

PN-ABP-782
84065



U.S. AGENCY FOR
INTERNATIONAL
DEVELOPMENT



MotherCare™



LAC Health
and Nutrition
Sustainability

EL ESTADO DE LA
LACTANCIA MATERNA EN
LA REPUBLICA DOMINICANA:
*PRACTICAS Y
PROMOCION*

Informe Final

Mayo de 1992

Preparado para la Agencia de
los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
por MotherCare de John Snow, Inc./Manoff Group
y el Proyecto de Sostenibilidad en Salud y Nutrición
para América Latina y el Caribe (LAC HNS) de ISTI/URC

**EL ESTADO DE LA LACTANCIA MATERNA
EN LA REPUBLICA DOMINICANA:
PRACTICAS Y PROMOCION**

Preparado por

**Marijke Velzeboer, Dr. P.H.
Dra. Josefina Coën
Dra. Argentina Alas de Chávez
Lic. Magdalena Fischer**

Mayo de 1992

**Financiado por la Agencia de los Estados Unidos
para el Desarrollo Internacional con arreglo a los Contratos
DPE-5966-Z-00-8083 (MotherCare) y LAC-0657-C-00-0051-00
↓ (LAC Health and Nutrition Sustainability)**

Project #936-5966

AGRADECIMIENTOS

La Evaluación de Lactancia Materna en la República Dominicana no podría haberse realizado sin el apoyo de muchas personas que nos ayudaron con la logística y se mantuvieron a nuestro lado durante los momentos de incertidumbre de la huelga nacional de junio de 1991.

Como primera medida, queremos agradecer a nuestros contrapartes en los EE.UU. que procuraron resolver todos nuestros problemas por teléfono: Lani Márquez de University Research Corporation (URC), por la solidez de su respaldo logístico y Marcia Griffiths de The Manoff Group por su dirección técnica. El Dr. José Mora de URC desempeñó un papel clave en la formación del equipo, siendo el gestor en consecuencia de un trabajo y de una experiencia de confraternidad memorables para todos nosotros. Sus largas horas de trabajo en la traducción y edición de las partes escritas en español dieron como resultado un documento cohesivo. Aún más, agradecemos especialmente la contribución de Philip Abraham de The Manoff Group por sus laboriosos esfuerzos por incorporar constantemente nuevos cambios y trabajar con muchos cuadros.

En la República Dominicana, nuestros sistemas de apoyo fueron asimismo sólidos. La División de Recursos Humanos de la USAID, específicamente Jack Thomas y Sara George, así como el personal administrativo, nos suministraron espacio de oficina, computadoras y acceso al uso de los automóviles, como también una enorme cantidad de apoyo espiritual. Los conductores de los automóviles nos dieron ríos de café y nos hicieron viajar con aire acondicionado a nuestras innumerables citas. La OPS también suministró una parte del apoyo logístico.

La ayuda, el tiempo y los materiales suministrados tanto por el equipo saliente de Save the Children como por el recién llegado de URC con el Programa de Supervivencia Infantil, así como su asesor de la USAID, Tim Truitt, fueron invaluable. Nuestro especial agradecimiento va dirigido al personal regional de la URC/PSI Isabel Mantilla de la Región IV, y al Dr. Frank Fernández de la Región VI, quien nos acompañó en nuestros viajes por el terreno. Estamos también reconocidos por el tiempo que nos dispensaron los representantes de varias ONG, específicamente los supervisores y promotores en el terreno que nos dieron muchas ideas acerca de las posibilidades y de la aplicación de la promoción y educación sobre lactancia materna con participación de las madres. Y las madres, quienes con sus francas discusiones sobre la lactancia materna de sus niños, colocaron todas nuestras conclusiones en perspectiva.

La lista de médicos, enfermeras, académicos, representantes de la industria privada, los medios publicitarios y las organizaciones internacionales entrevistados, es larga y sus respuestas entusiastas suministraron la base de muchas de las secciones de

este documento. El Dr. Daniel Salcedo también proporcionó asistencia técnica y logística inmediata. Víctor Mejía dedicó mucho tiempo, fuera de horas hábiles, cuando no había electricidad, pasando a máquina el primer borrador.

¿Qué habría sido de nosotros sin la completa investigación de salud sobre las madres y los niños dominicanos realizada por el respetado Centro Nacional de Investigación de Salud Maternoinfantil? Su director, el Dr. Hugo Mendoza, nos suministró la serie completa de publicaciones del CENISMI.

En especial, queremos agradecerle a la integrante dominicana de nuestro equipo, la Dra. Josefina de Coën, por sus contribuciones, conexiones e ideas que solamente una persona con el grado de dedicación que ella tiene podría realizar para el bienestar de los niños de su país.

