



Iniciativa de Unidades de Salud Amigas de la *Niñez y la Madre* en Nicaragua

*Factores influyentes para
el éxito y sostenibilidad*



Esta publicación fue producida por el Proyecto de Garantía de Calidad/USAID y el Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF Nicaragua para ser revisada por el Ministerio de Salud de Nicaragua y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Octubre 2006

Resultados de la Investigación Operativa

Iniciativa de Unidades de Salud Amigas de la
Niñez y la Madre en Nicaragua

*Factores influyentes para
el éxito y sostenibilidad*

Octubre 2006

Proyecto de Garantía de Calidad de USAID

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Nicaragua

Renuncia de Responsabilidad:

Las opiniones que aparecen en esta publicación no reflejan necesariamente la opinión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional o el Gobierno de los Estados Unidos y el Gobierno de Nicaragua.

El Proyecto de Garantía de Calidad (QAP) es financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo el Contrato Número GPH-C-00-02-00004-00. El proyecto colabora en países en vías de desarrollo que son elegibles para la asistencia de USAID, Misiones y el Buró, así como otras organizaciones que cooperan con USAID. QAP ofrece asistencia técnica en la gestión de Garantía de Calidad y el desarrollo de la fuerza laboral en los cuidados de salud, ayudando a desarrollar abordajes razonables y factibles hacia cambios integrales en la provisión de los servicios de salud. El proyecto incluye como contratista primario a University Research Co., Initiatives Inc., y Joint Commission Resources, Inc.

Recomendaciones para la citación de esta publicación:

Proyecto de Garantía de Calidad y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF Nicaragua. 2006. La Iniciativa de Unidades de Salud Amigas de la Niñez y la Madre: factores influyentes de su éxito y sostenibilidad. Publicado en español para el Ministerio de Salud de Nicaragua y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Proyecto de Garantía de Calidad y UNICEF Nicaragua. Managua, Nicaragua.

Agradecimientos:

A todas las personas que día a día, han contribuido al rescate de la cultura de la lactancia materna en Nicaragua; a todos los miembros de la Red Comunitaria a nivel nacional que pertenecen a los grupos de promotores y consejeras; y a todos aquellos que brindaron información e ideas invaluable para este estudio y sin quienes no hubiera sido posible presentar la experiencia de Nicaragua.

Equipo investigador:

Barton R. Burkhalter, Indiana González, Nubia Herrera, Oscar Nuñez, Ligia Soledad Saavedra y Fátima Ivette Sandino.

Resumen Ejecutivo

Introducción

La Iniciativa de Hospitales Amigos de la Niñez fue lanzada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1993 y ha llegado a ser el programa de acreditación más grande a nivel mundial, con aproximadamente 19,000 hospitales certificados en 150 países al haber cumplido con los “Diez de Pasos de una Lactancia Exitosa”. A pesar de todo este éxito, la Iniciativa ha venido presentando problemas con la sostenibilidad de la misma. Muy frecuentemente, personal bien capacitado se traslada a otro centro laboral y el hospital pierde su compromiso o entusiasmo inicial y, el establecimiento de salud que una vez fue certificado no continúa con la aplicación exitosa de los Pasos.

Sin embargo, la Iniciativa de Unidades de Salud Amigas de la Niñez y la Madre en Nicaragua, tiene un Programa liderado por el Ministerio de Salud con la cooperación de UNICEF, que aparece para ser la excepción. En 1999 un estudio documentó su crecimiento progresivo e impacto. El presente estudio del Proyecto de Garantía de Calidad/USAID y UNICEF/ Nicaragua busca respuesta que respondan a las siguientes preguntas:

¿Las tendencias positivas documentadas en 1999 se han mantenido?

¿Ha continuado el programa creciendo a centros y puestos de salud y municipios?

¿Qué factores han contribuido al éxito de la Iniciativa?

Metodología

Para llevar a cabo este estudio se realizaron entrevistas semiestructuradas a informantes claves, grupos focales, entrevistas grupales siendo la muestra obtenida de forma aleatoria y estratificada de hospitales, centros y puestos de salud, y equipos administrativos de los SILAIS del país.

Se hizo revisión documental y se hizo una nueva ronda de entrevistas para completar la información. En total 30 entrevistas fueron realizadas.

Hallazgos

Crecimiento e impacto: el estudio encontró que después de un proceso inicial de institucionalización, la Iniciativa ha continuado su crecimiento y ha tenido un impacto positivo sobre las prácticas de lactancia materna. La institucionalización se dio en varias etapas:

- Durante la década de los ochenta y previo a la Iniciativa, eran mínimas las actividades llevadas a cabo de manera organizada para promover la lactancia, creando las bases necesarias para un éxito temprano de la Iniciativa. Durante este período se constituyó una red la cual tenía cierta formalidad en su funcionamiento y pertenecían a ella profesionales competentes y comprometidos con la lactancia.
- Al iniciar, el Ministerio de Salud lideró actividades que elevaron el nivel de sensibilización sobre los beneficios de la lactancia. Desde un inicio, Nicaragua denominó a la Iniciativa “Iniciativa de la Niñez y la Madre”, reflejando la creencia de que la relación madre - niño es indivisible y

que ambos necesitan cuidados especiales y son beneficiados de manera conjunta.

- En los primeros años de la Iniciativa, un ambiente favorable fue creado a través de la formulación de nuevas leyes, estrategias gubernamentales, liderazgo institucional, valores compartidos, involucramiento de las universidades y participación intersectorial. Mientras tanto, el proceso de certificación inició en tres hospitales y luego se fue extendiendo uno a uno a nivel nacional.
- Después de unos pocos años, se amplió, abarcando centros y puestos de salud del Primer Nivel de Atención. El nombre de la Iniciativa cambió a Unidades de Salud Amigas de la Niñez y la Madre. Esta ampliación dio visibilidad de las actividades realizadas en las comunidades relacionadas a la lactancia materna y dio paso a la expansión de la red de profesionales de salud comprometidos.
- Al llegar la Iniciativa a su estado de maduración, otras Agencias y Sectores Sociales realizaron actividades de apoyo para la Iniciativa. Un ejemplo remarcable es la Iniciativa de Comedores Infantiles Comunitarios (CICOS) Amigos de la Niñez y la Madre, organizados en las áreas rurales por el Ministerio de la Familia. Otro ejemplo es la masiva educación de la sociedad, a través de campañas de medios a gran escala, artículos en los principales diarios del país, ferias locales y nacionales de lactancia asociados al sector privado.

Esta historia de continua expansión, indica que la Iniciativa ha crecido por el número de unidades de salud certificadas. Al momento del estudio, el número de unidades certificadas era de: 17 de los 22 hospitales materno - infantiles, 129 de los 154 centros de salud, 644 de los 1048 puestos de salud y 11 de los 17 SILAIS. El SILAIS es la oficina administrativa bajo la cual los establecimientos de salud se encuentran organizados a nivel departamental.

El impacto de la Iniciativa en las prácticas de lactancia materna ha sido importante y

creciente. Tres encuestas nacionales de salud encontraron fuerte tendencia ascendente en las prácticas de la lactancia.

Prevalencia (%) de prácticas de lactancia materna en Nicaragua

Indicadores	Año y fuente		
	1993	1998	2001
Lactancia Materna Exclusiva de 0- 3.9 meses	11.0	30.0	40.0
Lactancia Materna Exclusiva de 0 - 5.9 meses	N/D	19.0	31.1
Niños que recibieron Lactancia por lo menos alguna vez, menores de 5 años	92.0	92.0	94.5
Niños que lactaron dentro de la primera hora de nacidos	41.0	79.5	76.3
Duración promedio en meses	12.0	15.0	17.6
Promedio de lactancia exclusiva en meses	0.6	2.1	2.5

Factores influyentes en el éxito y

sostenibilidad: Varios factores descritos anteriormente ayudaron a que la Iniciativa tuviese un inicio rápido lo que fue crucial para el éxito continuado del programa. Estos incluyen:

- Leyes nacionales que apoyaron la lactancia, tal como la Ley Nacional de establecimiento de la Comisión Nacional de Lactancia Materna, desde la etapa temprana de la Iniciativa y más recientemente la Ley de Promoción, Protección y Mantenimiento de la Lactancia y Regulación de la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna;
- Fuerte compromiso y liderazgo del Ministerio de Salud;
- El crecimiento en el número de profesionales de la salud desde diversas organizaciones y regiones convencidos de los principios de la Iniciativa que han luchado por su supervivencia y éxito;

- La expansión más allá de los hospitales hacia todas las unidades de salud, especialmente en el Primer Nivel de Atención: Vital para mantener a cada momento las buenas prácticas de la lactancia materna a nivel nacional, expansión que también ha generado conocimiento y apoyo mutuo entre profesionales de salud y autoridades locales, así como oportunidad de capacitación a todos los trabajadores de la unidad de salud (no sólo a aquellos vinculados con la atención directa) y además promoción de actividades con la comunidad;
- El involucramiento de las universidades ayudó a afianzar el valor de la lactancia materna, fortaleciendo el manejo y habilidades entre los profesionales de salud. La Iniciativa de Universidades Amigas de la Niñez y la madre, promovió y facilitó la inclusión del tema de la lactancia como parte del currículum médico y además la designación de ambientes para que madres estudiantes y docentes pudiesen alimentar a sus bebés.
- Una permanente publicidad local y nacional así como actividades educativas

Importancia del abordaje de Garantía de

Calidad: Muchos de los principios y abordaje de la Garantía de Calidad contribuyeron al éxito y sostenibilidad de la Iniciativa, incluyendo pasos para definir, medir y mejorar la calidad de los servicios, necesarios para convertir a un establecimiento de salud en unidad amiga de la niñez y la madre.

Uso de la evidencia basada en estándares:

Los criterios internacionales para la certificación, son fuertemente basados en la evidencia y han sido la base sólida de la Iniciativa. Por ejemplo, los hospitales nicaragüenses que han sido certificados después de trabajar muy duro para cumplir con los criterios, observaron que debido a las buenas prácticas de la lactancia materna en sus hospitales, disminuyeron las enfermedades diarreicas en los recién nacidos. Esta vinculación de los estándares de la certificación a las prácticas de la lactancia materna y los

resultados en salud, ayudaron a demostrar a los proveedores de salud la efectividad de los criterios y los adoptaron, favoreciendo de esta manera la sostenibilidad.

Valoración externa de la calidad y

certificación: La certificación utiliza mecanismos rigurosos de medición por parte de equipos multidisciplinarios expertos en el tema, quienes fueron seleccionados en conjunto por el Ministerio de Salud y UNICEF Nicaragua. Los criterios de la certificación difieren en dependencia al tipo de unidad de salud. Unidades de atención directa (hospitales, centros y puestos de salud) deben cumplir con los Diez (u Once) Pasos para una lactancia exitosa, mientras el sistema de salud (SILAIS y municipalidades) debe reunir un mínimo de porcentaje de sus unidades de salud de su jurisdicción certificadas.

Este proceso de certificación es iniciado por la decisión misma de la unidad de salud y puede tomar un año o más, y durante este período, la unidad de salud va descubriendo sus brechas y los corrige; aprenden a apreciar el valor de los estándares y mantienen un riguroso proceso de medición; y generalmente desarrollan una cultura por la planeación, medición y mejoramiento. El largo proceso de certificación es muy largo y con mucha carga emocional. El mayor aprendizaje usualmente ocurre durante las autoevaluaciones y diferentes fases de mejora. Todo esto precede a la visita oficial para la certificación.

Recertificación: El propósito original fue recertificar los hospitales y otras unidades de salud de manera periódica y frecuente usando rigurosos procesos de evaluación externa. Sin embargo, el financiamiento y otros problemas han causado que la recertificación sea irregular. No obstante, la posibilidad de una recertificación ha motivado a algunas unidades de salud a llevar a cabo sus propias autoevaluaciones y acciones correctivas con mayor rigor. Cuando las recertificaciones son programadas, las unidades de salud toman esto muy seriamente y se preparan cuidadosamente. A la fecha, solo uno de los 18 hospitales certificados ha fallado la recertificación.

Autoevaluación y mejoramiento: Todos los hospitales certificados y muchas otras unidades de salud han incorporado la autoevaluación como una actividad periódica de la Iniciativa. La autoevaluación es vista como un proceso útil para detectar problemas, realizando acciones correctivas, y confirmando si la acción resolvió o no la situación a mejorar. Los métodos utilizados varían grandemente de una unidad de salud a otra, pero usualmente son una combinación de mediciones periódicas y de juicios no cuantitativos de las personas. El proceso de autoevaluación ha llevado a descubrir y solucionar mucho de los problemas importantes relacionados a la lactancia. Esta metodología es de bajo costo. Todo esto, promueve y mantiene las competencias del personal y refuerza el compromiso a los principios de la Iniciativa. Esto es un factor vital en el éxito y sostenibilidad de la Iniciativa.

Costo: El costo promedio estimado en que incurre el Ministerio de Salud para certificar un Municipio de Salud típico, durante el año pasado es:

Costo estimado para certificar un hipotético Municipio con un Centro de Salud y cinco Puestos de Salud.

Capacitación	Dólares
100 trabajadores de salud por 3 días	1,608
60 consejeras por 5 días	1,608
160 manuales	143
Evaluación	
3 evaluadores por 3 días	402
Certificación	
Placas (municipal y puestos de salud)	691
Banner y acto de celebración	234
Totales	4,686

Conclusiones y desafíos

El estudio llegó a las siguientes conclusiones generales:

- Hasta el momento, la Iniciativa ha continuado su crecimiento e impacto en las prácticas de la lactancia materna, como se observa en el número creciente de unidades de salud de diferentes tipos y especialmente por el mejoramiento a nivel nacional de las prácticas de la lactancia.
- La Iniciativa ha sido implementada en Nicaragua de forma muy dinámica. Sin rigidez en su organización e implementación, no lineal, es decir, diseminándose por diversas vías tales como la comunidad, las alcaldías, universidades, Sector Seguro Social y Privado.
- Nicaragua diseñó un modelo bien concebido y basado en la evidencia, y con un espíritu de solidaridad y de respeto a los derechos humanos, más que con una fórmula de pasos específicos a seguir, lo cual ha probado ser útil. Incluye el enfoque de derechos humanos al haberse integrado la lactancia materna en cada uno de los procesos de atención y su abordaje participativo.
- La promoción de la lactancia materna se ha integrado de manera formal y filosófica dentro de la estructura y funcionamiento de todos los sistemas de cuidados de la salud de la mujer y la niñez lo cual es un verdadero indicador de institucionalización.
- El definir lo que se considera calidad en la Iniciativa, medir y mejorar, ha ayudado a alcanzar sustantivamente mejores resultados.
- La implementación de la Iniciativa ha sido incorporado efectivamente dentro de las prácticas y estructuras de las organizaciones

de salud, instituciones gubernamentales y actividades comunitarias en Nicaragua.

El estudio también identificó algunos retos para el corto plazo que enfrenta la Iniciativa. La descentralización del seguimiento y monitoreo por parte del Ministerio de Salud; integrar la Iniciativa con otros componentes para brindar cuidados maternos, infantiles y

de los y las adolescentes de una forma más integrada; desarrollo de incentivos individuales y colectivos; y un mayor involucramiento de las comunidad y usuarios y usuarias de los servicios en el marco de la Ley de Participación Ciudadana.

Siglas Utilizadas

CICO	Comedores Infantiles Comunitarios
ENDESA	Encuesta Demográfica de Salud
IBFAN	Red Internacional de Alimentación Infantil
INCAP	Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
MBFHI	Iniciativa de Unidades de Salud Amigas de la Niñez y la Madre
MINSA	Ministerio de Salud
MSH	Management Sciences for Health
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PL 480	Ley Pública 480 (Estados Unidos)
QAP	Proyecto de Garantía de Calidad/USAID
SILAIS	Sistemas Locales de Atención Integral en Salud
SIVIN	Sistema Integrado de Vigilancia de las Intervenciones de Nutrición
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
URC	University Research Co., LLC
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
OMS	Organización Mundial de la Salud

Tabla de Contenidos

I. Introducción	13
II. Antecedentes	15
A. Período precedente inmediato	15
B. La Iniciativa a nivel mundial	15
C. La Iniciativa en Nicaragua	16
D. Construyendo el apoyo para la Iniciativa	16
III. Objetivos del estudio	19
IV. Metodología	20
A. Tipo de estudio	20
B. Universo y muestra	20
C. Diseño de la muestra	20
D. Método de recolección de datos	21
E. Recolección de información gerencial	22
V. Hallazgos	23
A. Desarrollo de la Iniciativa	23
B. Diferencias de la Iniciativa en Nicaragua	26
C. Implementando la Iniciativa a nivel de los establecimientos	28
D. El proceso de certificación de Unidades de Salud Amigas de la Niñez y la Madre.	35
E. Autoevaluación, una actividad en marcha y permanente de la Iniciativa	40
F. Contexto externo: Otras Iniciativas	43
G. Inversión financiera	44
H. Indicadores nacionales de lactancia materna	45

VI. Conclusiones	48
A. Lecciones aprendidas	48
B. Desafíos	48
C. Conclusiones generales	49
Bibliografía	50
Apéndice A	51
Apéndice B	52
 Lista de Tablas	
Tabla No. 1: Actividades de recolección de datos cualitativos	21
Tabla No. 2: Unidades de Salud Certificadas y No Certificadas (1995–2005)	39
Tabla No. 3: Costo Estimado para certificar un municipio hipotético	45
Tabla No. 4: Estadísticas Nacionales de la Encuesta de Salud (1993–2001)	45
Tabla No. 5: Estadísticas de Lactancia: USAID PL 480 y Prosalud (1999–2003)	47

I. Introducción

Las razones por las cuales la lactancia materna es el alimento idóneo para los recién nacidos, y por qué el amamantamiento es beneficioso para la madre, han sido basadas en estudios y evidencias a nivel mundial.

Sin embargo, también se ha encontrado recientemente que hay una alarmante disminución de la práctica de la lactancia materna en la mayoría de los países, debido a factores sociales, culturales y económicos, en detrimento de la salud materno infantil. En respuesta, la sociedad mundial ha realizado acciones de manera coordinada entre dirigentes de Estado, así como, Asociaciones y Organismos que velan especialmente por la salud materno infantil. Muchos países han ido asumiendo compromisos para la promoción, protección, apoyo y fomento de la lactancia materna, en función de mejorar los indicadores de morbilidad, mortalidad y la desnutrición y crear un mejor futuro.

En 1992, a la luz de estos compromisos, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF y la Organización Mundial de la Salud, OMS, lanzaron la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Niñez. Para abril del 2004, aproximadamente unos 19,000 hospitales en 150 países, habían sido certificados como Hospitales Amigos. La Iniciativa ha contribuido a mejorar la calidad de la alimentación infantil, como se reveló en una encuesta reciente de UNICEF de estudio de caso de programas exitosos de Hospitales Amigos de la Niñez, en la que se reporta que la situación ha mejorado en varios países desde que se puso en marcha dicha iniciativa¹.

La experiencia ha demostrado que para lograr recuperar la práctica de lactancia materna se requiere no solamente de leyes de regulación para la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, sino más bien, de la decisión política para llevar a la realidad acciones que promuevan, protejan y apoyen efectivamente la lactancia con mecanismos de vigilancia²⁻³.

