



LA RED IBFAN EN EL PROXIMO SIGLO

Fragmentos del discurso pronunciado por Annelies Allain, Coordinadora IBFAN ASIA-PACIFICO, Penang, Malasia, Directora del Centro Internacional de Documentación sobre el Código (ICDC)

VI ENCUENTRO NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA, BELO HORIZONTE, BRASIL, 20-24 de Septiembre 1999



Cumplidos 20 años nuestra Red, no tengo dudas de que el movimiento civil, el movimiento popular, tendrá un mayor lucimiento y una mayor influencia en el futuro. Ya hemos visto como, en los últimos veinte o treinta años, las organizaciones populares, mal llamadas "ONGs", han adquirido mayor importancia y conquistado mucho más terreno. ¿Quién habría pensado hace veinte años que un movimiento de ciudadanos en torno de la cuestión de la alimentación infantil iría a alcanzar la dimensión mundial de la IBFAN, una red internacional presente en más de noventa países con más de 150 asociaciones civiles?

La experiencia en IBFAN sin duda ayudará en ese proceso de ampliación de la acción popular, pues se ha alcanzado: una base sólida de sucesos y de crecimiento; credibilidad; profesionalismo; y un buen conocimiento de cómo funcionan las estructuras de poder.

No hay duda que las fuerzas opuestas serán más poderosas, porque: Las multinacionales productoras de alimentos infantiles son cada vez más fuertes, se están fusionando entre sí y están organizadas en torno del li-

bre comercio; la globalización está progresando a pasos gigantescos; los gobiernos y las instituciones financieras en el mundo aceptan ciegamente el libre comercio, que es un mito amoral que impone los mismos patrones de consumo y los mismos hábitos de vida a todos los ciudadanos (as) del mundo.

El lucro sigue siendo el objetivo principal de las empresas. Para ellas su competidora es la leche materna. Nosotros somos un obstáculo para ellas. Cada vez que nuestros grupos convencen a una madre a amamantar, o a hacerlo por más tiempo, se descuenta un pedacito de ese lucro de las empresas. Los fabricantes de alimentos infantiles pregonan constantemente que cumplen con el Código y si bien es cierto que cambiaron algunas de sus prácticas, el monitoreo de IBFAN ha mostrado que ellos no cumplen ni con el espíritu ni con el objetivo del Código. La interpretación que los fabricantes dan al Código es errada y en realidad apenas respetan su propia versión del Código Internacional. Recientemente, el ICDC de IBFAN hizo un análisis de las diferencias entre el Código y la interpretación de Nestlé del Código. El resultado

de ese análisis muestra claramente los desafíos que vamos a enfrentar en el próximo milenio:

1. Las empresas no quieren admitir que el Código es universal, y que tiene por objetivo proteger a **todos** los bebés, ricos y pobres, de los países industrializados y de los países en desarrollo.
2. La Nestlé y las otras compañías limitan la aplicación del Código a las "fórmulas infantiles" y no a todos los sucedáneos de la leche materna, como dice claramente el Código. Quieren hacer creer que ellas tienen la libertad de comercializar jugos y tés para bebés, fórmulas de seguimiento, biberones, tetinas, etc. sin control.
3. Sabemos ahora que la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses es la mejor alimentación para todos los bebés y que esta recomendación debe ser la base de todas las políticas de salud pública. Cualquier alimento infantil comercializado para bebés menores de seis meses causa disturbios en la lactancia materna. Por consiguiente, no se debe promover ningún alimento complementario para bebés menores de seis meses. En el próximo siglo la lucha será sobre los cereales y alimentos complementarios.

La globalización no es una dolencia que haya sido descubierta ahora. Es un proceso que se viene realizando lentamente primero y, ahora con los cambios ocurridos en la política mundial y las nuevas tecnologías de la información, viene adquiriendo mayor velocidad e impacto. A medida que crece el poder de las multinacionales y de las instituciones financieras, haciendo cada vez más daño a los sectores más pobres, los movimientos populares también deben crecer mundialmente y progresar más rápidamente para intentar impedir por lo menos parcialmente, este daño.

Las redes mundiales, mientras tanto, enfrentan grandes dificultades en todos los países, particularmente por la falta de recursos financieros. Pero qué tenemos nosotras, las ONGs y redes? Tenemos la fe, la dedicación, la convicción de que estamos haciendo algo por el bien. Eso le da a nuestros escasos recursos financieros y humanos mucha más eficiencia, mayor rendimiento. Es por eso que muchas de las agencias donantes y el público prefieren invertir sus fondos en las ONGs.