- Marijke Velzeboer

INDICE

Agradecimientos	i
Indice	iii
Indice de cuadros y figuras	vii
Siglas	x
Resumen ejecutivo	xii
Planilla de puntaje en lactancia materna	xix
Introducción y metodología	1
Sección I: Estado socio-económico y de salud del país	3
A. Perfil Socio-Demográfico	3
1. Factores demográficos	3
2. Factores económicos	3
3. Patrones de migración	4
4. Transporte y comunicación	5
B. Estado nutricional, la morbilidad y la mortalidad	5
1. Estado nutricional	5
2. Morbilidad y mortalidad	9
C. Fertilidad y anticoncepción	14
D. Conclusiones	16
Sección II: La naturaleza y la magnitud de las prácticas subóptimas de lactancia materna	17
A. Situación de la lactancia materna	17
B. Conocimiento, actitudes y prácticas de las madres (CAP)	22
C. CAP de los miembros de la familia y de la comunidad	26
D. Conclusión	27
Sección III: Medio ambiente político, legal y financiero	29
A. Política de lactancia materna	29
1. Normas actuales	29
2. Sistemas de información	32
3. Coordinación de política de lactancia materna nacional	33
4. Puesta en práctica de políticas	33
B. Políticas relacionadas con la comercialización y la promoción de alimentos infantiles y sucedaneos de la lactancia materna	33
C. El trabajo de la mujer y la política de licencia por maternidad	33
D. Magnitud de la financiación nacional y de la asistencia de donantes	33
E. Conclusiones	34

Sección IV: Servicios formales y tradicionales de salud . . .	35
A. Sector de salud formal	35
1. Panorama	35
2. Atención prenatal	36
a. Cobertura	36
b. Cantidad de visitas de atención prenatal	38
c. Calidad de la atención prenatal: normas de lactancia materna en las visitas prenatales	38
3. Norma de atención de partos en hospitales y clínicas	39
a. Resumen de indicadores estadísticos	39
b. Protocolos o normas de lactancia materna en el parto y en el postparto - sector público	41
c. Protocolos de lactancia materna o normas de parto y de puerperio - sector médico privado	45
d. Existencia de un hospital escuela o maternidad modelo	46
4. Normas de atención de puerperio en el lugar parto	46
a. Atención de puerperio en el lugar del parto	46
b. Visitas a los niños o a las madres durante el puerperio	46
c. Recomendaciones acerca del uso de biberones o de leche en polvo	47
d. Monitoreo del crecimiento del niño	47
5. El conocimiento y las actitudes del personal de salud	48
a. Conocimiento y actitudes del personal médico	48
b. Conocimiento y actitudes del personal administrativo	49
6. Integración de la promoción de la lactancia materna en los programas de salud	49
a. Integración de la lactancia materna en los programas de control de enfermedades diarreicas y terapia de rehidratación oral	49
b. Integración de la lactancia materna en los programas de planificación familiar	50
c. Integración de la lactancia materna en los programas de nutrición	50
d. Integración de actividades de lactancia materna dentro de la infraestructura del ministerio de salud	51
e. Supervisión de actividades de lactancia materna en los servicios de salud	51
B. Sector de salud tradicional	51
C. Conclusiones	52

Sección V: Programas de capacitación para proveedores de atención de salud	54
A. Capacitación del proveedor formal de atención de salud	54
B. Capacitación en el sector privado	57
C. Capacitación del sector tradicional	58
D. Conclusiones	58
Sección VI: La situación de la mujer: sus sistemas de trabajo y de apoyo	60
A. El trabajo de la mujer	60
B. Leyes del trabajo relacionadas con la lactancia	63
C. Respaldo organizado a las mujeres trabajadoras	64
1. Sindicatos	64
2. Grupos de mujeres	64
D. Lactancia materna y mujeres trabajadoras	65
E. Conclusiones	66
Sección VII: Promoción de sucedaneos de la leche materna, alimentos de destete y biberones	68
A. Política nacional de lactancia materna y situación general	68
B. Regulaciones para distribución de productos	69
C. Regulación en actividades de promoción	78
D. Comercialización de biberones, mamaderas y cereales para niños	78
E. Conclusiones	79
Sección VIII: Promoción de la lactancia materna y del destete por medio de actividades de información, educación y comunicación (IEC)	81
A. Esfuerzo global de comunicación sobre lactancia materna	81
B. Recursos de comunicación y limitaciones	85
C. Otras actividades de IEC	86
D. Conclusiones	88
Sección IX: Recomendaciones	90
A. Panorama	90
B. Capacitación profesional de salud para la promoción de la lactancia materna en los hospitales	90
C. Revisión de la capacitación médica y la educación	91
D. Reforzar las actividades de promoción de la lactancia materna de PSO/SESPAS/ONG para promoción comunitaria	91