Estas acciones incluyen la formación de comités multisectoriales, acciones de reformas del sector salud y apoyo en las comunidades, definición de leyes que protejan los derechos de la mujer para lactar, el desarrollo, implementación, monitoreo y evaluación de políticas de alimentación y nutrición para mujeres y niños, promover la consejería y el seguimiento a la lactancia exclusiva hasta los seis meses y con lactancia continuada con alimentación complementaria, hasta los dos años de edad, en todas las instituciones y organismos que promueven estos programas.

Nicaragua inició sus primeros esfuerzos para promover la lactancia materna, hace más de 24 años como parte de estos esfuerzos mundiales, asumiendo los compromisos necesarios a nivel legislativo e institucional con las instituciones involucrados en la salud materna e infantil; estableciendo alianzas estratégicas con organismos Internacionales y no gubernamentales y trabajando intensamente con la sociedad civil organizada. En los últimos doce años el Ministerio de Salud ha tomado el liderazgo en la implementación de la Iniciativa de Unidades Amigas de la Niñez y la Madre⁴ con el apoyo de UNICEF. La Iniciativa ha sido sostenida e implementada de muchas maneras: involucra hospitales y centros de salud, con formulación de leyes, actividades en el sector

1) UNICEF, Iniciativa de Hospitales Amigos, 2004.

2) Quinn et al., Mejorando las Prácticas de la lactancia., 2005.

3) OMS. Estrategia Global, 2003.

4) En Nicaragua la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Niñez, es llamada Iniciativa de Unidades Amigas de la Niñez y la Madre, reflejando el amplio alcance de este Programa.

educativo y la aplicación de aseguramiento de la calidad y otras técnicas que mejoran la gerencia y el cumplimiento de mejores prácticas.

A nivel mundial, la estrategia de Hospitales Amigos de la Niñez, ha tenido problemas relacionados a supervisión y sostenibilidad. En algunos países después de lograr la certificación, se ha retrocedido al no poder mantener el cumplimiento de los diez Pasos de una lactancia materna exitosa. Una revisión de la Iniciativa alrededor de la certificación, concluyó que las normas y criterios que se requieren para certificarse (diez pasos), se basan en la evidencia, son estándares de fácil cumplimiento, no requieren de mayor inversión financiera y ha recibido fuerte abogacía.⁵ Sin embargo, no se ha desarrollado ni establecido un mecanismo que asegure su cumplimiento continuo. En respuesta, UNICEF ha manifestado su intención de intensificar

esfuerzos para identificar experiencias exitosas y lecciones aprendidas y ha desarrollado y lanzado nuevas guías para lograr la sostenibilidad de la Iniciativa.

El Proyecto de Garantía de Calidad en Nicaragua financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID, en conjunto con el Ministerio de Salud y UNICEF, se propusieron realizar el presente estudio, para documentar la expansión, continuo crecimiento y sostenibilidad de la Iniciativa e identificar como los principios de garantía de calidad han contribuido a su implementación, limitaciones y los factores que han contribuido a su éxito. En otras palabras, este estudio documenta las características que hacen de esta experiencia un modelo internacional a replicar.

5) Cadwell K and Turner-Maffei C. Focused accreditation of services, 2000.

II. Antecedentes

A. Apoyo inicial a la lactancia materna en Nicaragua

La lactancia materna ha recibido el apoyo desde 1980, cuando se realizaron los primeros esfuerzos para promoverla. Durante este período se asumen diferentes compromisos; a nivel legislativo e institucional para promover la salud materna e infantil. Se establecieron alianzas estratégicas con organismos internacionales y no gubernamentales que trabajaban con la sociedad civil organizada, para que la cultura del amamantamiento, como símbolo de salud, amor y equilibrio con la naturaleza, fuera readoptada por la sociedad nicaragüense. En 1981 se promulga el Decreto Ley N° 912 de Promoción de la Lactancia Materna, en el cual se declara de interés público la promoción de esta práctica y se crea la Comisión Nacional de Lactancia Materna.

En 1988, en el marco de la Campaña pro Defensa de la vida del niño, el Ministerio de Salud, elabora el primer Plan Nacional de Lactancia Materna bajo la Dirección de Nutrición, el cual se desarrolló con el apoyo de diferentes organismos e instituciones del Estado, pero que no se completó su implementación por la difícil situación política del país.

En 1990 con el cambio sociopolítico experimentado se reestructura el Estado, lo que se tradujo en la abolición de las estructuras responsables de hacer cumplir el decreto antes mencionado. Antes de esa fecha, debido al bloqueo económico, la comercialización de leches industriales era muy poca pero esta situación comenzó a cambiar tan pronto como el bloqueo fue levantado. Estos cambios llevaron a conformar un comité jurídico social de apoyo a la lactancia, para revisar

exhaustivamente el decreto 912 y elaborar un nuevo anteproyecto de ley sobre el tema, que retomara las disposiciones del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna.

En 1991, el Centro Mujer y Familia, retoma el trabajo desde la sociedad civil organizada e incorpora el tema como su línea principal de promoción, implementando proyectos de salud comunitaria e institucional; es así que en el año 1997 logró la formación de consejeras en 23 comunidades de los departamentos de Carazo, Granada y Masaya.

Siempre motivado por estas acciones, el Ministerio de Salud con el apoyo del UNICEF/INCAP/OPS realiza un Panel Foro sobre lactancia materna en 1992, y un encuentro de mujeres, del que se produce la recomendación de reactivar a la Comisión Nacional de la Lactancia, integrándose los Ministerios de línea del Gobierno, las universidades, las Asociaciones de Profesionales, la Asamblea Nacional y organizaciones de la sociedad civil.

B. La Iniciativa a nivel mundial

En 1992, El Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia y la Organización Mundial de la Salud, lanzaron al mundo la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Niñez. Siendo su principal objetivo; modificar en los hospitales todas aquellas prácticas que interfieren con la lactancia materna a efectos de mejorar la calidad de la atención.

Para que un hospital sea certificado como Amigo de la Niñez, debe poner en práctica los “Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa”, los que son respaldados por la

Declaración Conjunta de la OMS/UNICEF en 1989 (ver apéndice A).

C. La Iniciativa en Nicaragua

Esta Iniciativa fue adoptada en Nicaragua por el Ministerio de Salud en 1993 con el apoyo inicial y permanente de UNICEF, asumiéndola con el nombre de Iniciativa de Hospitales Amigos de la Niñez y de la Madre integrando al binomio madre-niño, con la visión de futuro, de que había que incorporar otros estándares de calidad además de los de lactancia materna, para continuar en la mejoría de la calidad de la atención brindados a la mujer y la niñez.

Para ponerla en práctica, se desarrollaron diferentes procesos y adaptaciones con el fin de ir acorde con los avances en los aspectos de salud pública en el país. Una de las primeras adecuaciones fue la de integrar conceptualmente al binomio madre-niño/a, en segundo lugar los pasos se aplicaron no sólo en las salas de maternidad y recién nacido, sino en todos los servicios de pediatría, y no solamente dirigida al personal involucrado en la atención directa a la madre y al niño o niña, sino también, al personal de las áreas administrativas incluidos los de servicios de apoyo.

Otra de las adecuaciones fue considerar la red de prestación de servicios del país. Las mujeres típicamente acuden al hospital a la atención de su parto y permanecen sólo unas pocas horas. Sus cuidados prenatales lo realiza en el Primer Nivel de Atención (Centros de Salud) por lo tanto el personal de salud a este nivel mantiene más contacto con las madres que el personal hospitalario. Por esta razón se determinó que, las unidades de Atención Primaria, deberían ser incluidas dentro de la Iniciativa. Por lo tanto el personal de los Centros de Salud tiene más oportunidad de preparar a la mujer para la lactancia materna durante sus cuidados prenatales.

Fue así, que el equipo técnico nacional interinstitucional e interagencial que la promovía, decidió realizar las modificaciones que dieran respuesta a la demanda del Primer

Nivel de Atención. Para su puesta en marcha, se hizo una adaptación de los Diez Pasos de hospitales y se crearon Once Pasos para el Primer Nivel de Atención.

D. Construyendo el apoyo para la Iniciativa

La Comisión Nacional de Promoción de la Lactancia Materna, involucra a diferentes organizaciones de la sociedad civil y a otras instituciones para que asuman, no sólo desde el perfil de salud, sino que desde la identidad gremial y profesional, el trabajo en pro de esa práctica. Esto implicó la identificación de roles y responsabilidades de cada uno de los actores sociales involucrados lo que resultó en un amplio rango de acciones. Por ejemplo, revisión de la legislación de la lactancia materna y lo establecido en el Código del Trabajo. Se realizaron acciones para sensibilizar y capacitar a la población en general y al personal del Ministerio de Salud sobre los beneficios de la lactancia materna. Se organizaron talleres nacionales, delegados participaron en encuentros y foros internacionales y otros eventos científicos. Se organizaron eventos en las comunidades, tales como concursos de poesía y canto en el tema de lactancia. Colocación de rótulos en las carreteras, elaboración de afiches, cuñas radiales, manuales de capacitación para brigadistas y promotores de la comunidad. Todo ello generó un entusiasmo nacional para trabajar en la Promoción, Protección y Apoyo a la lactancia materna.

En 1993, el Ministerio de Salud con apoyo de INCAP/OPS y UNICEF, realizó la investigación de conocimientos del personal de salud, “Prácticas hospitalarias que interfieren o favorecen la lactancia materna”.⁶ Los resultados de dicho estudio fueron el punto de partida de la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Niñez y la Madre. En este mismo periodo y durante la celebración de la semana mundial de la lactancia materna, 3 hospitales cuyas prácticas resultaron favorable para implementarla,

6) Cruz y Navas, Practicas hospitalarias, 1993.

asumieron el compromiso de implementar los Diez Pasos, estos fueron: el José Nieborowsky de Boaco, el Bernardino Díaz Ochoa de Granada y el Fernando Vélez Paiz en Managua. Siendo una de las primeras actividades la capacitación, el curso básico de la Iniciativa de 18 horas, haciendo énfasis en las deficiencias de conocimientos encontradas en el estudio.

En 1994, el Ministerio de Salud, con el apoyo de Wellstart Internacional/USAID, realizó un Diagnóstico sobre Prácticas y Promoción de la lactancia materna en Nicaragua.⁷ Como resultado de este estudio cinco áreas a priorizar fueron identificadas en un plan nacional: el apoyo a la Iniciativa de Unidades Amigas, la revisión y actualización de contenidos sobre lactancia en los programas educativos generales, el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia en la comunidad, la consolidación de un marco legal que la favoreciera y una estrategia de comunicación social.

En 1996, el Código Laboral fue revisado, introduciéndose una propuesta para asegurar mayor apoyo a la mujer lactante trabajadora, sin embargo, esta propuesta no fue aprobada. Esta situación llevó al MINSA a asumir el compromiso con sus trabajadoras, firmando la resolución ministerial N° 54-94, en apoyo a la lactancia. A pesar de estar dirigida sólo al personal de salud, la resolución sirvió de referencia para otras instituciones estatales y privadas, que la adoptaron como propia. Esta resolución ha sido ratificada por cada nuevo Ministro de Salud.

En 1998, los miembros que integran la CONALAMA, firmaron un acta de acuerdos y compromisos, definiendo las funciones de las instituciones para apoyar el quehacer de la Comisión, y hacen un llamado para el cumplimiento de la Ley N° 295 “Ley de Promoción, Protección y Mantenimiento de la lactancia materna y Regulación de la Comercialización de los Sucedáneos de la leche materna”.

Se formuló un plan estratégico nacional con participación del MINSA y los ministerios de: Educación, Deportes y Gobernación (el cual dirige a la Policía Nacional y Sistema Penitenciario). Esta resolución define roles y responsabilidades para cada uno de ellos. Las actividades descritas en el plan se evaluaban cada seis meses. La representante del Instituto de la Mujer ante la CONALAMA señaló en ese momento: *“Los Institutos de la Mujer de otros países nos preguntaban ¿cómo han hecho esto?”*, la respuesta era que se tenían como fundamentos:

- Visión común y compartida de la Iniciativa entre las Agencias,
- El reordenamiento institucional, no sólo del MINSA, sino de otros ministerios para acoplarse a la Iniciativa y,
- Un sentido generalizado de apropiación para la Iniciativa.

Un factor que facilitó la implementación de la iniciativa es la organización de la sociedad civil.

La Alianza Nacional Pro Lactancia Materna, fue creada con la participación de diferentes Organismos No Gubernamentales (ONG), que implementan proyectos alrededor de la salud y nutrición del binomio madre-niño. Estas organizaciones son representadas ante la CONALAMA a través de una delegada que es su coordinadora. El papel que han desarrollado para el apoyo y promoción de la lactancia materna, ha sido relevante, particularmente en términos de organización comunitaria y de abogacía a nivel de políticas.

La coordinadora de la comisión ha sido gran entusiasta desde el inicio del movimiento hace más de 17 años. Su gran frustración, menciona, es no contar con los recursos económicos que tienen las compañías transnacionales, recursos que pudieron haber dado mayores capacidades para responder con el mismo vigor a la propaganda sobre el uso de los sucedáneos de la lactancia materna y promover la Ley que la respalda: *“No hemos podido hacer un acuerdo*

7) Navas et al., Valoración de lactancia, 1994.

con las agencias publicitarias, para hacerles conciencia sobre lo que se violenta de la Ley 295". (Lic. X. Suarez, Representante de la Alianza).

La Ley de Seguridad Social, contempla el fomento de la lactancia en todas las madres aseguradas. Esta ley establece que los sucedáneos de la leche materna pueden ser suministrados sólo si existe una prescripción médica, solamente para las madres que por una u otra razón no pudiesen amamantar, sin embargo, la prescripción médica hacia las madres aseguradas es general tanto desde las unidades del sector público como privado. La CONALAMA continua insistiendo y proponiendo el cambio, sin embargo, no se ha logrado una propuesta concreta que sea aceptada por los usuarios y usuarias cubiertos por el Seguro Social.

El Ministerio de Educación como miembro de la CONALAMA, ha estado trabajando para promover la lactancia, instando a los estudiantes a participar en la Semana Mundial de la Lactancia y para la celebración del Día de las Madres; con composiciones, murales, canciones, poemas y otras actividades alusivos al tema. Esto motivó a los estudiantes de secundaria a escribir sus trabajos de monografías para el bachillerato en el tema de lactancia, lo que se evidencia por el flujo de estudiantes en búsqueda de información en el Ministerio de Salud.

III. Objetivos del estudio

Una evaluación realizada en 1999 indicó que la Iniciativa de Unidades Amigas fue la causa más probable de mejoría sustancial en las prácticas de alimentación de los lactantes⁸. Se realizó una comparación de la Encuesta Nacional Demográfica de Salud (ENDESA) en 1993, cuando la Iniciativa fue lanzada y 1998, lo que demostró que un incremento en tres veces en el promedio de duración de la lactancia exclusiva (de 0.6 a 2.1 meses), un 25% de incremento en el promedio de duración de cualquier tipo de lactancia (de 12 meses a 15 meses), casi dos veces se incrementó el porcentaje de inicio de la lactancia en los primeros 30 minutos del nacimiento (de 41% a 79%) y casi se triplicó el porcentaje de lactantes menores de 4 meses con lactancia exclusiva (de 11% a 30%).

El presente estudio busca determinar si la tendencia positiva identificada en la evaluación de 1999 se ha sostenido y si la Iniciativa a continuado su crecimiento en centros y puestos de salud. El estudio busca identificar los factores que han contribuido al éxito de la Iniciativa de Unidades de Salud Amigas de la Niñez y la Madre.

Los objetivos específicos de este estudio son:

- Identificar como los principios de garantía de calidad han contribuido a la implementación de la estrategia de la Iniciativa de Hospitales y Unidades Amigas;
- Identificar otros factores determinantes que han contribuido al éxito de la Iniciativa;
- Identificar las limitaciones, experiencias exitosas y lecciones aprendidas;
- Sistematizar los pasos que conducen a la certificación y recertificación;
- Identificar acciones que ayudan a alcanzar la sostenibilidad;
- Determinar el alcance y contribución de la inclusión del concepto madre y niñez a la Iniciativa;
- Identificar costos y fuentes de financiación.

8) Sandino y Wallace, Construyendo capacidades, 1999.

IV. Metodología

A. Tipo de estudio

Esta es una evaluación de un Programa Nacional en marcha basado en información cualitativa y cuantitativa.

La metodología de recolección de datos incluye grupos focales, entrevista a profundidad con informantes claves involucrados en la iniciación e implementación de la Iniciativa de Unidades Amigas de la Niñez y la Madre, además revisión documental. Para la información cuantitativa, se utilizaron varios formatos para recolectar los informes estadísticos de las estructuras departamentales, de los hospitales y centros de salud del Ministerio de salud.

B. Universo y muestra

Dadas las características del estudio, el universo estuvo compuesto por diferentes grupos de población involucrados de alguna forma en la Iniciativa. La distribución geográfica fue el territorio nacional de Nicaragua. Estos incluyen la estructura departamental del Ministerio de Salud representado por los 17 Sistemas Locales de Atención Integral en Salud, llamados SILAIS, y situados en las cabeceras departamentales. Cada SILAIS tiene al menos un hospital (Managua tiene 4 y Carazo y Estelí tienen 2 cada uno), un Centro de Salud en cada municipio y numerosos puestos de salud.

En el Segundo Nivel de Atención están los hospitales, los cuales están ubicados en la cabecera departamental: 22 hospitales ofrecen servicios materno infantil y fueron el objetivo para la certificación a través de la Iniciativa. Las unidades del Primer Nivel de Atención son centros y puestos de salud. El país cuenta con 154 centros de salud, ubicados en las cabeceras municipales y tienden a tener a un personal

de salud altamente capacitado. Los puestos de salud están localizados en lugares distantes del área rural y se enfocan principalmente en actividades de prevención.

Los grupos de población de interés de este estudio fueron aquellos que están relacionados a las Unidades de Salud (hospitales, centros y puestos de salud), y que han sido certificadas como Unidades Amigas de la Niñez y la Madre, o bien, que lo han intentado sin lograrlo, a saber:

- Usuaris de los alojamientos o albergues hospitalarios para madres lactantes;
- Integrantes de los Comités de Lactancia Materna en la Unidades de Salud;
- Integrantes de los Grupos de Apoyo a la Lactancia;
- Representantes de Agencias de Cooperación y de organizaciones de la Sociedad Civil, gerentes de proyectos con intervenciones en la Iniciativa; y
- Tomadores de decisiones en el nivel superior del MINSA; Departamento de Nutrición del Nivel Central, directores de SILAIS, coordinadores de Programa de Atención Integral a la Niñez, y fundadores de la Iniciativa

C. Diseño de la muestra

Se utilizó un diseño muestral aleatorio simple, estratificado por cúmulos para los niveles de intervención que tiene el Ministerio de Salud. Utilizando criterios predeterminados, siete SILAIS fueron preseleccionados para balancear accesibilidad y representatividad regional. Entre los siete SILAIS, la muestra del estudio

incluyó el hospital y una muestra al azar de centros y puestos de salud.