El futuro de IBFAN y de las ONGs dependerá, en gran medida, de su capacidad de organizarse mejor para hacer frente a las consecuencias de la globalización. Para ello es preciso fortalecer la formación y capacitación en administración de recursos, extender la organización, continuar la investigación muy específica, así como hacer mejor uso de la tecnología, particularmente de Internet y los medios de comunicación.



Breastfeeding Paper of the Month from UNICEF NY

Age of Introduction of Complementary Foods and Growth of Term, low-birth-weight breast-fed infants: A Randomized Intervention Study in Honduras (Dewey K.G., Cohen R.J., Brown K.H. et al; Am J Clin Nutrition, 1999; 69 (4): 679-686)

COMENTARIO: frecuentemente está siendo sugerido que los niños nacidos a término con un bajo peso de nacimiento (pequeños para su edad gestacional) requieren alimentación complementaria además de lactancia materna más tempranamente que los demás. Sin embargo, los niños de Honduras nacidos con peso entre 1500 y 2500 g y amamantados no mostraron ningún tipo de ventaja si recibían alimentos complementarios de muy alta calidad desde los 4 meses de vida. La adición temprana de cereales fortificados, puré de pollo, frutas y vegetales incrementó la energía recibida por esos niños pero disminuyó sus aportes de leche materna, y tanto el peso como la talla no tuvieron diferencias significativas entre ambos grupos a lo largo del primer año. La investigación concluye que la lactancia materna exclusiva por alrededor de 6 meses con el agregado de gotas de hierro desde los 2-3 meses puede ser recomendado para niños con bajo peso de nacimiento en países en vías de desarrollo.

RESUMEN:

Antecedentes: La edad óptima para la introducción de alimentos complementarios es un tema de considerable discusión.

Objetivos: Este estudio fue diseñado para evaluar este aspecto dentro de una población nutricionalmente vulnerable en Honduras.

Diseño: Madres de niños de bajo peso de nacimiento (1500-2500 g), de término (pequeños para su edad gestacional) fueron

reclutadas en el hospital y ayudadas para amamantar durante los primeros 4 meses. A los 4 meses, las madres fueron randomizadas para ser asignadas a uno de dos grupos: uno para continuar amamantando en forma exclusiva hasta el sexto mes de vida (LME; n = 59) y el otro para iniciar alimentación sólida complementaria (cereal de arroz, pollo, frutas y vegetales) desde el 4^o al 6^o mes, dos veces por día, mientras continuaban siendo amamantados a la frecuencia inicial (AC; n = 60). Se midió la cantidad de leche materna ingerida y la energía total recibida a los 4 y 6 meses en una submuestra no randomizada (aquellos niños que pudieran pasar una noche en una unidad central; LME 32 y AC 31).

Resultados: A los 4 meses, la ingesta de leche materna no fue significativamente diferente entre ambos grupos (LME: 729 +/- 135g/d; AC: 683 +/-151 g/d; p>0.2); sin embargo desde los 4 a los 6 meses esta aumentó (28 g/d) en el grupo LME pero decreció (39 g/d) en el grupo AC (p<0.005). Sin embargo, el aporte total de energía (incluyendo alimentos sólidos) se incrementó más en el grupo AC que en el LME. No obstante, no hubo diferencias significativas entre ambos grupos tanto en ganancia de peso como de talla durante el tiempo de la intervención, ni hasta los 12 meses.

Conclusión: No existieron ventajas de peso subsecuentes a complementar con alimentos sólidos a niños pequeños para su edad gestacional, que estaban siendo amamantados, entre los 4 y 6 meses de edad.

