OMS sobre la prevención de la transmisión de la madre al niño del VIH, llevada a cabo en octubre del 2000²
- tomar en cuenta la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño³ desarrollada conjuntamente por la OMS y el UNICEF
- hacer un listado de las acciones recomendadas en “VIH y Alimentación Infantil: Marco Estratégico para las Acciones Prioritarias”⁴
- incorporar la experiencia programática desde 1998
- dar más lineamientos a los países que estén considerando proveer leche artificial gratuita o subsidiada
- reducir el volumen de información sobre la prevención de la infección con el VIH en lactantes y niños pequeños en general
- incluir los resultados de nuevos estudios de investigación.

¹ OMS/UNICEF/UNAIDS. El VIH y la alimentación infantil: Pautas para Decisores. OMS/FRH/NUT/CHD/98.1, UNAIDS/98.3, UNICEF/PD/NUT(J)98-1. Ginebra, Junio 1998.

² OMS. Nuevos datos sobre la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y sus implicaciones normativas. Conclusiones y recomendaciones. Reunión de consulta técnica de la OMS en nombre del Equipo de Trabajo Interinstitucional FNUAP/UNICEF/OMS/ONUSIDA sobre Transmisión Maternoinfantil del VIH. Ginebra, 11-13 de octubre de 2000. Ginebra, Organización Mundial de la Salud 2001, WHO/RHR/01.28.

³ OMS. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra, 2003.

⁴ OMS, UNICEF, FNUAP, ONUSIDA, Banco Mundial, ACNUR, PMA, FAO y OIEA. VIH y Alimentación Infantil: Marco Estratégico para las Acciones Prioritarias. Ginebra, 2003.

Para mayor información, favor de contactar a:

Unidad de Salud del Niño y Adolescente
Área de Salud de la Familia y Comunidad,
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd Street, NW
Washington DC 20037
www.paho.org

o

Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y Adolescente (cah@who.int) o
Departamento de VIH/SIDA (hiv-aids@who.int) o
Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo (nutrition@who.int)
20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza
Página web: <http://www.who.int>

ISBN 92 75 32601 0



9 789275 326015