La selección fue limitada a establecimientos de salud comprometidos de alguna manera con la Iniciativa, independiente de su estatus de certificación. Esta muestra representó el 41% de los SILAIS (7 de 17) y 36% de los hospitales (8 de 22) que brindan servicios de salud materno infantil, incluyéndose todos los hospitales departamentales de los SILAIS seleccionados y siete centros de salud con sus puestos de salud. El equipo investigador visitó los SILAIS y unidades de salud para la recolección de la información.

Se entrevistaron informantes en las unidades de salud seleccionadas e informantes externos involucrados en la implementación de la Iniciativa. Información sobre autoevaluación fue obtenida a través de rondas de entrevistas con informantes claves de 19 unidades de salud y que tenían interesantes experiencias de autoevaluación. Informantes claves fueron seleccionados en base a los siguientes criterios: miembros del comité de lactancia, miembro del equipo evaluador de la Iniciativa o coordinadores de proyecto que apoyaron la Iniciativa.

D. Método de recolección de datos

Entrevistas fueron conducidas y los registros fueron revisados en los SILAIS y establecimientos seleccionados. El coordinador de cada comité de lactancia fue entrevistado. En tres SILAIS, se entrevistaron coordinadores de Programa de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia y al Director del SILAIS.

Grupos focales fueron organizados en tres hospitales con albergues maternos y siete centros de salud. Dos de estas sesiones no fueron productivas y se excluyeron de este reporte.

Para las entrevistas a informantes claves, se hizo una selección de personas sugeridas por el equipo investigador, que estuvieron o estaban aún involucrados en la Iniciativa. Estos informantes fueron treinta, un número mayor de lo planeado debido a la diversidad de informantes en cada etapa de la implementación (ver tabla No. 1). Las respuestas de informantes clave se encuentran insertas entre los hallazgos de este reporte y se presentan en *itálicas*.

Tabla No. 1. Actividades de recolección de datos cualitativos

	Hospitales	Centros de Salud	SILAIS	Otros	Total
Grupos Focales	3	7	-	-	10
Entrevistas a informantes claves	9	8	3	10*	30
Entrevistas de autoevaluación	7	7	4	1	19
Total	19	22	7	11	59

* Otros entrevistas fueron llevadas a cabo con individuos tales como financiadores, miembros del Comité Nacional de Lactancia Materna y directores de proyectos que colaboraron con la iniciativa.

El primer tema, estructura organizacional, tuvo tres categorías de información: organización estructural y funcional, planeación y coordinación, con varios indicadores relevantes en cada categoría.

E. Recolección de información gerencial

Se diseñaron ocho formularios para recolectar la información, siendo validados en el Centro de salud de Ticuantepe en Managua. Los formatos guiaron las entrevistas con los Comités de Lactancia de las unidades de salud certificadas y no certificadas, con informantes clave en diversos temas y grupos focales de consejeras de lactancia materna y madres de niños hospitalizados. Dos tipos de información fue dirigida por las diferentes guías: estructura organizacional y aspectos financieros.

Estructura organizacional tuvo tres categorías de información con relevantes indicadores en cada uno:

Indicadores de la organización estructural y funcional:

- Si las funciones de los comités de lactancia materna estaban definidas,
- Si las funciones de los círculos de calidad/certificación estaban definidas,
- Total de grupos de apoyo al inicio y actual,
- Listado de los integrantes de los grupos de apoyo por comunidad,
- Total de otros actores vinculados al inicio y actual,
- Número total del personal de salud (desglose por cargos comunes y propios).

Indicadores de planificación:

- Contendida en la planificación operativa anual (POA),
- Incorporada en los planes estratégicos,
- Incorporada en los compromisos de gestión,
- Mejoramiento implementado,

- Información al personal de las acciones del Comité,
- Comité de lactancia; compromisos y resultados,
- Planes de capacitación,
- Número total del personal capacitado en el curso de lactancia materna,
- Resultados de auto evaluaciones por pasos y años, posteriores a la certificación.

Indicadores de coordinación:

- Compromisos del Comité de lactancia y sus resultados,
- Convenios con otras instituciones,
- Listado de colaboradores y los acuerdos y/o orientaciones para ellos.

Aspectos financieros

Varios aspectos subjetivos relacionados a asuntos financieros fueron recolectados en las entrevistas, incluyendo fuentes de financiación para capacitación, recursos humanos, gerencia así como ONGs que recibieron financiamiento para apoyar la Iniciativa. Esta información fue usada para corroborar e interpretar la información financiera obtenida de reportes.

Un equipo técnico fue conformado para coordinar el estudio el cual incluyó a la Responsable Nacional del Programa de Lactancia Materna en el Ministerio de Salud, la Oficial de Salud y Nutrición de UNICEF, el Coordinador de QAP/USAID en Nicaragua y el Director de investigaciones de QAP.

Un borrador preliminar del reporte fue distribuido a cada uno de los informantes clave para su revisión y fueron invitados a una reunión para obtener sus comentarios y sugerencias. Al final de la reunión, se logró el consenso sobre importantes aspectos comentados, los cuales fueron incluidos en este informe.

V. Hallazgos

Desde que en 1993 inició en Nicaragua la Iniciativa de Unidades Amigas de la Niñez y la Madre, el número de hospitales y otras unidades de salud ha crecido a una amplia proporción en todo el país. Es así como 11 (de 17) SILAIS, 17 (de 22) hospitales materno infantil, 129 (de 154) centros de salud y 644 (de 1048) puestos de salud han sido certificados como Unidades Amigas de la Niñez y la Madre.

Esta sección se centra en dos preguntas: ¿este crecimiento ha sido acompañado con prácticas sostenibles en las unidades de salud y con mejoramiento de las prácticas de lactancia? Si es así, ¿qué factores han causado este éxito?

A. Desarrollo de la Iniciativa

La iniciativa incorporó muchos elementos de garantía de calidad en su desarrollo. Primero, se explicita la definición del significado de “Amigos de la Niñez y la Madre” en términos de calidad: seleccionando los pasos o estándares que proveedores y unidades de salud deben definir los indicadores de calidad relacionados a los insumos, procesos y resultados. La Iniciativa creó procesos explícitos para la capacitación del personal, autoevaluación, evaluación externa y certificación, brindando los recursos metodológicos necesarios para llevar a cabo la certificación.

Para mejorar y medir la calidad, los comités de lactancia fueron establecidos en cada unidad de salud. Estos son responsables del cumplimiento y monitoreo de los once pasos. Además recolectan los datos y los utilizan para la toma de decisiones y así mismo para identificar oportunidades de mejora y son los responsables

de implementar las acciones que mejoren la calidad.

La Iniciativa también utiliza los principios de Garantía de Calidad: Se centra en los usuarios/as, trabajo en equipo, mejora de procesos, y utiliza datos para identificar oportunidades de mejora. Esta sección ilustra cómo estos principios y métodos han sido puestos en práctica.

1. Etapas de institucionalización

Inició en los años 80, período en el cual se habían creado las condiciones a través de la implementación de diversas actividades dispersas y débilmente estructuradas, siendo una de las acciones fundamentales para la etapa siguiente el establecimiento del alojamiento conjunto en los servicios de salud.

La siguiente etapa comprendió acciones para una amplia sensibilización de la sociedad bajo el liderazgo del Ministerio de Salud como organismo rector de las políticas de la salud. Estas acciones fueron llevadas a cabo a lo interno del Ministerio de Salud y a lo externo con la sociedad civil, instituciones formadoras y ministerios del sector social.

En este contexto se adopta la Iniciativa y se implementa en tres hospitales quienes se comprometen con el cumplimiento de los Diez Pasos de una lactancia materna exitosa. La Iniciativa fue presentada a los diecinueve hospitales restantes quienes en un corto plazo asumen el reto, logrando la expansión del compromiso a nivel nacional. Aunque el compromiso fue espontáneo e inmediato, el proceso para llegar a la certificación fue lento por dos razones: Primero, la decisión política del Ministerio de Salud de aplicar con rigurosidad el cumplimiento de los pasos y

“ella era enamorada de la lactancia... ella fue lo mejor, la número uno, estaba directamente entregada a la iniciativa”..

segundo por la experiencia misma demandó una modificación de los pasos definidos originalmente por la OMS/UNICEF. Siendo la base de las modificaciones el haber asumido el concepto Madre-Niñez que se describe más adelante. La experiencia desarrollada y el planteamiento de involucrar a las Unidades del Primer Nivel de Atención forma parte del proceso de expansión, involucrando a la red de servicios de salud estableciéndose un enfoque de Sistema al definir pasos o criterios para Primer Nivel, Segundo nivel y SILAIS con participación de la comunidad.

La implantación de la Iniciativa se expresa en la decisión de políticas y procedimientos institucionales, la resolución del Ministerio de Salud, la incorporación en los compromisos de gestión de las Unidades de Salud, la inclusión en los instrumentos de monitoreo (Guía de Abordaje para el Mejoramiento de la Atención en Salud, AMAS), en las estrategias de intervenciones para la prevención de la desnutrición, y más recientemente en el Plan Nacional de Salud. La última etapa de la institucionalización tiene su expresión máxima en la apropiación de un colectivo de trabajo al individuo, lo que ha permitido que a pesar de la rotación del personal institucional, cambios de Ministros, a lo largo de todo el período, ellos se vuelven en los defensores de las políticas y prácticas de la lactancia materna. La participación de la sociedad civil y la comunidad es otro aspecto clave en la defensa del Derecho de la Mujer y la Niñez al amamantamiento.

Es importante destacar que se fue creando un entorno externo favorable como es la promulgación de leyes, estrategias de gobierno, liderazgo institucional, valores y estrategias complementarias como la Iniciativa de Universidades Amigas y en general la participación intersectorial de la Iniciativa la cual se ha beneficiado de recursos humanos y financieros de diversas fuentes de financiamiento internacional y nacional.

Desde el punto de vista político y administrativo un factor decisivo fue el apoyo de la Ministra de Salud del momento (1993).

Quien estaba convencida de la importancia y los beneficios de la práctica de la lactancia materna, y fue un punto de apoyo para la CONALAMA; desde leyes y políticas públicas: *“En un hospital, no teníamos convocatoria con el personal y le pedimos apoyo, ella llegó y fue despegando de las paredes y fue leyendo los diez pasos que estaban en gráficos, pensamos que no estaba de acuerdo con eso, el susto nuestro es que al saber los especialistas de su presencia, hubo un lleno total en la sala, ella asumió el discurso invocando los pasos y fue excelente”*. (Miembro de CONALAMA).

A partir de 1997, la actual responsable del Programa de Lactancia Materna siempre de la mano con el UNICEF; se ha tomado la tarea de continuar la adaptación, implementación y dar seguimiento a nivel nacional, al desarrollo de los pasos en los dos niveles de atención, manteniéndose en el cargo hasta la fecha, después de ocho años. Dice una informante clave sobre su desempeño: *...“ella era enamorada de la lactancia... ella fue lo mejor, la numero uno, estaba directamente entregada a la iniciativa”*... (Coordinadora Comité, hospital B. Calderón). *“Vivir el proceso de apasionarnos, de conocer los beneficios, no puedes amar lo que no conoces, y no lo puedes defender por lo tanto con ignorancia”*. (Lic. Mª A. Urbina, Miembro de CONALAMA).

La decisión política y el compromiso de los técnicos, motivaron a una mayor participación y extensión hacia las Unidades de Salud, lo cual no fue algo coyuntural o entusiasmo inicial, sino que se ha mantenido a lo largo de estos años, lo que ha contribuido al respaldo de agencias internacionales de colaboración, ONG, la sociedad civil, y que además, trabajen con criterios unificados: *“... difícilmente se puede retroceder, el avance ha sido lento pero continuo, a veces doloroso, otras emocionante, lo que también ha contribuido para que algunas agencias continúen apoyando al país en este maravilloso proyecto”*. (Dra. G.E.Navas, Representante INCAP/OPS, Nicaragua).

El Dr. W. Aguilar, evaluador nacional, menciona de su experiencia en su hospital el cual fue de los primeros en certificarse:

“...contamos con el apoyo del Departamento de Nutrición y UNICEF, de la Dra. Sandino. En aquel momento estaba comenzando la Iniciativa, no teníamos donde apoyarnos, solamente ellos...”. Al inicio, la gran tarea estaba recayendo en pocas personas y demandaba de ellas todo el entusiasmo y respaldo posible, para empezar y multiplicar el tiempo y la dedicación a la organización e implementación de la Iniciativa.

El hospital de Rivas fue mas drástico en su emoción por demostrar que no quería pachas en el hospital, y que estaba decido a ir hasta donde fuera necesario. Una enfermera las reunió todas en el parqueo del hospital e hizo una gran fogata de pachas, que el público aplaudió con entusiasmo, con lo cual se manifestaba el repudio a esa práctica.

2. Papel de los valores, sensibilidad social, solidaridad, la niñez y la madre

El Dr. D. Bermúdez, Director del SILAIS Madriz, quien estuvo abogado a la expansión de la Iniciativa al Primer Nivel de Atención, reporta lo siguiente *“estábamos preocupados y no encontrábamos la salida para darle seguridad alimentaria a este grupo de edad, y en poco tiempo... se ha podido comprobar con resultados de impacto, los beneficios de la lactancia materna exclusiva...”*. El se resistía inicialmente a la Iniciativa *“Yo creía que eran políticas para ocultar la verdad de lo que estaba sucediendo, dada nuestra situación política, cultural y socioeconómica, ... sin embargo, después de estar escuchando, leyendo lo que pasaba en otros países, empecé a orientarme”*.

El amor por el país hizo que médicos como este director de SILAIS, pensara que los hijos e hijas de las mujeres con un estatus económico estable, no debían padecer las enfermedades frecuentes de los niños de madres pobres, y que el enfoque social, debía ser hacia la bondad económica y no socio-cultural *“no comprendíamos qué pasaba, por qué estaban tan enfermos, y constatamos que la lactancia materna era una herencia biológica y que los animalitos alimentados con pecho, se crían*

mejor, lo discutíamos con todos los pediatras, hasta que llegué a convertirme en un fanático de la lactancia materna ”.

En los tramos de los mercados de la capital, Managua, las vivanderas, en vez de sus calendarios, pusieron los afiches, pancartas o carteles alusivos a la práctica de la lactancia materna donde se promovían sus beneficios, ello permitió que la misma sociedad se fuera organizando hasta alcanzar esa gran misión social. El Ministerio de Salud, continuaba su labor, por parte de un equipo técnico, apoyado por un fuerte voluntariado comunitario. *“En los mercados populares, las madres llevan a sus niños y niñas y pasan el día debajo de los tramos de frutas y verduras, antes era con una pacha en la boca, a veces adornada con moscas, ahora es un pecho tibio lleno de leche y de amor”*. (Miembro de CONALAMA).

Desde las primeras certificaciones y, en la medida en que la Iniciativa ha avanzado, alcaldías, iglesias, independiente de su credo, el comercio y la población en general, han vivido y participado de la emoción y del éxito del personal de salud, cuando se obtiene la certificación. Ellos han participado en los actos protocolarios, los han presidido y se han sentido orgullosos que su Municipio esté siendo premiado. Desde otra perspectiva sus aportes han sido logísticos, limpieza de predios, ornato publico, colocación de mantas por el logro común.

Un intenso trabajo se ha realizado con las parteras del país, precisamente por su papel con las embarazadas en los lugares más recónditos y pobres de las montañas y en los barrios menos desarrollados, y su influencia en las prácticas y costumbres sobre la lactancia materna. Una informante reporta que anteriormente indicaban en su práctica el uso de pachas y sustitutos del pecho, ahora esta situación se está revirtiendo. Con lo que se hacía antes *“nos estaba privando de una riqueza en salud para nuestros hijos”*. (Miembro de CONALAMA).

Un evaluador nacional describió las bases del éxito de esta iniciativa en estos términos: *“ese*

“...difícilmente se puede retroceder, el avance ha sido lento pero continuo, a veces doloroso, otras emocionante, lo que también ha contribuido para que algunas agencias continúen apoyando al país en este maravilloso proyecto”.

valor humano, esa mística, es otra cosa que se ha venido fomentando a través de los años, con una vocación y conciencia social que es algo que lo tienen pocos ministerios de salud en el mundo... es una vocación por el pueblo, no se puede decir de manera superficial, pues los recursos viejos han sensibilizado a los nuevos...” Dr. R. Cisneros.

3. Progreso de la Iniciativa en hospitales y otras unidades de salud

En 1995 se certifica el primer hospital en el país, siendo en el SILAIS de Boaco, el cual fue un acontecimiento que creó grandes expectativas y demandas no sólo en el Ministerio de Salud, sino en la sociedad en general. Poco después, se certifica la primera Unidad de Salud de Atención Primaria, el Centro de Salud Pedro Altamirano del SILAIS Managua. El SILAIS Boaco llegó a ser el primer SILAIS en lograr su certificación al alcanzar la certificación del 100% de las Unidades del Primer Nivel de Atención y el Hospital Departamental.

La certificación del SILAIS es la primera certificación departamental en América Latina. Este hecho causó todavía mucho más revuelo, todos se preguntaban y ahora; ¿Qué es lo que viene? ¿Certificar al Ministerio de Salud como institución? ¿La certificación de ONGs, sector privado, Universidades? ¿La certificación de país?

Los beneficios de la lactancia materna para la comunidad y el país en términos de salud materna e infantil y el ahorro económico, rápidamente llegaron a ser evidentes en las unidades certificadas, lo cual fue muy útil en la promoción del programa de lactancia.

Eso contribuyó de gran manera, para que los indecisos se retaran entre ellos mismos para unirse y no quedarse atrás, era una competencia positiva “...era un premio ser amigo de la lactancia, lo que ayudó a que las Unidades de Salud se comprometieran y enorgullecieran de participar en la Iniciativa...” (Dra. G.E. Navas, Representante de INCAP-OPS, Nicaragua).

Otra impulsora de la Iniciativa expresa, “...el personal da a conocer su esfuerzo y publica resultados de estudios de costo beneficio cuando se certifican, o su impacto en la salud de niños con lactancia exclusiva...” (Dra.

I. Sandino, Oficial de Salud y Nutrición UNICEF, Nicaragua). Son innumerables los aportes del personal para reforzar la motivación a sumarse y ser los siguientes Amigos de la Niñez y la Madre.

B. Diferencias de la Iniciativa en Nicaragua

¿Por qué Niñez y Madre? El binomio madre niño es una relación indivisible. Ambos tienen necesidades de atención, en la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, en la niñez; desde su concepción, el nacimiento y su etapa infantil. La madre necesita la consejería adecuada sobre el manejo adecuado y oportuno de su alimentación y el apoyo permanente para cuidar cada una de esas etapas.

“el concepto de Unidades Amigas de la Niñez y la Madre, nace por la indivisibilidad del dúo madre niño, los dos tienen necesidades como tal, no sólo del embarazo, igual los niños, cuando están adentro del vientre, cuando nace y crece requiere otras atenciones, para que fuera completa y sostenible debía abarcar todas las esferas de atención...” (Dra. G.E. Navas,, Representante del INCAP-OPS, Nicaragua).