Impact of Breast Feeding on Admission for Pneumonia During Postneonatal Period in Brazil: Nested case-Control Study

(César J.A., Victora C.G., Barros F.C., *BMJ*, 1999; 318: 1316-1320)



COMENTARIO: Haciendo la comparación entre niños de menos de 3 meses quienes sólo habían recibido leche materna, y aquellos que habían sido amamantados en forma parcial recibiendo también una fórmula infantil, estos últimos tuvieron 2.9 veces más posibilidad de ser internados en el hospital a causa de una neumonía. Los bebés que no fueron amamantados tuvieron un riesgo relativo (RR) de 61. Pero el hallazgo más sorprendente del estudio fue que cuando se introdujo la alimentación complementaria con alimentos sólidos por debajo de los 3 meses, el RR de internación por neumonía trepó a 175. Entre los 3-6 meses, la incorporación de alimentos complementarios se asoció con un RR de 9.1 para la admisión hospitalaria por la misma causa. El Paper of the Month del mes de abril de 1999 mostraba que no existía ventaja en la ganancia de peso si se complementaba tempranamente con alimentos sólidos, aún en niños con bajo peso de nacimiento; este documento deja en claro que esa suplementación precoz eleva, además, los riesgos de los niños.

RESUMEN: El Objetivo del estudio fue determinar si la lactancia materna protege a los niños de padecer neumonía y si esta protección varía con la edad. El diseño fue del tipo caso-control. El lugar de realización, la ciudad de Pelotas, en el Brasil.

Para los Casos se estudiaron 152 niños entre 28 y 364 días quienes habían sido admitidos en el hospital con el diagnóstico de neumonía. Los Controles fueron 2391 casos basados en un estudio caso-control de la población.

Resultados evaluados: Probabilidad (Odds ratio) de admisión para neumonía en relación al tipo de leche consumida (leche materna solamente, leche materna más fórmula, o leche de fórmula u otros líquidos solamente), y el empleo de alimentos sólidos.

Los resultados mostraron que quienes no estaban siendo amamantados tuvieron 17 veces más posibilidades que aquellos niños que recibían sólo leche materna, de ser internados en el hospital a causa de neumonía (intervalo de confianza 95%: 7.7 a 36.0). El riesgo relativo (RR) fue de 61 (19.0 a 195.5) para niños menores de 3 meses, descendiendo a 10 (2.8 a 36.2) luego de esta edad. La suplementación con alimentos sólidos se asoció a un RR de 13.4 (7.6 a 23.5) para todos los niños, y de 175 (21.8 a 1405.1) para aquellos menores de 3 meses.

Conclusiones: La lactancia materna protege a los niños pequeños contra la neumonía, especialmente en los primeros meses de la vida. Estos resultados podrían ser usados para diseñar intervenciones de protección a los grupos étnicos más vulnerables.

Humane Neonatal Care Initiative

(Levin A., *Acta Paediatr*, 1999; 88: 353-355)

COMENTARIO: Como señalara Adik Levin, del Hospital de Niños Tallinn de Estonia, los hospitales designados "Amigos de los Niños" son libres de decidir cómo cuidar a los niños en las unidades de cuidados intensivos. Ya que los recién nacidos enfermos y frágiles requieren un manejo especializado e individual para cada caso, no es posible establecer criterios globales para su cuidado. El Dr. Levin señala acertadamente que "la lactancia materna no es menos importante para los niños enfermos que para los sanos", y que todos los bebés necesitan el máximo

de contacto con sus madres, el "cordón umbilical fisiológico". Sus sugerencias para el cuidado neonatal podrían proveer apoyo en defensa de la lactancia materna con una visión nueva de cómo mejorar el hospital y la experiencia con la lactancia materna de estas madres y bebés especialmente vulnerables.

Los lectores de este artículo querrán recordar que las previsiones del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y Resoluciones subsecuentes de la AMS deben ser realmente apli-



cadadas en todas partes dentro del sistema de cuidados de salud, incluyendo las salas de cuidados especiales.

RESUMEN: El autor ha trabajado por muchos años en departamentos experimentales del sistema de salud de la Unión Soviética. Ahora, con la integración dentro del sistema de salud occidental, muchas preguntas están siendo respondidas en relación a la alta tecnología neonatal y si ésta es lo suficientemente humana. La Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) es conocida en todo el mundo, pero desafortunadamente se aplica exclusivamente a niños sanos en las maternidades. Se está así creando una situación paradójica; las rutinas de las salas de maternidad cumplen con la IHAN, mientras que una unidad de cuidados intensivos dentro del mismo hospital podría no reunir los requerimientos de la IHAN. La IHAN cubre principalmente la lactancia materna en los hospitales de maternidad. La Iniciativa de Cuidados Neonatales Humanizados incluye una terapia con mínima agresión, mínimo contacto entre los bebés enfermos y el equipo médico, y máximo contacto con las madres; el número de análisis de laboratorio y exámenes debería ser reducido a un mínimo. Se presenta once pasos hacia el mejoramiento del cuidado psicosocial y médico en las unidades de cuidados para recién nacidos enfermos. El artículo intenta provocar una seria discusión alrededor del tema.