E. incorporar la promoción de la lactancia materna en el asesoramiento de atención prenatal y de planificación familiar suministrado por las clínicas de planificación familiar para reforzar la promoción de la lactancia materna en el sector privado	92
F. Identificar un coordinador/dirigente para el programa de lactancia materna de SESPAS y reforzar las actividades de lactancia materna para su promoción a nivel nacional	93
G. Coordinar actividades entre los donantes internacionales	93
Bibliografía	94

ANNEXOS

ANEXO 1. Personas que entrevistó el equipo de evaluación de lactancia materna. República Dominicana, 1991	99
ANEXO 2. Programa de promoción de la lactancia materna	104
ANEXO 3. Ley de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna	113

INDICE DE CUADROS Y FIGURAS

CUADRO I.1	Tasa de desnutrición: Porcentaje de niños de 6 a 36 meses < -2DE según el peso/la edad, peso/altura y altura/edad por sexo, edad, zona y región de la República Dominicana, 1986	6
CUADRO I.2	Tasa de desnutrición: Peso/edad <-2DE para niños de 3 meses a 1 año en las Regiones 0, IV y VI por sex, en la República Dominicana, 1988-1989	7
CUADRO I.3	Morbilidad y mortalidad por enfermedades diarreicas entre los bebés en la República Dominicana	10
CUADRO I.4	Morbilidad según la causa y el grupo de edad de los bebés en las Regiones 0, IV y VI en la República Dominicana (por 1.000 nacidos vivos)	10
CUADRO I.5	Morbilidad y mortalidad por infección respiratoria aguda de los niños en la República Dominicana	11
CUADRO I.6	Factores de riesgo por morbilidad en niños ligeramente desnutridos (\leq 1DE peso/edad) y por mortalidad al año de vida. República Dominicana: Regiones 0, IV y VI	12
CUADRO I.7	Lactancia materna, amenorrea lactacional y abstinencia de las mujeres por edad de los niños. República Dominicana, 1986	15
CUADRO II.1	Porcentaje de niños amamantados alguna vez por zona y nivel de ingresos	18
CUADRO II.2	Porcentaje de bebés por edad que han dejado de amamantar en la República Dominicana	19

CUADRO II.3	Razones para la lactancia materna. República Dominicana, 1991	23
CUADRO II.4	Razones para interrumpir la lactancia materna en la República Dominicana	25
CUADRO III.1	Diez pautas para una lactancia materna con éxito	31
CUADRO IV.1	Distribución de nacimientos en los últimos cinco años en los cuales las madres recibieron atención profesional durante el embarazo, de acuerdo con la edad y la educación de la madre, la zona y la región de salud	37
CUADRO IV.2	Distribución de partos en los últimos cinco años en los cuales las madres recibieron atención profesional durante el alumbramiento de acuerdo con la edad y la educación de la madre, la zona y la región de salud	40
CUADRO VI.1	Población económicamente activa por sexo y profesión en ocho zonas urbanas de la República Dominicana, 1989	61
CUADRO VI.2	Población económicamente activa por sexo y actividad económica en ocho zonas urbanas de la República Dominicana, 1989	62
CUADRO VI.4	Comparación de conducta de destete entre madres trabajadoras y no trabajadoras de acuerdo con el cuarto de ingreso en la República Dominicana, 1987 N=888; p=0.00	66
CUADRO VII.1	Existencia y precio de fórmula infantil en una farmacia de zona urbana (UP), un supermercado urbano (USM), una farmacia, un restaurante, y una panadería rural en la República Dominicana, 1990	71

CUADRO VII.2	Fórmulas infantiles de venta en la República Dominicana	72
CUADRO VIII.1	Cobertura de radio y televisión	86

♦ ♦ ♦

FIGURA I.1	Peso por altura para los niños amamantados y alimentados con biberón en la República Dominicana, 1987	8
FIGURA I.2	Comparación de incidencia de enfermedad entre niños amamantados y los no amamantados en la República Dominicana, 1987	13
FIGURA II.1	Porcentaje que todavía amamanta por complementación y edad del niño en la República Dominicana	21