¿Por qué capacitar a todo el personal?

En Nicaragua, la capacitación incluye no sólo al personal de los servicios materno infantiles, sino al 100% del personal de todas las áreas incluyendo médicos especialistas, administrativos y de apoyo. Cada trabajador (conductor, camillero, admisión, estadísticas, etc.), tiene algún tipo de contacto con la madre cuando demanda un servicio de salud y debe ser aprovechado para asesorarla y apoyarla, desde su traslado, recepción y atención hasta el momento de su alta. El involucrar a todo el personal fue motivado porque la lactancia materna es visualizada como un derecho, trascendiendo la visión tradicional de la misma como exclusiva de la prestación directa de

“...era un premio ser amigo de la lactancia, lo que ayudó a que las Unidades de Salud se comprometieran y enorgullecieran de participar en la Iniciativa...”

servicios sino que debe partir desde la práctica misma del personal de salud.

El contar con el personal con conocimientos y habilidades se ha convertido en un insumo de calidad que garantiza la correcta aplicación de la norma del programa de lactancia materna, aspecto vital que se enfoca en el proceso de aplicación de los pasos. Como resultado inmediato, el 95% de las mujeres inician el amamantamiento y, a mediano plazo la certificación de la unidad de salud.

¿Por qué se restringen los biberones en toda la Unidad de Salud? La restricción del uso de pachas o biberones también marca una diferencia. En otros países se limita al área de recién nacidos, pero en Nicaragua es para todos los ambientes de la unidad de salud, incluyéndose las salas de pediatría y de Unidades de Rehidratación Oral (URO), según Resolución Ministerial No. 106-2000. La motivación para aplicar esta normativa se basa en la evidencia que existe de que ningún bebé debería recibir biberón. Además siendo la diarrea una de las principales causas de morbilidad del país y es el biberón un vehículo de transmisión de la misma, se tomó la decisión de no promocionar la pacha en ningún grupo étareo. En ninguna Unidad de Salud certificada debe promoverse el ingreso de biberones ni de agentes que promuevan el uso de sucedáneos.

El papel de la red comunitaria: Nicaragua llevó a cabo una campaña interinstitucional, para la organización y capacitación de miles de nicaragüenses en educación popular en salud. Se creó una red de colaboradores voluntarios; brigadistas populares en salud, el colaborador voluntario del programa de malaria, las parteras empíricas que luego se capacitaron en las normas de la atención al parto y del recién nacido. Bajo este programa, aproximadamente 3000 consejeras se especializaron en lactancia y alimentación en el niño menor de dos años de edad. Esta red es la base del MINSA y de las Organizaciones no Gubernamentales para el desarrollo de sus programas en las comunidades del territorio nacional. El voluntariado se basa en su compromiso social hacia sus comunidades, consciente de

sus derechos y obligaciones para promover el autocuidado de su salud. La amplia red comunitaria garantiza que las mujeres puedan recibir consejería en sus comunidades en los beneficios, técnicas, vigilancia nutricional comunitaria e identificación de problemas para su referencia.

Extensión al Primer Nivel de Atención:

La decisión de Nicaragua para extender la Iniciativa al Primer Nivel de Atención es otra diferencia importante entre otros países en términos de la estrategia. *“El proceso se fue dando de una manera dinámica, al comienzo muchas decisiones se tomaban en la marcha, a medida que se identificaba la necesidad de cambios a la iniciativa concebida a nivel mundial...”* (Dra. I. Sandino, Oficial de Salud y Nutrición-UNICEF, Nicaragua).

Para implementar la Iniciativa a este nivel, se hicieron adaptaciones sustanciales en las políticas, normas y los pasos. Fue un proceso lento, basado en la validación y consenso entre todos los actores que venían trabajando en el tema de la lactancia.

Cuando se capacitaba al personal hospitalario, éste demandó se incluyera al personal del Primer Nivel de Atención, para dar continuidad en el apoyo a las madres. El trabajo con los grupos de apoyo de los hospitales vinculados a este perfil resolutivo, se volvió una necesidad vital para el mantenimiento de la Iniciativa.

Igualmente, cuando se observan los cambios en la salud de los niños amamantados, el personal del SILAIS Madriz, se entusiasma y demanda al Nivel Central del MINSA, que la estrategia se extienda al Primer Nivel de Atención. En respuesta, discusiones técnicas se llevaron a cabo para planear la expansión y formular una adaptación de los Diez Pasos definidos para el hospital. Un total de Once Pasos fueron establecido correspondiendo el último a: velar por el cumplimiento de la Ley de Lactancia Materna. Esta propuesta fue trabajada por el MINSA en conjunto con el UNICEF, y luego presentada oficialmente por el MINSA al UNICEF Regional, siendo aceptada en el

concepto de “Unidades Amigas de la Niñez y la Madre”.

Una enfermera, quien es miembro del Comité de lactancia del Centro de Salud Mántica, del Municipio de León, al explicar el por qué es importante que el hospital trabaje estrechamente con ellos: *“la madre debe ponerse al niño para el estímulo precoz y que baje leche, desde que sale del hospital principalmente con las madres con cesárea, su estancia será de dos días, hacemos que salgan dando lactancia, al tercer día que llegan a su casa, hay suficiente leche. Cuando va al control del puerperio a la Unidad de Salud, lleva instaurada la lactancia por la educación recibida en su prenatal y por la práctica de inicio. Esto contribuye a que continúe su motivación viendo los beneficios, para hacerla sostenible... hasta los seis meses. Una vez dada de alta del puerperio, el niño asiste al seguimiento en la Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD), continúan el estímulo y el costo-beneficio por la disminución de los procesos diarreicos y respiratorios...eso hace que termine de convencerse y practique. Pasados los seis meses con esa experiencia buena y positiva, se nos convierte en una mujer que va a transmitirla a nuevas generaciones... al resto de su comunidad, y esto nos va formando un círculo en pro del aumento de las personas que estamos trabajando con la Lactancia Materna”*

C. Implementando la Iniciativa a nivel de los establecimientos

La Iniciativa es a nivel nacional, estableciéndose políticas que cada uno es supuesto a seguir. Sin embargo, autoridades y el personal en general, han tomado la decisión de asumirla como una tarea en búsqueda de la certificación y asumiendo las responsabilidades que esto implica.

El Personal de salud ve esto como un reto que muchas veces los involucra en una especie de competencia saludable. Dr. R. Cisneros, un evaluador nacional, describe la competencia

entre los SILAIS de la siguiente manera: *“cada quien quiere ser el primero en ser certificado, porque eso te da cierto prestigio, cierto nivel. Definitivamente para un SILAIS estar certificado como amigo antes que otros de su área,...es un orgullo que se siente... el personal con que se cuenta ha sido garante de esta actividad...el director del SILAIS escuchó...qué era... y cuando oímos la experiencia que otros estaban manejando, como que nos dio envidia”*

1. Estableciendo los Comités de Lactancia Materna

Una parte importante de la organización de la implementación es decidir como se hace la distribución de tareas y responsabilidades. Para hacer esto, una vez que la unidad de salud ha decidido participar, el primer paso es establecer un comité de lactancia materna en la unidad. Un equipo responsable de proveer apoyo, supervisión y monitoreo para asegurar el cumplimiento de cada uno de los criterios de los pasos de una lactancia exitosa.

Una vez lanzada la Iniciativa, las autoridades del programa orientaron que los Comités se debían de organizar de acuerdo a sus necesidades y realidades. Siendo dirigidos por el equipo de dirección, en los que se destacan los jefes de servicios y salas en los hospitales, o de las diferentes áreas en las Unidades de Salud, liderados por el Director. Cuando en el hospital existe el Departamento de Alimentación y Nutrición, se recomendó que estuviera bajo su coordinación pero no todos los hospitales cuentan con nutricionistas.

Una vez que el personal ha sido capacitado en el curso sobre lactancia materna, y comprendido la misión de la Iniciativa, se desencadenan los procesos que llevan al cumplimiento del resto de los pasos a través de múltiples tareas. Las funciones de los Comités han sido diversas, y se han ido adecuando con el paso de los años.

Un evaluador nacional y fundador del Comité de su hospital dice: *“El comité en el hospital juega un papel fundamental, es un pilar, miramos hospitales exitosos; como el*

hospital de Somoto y el de Boaco, y ellos están cimentados en la solidez de un buen comité”.

Un miembro de un Comité hospitalario describe el proceso de formación de los comités de la siguiente manera: *“Cuando nos capacitamos nos orientaron formar un comité y que el Director tenía que ser el coordinador, el subdirector el vicecoordinador, y después entre todos los profesionales nos repartimos las funciones, pero no se escribió”*

En casi todas las unidades del estudio, el personal piensa que el rol debe ser de supervisión constante para que se cumplan las tareas, a saber; convocar a las reuniones de seguimiento del cumplimiento de los pasos, celebrar la semana de la lactancia materna, representar como Comité a la Unidad de Salud con las visitas de monitoreo y/o supervisión, mantener los murales dirigidos a las usuarias bonitos y actualizados, organizar las charlas para ellas y motivar al personal para que cumpla el plan, afrontar la difícil tarea de la capacitación del personal de las Unidades de Salud que componen los Municipios, que a veces son mas de diez y a distancias considerables. La organización de los grupos de apoyo, la capacitación de las consejeras y la coordinación con los organismos locales para su sostén, es la tarea más complicada. El Comité también representa durante la evaluación externa, ese es el momento más crítico, pues les corresponde organizarlo todo y luego planificar el acto de certificación, y que salga de primera, lo mejor posible. Uno de las funciones más importante del Comité de Lactancia es llevar a cabo las autoevaluaciones de la unidad de salud en la cual se recolectan datos, problemas no resueltos e identificación de acciones correctivas.

Las personas han sido enormemente creativos para implementar los pasos y que sean atractivos para los usuarios/as: diseños gráficos; en forma de diez u once pies o pasos, o flores, corazones, o los números de un reloj, hechos en cartulina a colores adornando las paredes de los establecimientos.

Actualmente solamente un 36% (4 de 11) de estos Comités cuentan con funciones definidas. Al momento de preguntarles sobre ello, muchos se dieron cuenta que podría estar siendo una debilidad para el funcionamiento, pues no lograban responder con criterios unificados, más bien como jefes de servicios. Esto se hace más evidente en los hospitales que en los Centros de Salud. Aparentemente aquí es más necesaria la definición.

Un desafío con respecto a la operabilidad de los Comités es definir nuevas metas y funciones, partiendo idealmente, de que el Comité canalice el deseo de toda la unidad de continuar mejorando la implementación y monitoreo de los diez u once pasos para una lactancia exitosa, siendo dinámicos y proactivos.

Hay un 45% (5 de 11) de Comités que refieren mantener informado al resto del personal, sobre su quehacer y un 64% (7 de 11) dicen que ellos implementan innovaciones para mantener el espíritu de competencia y motivación; hacen certamen de belleza para la reina de la lactancia cada año, con sus reglas de selección, el requisito básico es que esté amamantando a su bebé.

Los comités se han visto involucrados en la planificación operativa anual (POA) de sus unidades. Cuando consideran la sostenibilidad de Iniciativa desde la perspectiva gerencial, es vital incluir el trabajo en equipo como un componente trazador en cada uno de los aspectos de la atención en salud. Según datos del estudio, desde 1995 al 2005, el 82% (9 de 11) de los comités entrevistados están siendo partícipes de esta actividad de planificación. Entre los compromisos de gestión, introducidos desde hace más o menos tres años, el 83% de las Unidades de Salud tienen el reto de lograr la certificación o mantenerla.

Varios de los entrevistados comentaron sobre la importancia del apoyo de los directores a los Comités de Lactancia *“Cuando el comité no siente el apoyo de su líder máximo se retraen un poco, tienen que ser muy fuertes para poder contrastar la falta de atención, es uno de los*

“Cuando nos capacitamos nos orientaron formar un comité y que el director tenía que ser el coordinador, el subdirector el vicecoordinador, y después entre todos los profesionales nos repartimos las funciones, pero no se escribió”

“Teníamos las técnicas, un plan de trabajo, el plan organizativo y sobre todo, un amplio campo en que trabajar”.

puntos que hacen retroceder a los comités cuando tratan de llevar a efecto las actividades propias, y se encuentran con una dirección insensible. Llegó un momento en que nosotros a manera de broma dijimos, bueno, tendrían que ser todos los directores miembros del comité de lactancia materna”. (Dr. W. Aguilar, evaluador nacional).

El hospital de Boaco, fue de los primeros en certificarse en el país, lo cual es un motivo de orgullo que se refleja en sus palabras, dice la coordinadora del comité: *“Boaco tiene características muy especiales, el personal es muy estable, con muchos años de trabajo que ya nos vemos como de la familia, eso contribuyó mucho, hicimos un equipo bastante sólido que todavía persiste, nos ayudó muchísimo a trazarnos la meta y a conseguir los objetivos, eso fue fundamental el entusiasmo de lo que estábamos haciendo, porque veíamos que valía la pena, nos iba a beneficiar en mucho...”* (Dra. B. Fonseca, evaluadora nacional).

Los siguientes extractos de los entrevistados revelan las fortalezas de los comités:

“Los primeros a ser formados fueron los médicos que trabajan con mujeres y niños, la dirección, la educadora, el docente, y la jefa de enfermeras que no puede faltar... nos pusimos al frente de la Iniciativa y empezamos a hacer planes, de cómo íbamos a hacer, qué incluían todos los pasos, nos propusimos dar charlas y las dimos al personal, todos hablando el mismo idioma...después nos organizamos con los puestos, les dábamos las mismas charlas, íbamos en conjunto, empezamos a hacer afiches para las charlas diarias en las salas de espera, en el laboratorio, en la entrada, por todas partes...”. (Miembros del Comité del hospital de Rivas).

“Se monitorea el cumplimiento con frecuencia de los once pasos, para tratar de incidir donde encontramos puntos débiles”. CS.

“Estamos pendientes de todas las situaciones que vengan, vemos el albergue, buscamos financiamiento...” Hospital de Matagalpa.

Lo que dice el director del SILAIS es esto: *“Por eso a esta iniciativa, se le debe dar un rango superior al que se le ha dado hasta ahorita. La connotación desde el presidente hasta el último trabajador”.* (Director SILAIS Madriz, Dr. D. Bermúdez).

Otros mencionan como una fortaleza para la calidad de su misión: *“Teníamos las técnicas, un plan de trabajo, el plan organizativo y sobre todo, un amplio campo en que trabajar”.* (Dra. B. Fonseca, Coordinadora del Comité Hospital Boaco).

Esta muestra de comentarios sugiere la relevancia que tienen los Comités en la percepción del personal. Cuando estos no están bien estructurados o no tiene un fuerte liderazgo, la Iniciativa corre el riesgo de declinar y volverse una rutina que deja por fuera aspectos importantes, que difícilmente puede mantenerse la certificación con calidad. Dicen otros entrevistados que necesitan el apoyo de sus líderes para el cumplimiento de sus funciones. Algunos sugieren, que cada Unidad de Salud debe hacer una reflexión sobre su funcionamiento y la necesidad de reestructurarlos.

Las siguientes afirmaciones reflejan algunas limitaciones que enfrentan los comités:

La directora del Programa de Atención Integral a la Mujer y Niñez de un SILAIS, comentó sobre sus dos momentos como funcionaria: *“no conocí de orientaciones específicas, yo estaba en una Unidad de Salud cuando nos certificamos, nos dijeron que formáramos los Comités pero no hubo seguimiento”.*

“Actualmente, cada uno decide cada cuanto se reúne y qué hacer, no damos seguimiento a su organización interna, sólo a los planes de capacitación, a los conocimientos del personal sobre lactancia”.

“El comité ha funcionado modificándose con la rotación del personal, ahora casi no nos reunimos, se ha centrado todo en tres enfermeras que trabajamos por el amor que le tenemos a la experiencia”. (Miembro del Comité, Hospital de Masaya).

“Cuando planifican las actividades del hospital no funcionamos como Comité, las tareas que hacemos no se planifican, no se incluye en el POA la iniciativa”. (Miembro de Comité de un hospital).

2. Capacitación

Guías fueron establecidas para implementar el segundo paso de la Iniciativa, comenta en relación a esto la Lic. N. Cruz, Coordinadora de IBFAN Nicaragua. A diferencia de las otras capacitaciones que se realizaban en el Ministerio de Salud, para la lactancia materna por primera vez se consideró a todos los recursos humanos y fue necesario que desarrolláramos las herramientas en un tiempo record tanto para el personal institucional como para las consejeras de lactancia materna.

En el caso del personal de salud se consideraron tres grupos: Médicos y enfermeras; médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería; y personal Administrativo. Un curso básico de 18 horas diseñado por OMS y UNICEF fue brindado a todo el personal, incluyendo médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales, sicólogos entre otros. Un curso adicional de habilidades de la lactancia, dirigido a médicos y enfermeras y otro dirigido a personal administrativo no relacionado directamente con la atención a los usuarios de los servicios de salud.

Se elaboró como documento base el Manual de Lactancia Materna para Atención Primaria, dirigido al personal de salud. Se distribuyeron a nivel nacional 10,000 copias, lo que ha significado una distribución prácticamente a nivel individual. Uno de los más importantes temas cubiertos en el Manual fue el de Comunicación Interpersonal, para desarrollar habilidades de consejería en el personal.

Para el desarrollo de las capacitaciones, se formó un equipo nacional y luego equipos locales, de forma tal que no se realizaron capacitaciones en cascadas, garantizando de esta forma la calidad en los contenidos técnicos y el desarrollo de capacidades del nivel local.

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

El personal de enfermería, fue pionero en los talleres, tanto como estudiantes como facilitadores de los mismos. Opinan ellas que no es una tarea difícil. Durante las capacitaciones, era un reto colectivo el de los trabajadores de salud, pues los que no sabían leer pedían ayuda para comprender los temas y escuchaban las lecturas de los demás, querían aprender para que cuando llegaran los evaluadores, ser los primeros en responder. Esto permitió la apropiación de todos, fue un entusiasmo masivo para no quedarse al margen.

Para esta directora de Atención Integral a la Niñez en un SILAIS: *“Capacitar al personal es un trabajo arduo que nos costó en tiempo, pero que sí lo sentíamos fácil, porque cuando uno quiere lograr algo, llega a la meta con mucha satisfacción”.*

En algunas Unidades de Salud capacitar a todos los recursos llevó aproximadamente de uno a dos años. En un Centro de Salud de Managua, dice una integrante del Comité: *“se formaron círculos de estudio cada semana, todos participaron como en la alfabetización nacional de los años 80, todo el personal andaba con un muñeco haciendo demostraciones, sobre las posiciones y las técnicas de amamantamiento”.*

Personal de una Unidad de Salud dice: *“¿dificultades?, no recuerdo ninguna, la dedicación y el entusiasmo que se le dio fue que no importaba el tiempo dedicado, yo me acostaba a las 12 de la noche, estudiaba siempre, era una competencia entre el personal, de quién sabía más”.*

El tema de lactancia se incluye cada año en los planes docentes de los establecimientos, se prioriza al personal de nuevo ingreso, con los antiguos hay dificultad en la asistencia, ellos consideran que ya saben el tema, es más evidente en los especialistas. El tema está incluido en los planes de educación continua, hay rotación de facilitadores para los temas, lo cual les sirve de refrescamiento. Dicen los médicos que ya recibieron el curso, que lo que quieren son temas nuevos, actualización, material bibliográfico para estar al día, que lo del curso de 18 horas ya lo manejan.