Los 11 pasos para la Iniciativa Cuidados Neonatales Humanizados

1. La madre debería ser capaz de permanecer junto a su hijo enfermo las 24 horas del día.
2. Todos los miembros del equipo médico deberían cuidar a la madre y al niño y deberían también ser capaces de abordar los aspectos psicosociales.
3. El equipo médico debería promover la lactancia materna en todas las madres y aprender las técnicas de extracción manual de leche.
4. El estrés psicosocial de las madres debería ser disminuido durante todo el período de tratamiento.
5. A menos que esté médicamente indicado, ningún recién nacido debería recibir nada más que leche materna.
6. Si el bebé no pudiera succionar debería administrársele la leche materna por una sonda, y preferiblemente hacerlo la propia madre.
7. El número de análisis de laboratorio y exámenes debería ser reducido a un mínimo.
8. El contacto madre-niño piel-a-piel y aire-a-aire debería ser empleado tanto como sea posible, mientras que el empleo de equipamiento médico debería reducirse.
9. Las terapéuticas agresivas deberían reducirse a un mínimo.
10. La madre y su hijo debería considerarse como un sistema psicosomático cerrado. Todos los días, las rondas de sala deberían focalizarse no sólo en el bebé sino además en las necesidades de las madres (incluyendo a un ginecólogo y otros especialistas).
11. Los miembros sanos de la familia (padre, abuelos, ayudantes) deberían tener permitido visitar a la madre y el bebé durante una estada prolongada en el hospital.

Propuestas estratégicas y políticas sugeridas sobre alimentación infantil en situaciones de emergencia



Esta propuesta política trata de dar una guía a aquellos que trabajan en emergencias humanitarias. Versa sobre nutrición infantil, particularmente de niños menores de 6 meses. No incluye alimentación complementaria ni identificación y manejo de niños severamente malnutridos en emergencias. Puede ser usado tanto por organizaciones como por individuos

POLÍTICAS

El objetivo es asegurar que las necesidades nutricionales, físicas y psicológicas de los bebés y niños pequeños y sus madres en poblaciones afectadas por situaciones de emergencia sean atendidas de tal manera que:

- Reduzca el riesgo de morbi-mortalidad en bebés y en la primera infancia; y en
- Obtención de máximos beneficios de salud a través del uso de los recursos disponibles de agencias sanitarias, de servicios de salud del lugar y de los hogares afectados.

Lineamientos para lograr este objetivo:

1. promoción de las prácticas de alimentación infantil que resulten mejores para los niños, madres y otros cuidadores, basados en la mejor evidencia científica existente;
2. reconocimiento de la superioridad biológica de la lactancia materna sobre la alimentación artificial, especialmente en situaciones de inadecuada sanidad y de pobre provisión de servicios de salud, y del valor psicológico de la lactancia (por ejemplo, con respecto a los efectos sobre malnutrición y estrés);
3. reconocimiento de los derechos de las madres a tomar decisiones sobre alimentación infantil, junto a los conocimientos del rol actual y potencial de los otros miembros de la familia y de la sociedad

ampliada en la influencia en estas decisiones y en su implementación; y

4. acordando con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las subsecuentes Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, y la Declaración de Innocenti.

ESTRATEGIA

Las siguientes estrategias son igualmente necesarias para el logro de los objetivos planteados.

1. **asegurar que cada acción tomada esté basada en el adecuado entendimiento de los factores que afectan las prácticas de alimentación infantil en esta particular situación**
2. **proteger, apoyar y fomentar la lactancia materna y eliminar las prácticas que desalientan el amamantamiento**
3. **minimizar los riesgos de la alimentación artificial**

Actividades para implementar las estrategias

Recientes experiencias de situaciones de emergencia han creado tensiones entre las políticas y las prácticas llevadas a cabo con respecto a la alimentación infantil y han demostrado cómo los tomadores de decisiones y planificadores pueden ocasionalmente necesitar estar mejor informados con respecto a estas prácticas y análisis de problemas.