Para la implementación de las capacitaciones a las consejeras de lactancia materna, con asistencia de la Liga de la Leche de Guatemala, se diseñó la Guía para facilitadores sobre formación de grupos de apoyo. La metodología incluye actividades participativas para cada uno de los temas considerados. Los temas fueron seleccionados con base en los resultados de las investigaciones de Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Madres. Se incluye además un tema específico sobre comunicación interpersonal efectiva.

Durante la realización de los talleres de capacitación fue evidente la motivación de las mujeres consejeras. Uno de los temas valorados más positivamente por el personal de salud y por las consejeras es el de autorreflexión acerca de los sentimientos que experimenta una mujer durante la etapa de embarazo y lactancia.

3. Organización y funcionamiento de los grupos de apoyo a la lactancia materna

El Paso Diez de la Iniciativa se ha identificado como el de más difícil aplicación y requiere el establecimiento de grupos de apoyo para la lactancia y permite la referencia de las madres una vez dada de alta del hospital. Significa para el hospital relacionarse con el nivel comunitario lo cual es diferente al ambiente y a la cultura hospitalaria. *“Era un eje de trabajo comunitario donde los hospitales se sentían fuera de contexto”* (Dra. I. Sandino, Oficial de Salud y Nutrición, UNICEF, Nicaragua).

La limitante para la implementación de los grupos de apoyo a nivel hospitalario radicaba en la débil vinculación con el Primer Nivel y mucho menor con la comunidad. Una estrategia para solventar este problema fue que el mismo personal hospitalario funcionó como apoyo en sus barrios o comunidades. Ante la evidente limitación estructural de los hospitales para la conformación de los grupos de apoyo, se identifica a las ONGs y Sociedad Civil como los principales aliados en esta tarea y el Primer Nivel de Atención, fortaleciendo de esta forma el vínculo entre ambos niveles de atención.

La responsabilidad de garantizar el cumplimiento de diversos mecanismos para la referencia desde los hospitales a los grupos de apoyo en su mayoría fue asumida por enfermería, quienes deben disponer de una lista de consejeras con sus nombres y direcciones, para dar a las madres la que corresponda de acuerdo a sus lugares de residencia o bien, asistir a la Unidad de Salud, si es necesario.

El MINSA también recomendó identificar un espacio en la epicrisis para anotar la referencia, la que debe registrar el médico tratante de la madre. Para el monitoreo, se les pregunta a las madres al salir de la consulta si llevan anotado en su epicrisis el nombre y dirección de su consejera. Las madres son las que confirman su cumplimiento cuando se hacen entrevistas de satisfacción de usuarias.

Un médico que trabaja en un hospital describe el proceso *“Al inicio tuvimos mucha dificultad, porque el área de influencia del hospital es inmensa, estamos hablando de pacientes que vienen y nunca mas regresan al hospital, no las volvemos a ver... se ha solventado porque Atención Primaria se ha involucrado y facilitado las cosas para no duplicar esfuerzos...nos apoyamos en los grupos de ellos, e incluso donde no existen bien organizados, tenemos como referencia la Unidad de Salud más cercana...para que la madre pueda acudir”* (Dra. B. Fonseca, evaluadora nacional).

Refiere un miembro del comité del hospital de Somoto: *“está centralizado en el SILAIS,*

nosotros lo que hacemos es darle a la madre con dificultades una referencia. Allí tienen el listado de todas las consejeras y grupos, ellos son los que nos dan el listado por comunidad”.

Mientras existen diferentes formas de organizar los grupos de apoyo, la variación puede estar relacionada a muchas de las dificultades que las personas enfrentan para implementar la Iniciativa. Solo en el 78% de las unidades de salud objeto de estudio existen los grupos de apoyo funcionando y solo en el 61% cuentan con los listados de madres por comunidad. Este dato confirma que para el personal una vez certificado, brindar el seguimiento adecuado al cumplimiento de los pasos, es todavía un reto a fortalecer a muy corto plazo.

En un hospital no certificado aún un miembro del Comité expresó *“en coordinación con el SILAIS, al inicio teníamos grupos de apoyo con las madres que venían a parir aquí y los formábamos por barrio, por comarca, pero perdimos contactos con todas ellas, estábamos bien coordinados con Atención Primaria, no le dimos seguimiento con el tiempo... hacíamos referencias sólo verbales, funcionó como 5 años, ahora no existe, no hay contacto con nadie, trabajamos solos”.* (Representante Comité, hospital Granada).

En el Centro de Salud de Nandaime aún no certificado, SILAIS Granada, dicen los miembros del Comité: *“Los grupos de consejeras las formamos hace como dos años en un taller de cinco días, el problema ha sido de financiamiento, nunca nos dieron el material para que ellas pudieran referir a las madres... ni cuadernos ni nada, quedaron de mandarlo y es hoy estamos esperando, sólo vinieron para el taller y no las volvimos a ver, además que esas mujeres viven muy largo y no tenemos para su movilización y gastos de viáticos.”*

Otro doctor comentó sobre las distancias: *“Las debilidades que me han expresado en diferentes partes del país, ha sido la poca atención en cuanto a movilización, hay veces que las llaman a reuniones y no hay para ofrecerles un vaso de fresco, queramos o no,*

son gente humilde que no anda un peso en la bolsa y es una dificultad, ellos dan todo a cambio de nada, pero necesitan ese estímulo”. (Dr. W. Aguilar, evaluador nacional).

A pesar de estos problemas, hay muchos ejemplos de exitosa organización de los grupos de apoyo. Un miembro de un comité de un hospital certificado dice: *“El SILAIS ha organizado muy bien los grupos de apoyo, están consolidados, hace dos años hubo encuentro con todas las consejeras, se les premió y están muy entusiasmadas...”* (Miembros del Comité de LM del hospital de Rivas).

Este tipo de reconocimiento también ha sido utilizado en otras partes como una forma de fortalecer la red comunitaria. Municipios en Boaco y en Matagalpa, entregaron reconocimiento a los comités comarcales, o sea a las comunidades que lograban la capacitación en educación en salud y se apropiaban de sus tareas y responsabilidades, según refiere el Dr. B. Smith. Director de MSH/USAID.

El éxito de los grupos de apoyo, últimamente depende en las madre que han sido capacitadas como consejeras, y su motivación ha sido una inspiración. Los ejercicios que ellas han realizado sobre la sensibilización y la autorreflexión, acerca de los sentimientos que experimentan las mujeres embarazadas y lactantes, han dado la pauta para que sus mensajes lleguen con todo el sentimiento que ellas pueden expresar a través de sus experiencias y conocimientos.

Una consejera describe su tarea: *“es facilitarles a otras madres y ayudarles a conocer el beneficio de la lactancia...para eso estamos en cada comunidad como líderes, para contarles nuestra experiencia las invitamos cada mes a reunirnos...que nos cuenten los problemas... desde hace tres años estamos funcionando...cuando hay problemas con sus embarazos como amenazas de aborto, las referimos... las atienden más rápido esa es una de las ventaja..., nunca se había visto que hubiera tanta comunicación con el Centro y ellos no tiene que andar casa por cada...llegan a la casa de las líderes y nos dicen, mujeres*

“Era un eje de trabajo comunitario donde los hospitales se sentían fuera de contexto”

“Las madres de los niños en cuidados intermedios, tienen un albergue, hay colchones, se les da alimentación, lactancia a libre demanda, están 20 niños y hay capacidad para 10 madres. Lleva 10 años funcionando, el hospital lo ha financiado en su mayoría”

buscamos a tales mujeres...no han llegado a sus controles y nosotras las acompañamos a buscarlas...” (Consejera grupo de apoyo, CS Monimbó).

Una consejera refiere: *“Las empezamos a tratar desde los dos meses de embarazo, mantenemos las listas de mujeres por comunidad...las invitamos a las reuniones...en mi comunidad tenemos 36 embarazadas organizadas y 44 en el grupo de apoyo...llevamos una agenda, cada mes planificamos lo que vamos a hablar ese día, para tener coordinadas las ideas, no vamos a decirles siempre lo mismo, la idea es que aprendan más... hacemos sociodramas con muñecas, enseñamos las posiciones de amamantamiento..., charlas de autoestima, salud reproductiva, limpieza, basura, criaderos de zancudos”* (Consejera grupo de apoyo, CS Monimbó)

Cuando los grupos están organizados y el personal de salud les da seguimiento y soporte, las madres coinciden en que es importante su labor, y cuando se sienten acompañadas por ellos, todo marcha bien.

4. Casa madre acompañante

Estas casas o albergues nacen por la necesidad de apoyar a la madre para garantizar la lactancia y facilitar el contacto permanente entre la madre y el niño/a. La idea es poder alojar a las madres cuyos hogares se encuentran lejos del hospital, lo cual impedía que estuvieran disponibles para dar el pecho a libre demanda a sus bebés. Estos albergues están dentro de los hospitales y la responsabilidad de su funcionamiento es del hospital, atendido por enfermeras y/o nutricionistas quienes también son parte del comité.

Las madres son informadas permanentemente sobre todas las ventajas de la lactancia, salen expertas en dar el pecho. Mencionaban los del Comité del hospital de Masaya, que cuando se van de alta a sus hogares, son las futuras consejeras. Se les orienta formar en sus comunidades a los grupos de apoyo. La ventaja es su sensibilización de la importancia de la lactancia exclusiva por el largo tiempo de

hospitalización; a veces hasta dos a tres meses mientras sus bebés se recuperan, lo que brinda la oportunidad de afianzar conocimientos y práctica.

La siguiente información fue obtenida durante la recolección de datos: *“Las madres de los niños en cuidados intermedios, tienen un albergue, hay colchones, se les da alimentación, lactancia a libre demanda, están 20 niños y hay capacidad para 10 madres. Lleva 10 años funcionando, el hospital lo ha financiado en su mayoría”* (Miembro de Comité del Hospital de León).

“No había estancia para las madres, el niño quedaba en neonatos, había que ir a traer a las madres a sus casas para que vinieran a donar la leche... en el 2000 las madres dormían en el piso en cartones esperando noticias de sus hijos...ahora hay un salón adaptado pero sin muchas condiciones de ventilación y comodidad para dormir” (Miembro del Comité del Hospital de Masaya).

“La responsable de los albergues es parte del comité, ahí se les dan charlas a las madres sobre lactancia y nutrición mientras donan la leche, su niño esta hospitalizado y ella se educa. Para que tenga acceso a la casa debe tener a su niño en cuidados intensivos o en neonatos...cuando la madre se va de alta en su sala, y el niño debe quedarse, se le transfiere a esa casa. Fue donado por un proyecto”.
Miembro del comité del Hospital de Matagalpa.

Madres que han permanecido en estos albergues comentan:

“Yo me siento muy bien, doy gracias porque me cuidan bien al niño y ya va mejorando, alegre porque aquí nos cuidan, no es como estar en su casa, aquí las enfermeras lo ven a cada ratito estoy agradecida”.

“Mi bebé es prematuro...me vi muy mal, en vez de que le pase algo, mejor estoy aquí pendiente”

Un acompañante dice:

“Cuando uno viene a una casa de estas las madres están en otras condiciones, en otros hospitales no hay de estas casas, aquí se mira una unidad, hermandad, compañerismo, nos llevamos una buena impresión del personal, son bien amables, las madres no se pueden quejar, esta experiencia la vamos a transmitir en nuestro lugar”.

D. El proceso de certificación de Unidades de Salud Amigas de la Niñez y la Madre

A pesar de que existe una resolución ministerial que establece que todas las unidades de salud deben de cumplir con los pasos de una lactancia exitosa, el proceso inicia con la decisión de las autoridades de los respectivos SILAIS, hospitales y centros de salud de unirse a la Iniciativa. Las unidades definen la fecha en que se incorporan a dicha Iniciativa, para ello firman un compromiso en un acto público.

1. La autoevaluación inicial

Una vez establecido el compromiso, las unidades realizan el proceso de autoevaluación, el cual consiste en identificar el nivel de base que tienen del cumplimiento de los estándares de la Iniciativa. Para realizar la autoevaluación se conforma un Comité generalmente integrado por la subdirección, los jefes de pediatría, ginecología, enfermería y nutrición en el caso que exista. Sin embargo, la conformación de los comités es flexible y se adapta a los recursos disponibles en las unidades u hospitales. El ejercicio de autoevaluación generalmente es acompañado por un recurso externo capacitado del equipo nacional, nivel central o UNICEF. El Comité aplica el instrumento diseñado por UNICEF. Una vez identificadas las brechas, se elabora un plan de trabajo el cual es ratificado por el Director del establecimiento de salud. El tiempo de implementación del plan lo define cada unidad, generalmente se establece para un período de un año, aunque en ocasiones se alcanzan en menor tiempo.

Las brechas generalmente encontradas en los procesos de autoevaluación son las políticas, la

capacitación y los grupos de apoyo, siendo este el reto más difícil. En el plan se definen tareas y responsabilidades por ejemplo la unidad de docencia asume el programa de capacitación. El plan es dado a conocer a todo el personal para lograr su participación donde se resalta que cada uno de los recursos humanos de la unidad tiene un rol para alcanzar la meta. Este proceso estimula el trabajo en equipo, los conductores, los vigilantes, el personal de apoyo, administrativo se sienten responsables y participan, no sólo se limita a los recursos clínicos involucrados en la atención directa a la madre y al niño o niña.

Para la implementación del plan, el establecimiento de salud recibe acompañamiento de los expertos nacionales. El Comité asume el papel de equipo de calidad dando seguimiento permanente al cumplimiento del plan e identificando soluciones a los obstáculos encontrados. Nuevamente, no existen recetas y se desarrolla mucha creatividad para alcanzar la meta.

El personal revisa la autoevaluación y se prepara para el “gran momento”, el de la evaluación nacional. Estas autoevaluaciones se basan en pruebas escritas que describen sus conocimientos en lactancia materna, en relación a lo que han aprendido en los cursos. Algunas unidades de salud, organizan círculos de estudio o realizan concursos entre equipos y de esta manera saber quién da las mejores respuestas. Algunas veces, diferentes servicios compiten entre ellos, o enfermeras compiten contra médicos, para conocer quién sabe más.

Una enfermera describe como los miembros del comité trabajan días completos fortaleciendo los conocimientos, utilizando muñecas para demostrar las habilidades para ayudar en la lactancia y de esta manera nadie lo olvide; ellas se colocan las muñecas junto a su pecho dando pecho de una manera muy amorosa causando alegría y risas entre sus colegas.

En cada etapa del proceso para alcanzar la certificación, la Unidad de Salud, solicita el apoyo de la Responsable del Programa de Atención Integral a la mujer y Niñez del

SILAIS, la cual provee de consejos, apoyo logístico y gestiona con otras organizaciones. A nivel local, el Comité de Lactancia y el resto del personal juegan un papel fundamental para cumplir con los pasos de la Iniciativa. El compromiso y dedicación de los miembros del Comité es esencial, así como la coordinación con la comunidad y organizaciones civiles. A nivel de la comunidad, los grupos de apoyo deben de estar organizados y funcionando con voluntarios activos.

Durante este período, las madres que llevan los grupos de apoyo a menudo llegan a la unidad de salud a estudiar, y de esta manera sentirse seguras de su papel. El personal debe de asegurarse de que no hayan pajas en la unidad y no darles entrada. Un evaluador dijo: *“Cada quien conoce su papel y responsabilidad; es para nosotros el ganar un premio, recibiendo un alto grado y ellos quieren ser los primeros”*.

Cuando el Comité considera que ha logrado el cumplimiento de los estándares realizan un segundo proceso de autoevaluación con mayor participación del personal y con el Director de la Unidad de Salud.

2. La solicitud de la evaluación externa

Una vez que han verificado la información solicitan la evaluación externa, la Dirección del SILAIS elabora una carta de solicitud dirigida a las autoridades del Ministerio de Salud con copia a UNICEF, pidiendo la evaluación externa para las Unidades de Salud que están preparadas, proponiendo una fecha. El momento de esta evaluación depende de una programación de la demanda de otros SILAIS y disponibilidad de los evaluadores, quienes tienen sus propios deberes en sus hospitales u otros centros de trabajo.

Y comienza la angustia, las grandes interrogantes: ¿saldremos bien, saldremos mal? En estos días de espera, el personal no escatima tiempo para repasar sus manuales, las normas, la política se la aprenden de memoria, desvelándose, ansiosos, preguntándose unos a otros para confirmar que están preparados, si se

rompe un mural lo reparan rápido para que todo este en orden.

3. Los evaluadores nacionales

Para la evaluación externa, existe un equipo multidisciplinario quienes han sido certificados por el Ministerio de Salud y UNICEF. Ellos han sido estandarizados en la valoración de procesos y reciben capacitación de forma continua. Tres de ellos certificados como evaluadores internacionales por UNICEF, cinco recibieron el curso de Wellstart Internacional y dos participaron en el Congreso Mundial de Lactancia Materna.

Los evaluadores se movilizan a los SILAIS y Unidades de Salud. Para su movilización, el MINSA asignó un viático para sufragar los gastos de alojamiento, alimentación y el transporte. Dice un evaluador nacional: *“A los evaluadores nos sale desde el alma la lactancia materna, viene desde los pies y le sale por la boca”*. (Dr. W.Aguilar)

Uno comentó: *“Como evaluadores respondemos al MINSA, quijotesicamente hemos apoyado la iniciativa, y respondido al llamado para evaluar a las Unidades de Salud, creo que la vocación social es algo tan grande en los recursos humanos del MINSA, hace de que hagas cosas por nada, ves especialistas metidos en la montaña, en la costa atlántica, arriesgando su vida, con viáticos irrisorios que no compensan el trabajo a desarrollar, pero que sin embargo, estás convencido que tu trabajo aporta algo para el desarrollo tanto de la sociedad, como del Ministerio”*. (Dr. R. Cisneros, evaluador nacional).

La percepción de los evaluadores es que su papel podría ser mas beligerante en relación a la sostenibilidad y calidad de la Iniciativa, ellos manejan la información global de lo que sucede en las Unidades de Salud, y opinan que su papel puede trascender a las evaluaciones.

En términos de la evaluación, el equipo nacional ha ido más allá del tema de lactancia. Ellos también evalúan acciones para mejorar los cuidados pediátricos y han sido capacitados

en metodologías de evaluación del desempeño que le permitan a ellos evaluar las habilidades del personal de salud en la provisión de atención prenatal y del recién nacido.

4. La evaluación.

El momento de la verdad inicia con la llegada de los evaluadores.

Los evaluadores se presentan ante la dirección del SILAIS, se les asigna un vehículo para la movilización. Ellos revisan las distancias, el tiempo estimado, la papelería, que es guardada con el máximo celo por la responsable del programa nacional de lactancia, se entrega al último momento en sobre cerrado al que lleva la responsabilidad del equipo, para que no se filtre el contenido y se pueda producir un sesgo en la información.

Las unidades de salud son arregladas de forma muy colorida, se ponen chimbombas de colores, los murales con fotos y adornos de madres dando el pecho y mensajes de promoción. Algunos más ambiciosos invitan a los músicos que generalmente son brigadistas de salud, para que canten las canciones sobre lactancia que ellos mismos han compuesto. Las casas maternas cuando las hay en el Municipio, llevan a sus mujeres embarazadas uniformaditas con sus batas y bien peinaditas, para que vean la fiesta de evaluación. Es increíble el ingenio para que sea lo más agradable posible. Decían unos evaluadores que es emocionante llegar a esos pueblos en la montaña, y encontrarse en el camino las mantas de colores con dibujos y lemas de lactancia y sentir tanta exaltación. Los usuarios sólo observan el nerviosismo del personal y casi rezan para que salgan bien. El ambiente es de fiesta, pero tenso.

El equipo está formado por tres profesionales, tratando de que vayan distribuidos equitativamente; una enfermera, un médico(a) y una nutricionista o trabajadora social. Los días que dura la evaluación son de tres a cinco, depende del tamaño y de la distancia entre sí de las unidades. En el caso de los hospitales

se evalúa durante las 24 horas, si es necesario se espera mayor tiempo hasta ver la atención de un parto para evaluar la técnica del apego precoz.

La atención a usuarios sigue el curso normal con sus labores de rutina, pero todos están pendientes de los movimientos de los evaluadores, se llaman por radio comunicadores avisando a los otros Puestos de Salud que ya salieron para donde ellos. ¡Es tremendo! Unos se esconden nerviosos hasta que los llaman para la entrevista.

La evaluación es la aplicación de las guías que han sido elaboradas por UNICEF y adaptadas con el personal del MINSA. Para los hospitales son las mismas que se utilizan internacionalmente; las orientadas a las salas de maternidad, pediatría y neonatología para evaluar el apego precoz en la primera media hora de nacido el bebé y el alojamiento conjunto de la madre con el recién nacido. Adicionalmente el equipo evaluador recoge insumos de valoración cualitativa alrededor del involucramiento de todo el hospital en su conjunto. En las entrevistas se incluye al personal administrativo y de apoyo.

Los instrumentos de evaluación incluyen:

- Entrevistas a autoridades de la Unidad: Director, Subdirector Docente, Administrador, secretarías.
- Entrevistas al personal vinculado directamente en la atención, médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, seleccionados al azar y de diferentes turnos o de cada puesto de salud que corresponde al área de salud a evaluarse.
- Entrevistas a las madres en puerperio, madres con sus hijos/as en la unidad de recién nacidos y madres que asisten al control prenatal.
- Entrevistas a mujeres que forman parte de los grupos de apoyo para atención primaria.
- Entrevistas al personal de apoyo.

“A los evaluadores nos sale desde el alma la lactancia materna, viene desde los pies y le sale por la boca”

- Observación de actividades de atención del parto, consejería.
- Revisión de actas de reunión del Comité, plan de trabajo, planes de capacitación y del contenido de las políticas para cada servicio y las políticas globales del establecimiento.

Evaluar una unidad del Primer Nivel de Atención, puede ser un desafío, dado que estas están localizadas en lugares distantes, de difícil acceso y con prolongados períodos de lluvia. En muchos casos, los evaluadores han tenido que cruzar ríos crecidos o andar sobre caminos lodosos entre otros obstáculos. El espíritu con el que esta gente lleva a cabo su trabajo, a pesar del esfuerzo en que se ven involucrados, es muy impresionante.

El rol del equipo evaluador es recolectar y procesar la información, posteriormente la tabulan y se obtiene el resultado final. Cada uno de los once pasos tiene una serie de criterios ponderados. Para ser certificado, un establecimiento debe de haber recibido un puntaje de al menos 80%. Si uno de los pasos no alcanza el 80%, la unidad no es certificada.

De forma tal que el verdadero proceso de evaluación lo hacen el personal de salud y las madres. Tiene un mayor peso en la evaluación lo expresado por las madres, son ellas quienes confirman si han recibido consejería, si saben la extracción manual de leche, entre otras cosas que forman parte de la evaluación. Si el equipo evaluador observa un sesgo durante el proceso se descarta la entrevista y se realizan nuevas entrevistas.

Al finalizar el proceso de evaluación externa, los resultados preliminares son presentados al equipo de Dirección y al Comité de Lactancia. Estos resultados son enviados al Ministerio de Salud y la Ministra de Salud en conjunto con la Representación de UNICEF ratifican los resultados y envían una carta oficial al SILAIS reportando el puntaje.

El SILAIS de León creó una modalidad en búsqueda de la integración de todo el Sistema

de Salud, para que todos los niveles que lo componen se certificarán. Propuso que cuando Atención Primaria y hospitales hayan sido evaluados y el 80% de las unidades hayan obtenido resultados positivos, entonces el nivel SILAIS también es certificado como Amigo de la Niñez y la Madre. O sea que el personal de ese nivel, debe ser capacitado y evaluado. No siempre se logra certificar al SILAIS completo, puede ser que sus unidades de Atención Primaria hayan sido evaluadas con resultados positivos, pero que el hospital todavía no, o viceversa.

Cuando todo sale bien, es una celebración, los trabajadores se felicitan unos a otros, se abrazan, ríen nerviosamente, hacen bromas a quienes se pusieron nerviosos o se trabaron, y comienza la nueva preparación, el acto de la certificación. *“el personal se sentía feliz con el logro y se vivía ambiente festivo en los lugares que iban certificándose. Hasta la fecha era la primera vez que se celebraba un acontecimiento que requería el esfuerzo de todos, incluyendo el mérito de las usuarias al modificar prácticas y conductas”* (Dra. I. Sandino, Oficial de Salud y Nutrición UNICEF).

Comentarios de trabajadores de la salud que han estado involucrados en un proceso de certificación:

Nos evaluaron, entrevistaron a todos, ahí se dieron cuenta que manejábamos la información, luego nos llamaron para el acto de certificación, el SILAIS organizó todo.

Si no nos certificábamos no nos entregaban la placa, queríamos obtenerla, era un estímulo, y no lo obtendríamos hasta que todo mundo incluso el vigilante conociera los once pasos y todos queríamos lograrlo.

Nos gustan los retos, por que es muy importante, va permitiendo poner metas, qué, cómo y con quiénes vas a lograrlo, y al final tuvimos éxito, los resultados fueron muy satisfactorios.

Para todos los trabajadores significaba mucho porque es el esfuerzo de cada uno de los que formamos parte de ese equipo.

5. Cobertura a la fecha de la Iniciativa

La tabla 2 presenta el total de Unidades de Salud que han sido certificadas desde 1995 hasta el año 2005, como Unidades de Salud Amigas de la Niñez y la Madre:

Tabla No. 2: Unidades de Salud certificadas y no certificadas (1995-2005)

	Certificadas	No Certificadas	Total
SILAIS	11 (65%)	6 (35%)	17
Centros de Salud	129 (84%)	25 (16%)	154
Puestos de Salud	644 (61%)	404 (39%)	1,048
Hospitales	17 (77%)	5 (23%)	22

De 22 hospitales, 18 han sido certificados pero uno de ellos perdió su certificación, por lo que al momento del estudio 17 hospitales se encuentran certificados. Dos de ellos no lograron la certificación en la primera evaluación, en uno de ellos por encontrarse una donación de pachas al momento de la evaluación, el segundo porque el personal médico a pesar de haber sido capacitado, no tenía los conocimientos básicos de lactancia que establece la Iniciativa. En este hospital se estableció un plan de intervención que incluyó la rotación del personal por los hospitales que ya habían logrado su certificación.

Los cuatro hospitales que no han logrado la certificación es debido a la falta de decisión de las autoridades del hospital.

6. Reevaluación y recertificación

El seguimiento al cumplimiento de los pasos es de gran importancia para valorar la calidad

del procedimiento a través de los criterios de cada uno. El Ministerio de Salud estableció como criterio que el proceso de reevaluación debería realizarse anual para cada unidad de salud. En la práctica no ha sido posible por la alta demanda de las nuevas unidades a certificarse y las unidades para reevaluarse. El proceso de reevaluación se ha llevado a cabo cada dos años. Uno de los aspectos importantes es que la reevaluación no está sujeta a la solicitud del establecimiento, la misma es programada por el Ministerio de Salud y se notifica al establecimiento una semana antes. Hasta la fecha actual en una segunda ronda 18 hospitales han sido reevaluados y 17 mantienen la certificación. El proceso de reevaluación de los centros de salud aún no se ha iniciado.

Instrumentos para la reevaluación han sido diseñados y una segunda ronda ha sido llevada a cabo.

Los resultados en general muestran que los hospitales disminuyen su rendimiento en el cumplimiento en realizar el apego precoz y mantener los grupos de apoyo, sin embargo, ellos han realizado un buen trabajo al sostener las actividades de promoción, protección y apoyo en general. Los otros pasos se han logrado institucionalizar de forma tal que constituye una rutina en el quehacer del personal de salud.

El nuevo desafío es la descentralización de la reevaluación, de tal manera que los municipios puedan realizar este proceso por ellos mismos, lo cual parece posible dada la experiencia del Hospital de Rivas en donde diferentes servicios se monitorean unos a otros. Discusiones se están llevando a cabo alrededor de esta idea para determinar como desarrollar nuevas herramientas y capacitación del personal para que la puedan llevar a cabo.

También se encuentra en discusión la idea de expandir la Iniciativa a través de la inclusión de nuevos elementos, tales como los Cuidados Obstétricos esenciales y AIEPI lo cual daría una visión más holística a los cuidados proveídos a la madre y niñez.

Para todos los trabajadores significaba mucho porque es el esfuerzo de cada uno de los que formamos parte de ese equipo.

El perder la certificación puede ser un proceso doloroso para el personal. Un trabajador de salud del Hospital de Boaco describe los sentimientos del personal cuando obtuvieron una nota baja en su reevaluación, parcialmente debido a que no pudieron mantener consistentemente los grupos de apoyo, una tarea difícil para un hospital que no acostumbra a vincularse con la comunidad: *“Cuando nos dimos cuenta que estábamos por perder la certificación, esto dolió mucho. Yo llegué a sentirme frustrado porque esto no era justo... pero acá estamos, y estamos trabajando en ello. Hemos reiniciado nuevamente la coordinación con el Centro de salud”*.

Otros sin embargo, han sido más exitosos: *“Hemos hecho 2 reevaluaciones y cada año hacemos una a los recursos ya capacitados. El SILAIS nos ha hecho énfasis en estar pendiente de lo que ocurre con la lactancia, mantener activos los grupos de apoyo.”* (CS San Lorenzo, Boaco). Otro informante dijo: *“En ningún paso nos sentimos débiles, todos los estamos cumpliendo”* (Trabajador de salud de Centro de Salud de Somoto)

E. Autoevaluación, una actividad en marcha y permanente de la Iniciativa

Muchas unidades de salud hacen autoevaluaciones como parte de la Iniciativa, en preparación tanto para la certificación como para la recertificación. La autoevaluación es muy importante, una técnica de Garantía de Calidad de bajo costo, permite identificar problemas y confirmar mejoramiento. Con el propósito de documentar el abordaje de la autoevaluación que se está llevando a cabo en los hospitales y otras unidades de salud, el equipo investigador visitó siete hospitales, siete centros de salud, un puesto de salud y entrevistas con funcionarios de 4 SILAIS. En total se visitaron 7 departamentos del país.

La mayoría de estos hospitales y centros de salud han sido certificados desde hace varios años y tienen mecanismos de autoevaluación con interesantes historias.

Sin embargo, la certificación de los SILAIS es relativamente reciente y su experiencia de autoevaluación no es muy amplia. Las actividades de la Iniciativa en el SILAIS son diferentes a las unidades relacionadas con la atención directa, siendo más bien vigilancia de aspectos de organización de las unidades bajo su jurisdicción: Centros de Salud, Puestos de Salud y actividades de salud en los municipios. Por ejemplo, un SILAIS solicita a las unidades de salud que realicen sus propias autoevaluaciones y les provee de asistencia técnica, fomenta y motiva cuando es necesario.

1. Tipo de evaluaciones y procesos

Los métodos de evaluación y autoevaluación utilizados por las unidades de salud pueden agruparse en tres de niveles:

Nivel 1. Este tipo de evaluaciones se realizan en preparación para la certificación o recertificación de la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Niñez y la Madre. Son evaluaciones sistemáticas, formales que usan ambos, los evaluadores externos e internos. Las evaluaciones externas se diseñan y manejan por el Ministerio de Salud teniendo como base los procedimientos e instrumentos recomendados por UNICEF. Los evaluadores externos son ajenos a la unidad de salud. Las evaluaciones internas realizadas por las unidades de salud buscan la certificación e igualmente, utilizan instrumentos y procedimientos recomendados por el Ministerio de Salud. La certificación inicial puede tomar varios años. Es comúnmente un período de alta motivación y actividad intensa con respecto a actividades de lactancia materna en las unidades de salud. El proceso familiariza a las unidades de salud con los instrumentos y procedimientos de evaluación que utiliza la Iniciativa. Muchos de estos procedimientos e instrumentos son utilizados frecuentemente por las unidades de salud para la autoevaluación después de lograda la certificación. Este estudio documentó solo una mínima parte de la información acerca de este nivel 1 de autoevaluación debido a que nuestro objetivo primario fue aprender sobre la sostenibilidad de la Iniciativa en Nicaragua

y en esta sección, más que todo sobre la autoevaluación después de la certificación.

Nivel 2. Las evaluaciones son formales y frecuentemente autoevaluaciones interna que dan información cuantitativa e igualmente se da el automonitoreo utilizando instrumentos estandarizados para la recolección de datos. Encontramos dos de tipos de autoevaluación sistemática en hospitales y centros de salud: aquellos que incorporaron los indicadores de la Iniciativa dentro un contexto más amplio dentro de un sistema de monitoreo de la organización y otros que se enfocaron únicamente en los indicadores de la Iniciativa⁹. Cuando las unidades de salud usaban métodos sistemáticos de autoevaluación de métodos, intentamos aprender acerca de los temas abarcados, frecuencia, procedimientos e instrumentos de recolección de datos, tiempo y recursos necesarios para realizar la autoevaluación. En todos los casos, el Comité de Lactancia, examinó la autoevaluación (o participaron cuando esta era parte del monitoreo en el establecimiento), y revisaron e interpretaron los resultados. En la mayoría de los hospitales y centros de salud, el conocimiento del personal sobre el manejo de la lactancia ha sido evaluado a través de pruebas escritas, y los resultados fueron frecuentemente el foco primario de la evaluación. La frecuencia de la autoevaluación varía desde mensualmente (establecimientos con un sistema de monitoreo más amplio y mejor organizado) hasta anualmente o períodos mayores y algunas veces a intervalos irregulares. El rango de tiempo para desarrollar una evaluación fue generalmente entre uno a tres de días. Muchos utilizan instrumentos recomendados por el Ministerio de Salud y UNICEF para evaluar cumplimiento con los pasos de la Iniciativa.

Los enfoques utilizados para la autoevaluación varían ampliamente entre las diferentes unidades de salud. Uno de los métodos más rigurosos de recolección de datos incluyó entrevista de salida en 100 madres (con

lactantes menores de seis meses de edad) justo después de la visita para la consejería en lactancia. Estas se realizaron de manera privada sin que la consejera se enterase de lo que estaba ocurriendo. Los resultados fueron interpretados y discutidos con las consejeras y de esta manera ellas mismas proponían acciones correctivas. Las consejeras expresaron entusiasmo durante nuestra entrevista y expresaron que a través de los años han dirigido muchas mejoras para la efectividad de la consejería. En otra institución, los datos relacionados a la Iniciativa fueron recolectados como parte del monitoreo anual, entre otros temas relevantes para la institución.

El análisis de datos realizados por un médico confirmó que en su institución, los lactantes alimentados al seno materno, tenían menos cuadros diarreicos y bebés tuvieron significativamente menos morbilidad y mortalidad por diarrea y neumonía que aquellos que no fueron lactados. Este análisis ayudó a convencer a otros médicos a apoyar la lactancia con mucho mayor entusiasmo.

Nivel 3 Estas evaluaciones son informales, frecuentemente autoevaluaciones de tipo cualitativo. Estas evaluaciones frecuentemente se realizan para conocer aspectos relacionados a la cultura institucional y que se apoyan en los principios de mejoramiento de la calidad. La mayoría de las unidades de salud identificaron problemas y realizaron acciones correctivas mediante un abordaje informal, y basado en la experiencia directa de uno o más de los miembros del Comité. Varios de los programas más exitosos utilizaron mecanismos formales de recolección de datos, análisis para confirmar que las acciones correctivas resolvían el problema, pero este análisis no es utilizado para identificar la causa del problema como un primer paso en el análisis del problema a resolver.

Por ejemplo, en un hospital, el personal notó que las madres no podían retener los múltiples

“Hemos hecho dos reevaluaciones y cada año hacemos una a los recursos ya capacitados. El SILAIS nos ha hecho énfasis en estar pendiente de lo que ocurre con la lactancia, mantener activos los grupos de apoyo.”

9) Este reporte está enfocado en la autoevaluación después de la certificación en hospitales y centros de salud y en menor extensión en el SILAIS, debido a que muchos de los establecimientos llevaban muchos años de haber sido certificado, mientras que la certificación de los SILAIS es muy reciente.

mensajes relacionados a la lactancia que brindaba el personal de salud durante el trabajo de parto, en lugar de comunicarle estos mensajes después del parto, cuando las madres se encuentran más concentradas y relajadas. Se llevaron a cabo acciones y dos indicadores fueron incorporados a la autoevaluación que se realiza dos veces al año: (1) el porcentaje de madres que recibieron consejería antes y después del parto y (2) porcentaje de madres que retienen el mensaje. Los datos que resultan de estos indicadores confirman que la acción correctiva sí fue efectiva. En otro centro de salud del área rural, cada uno estaba consciente que había una alta rotación de personal de consejería y la captación de nuevas consejeras era muy difícil. Por lo que decidieron que todo el personal de centro de salud involucrado en la Iniciativa debían ser consejeros y consejeras en lactancia sirviendo en su vecindario y comunidades y fomentar que el resto del personal hiciera lo mismo. Ellos observaron que al unirse al equipo de consejeras se le dió más estabilidad a esta actividad y a las consejeras, confirmando lo efectivo de sus soluciones y acciones emprendidas.

2. Problemas identificados y acciones emprendidas

Muchos de los problemas identificados tuvieron que ver con la falta de conocimientos en el manejo de la lactancia lo que se detectaba por el bajo puntaje en los exámenes escritos que se hace de manera periódica. La acción o solución que la mayoría de los comités implementan es la inducción del tema para incrementar el conocimiento y habilidades (por demostración). Por ejemplo, cierto personal de un hospital, no sabía que la lactancia se debía de iniciar de manera temprana. Otro hospital detectó que los niños con labio leporino no eran bien alimentados. El personal de salud fue capacitado para ayudar a las madres de estos niños para una correcta alimentación al seno materno. Personal de varios hospitales y centros de salud no mostraban a las madres como extraerse la leche, por lo que fueron capacitados para ello y se puso mayor énfasis en los albergues hospitalarios donde un personal más calificado pueda invertir

mayor tiempo ayudando a las madres para la extracción manual y almacenamiento de la leche materna.