El contexto de las situaciones de emergencias cambia continuamente creando nuevas condiciones que pueden desafiar los esfuerzos para apoyar y proteger la lactancia materna. Los altos niveles endémicos de VIH, el gran número de menores sin familia y la gran prevalencia de la alimentación artificial crean en dichas condiciones grandes dilemas sobre cuál estrategia de alimentación debe ser implementada. Existe, ade-

Alimentación Infantil en Situaciones de Emergencia: Las recomendaciones de Naciones Unidas



Propuestas estratégicas y políticas sugeridas sobre alimentación infantil en situaciones de emergencia

más, la necesidad de desarrollar lineamientos prescriptivos claros.

Hay un gran número de diferentes actividades ampliamente trazadas que pueden ser usadas para facilitar la implementación de una política. Dependiendo del tipo de agencia o de los particulares estas actividades podrán variar ampliamente. Por ejemplo, la tarea de un grupo puede ser la difusión de información al público en general a grupos elegidos para tal fin. Las actividades de las ONG's para transformar las políticas en prácticas son llevadas a cabo en diferentes niveles, tales como entrenamiento para personal técnico o entrenamiento para personal de campo.

El Grupo de Emergencias en Alimentación Infantil (GEAI) ha producido material de apoyo de uso práctico para cada uno de los puntos más importantes delineados en las estrategias (1,2 y 3).

¿Por qué la alimentación artificial es un tema importante en las situaciones de emergencia?

- La nutrición está unida estrechamente a la salud y a la supervivencia infantil, en el corto y largo plazo.
- El estado de nutrición temprano de un niño afectará su crecimiento posterior y su desarrollo mental y físico.
- Las prácticas de alimentación infantil brindan el primer vínculo entre madre e hijo.

¿Cuáles son los beneficios de la lactancia natural?

Brinda una dieta balanceada y completa y además:

- Protege contra enfermedades e infecciones tanto en la madre como en el niño.
- Protege a los bebés de las alergias.
- Reduce el riesgo de hemorragia materna.
- La lactancia exclusiva durante seis meses demora el retorno de la fertilidad, actuando como una forma natural de espaciamiento de los nacimientos.
- No es costosa, está a la temperatura adecuada, es limpia y segura, siempre lista según la demanda.
- No contamina el ambiente (no requiere combustible para su calentamiento, no crea residuos o desperdicios).

- Es un método sustentable de alimentación, dándole el control a la madre.

¿Cuáles son los riesgos de la alimentación artificial?

El uso de los sucedáneos de la leche materna debe ser desalentado en las situaciones de emergencia porque:

- Incrementa los riesgos de contraer enfermedades.
- Es oneroso y se corre el riesgo de la sobredilución en casos de no poder asumir el costo de las fórmulas.
- No se puede garantizar la ininterrupción del abastecimiento de los sucedáneos.
- El uso de los sustitutos conllevan a una disminución de la producción de la leche materna debido a la menor estimulación a la que se expone a la madre.

¿Cuáles son los principios de una buena alimentación infantil?

- Al nacer, colocar el bebé al pecho.
- Una buena adhesión boca pecho y una buena posición para lactar.
- Tanto las madres como los niños necesitan aprender, no es una cuestión automática.
- Asegurar que se "vacíe" un pecho antes de pasar al otro.
- Lactancia exclusiva, no se requiere ningún otro líquido, ni siquiera agua.
- Una madre puede producir leche suficiente para alimentar mellizos y hasta trillizos si los bebés succionan correctamente.
- La alimentación artificial puede ocasionar confusión de succión.

Para más información puede consultar:

Declaración estratégica y políticas sugeridas.....:

<file:///A:\...\Suggested Policy and Stragedy Statement on Infant Feeding in Emergencies.htm>

Actividades para implementar las estrategias...:

<file:///A:\emergen\Activities to Implement Stragedy.htm>

<file:///A:\emergen\HIV and infant feeding.htm>

El de las preguntas y mitos o creencias:

<file:///A:\emergen\Fact Sheet.htm>



**COORDINACION REGIONAL:
Y REPRESENTACION SUBREGIONAL
CENTRO AMERICA, MEXICO
Y EL CARIBE**
RUTH ELENA GIRON DE ARANGO
OFICINA Y CASA:
25 AV. 2-70 ZONA 7 RESIDENCIAS ALTAMIRA
CIUDAD DE GUATEMALA, GUATEMALA C.A.
TELEFAX: (502) 4740188
E-mail: ruth.arango@starnet.net.gt