En varias unidades de salud identificaron un miembro del equipo o un consejero de tiempo parcial que carecían de conocimientos en el manejo de la lactancia atrayendo la atención del resto e incidiendo para su corrección. Un centro de salud encontró que su personal tenía fuertes conocimientos acerca de los problemas para la lactancia por parte de la madre pero muy poco sobre los problemas que se presentan en los lactantes. Varios de los problemas identificados no siempre fue debido a falta de conocimientos, sino más que todo falta de habilidades de la madre e inadecuada supervisión y apoyo para estas madres por parte del personal. Se supo que el mejoramiento se había realizado al momento de conocer que el personal demostraba sus habilidades o al trabajar con las madres, demostraban que habían superado la dificultad para amamantar a sus lactantes. Un ejemplo de esto es el caso de la extracción manual de leche materna.

Muchos de los hospitales y centros de salud dicen tener problemas con las pachas (biberones). Aunque es contra las normas introducir pachas dentro del hospital, muchas madres todavía las introducen a escondidas. El personal de las unidades de salud, incluyendo los de seguridad, están pendientes de su detección y evitar que sean introducidas al hospital. Se han implementado acciones de educación para el personal y madres sobre las consecuencias perjudiciales para la salud infantil, debido al uso de pachas o biberones. Más difícil ha sido el problema de las pachas, en las clínicas de atención a afiliados al seguro social (Empresas Médicas Previsionales) que son independientes al hospital pero se encuentra dentro de estos establecimientos de salud y no se les requiere que cumplan con esta norma. Algunas veces, estas clínicas promueven el uso de pachas y de sucedáneos (este es un ejemplo de problemas identificados por métodos informales). Aunque la comunicación sobre este punto ocurre entre el Ministerio de Salud y el Seguro Social, la solución final parece estar a nivel de autoridades nacionales.

Otros problemas eran de una naturaleza estructural o cultural y más difíciles de corregir. La creación y mantenimiento efectivo de los grupos de apoyo de madre en las comunidades es un verdadero desafío. Muchas unidades de salud, particularmente de áreas rurales, tienen problemas para encontrar y mantener consejeras de lactancia que pudiese dirigir estos grupos.

La rotación del personal puede ser alta debido al retorno a sus lugares de origen, o por falta de compromiso o de un aparato administrativo. En algunos lugares, la baja tasa de lactancia se ha acusado a los fondos insuficientes aún para tener una reunión de consejeras. La autoevaluación ha permitido que muchos establecimientos de salud puedan manejar estos problemas aplicando soluciones creativas. En el centro de salud, donde los miembros de comité decidieron ser todos ellos consejeros de lactancia en sus propias comunidades y vecindarios, no solo duplicaron el número de consejeras y consejeros, sino también esto ayudó a motivar, capacitar y de esta manera sostener a las consejeras que no son miembros del personal de la unidad de salud y hasta reclutar otras posibles consejeras. Muchos establecimientos han organizado la semana de la lactancia en sus localidades durante la cual organizan ferias, participan los alcaldes, se realiza el concurso de reina de lactancia y como producto de todo esto, un gran grupo poblacional es sensibilizado y educado alrededor del tema de la lactancia. Uno de los propósitos de estas ferias ha sido estimular y elevar el apoyo hacia las madres y el papel de las consejeras.

Por otro lado, nuevos problemas están emergiendo, identificados por una combinación de autoevaluaciones sistemáticas e informales. El número creciente de nacimientos en madres adolescentes es uno de esos problemas. La mayoría de las madres adolescentes carecen de conocimiento básico, muchas son solteras, y muchas son rechazadas por sus padres. Aunque los establecimientos de salud enfrentan este problema lo mejor que pueden, la mayoría han concluido que esto es más que un tema de salud por lo que se han juntado con otros

grupos tales como iglesias, otras agencias de gobierno y grupos comunitarios en un intento de encontrarle solución a este problema. Este es otro ejemplo de los tipos de problemas que surgen desde las autoevaluaciones.

El apéndice B presenta un resumen de los procesos de las autoevaluaciones, problemas identificados y las acciones emprendidas por los hospitales, centros de salud, y SILAIS seleccionados en este estudio. Dado que la Iniciativa ha incorporado recientemente a los SILAIS, muchas de estas instancias administrativas no fueron capaces de proveer información sobre sus experiencias en autoevaluación.

F. Contexto externo: Otras Iniciativas

La implementación de la Iniciativa ha sido acompañada por otras acciones que involucran la participación de otros actores sociales e instituciones. Éstas han constituido un respaldo positivo para recuperar la cultura del amamantamiento.

1. Universidades Amigas de la Niñez y la Madre

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

Hubo mucha motivación de los docentes y decidieron organizarse y crear esta Red. Esta alianza estableció espacios para que docentes y estudiantes pudieran continuar con la lactancia durante el período de clases.

Las facultades de las universidades fueron motivadas a crear la Iniciativa de Universidades Amigas de la Niñez y la Madre. Se definieron seis criterios y los instrumentos de evaluación

y se organizaron los procesos para las certificaciones. *“La información fue básica para el gremio universitario, su capacidad para analizar alternativas y encontrar la viabilidad para combatir la mortalidad materna, perinatal e infantil, los efectos de la alimentación artificial, etc., fue su mayor riqueza para dar respuesta a través de sus medios, y poder contribuir a la resolución de estos problemas, su respuesta fue inmediata”.*

(Dra. G. E. Navas, Representante del INCAP/OPS, Nicaragua).

Se hizo una preselección inicial de las universidades, resultando seleccionado como un aliado estratégico, el Politécnico de la Salud de la Universidad Nacional. Se invitaba a participar a los universitarios, a las escuelas de medicina, de enfermería, de periodismo por ser relevantes en la divulgación, al final se concluye que es necesario incluir a todos los profesionales.

En 1996, cinco universidades de la Red participan en Programa Educativo del Manejo de la Lactancia organizado por Wellstart Internacional y UNICEF en respuesta al entusiasmo demostrado. Es la primera experiencia en el mundo y se crean muchas expectativas. La Universidad Centro Americana fue la primera en comprometerse. Han pasado los años y no ha logrado certificarse, debido a dificultades internas. No todas las universidades en el país responden al mismo consejo universitario, por lo tanto, no ha habido consenso sobre a quién le corresponde dar la certificación.

3. Comunicación y movilización social.

Durante los últimos diez años de manera permanente se han implementado acciones de comunicación y movilización social incluyéndose dos campañas masivas en los medios de comunicación. Los medios de comunicación son parte de los actores a destacar durante la celebración de la semana de lactancia materna quienes participan de forma espontánea en la elaboración de notas de prensa e historias de vida que se publican en los principales diarios del país.

Otras actividades son las ferias locales de lactancia materna y la feria nacional la cual se ha realizado durante los últimos siete años de forma consecutiva con la participación de la empresa privada.

4. Comedores Infantiles Comunitarios, CICO Amigos de la Niñez y la Madre

En Nicaragua el Ministerio de la Familia cuenta con una red de comedores infantiles comunitarios ubicados en el área rural, en estos espacios las madres llevan a sus niños para su cuidado durante ciertas horas del día. En los mismos se realiza un abordaje integral, además de brindar alimentación a los lactantes se realizan acciones educativas con las madres alrededor de la promoción del desarrollo infantil de la primera infancia y actividades de educación nutricional e higiene y saneamiento.

Basados en la estrategia de la Iniciativa, el Ministerio de la Familia ha desarrollado los estándares e instrumentos para la Certificación de los CICOS como Unidades Amigas en donde la lactancia materna es uno de los ejes fundamentales.

G. Inversión financiera

A manera de ilustración de lo que cuesta en términos financieros la certificación de un Municipio, damos un ejemplo del costos de certificar un Municipio de tamaño promedio, el cual cuenta con 100 recursos humanos y con 60 consejeras. Incluye todo el proceso; desde la capacitación y materiales, la evaluación externa (incluyendo los costos de transportación y alimentación de los evaluadores) y el acto de la certificación (incluyendo las placas que se entregan a cada unidad, la manta elaborada para adornar el establecimiento, y el acto protocolario en sí)¹⁰.

Los datos reflejan que la inversión en la capacitación en recursos humanos del Ministerio de Salud es de US\$16 dólares americanos por persona. En el caso de los recursos de la comunidad, la inversión se

10) Base de cálculo PL 480, 1999.

incrementa sobre la base de la movilización y alojamiento así como la duración de la capacitación (cinco días de duración contra tres días para el personal de salud), siendo de U\$ 26 por persona.

Tabla No. 3: Costo estimado para certificar un hipotético Municipio con un Centro de Salud y cinco Puestos de Salud.

Capacitación	Dólares
100 trabajadores de salud por 3 días	1,608
60 consejeras por 5 días	1,608
100 Manuales para personal salud	89
60 Manuales para consejeras	54
Evaluación	
3 evaluadores por 3 días	402
Certificación	
Placa municipal	312
Placa pequeña	63
Manta alusiva	34
Placas para cada Puesto de Salud	316
Acto de certificación	200
Totales	4,686

H. Indicadores nacionales de lactancia materna

De acuerdo a datos de Salud Familiar¹¹ de 1993 y la Encuesta Nacional Demográfica de Salud de 1998 y 2001 y como se muestra en la tabla 4, la tasa de lactancia materna exclusiva entre los menores de 4 meses de edad se incrementó de un 11% en 1993 a 30% en 1998 y a 40% en el 2001.

Esto es un incremento significativo e indudablemente debido a la Iniciativa. Los resultados de lactancia exclusiva entre los

menores de seis meses de edad son también estimulantes. La tasa se incrementó del 19% en 1998 a 31% en el 2001.

Tabla No. 4: Estadísticas nacionales de la encuestas de salud (1993- 2001)

Indicadores	Año y fuente		
	Salud Familiar 1993	ENDESA 1998	ENDESA 2001
Lactancia Materna Exclusiva de 0- 3.9 meses	11.0	30.0	40.0
Lactancia Materna Exclusiva menores de 6 meses	N/D	19.0	31.1
Niños que recibieron Lactancia por lo menos alguna vez, menores de 5 años	92.0	92.0	94.5
Niños que lactaron dentro de la primera hora de nacidos	41.0	79.5	76.3
Duración promedio en meses	12	15	17.6
Promedio de lactancia exclusiva en meses	0.6	2.1	2.5

La lactancia materna recibida por lo menos alguna vez en los menores de cinco años, ha tenido un comportamiento casi estable con ligera tendencia a mejorar en la última encuesta realizada en el 2001, de un 92% en 1993 y 1998 a 94.5% en 2001.

Esto refleja una disposición de las madres de hacer el intento de dar el pecho en algún momento, sea la lactancia duradera o por poco tiempo.

La lactancia recibida durante la primera hora del nacimiento, tuvo un porcentaje de 41 en la encuesta de 1993 y se elevó considerablemente hasta el 79.5% en 1998. Este hecho coincide también con el cumplimiento de la normas de la Iniciativa, que promueve el apego precoz

11) Cuadra, Encuesta sobre Salud Familiar, 1993.

en todos los nacimientos; sean institucionales o comunitarios. En el 2001 disminuye en casi cuatro puntos, lo cual es un alerta para mejorar las intervenciones en el Ministerio de Salud en cuanto al seguimiento de esta práctica.

Otro indicador que vale la pena analizar es el de la lactancia materna predominante, lo cual quiere decir que el bebé recibe lactancia materna pero también otros líquidos como miel, te o jugos. Las madres nicaragüenses piensan que darles esos líquidos es también bueno para los niños y la valoran como lactancia exclusiva, cuando se les pregunta con qué lo alimentan. Interfieren fuertemente en esto. Los consejos de las abuelas, madres, médicos de clínicas privadas y algunas parteras no bien documentadas. Otro gran riesgo para el bebé, es la introducción del uso de la pacha para recibir estos alimentos.

La duración promedio de la lactancia revela un gran avance en cuanto a prácticas se refiere, y es muy alentador; en la encuesta de 1993 fue de 12 meses, en 1998 de 15 meses y de 17.6 meses en el 2001. Esta prolongación de forma ascendente, también puede estar correspondiéndose con la promoción de las normas del Ministerio de Salud, que orienta a las madres que se mantenga hasta los dos años de edad, pues se considera una protección nutricional. Las madres mencionan cuando se les pregunta sobre el por qué de la prolongación, dicen que es porque se lo orienta el personal, o por razones económicas. La razón económica es muy fuerte y está muy asociada sobre todo en el área rural.

En cuanto a la duración promedio de lactancia materna exclusiva, también el comportamiento

del indicador es ascendente, se parte de 0.6 meses en 1993 a 2.1 meses en 1998 y de 2.5 meses en el 2001, aunque todavía no se ha llegado a lo que orienta la norma que debe ser de al menos seis meses o en su defecto de cuatro meses. Cuando se buscan las causas de este dato, se puede decir que el principal motivo de acuerdo a la mayoría de estudios realizados en el país, sobre las prácticas de las madres y sus dificultades para prolongar la lactancia, es debido a la inserción de ellas en el trabajo reenumerado fuera de sus hogares. Aunque las leyes las protegen con subsidios pre y pos natales que suman tres meses, con el cual se pretende garantizar la lactancia, no todas lo ponen en práctica por que no la conocen, y no todos los empleadores lo cumplen.

En el año 2002, se implementó en el país un Sistema Integrado de Vigilancia de las Intervenciones de Nutrición (SIVIN), el cual permite en base a una metodología rigurosa, recolectar información periódica y sistemática, de bajo costo y a corto plazo. Monitorea la vigilancia de procesos y de impacto. Los indicadores de lactancia materna del SIVIN en su primer informe, si bien contienen algunas diferencias en el marco muestral en relación a ENDESA, siendo que el error de estimación del SIVIN es mayor por el tamaño de la muestra, sin embargo al comparar los resultados, muestran que existe una tendencia al mantenimiento de las altas tasas de inicio de la lactancia: Casi un 95% en el 2003, un 96.5% en el 2004. El porcentaje de recién nacidos que fueron amamantados en la primera hora después del nacimiento fue de 60% en el 2003 y 59.6% en el 2004 y, en las primeras 24 horas, casi un 85% en el 2003 y 81% en el 2004¹²⁻¹³.

12) MINSA, SIVIN (Sistema Integrado de Vigilancia de las Intervenciones en Nutrición), Primer reporte de progreso, 2003.

13) MINSA, SIVIN, Segundo reporte de progreso, 2004

Tabla No. 5 Estadísticas de lactancia: USAID PL480 y Prosalud (1999-2003)

Indicadores	Prosalud/MSH línea basal 2000	Prosalud/MSH Final 2003	PL 480 Basal 1999	PL 480 Final 2001	PL 480 Basal 2001	PL 480 Final 2002
	n=512	n=229	Primera fase n=1,100		Segunda fase n=345	
Niños menores de 2 años lactados al menos alguna vez	n=498 94.3%	n=571 97.6%	22.0%	19.0%	ND	ND
Lactaron dentro de la primera hora de nacidos	n=403 76.3%	n=498 85.1%	74.0%	70.0%	ND	ND
Lactancia Materna Exclusiva menores de 6 meses	n=88 32.5%	n=217 69.0%	46.0%	74.0%	47,0%	61,0%
Lactancia Materna predominante menores de 6 meses	n=225 83.0%	n=295 93.9%	ND	ND	ND	ND

La tabla 5 refleja algunos indicadores departamentales y locales, que vienen a fortalecer los analizados a nivel nacional. En los resultados de línea de base y de evaluación final del proyecto Prosalud, ejecutado durante cuatro años en 12 Municipios de tres SILAIS: Jinotega, Matagalpa y Boaco, se pueden apreciar algunos indicadores como el de la lactancia exclusiva en los menores de 6 meses, que tuvo un comportamiento del 32.5% al 69 % al termino. El PL-480 financiado por USAID, en sus dos fases, con cada fase en diferentes SILAIS, también encontró que la tasa de lactancia exclusiva en menores de 6 meses de

edad incrementó de 46% al 74% en la primera fase del SILAIS y de 47% al 61% en la segunda fase del SILAIS.

Estos datos, similar a la ENDESA, revelan que la cultura de la lactancia existe en Nicaragua, debido a que la vasta mayoría de madres lactan a sus niños, aunque no lo hagan de manera exclusiva o pongan mucha atención a la duración. Por otro lado, el inicio temprano de la lactancia se ha incrementado al punto que ha llegado a ser casi la norma.

VI. Conclusiones

A. Lecciones aprendidas

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

B. Desafíos

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

C. Conclusiones generales

- La Iniciativa está siendo llevada a cabo en Nicaragua de una forma muy dinámica, sin rigidez en su organización e implementación, no lineal, es decir, diseminándose por diversos canales tales como la comunidad, las alcaldías, universidades, sector del Seguro Social y privado lo cual ha trascendido al Ministerio de Salud. Sin ofrecer una fórmula o pasos específicos a seguir, Nicaragua ha fomentado un modelo básico sobre sentimientos de solidaridad y respeto a los derechos humanos.
- La naturaleza dinámica de la Iniciativa en Nicaragua, es ejemplificada por sus muchas modificaciones y adiciones al pasar de los años y en respuesta a las necesidades. Por ejemplo, el incluir a los centros de salud permitió alcanzar a más madres y lactantes durante la infancia temprana. El incorporar a los nuevos médicos a la ciencia de la lactancia ha significado una nueva

generación de profesionales de la salud que se insertan a un centro laboral sensibilizados de la importancia de la lactancia materna.

- La fuerza organizadora inicial de la Iniciativa en Nicaragua, surgió de profesionales de la salud comprometidos que estaban asociados con varias organizaciones y a menudo en contacto, más que un simple movimiento de bases, el número de profesionales comprometidos ha crecido sustantivamente, empujados por el éxito de la Iniciativa.
- En conclusión, la promoción de la lactancia materna ha sido formalmente y filosóficamente integrada en la estructura y operaciones de todo el sistema de atención en salud de las mujeres y la niñez en Nicaragua. Esto es realmente institucionalización.

Bibliografía

- Cadwell K. and C Turner-Maffei. "Focused Accreditation of Services: The Baby Friendly Hospital Initiative." Presentation, Conference on Managing Quality through Regulation: Priorities and Possibilities, Washington, DC, October 4-5, 2000.
- Cruz N and GE Navas. Prácticas hospitalarias que favorecen o interfieren con una lactancia materna exitosa. Nicaragua: Ministerio de Salud (MINSa), INCAP/PAHO, UNICEF, 1993.
- Cuadra GR. Encuesta sobre Salud Familiar Nicaragua 92-93: Informe Final. Managua: PROFAMILIA and Centers for Disease Control, 1993.
- ENDESA. Managua: Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos (INEC), 1998.
- . Managua: INEC, 2001.
- MINSa, PL 480/Title III Secretariat, USAID, and UNICEF. Conocimientos y prácticas de las madres y niños y niñas menores de 2 años. 8 SILAIS. Informe Final de la Investigación de la evaluación de impacto. Nicaragua: 2001.
- MINSa. Integrated Nutritional Surveillance System (SIVIN). First Progress Report 2002-2003.
- . Second Progress Report 2003-2004.
- Navas GE, L Sandino, R Cruz, E Rassmusson, and N Carrasco. Assessment of Breastfeeding in Nicaragua. Wellstart International. 1994.
- PL 480 Secretariat and UNICEF. Conocimientos y prácticas de las madres y niños y niñas menores de 2 años. 8 SILAIS. Investigación de línea de base. Nicaragua: 1999.
- Prosalud/MSH, MINSa, and USAID. Resultados de la Investigación Formativa sobre Lactancia Materna y Nutrición, Supervivencia Infantil y Salud Reproductiva, en los departamentos de Matagalpa, Jinotega y Boaco. Nicaragua: 2000.
- Quinn VJ et al. Improving Breastfeeding Practices on a Broad Scale at the Community Level: Success Stories from Africa and Latin America. *J Human Lac* (2005): 21(3): 345-54.
- Sandino I and C Wallace. Building Capacity through an Integrated Breastfeeding Program. Managua: National Autonomous University of Nicaragua, School of Medicine, and UNICEF, October, 1999.
- UNICEF. Baby Friendly Hospital Initiative, Issue Two, 2004.
- WHO (World Health Organization). Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva: 2003.

Apéndice A:

Los diez (y once) pasos para una lactancia materna exitosa.

Los diez primeros pasos fueron establecidos por UNICEF y el Ministerio de Salud de Nicaragua para la certificación de los hospitales Amigos de la Niñez y la Madre en Nicaragua, y Amigos de la Niñez en otros países. Nicaragua agregó un paso once, aplicable para todas las unidades de salud del nivel primario (SILAIS, Centros de Salud y Puestos de Salud en los municipios) de forma tal que todas las unidades fueran certificadas como Amigas de la Niñez y la Madre.

1. Contar con una política, escrita, sobre la promoción, fomento y apoyo a la lactancia materna, sistemáticamente comunicada al personal de la institución.
2. Capacitar a todo el personal de la unidad para implementar esta política y los otros componentes de atención integral a la mujer, niñez y adolescencia.
3. Informar a las mujeres embarazadas y púerperas los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Estimular a las madres a iniciar la lactancia durante la primera media hora siguiente al parto.
5. Enseñar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia natural, aún cuando deban separarse de sus hijos.
6. Estimular la no administración de alimentos ni bebidas que no sean leche materna, a los menores de 6 meses, salvo en casos de que existan razones médicas aceptables.
7. Promover el alojamiento conjunto madre - hijo.
8. Fomentar la lactancia materna exclusiva y a libre demanda hasta el sexto mes, y su prolongación hasta los dos años.
9. No promover el uso de biberones, mamilas, consoladores y otros objetos artificiales para succión, a los niños amamantados.
10. Promover la creación y establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna.
11. Erradicar la práctica de la distribución gratuita e indiscriminada de los mal llamados sucedáneos de la leche materna.

Apéndice B: Resumen de procesos de autoevaluación, problemas encontrados, y acciones correctivas en las Unidades de Salud Visitadas

Unidad de Salud	Años Certificados	Nivel y proceso de autoevaluación
Hospitales		
Hosp 1	11	Nivel 2. El presidente del comité de Lactancia Materna lidera una autoevaluación formal una vez al año utilizando los instrumentos del Ministerio de Salud -UNICEF. Toma aproximadamente 1 semana. Enfocándose principalmente en la competencia del personal médico del hospital.
Hosp 2	10	Niveles 2 y 3. El responsable del comité de Lactancia Materna lidera una autoevaluación del Nivel 2 aproximadamente una vez al año, utilizando los instrumentos del Ministerio de Salud -UNICEF
Hosp 3	10	Niveles 1, 2, y 3. Recertificación en 1999 y 2004, para lo cual el nivel 1 es vital. El monitoreo anual del hospital incluye datos sobre Lactancia Materna. El Comité de Lactancia Materna analiza los datos (nivel 2) e identifica problemas y soluciones (nivel 3).
Hosp 4	6	Niveles 2 y 3. El responsable y el comité de Lactancia Materna lideran la autoevaluación. La autoevaluación de nivel 2 se realiza una vez al año; toma 1 día su realización; el comité de Lactancia Materna utiliza más tiempo para hacer el análisis.

Problemas encontrados	Acciones correctivas
- Ocasionalmente poco conocimiento y poca motivación del personal, por lo que: (a) la lactancia no siempre se iniciaba media hora después del parto, y (b) algunas madres no ponían en posición correcta al recién nacido. - Las madres usan pachas en el hogar. - Bajo peso para la edad < 6m, suspensión de la lactancia, uso de pachas, diarrea.	- Examen de lactancia materna motivó e incrementó el conocimiento del personal de manera que: (a) la prueba ahora hace énfasis en la lactancia inicial y (b) el personal es entrenado para técnicas de amamantamiento (posición). - Educación a las madres en el peligro de la fórmula y las pachas. - Ayudar a las madres en la relactación.
- Tempranamente: Las madres traen pachas al hospital. - Tempranamente: Algunas consejeras/os de medio tiempo recomiendan fórmula. - Reciente: Las Clínicas del Seguro Social algunas veces permiten el uso de fórmula en vez de ayudar a la madre en la lactancia materna. - Las Madres piensan que no tienen suficiente leche. - En las Clínicas de atención prenatal no recomiendan la lactancia materna. - Se le da fórmula a los recién nacidos prematuros. - El personal piensa que los bebés con labios leporinos no pueden amamantarse apropiadamente.	- Personal de seguridad, desde la entrada revisan. - Consejeras/os de medio tiempo entrenados. - No se ha descubierto ninguna acción correctiva hasta el momento. - Coordinar con centros de salud debido a un corto periodo post-parto en hospitales (<24 hrs). - Modificados los tópicos de las Clínicas prenatales para incluir la lactancia materna. - Entrenar al personal para ayudar a las madres a dar a conocer sobre leche materna. - Pediatras entrenan al personal; el personal entrena a las madres.
- Doctores escépticos de que la lactancia materna mejora los resultados en varias situaciones difíciles. - En evaluaciones tempranas, algunas madres no se relajaban en el primer amamantamiento. - A pesar de la consejería, a algunas madres les faltaba conocimientos claves sobre la lactancia materna.	- Monitoreo extensivo de datos, permite al Doctor comparar entre el uso o no de la lactancia materna por el tipo de mortalidad. Resultados altamente significativos sobre la lactancia materna convencieron a muchos doctores en el hospital. - Problema de camas más anchas resuelto. - Correlacionan falta de conocimientos por tópicos del personal de consejería, se identificó el horario del personal que era inefectivo en ciertos tópicos.
- Continua falta de entendimiento y motivación de la comunidad, en madres y líderes. - Muchas madres son dadas de alta demasiado rápido por necesidad después de dar a luz (8–24 horas) - Falta de habilidades en la extracción manual de las madres; posibilidad de infección VIH eliminó los bancos de leche (lactarios). - Información y entrenamiento brindado a las madres durante labor y parto no muy bien asimilado.	- Feria anual de una semana; con reina de Lactancia materna, televisión local, etc. Fue un éxito de relaciones públicas. - Casas maternas construidas para las nuevas madres cerca del hospital con personal a tiempo completo. - Entrenamiento extensivo en extracción en la casa materna con almacenamiento refrigerado de la leche materna. - Proveer el entrenamiento más importante después del parto.

Unidad de Salud	Años Certificados	Nivel y proceso de autoevaluación
Hosp 5	6	Niveles 2 y 3. El comité de Lactancia Materna lidera la autoevaluación. Nivel 2 reciente, examen de conocimiento para el personal y el repaso de los diez pasos: "Mantiene presionado al personal". La mayoría de los problemas son descubiertos de manera informal (nivel 3).
Hosp 6	Aún no certificado; en proceso	Niveles 2 y 3. El Comité de Lactancia Materna guía grandes esfuerzos para certificarse. Monitoreo mensual del hospital (3 días de un equipo) incluye datos de lactancia Materna. El Comité de Lactancia Materna analiza los datos y toma acciones.
Hosp 7	Aún no certificado; en proceso	Niveles 1 y 3. No existe un sistema formal de autoevaluación aún, pero hay una autoevaluación informal; prepararse para la certificación les consume mucho tiempo.
Centros de Salud		
C de S 1	9	Niveles 2 y 3. El Comité de Lactancia Materna lidera un programa activo de lactancia materna que incluye autoevaluación. Monitoreo de Lactancia Materna cada 6 meses, incluyendo muestras de entrevistas de salida a 100 madres, por más de varias semanas (nivel 2). Una lactancia materna firme y mejoramiento en la cultura conduce a una temprana identificación de problemas y de soluciones creativas (nivel 3).
C de S 2	7	Nivel 1. Reevaluación frecuente por expertos externos utilizando los instrumentos del Ministerio de Salud-UNICEF.
C de S 3	7	Nivel 2. Director con liderazgo. Realizar pruebas anuales sobre lactancia materna al personal, dar retroalimentación privada. No hay mucho contacto con los SILAIS sobre la Iniciativa.

Problemas encontrados	Acciones correctivas
1. Madres descubiertas trayendo pachas al hospital. 2. Madres inexpertas no pueden amamantar a sus infantes enfermos. 3. El personal reporta la falta de calostro en madres mayores. 4. Las madres trabajadoras dejan de amamantar de forma temprana. 5. Muchas madres adolescentes con muchos problemas; uso del tabaco. 6. Dificultad de encontrar y mantener buenas consejeras en lactancia materna. 7. Clínicas pediátricas del Seguro Social apoyan el uso de alguna fórmula.	1. Estar más vigilante. 2. Entrenar a estas madres. 3. No hay solución. 4. No hay solución. 5. Psicólogo es un consejero efectivo. 6. El personal del hospital llega a ser consejero/a de (todo el personal pediátrico y otros): muy efectivo. 7. No hay solución a nivel.
1. Casos de diarrea en lactantes fueron altos; principalmente los que no recibieron lactancia materna. 2. Las Madres piensan que no tienen suficiente leche. 3. Grupo comunitario de madres, débil. 4. Se le da fórmula a los recién nacidos prematuros.	1. Énfasis de vincular la fórmula con la diarrea entre el personal y madres 2. El personal motive a las madres. Se les dice que ellas lo están haciendo bien. 3. Recientemente descubierto. Ninguna acción aún. 4. Personal capacitado para ayudar a las madres en la extracción manual.
1. Conocimiento insuficiente del personal sobre lactancia materna. 2. Madres adolescentes. 3. Pocos grupos comunitarios de madres activos. 4. Madres con niños enfermos dejan de amamantarlos.	1. No hay solución. 2. No hay solución. 3. Trabajando en ello. Buena comunicación con las comunidades. 4. Ayudando a las madres en la relactación.
1. Material de consejería arruinado y desintegrado por la lluvia. 2. Consejeros/as de lactancia materna se sentían aislados y algunas veces sin el apoyo de la comunidad. 3. Consejeros/as, trabajadores locales y parteras tradicionales no estaban compartiendo las lecciones aprendidas ni dándose apoyo.	1. Se cambió el material de apoyo de papel a tela: agregando dibujos. 2. Formación de un grupo comunitario de parteras en lactancia materna, además los voluntarios locales que ayudan en el centro de salud y las consejeras. 3. Reuniones independientes de medio día sobre lactancia materna con consejeras, voluntarios y parteras tradicionales.
1. Inadecuado conocimiento del personal. 2. Uso frecuente de pachas. 3. Débiles grupos comunitarios de madres; consejeras no son muy buenas.	1. Personal entrenado usando casos de estudio. 2. No hay ninguna acción todavía. 3. Ninguna acción todavía.
1. Las Pachas son populares entre las madres, pero menos entre las madres con niños menores de 6 meses. 2. Las pruebas escritas mostraron personal con buenos conocimientos en lactancia materna; un pediatra nuevo no los tenía. 3. Solo dos grupos comunitarios de madres activos (20 comunidades).	1. Personal de seguridad notifica al personal si encuentran pachas en la entrada. El personal trata de convencer a las madres su no utilización. 2. Pediatras entrenados en lactancia materna. 3. Ninguna solución todavía.

Unidad de Salud	Años Certificados	Nivel y proceso de auto-evaluación
C de S 4	6	Niveles 2 y 3. Poseen ambos, un sistema formal y una cultura fuerte de autoevaluación y mejoramiento. El comité de lactancia materna y el director lideran la actividad de lactancia materna. Muchos problemas y acciones correctivas emergen de manera informal, de la cultura más que del sistema formal, aunque estos sean confirmados por el sistema formal.
C de S 5	6	Niveles 1, 2, y 3. Reevaluación por expertos externos 2 años después de la certificación (nivel 1). Monitoreo intenso de la unidad cada 3-6 meses incluyendo datos de lactancia materna, analizada por un pediatra (nivel 2). Discusión sobre los datos/experiencia por el director y el personal clave de lactancia materna en búsqueda de problemas y soluciones de lactancia materna (nivel 3).
C de S 6	4	Niveles 2 y 3. El Director y el comité de lactancia maternal lideran la autoevaluación. Dos integrantes del personal hacen el nivel 2 de la autoevaluación en intervalos irregulares (~ cada dos años), algunas veces utilizando los instrumentos del Ministerio de Salud-UNICEF.
C de S 7	Aún no certificado; en proceso.	Nivel 1. Proceso de certificación de mucha ocupación y consumo de tiempo. Tres personas utilizando los instrumentos del Ministerio de Salud-UNICEF.
Oficinas del SILAIS		
SILAI 1	4	Nivel 2. Tres personas (doctor, enfermera, auxiliar) utilizaron los 11 pasos, instrumentos del Ministerio de Salud-UNICEF el año pasado para evaluar todas sus municipalidades, centros de salud y puestos de salud. Tomó un día por municipalidad o centro de salud y medio día por puesto de salud, tomó más de dos meses (6 personas-meses). Se espera se realice cada dos años.

Problemas encontrados	Acciones correctivas
1. Compromiso inconsistente de las 16 municipalidades y sus miembros hacia los principios de la Iniciativa. 2. Pruebas anuales al personal sobre refrescamiento de conocimientos y motivación de lactancia materna. Una debilidad: ¿Cuáles son los problemas de los bebés (lo opuesto a las madres)? 3. Altos porcentajes de nacimientos provienen de adolescentes, muchas no son casadas, abusadas, con pocos conocimientos sobre lactancia materna y/o rechazadas por sus padres. 4. Alta rotación anual de consejeras, debido a la migración.	1. Comenzar las ferias anuales de lactancia materna en las municipalidades con los alcaldes quienes toman roles sobresalientes y en cooperación con los SILAIS. 2. Intensificar el entrenamiento en problemas de lactancia materna de los lactantes. 3. Proveer de un cuidado con calidad, pero los problemas están más allá del hospital; se debe trabajar con otros grupos de cooperación como las iglesias, agencias de planificación familiar, clubes y escuelas para encontrar soluciones. 4. Trabajando en encontrar nuevas y buenas consejeras y capacitarlas, problema aún no resuelto.
1. Las Pachas son bastante utilizadas en las comunidades en niños menores de 6 meses. 2. Hace algunos años el personal recomendaba fórmula. 3. Madres adolescentes tienen problemas especiales y algunas veces están desinformadas sobre la lactancia materna. 4. Sistema de monitoreo mide los contactos pospartos, pero no las prácticas y los problemas de lactancia materna. 5. Pocos grupos comunitarios de madres; no efectivos.	1. Tratar de convencer a las madres de no utilizarla, pero es difícil. 2. Con reentrenamiento del personal, no habrá tales problemas. 3. El Programa especial para madres adolescentes del Ministerio de Salud está ayudando. 4. Necesita un mejor monitoreo. No hay solución. 5. No hay solución.
1. Débiles grupos comunitarios de madres; las consejeras no son aptas. 2. Clínicas privadas recomiendan fórmula. 3. Las madres no entienden el asesoramiento verbal y los proveedores no lo estaban revisando.	1. Reentrenamiento de consejeras con énfasis inicial en la motivación 2. No hay ninguna acción todavía. 3. Capacitar a proveedores de salud para que puedan valorar el nivel de captación de las madres utilizando técnicas de demostración.
1. Personal con pobre conocimiento. En evaluaciones anteriores el personal olvidó el 40% de las políticas. 2. Débiles grupos comunitarios de madres. 3. Las madres usan pachas.	1. Ninguna acción todavía. 2. Acaba de ser descubierto; no hay ninguna acción todavía. 3. Acaba de ser descubierto; no hay ninguna acción todavía.
No hay ejemplos.	

Unidad de Salud	Años Certificados	Nivel y proceso de autoevaluación
SILAIS 2	4	Nivel 2. El personal del SILAIS lidera la autoevaluación. En la autoevaluación anual de muchas municipalidades, centros de salud y puestos de salud utilizan inicialmente el instrumento de del Ministerio de Salud-UNICEF; se utilizó un instrumento revisado y apoyado financieramente por UNICEF. Tomó a dos personas varios meses. Los resultados se retroalimentaron a las unidades. El director del SILAIS tuvo que reforzar la retroalimentación en algunos casos.
SILAIS 3	1	El equipo entrevistador visitó un puesto de salud rural, no así la oficina del SILAIS. Los Puestos de Salud no utilizan una autoevaluación formal.
SILAIS 4	Aún no certificado; en proceso	Negociado de forma separada con cada unidad de salud bajo la jurisdicción del SILAIS para hacer su propia autoevaluación, con métodos diferentes de autoevaluación para las diferentes unidades.
SILAIS 5	No certificado	No está haciendo la autoevaluación, pero el personal del SILAIS ayuda activamente a la unidad del salud a que realicen ciertas actividades especialmente las ferias de lactancia materna.

Notas. Niveles de autoevaluación:

Nivel 1 = Preparación para una certificación formal o recertificación (externa o interna),

Nivel 2 = Encuesta cuantitativa formal;

Nivel 3 = Mezcla cualitativa de evaluación formal e informal. Las Consejeras son voluntarias de la comunidad que lideran los grupos de apoyo a las madres.

Problemas encontrados	Acciones correctivas
1. Algunas madres no pueden extraer leche, aún cuando las consejeros/as le explican como hacerlo. 2. Los Consejeros/as (245 en los SILAIS) no se reúnen, no están motivados, ni son efectivos. 3. La lactancia materna no está dándose durante la atención prenatal.	1. Entrenar al personal para ayudar a las madres a demostrar y asegurarse de que entendieron. 2. Tratando de conseguir fondos para los encuentros. 3. Incluir Lactancia Materna entre las actividades brindadas en Atención Prenatal.
En los Puestos de Salud: 1. Es difícil para las madres que trabajan den de amamantar exclusivamente, así que usan pachas. 2. No hay dinero para proyectos de reparaciones (ejemplo: Pintura) 3. Educando a las madres sobre la lactancia materna.	1. Enseñar la extracción del manual y la existencia de la ley que establece tiempos para que la madre que trabaja pueda amamantar 2. Apoyo de ONG (Visión Mundial). 3. Programa sabatino de radio sobre lactancia maternal es popular entre las madres.
No hay ejemplos todavía.	