**COORDINACION NACIONAL
IBFAN-GUATEMALA**
VILMA CHAVEZ DE POP
DEPTO. DE REGULACION ESTABLE
CIEMENTOS DE SALUD
9na Av. 14-65 ZONA 1
CIUDAD DE GUATEMALA
TEL. 2321801 al 3 FAX. 2518563
E-mail: vilmapop@latinmail.com

**COORDINACION NACIONAL
IBFAN - EL SALVADOR**
ANGELICA BATRES
IDEA COLONIA CENTRO AMERICA,
CALLE QUETZAL Y PASAJE 12 CASA# 122
SAN SALVADOR, EL SALVADOR C.A.
TEL. CASA: 2700379
E-mail: idea@es.com.sv

**COORDINACION NACIONAL
IBFAN-COSTA RICA**
MARTA TREJOS
CEFEMINA APARTADO PORTAL 5355 SAN
JOSE 1000, COSTA RICA C.A.
TEL/FAX: (506) 224-3986
Email: cefemina@sol.racsa.co.cr

**COORDINACION NACIONAL
IBFAN-MEXICO:**
PALOMA LERMA BERGUA
CALZADA ROBERTA 12-A
APARTADO. POSTAL 289
SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, 29229,
CHIAPAS, MEXICO
Teléfono: (52) (967) 82759
Fax (52) 967- 827-59
E-mail: ibfanmex@laneta.apc.org

COORDINACION NACIONAL IBFAN PANAMA
MAX RAMIREZ
Apartado Postal 6-1880
Panamá, 6-A, Panamá
E-mail: maxrami@sinfo.net

**COORDINACION NACIONAL
IBFAN-NICARAGUA**
NINOSKA CRUZ RIVERA
VILLA VENEZUELA SECTOR E.
ORIENTAL DE LA IGLESIA CATOLICA
2 CUADRAS ARRIBA 5ta.CASA
MANO 1ZQ. #4846
MANAGUA, NICARAGUA C.A.
TEL CASA: 2800727
OFICINA: 2497082-85
FAX: 2497081
E-mail: nacruz@pop1.ibw.com.ni

CO-REPRESENTACION IBFAN-CARIBE
CLAVEL SANCHEZ
E-mail: clavel.sanchez@codetel.net.do

**COORDINACION NACIONAL
IBFAN-REPUBLICA DOMINICANA**
CANDIDA GIL POLONIO
MANZANA F. #1 RESIDENCIA GACELA KLM.
10 ART TANCHEZ.
SANTO DOMINGO, REP. DOMINICANA
TEL CASA: 5350186

**COORDINACION NACIONAL
IBFAN-COLOMBIA**
GLORIA OCHOA - HERNANDO MENDEZ
CALLE 47 Nro 8-42
APARTAMENTO 402
Chapinero Marly
BOGOTA, COLOMBIA
TEL 2327180 - FAX 2826939
E-mail: gopibfan@col1.telecom.com.co
E-mail: h54g60s@col1.telecom.com.co

COORDINACION NACIONAL IBFAN-PERU
ANA VASQUEZ GARDINI
CESIP CORONEL SEGARRA 722
LIMA 11 PERU
TEL: 51 1 4713410
FAX: 51 1 4702489
E-mail: postmast@cesip.org.pe

**REPRESENTACION SUBREGIONAL
IBFAN-AMERICA DEL SUR**
FERNANDO VALLONE
FUNDACION LACMAT
AV. CORRIENTES 1922 OF.125 (1045)
CAPITAL FEDERAL, ARGENTINA
TELEFAX (54) 11 4953 9424
E-mail: fundalac@intramed.net.ar

**COORDINACION NACIONAL
IBFAN-BOLIVIA:**
OSCAR LANZA
ACCION INTERNACIONAL
POR LA SALUD
Dirección Postal: 568
TEL: 591 (2) 222987
FAX: 591 (2) 222987
E-mail: aisbolol@mail.entelnet.bo

**COORDINACION NACIONAL
IBFAN-ARGENTINA**
MARIA INES COPERTARI
MARCELO JAQUENOD
FUNDACION LACMAT
Av. Corrientes 1922 Of. 125
(1045) CAPITAL FEDERAL
ARGENTINA
TELEFAX: +54 11 4953 9424
E-mail: fundalac@intramed.net.ar

**COORDINACION NACIONAL
IBFAN-URUGUAY**
FLORENCIA CERRUTI
MINISTERIO DE SALUD, MONTEVIDEO
Av. 18 de Julio 1892, Oficina 418.
Código Postal 11200
Montevideo Uruguay
Tel: (598 2) 4088272
FAX: (598 2) 4085580.
E-mail: Fcerruti@internet.com.uy

**COORDINACION NACIONAL
IBFAN-CHILE:**
CECILIA REYES
Fleming 6711 Las Condes, Santiago
- Chile
TEL: 6300482 - 6300496
FAX: 6300507

**COORDINACION NACIONAL
IBFAN-VENEZUELA**
EUNICE LAMPLE
BOLIVAR A MIRANDA 113
SAN AGUSTIN DEL NORTE. CARACAS
VENEZUELA.
TELEFAX 02-5771194
E-mail: ccdvelm@cantv.net

**REPRESENTACION SUBREGIONAL
IBFAN- BRASIL**
COORDINACION NACIONAL IBFAN-
BRASIL
SONIA COUTO
SOALMA: MACHADO SIDNEY 160/206
CENTRO SJ CAMPOS BRASIL
TEL: 55 12 3419006
FAX: 55 12 3419006
E-mail: soalma@intervale.com.br

Amamantando con humor...

... estamos con
lactancia a libre demanda,
le tengo el teta todo el día,
hacemos colecho
días míol
... y si el pediatra se entera
y me demanda??!!



Novedades regionales

Nestlé logra seducir a los gobiernos

Nestlé está enviando a todos los gobiernos el "Action Report N°1" y la "Respuesta Oficial a los Gobiernos" donde autoridades de 54 países y miembros de sociedades científicas expresan su reconocimiento a las *buenas prácticas de comercialización* de sus productos infantiles.

De esta forma Nestlé pretende mantener informados a los gobiernos y a la Organización Mundial de la Salud sobre su cumplimiento del Código Internacional. Claro está que sus informes se basan en la propia interpretación que hacen de la norma, y a desoír los reclamos que los

grupos IBFAN continúan realizando gracias a su continuo monitoreo.

La propia empresa reconoce que "ningún proceso de vigilancia es perfecto", por lo cual no queda claro, a la hora de emitir su opinión, que 54 gobiernos digan que todo está bien. Por otra parte, el monitoreo debe ser realizado por partes no interesadas como sí lo son las compañías de sucedáneos.

Los países de nuestra Región que han firmado esta declaración de reconocimiento (que por otra parte Nestlé envió en forma de carta modelo), son:

País	Organismo	Firmado por:
México	Ministerio de Salud	Director General de Salud Reproductiva
Colombia	Ministerio de Salud	Director General de Promoción y Prevención
Perú	Ministerio de Salud	Ministro
Venezuela	Ministerio de Salud y Acción Social	Director del Programa Materno Infanto Juvenil
Ecuador	Ministerio de Salud Pública	Director Nacional de Control de Salud
Bolivia	Ministerio de Salud y Seguridad Social	Director de la Unidad Nacional Materno Infantil
Paraguay	Ministerio de Salud y Acción Social	Ministro
Panamá	Ministerio de Salud	Ministro
Guyana	Ministerio de Salud	Jefe Médico
República Dominicana	Comisión Nacional de Lactancia Materna	Coordinadora Nacional de la Comisión
Trinidad y Tobago	Ministerio de Salud	Médico Principal
Saint Vincent y las Granadinas	Ministerio de Salud	Ministro
Antigua y Barbuda	Ministerio de Salud y Servicios Civiles	Ministro

El boletín IBFAN-ALC es una publicación del

Centro de Recursos de IBFAN América Latina y el Caribe:

Fundación LacMat

Av. Corrientes 1922 Of. 125

(1045) Capital Federal - Argentina

Tel/Fax + 54 11 4953 9424

email: fundalac@intramed.net.ar

Boletín IBFAN ALC Homepage:

http://www.fmed.uba.ar/mspba/doculac/alc_bol.htm

La Coordinación de IBFAN América Latina y el Caribe agradece el apoyo financiero brindado para la publicación de este boletín a la oficina de UNICEF NEW YORK.