SIGLAS

ADD	Enfermedades Diarreicas Agudas
ADDC	Control de las Enfermedades Diarreicas Agudas
ADOPLAFAM	Asociación Dominicana de Planificación Familiar
AED	Academia para el Desarrollo Educacional
AHLACMA	Asociación Hondureña de Lactancia Materna
A.I.D.	Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional
ANEP	Applied Nutrition Education Program
ARAF	Asociación de Representantes y Agencias de Productos Farmaceuticos
IRA	Infecciones respiratorias agudas
CARITAS	Local Arm of Catholic Relief Services
CDC	Centro para el control de las enfermedades
CE MUJER	Centro de Educación de la Mujer
CEDOIS	Centro Dominicano de Organización de Interés Social
CELADE	Centro Latino Americano de Demografía
CENISMI	Centro Nacional de Investigaciones en Salud MaternoInfantil
CIF	Centro de Integración Familiar
CIPAF	Centro de Investigación para la Acción Femenina
CONAPOFA	Comité Nacional de Población y Familia
CONAMUCA	Consejo Nacional de Mujeres Campesinas
CRS	Catholic Relief Services
PSI	Programa de Supervivencia Infantil, (PSI)
CTU	Confederación de Trabajadores Unitarios
DF	Dueños de Farmacias (pharmacy owners)
DHS	Encuesta demográfica y de salud
FHI	Family Health International
IDDI	Instituto Dominicano de Desarrollo Integral
IDSS	Instituto Dominicano de Seguridad Social
IEM	Intituto de Mercado
IEPD	Instituto de Estudios de Población y Desarrollo
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
INESPRE	Instituto de Estabilización de Precios
INFACF	Infant Formula Action Committee
INFADOM	Industrias Farmaceuticas Dominicana
BPN	Bajo peso al nacer
MCH	Salud Maternoinfantil
MEPES	Monitoreo de Efectos de las Políticas Económicas y Sociales en el Bienestar Infantil
MUDE	Mujeres para el Desarrollo
NCHS	Centro Nacional de Estadísticas para la Salud
NNS	Encuesta nacional de nutrición
ONAPLAN	Oficina Nacional de Planificación
ONE	Oficina Nacional de Estadística
ONG	Organizaciones no gubernamentales
TRO	Terapia de rehidratación oral

**Siglas
(continuada)**

OPS	Organización Panamericana de la Salud
PL-480	Ley Pública-480
PLANSI	Plan Nacional de Supervivencia Infantil (National Child Survival Program of SESPAS)
PRITECH	Tecnologías de atención primaria de salud
PROFAMILIA	Asociación Probienestar de la Familia
SESPAS	Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
SDD	Sociedad Dominicana de Pediatría
STCF	Save the Children Fund - Fondo de Salvación de los Niños
TB	Tuberculosis
UASD	Universidad Autónoma de Sto. Domingo
UNAMUT	Unión Nacional de Mujeres de Trabajadores
UNICEF	Fondos de las Naciones Unidas para la Infancia
URC	University Research Corporation
USAID	Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional
OMS	Organización Mundial de la Salud
ZF	Zonas Francas

RESUMEN EJECUTIVO

La lactancia materna ha sido identificada como asunto prioritario en los programas de supervivencia infantil de los sectores público y privado en la República Dominicana. Para planear una estrategia integral de promoción y respaldo a la lactancia materna, se les pidió a MotherCare y al Proyecto de Sostenibilidad en Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe que evaluaran la situación en la República Dominicana.

La evaluación la llevó a cabo un equipo de cuatro consultoras, a saber: Dra. Marijke Velzeboer, P.H., jefe de equipo; Dra. Josefina de Coën, Coordinadora de Supervivencia infantil de la Sociedad Dominicana de Pediatría; Dra. Argentina Alas de Chávez, Directora de la Sociedad Hondureña de Lactancia Materna; y la Licenciada Magdalena Fischer, del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). La evaluación siguió la Guía Preliminar para el Análisis del País sobre las Actividades y Prácticas en Apoyo a la Lactancia Materna. Se revisó una buena cantidad de documentos antes de comenzar la entrevista. Se entrevistaron representantes de organismos internacionales y no gubernamentales (ONG), así como de los sectores público y privado. Se realizaron visitas de terreno a los promotores de supervivencia infantil y a las madres, hospitales y clínicas. Se hicieron inventarios de fórmulas infantiles en diferentes locales comerciales. Debido a una huelga de médicos del sector público, el trabajo actual de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) no pudo ser observado. Se definieron recomendaciones con los funcionarios de salud de la USAID y los representantes de UNICEF y del Programa de Supervivencia Infantil asistido por la USAID (URC/PSI).

Las conclusiones detalladas se organizan por área de actividad tal como se las ordena en la Guía. Véase la hoja de calificaciones en Lactancia Materna a continuación de este resumen, para obtener un panorama conciso de los resultados.

Conclusiones

La situación de deterioro económico y de servicios públicos en la República Dominicana hace que la promoción de la lactancia materna sea una elección obvia para mejorar las oportunidades de supervivencia de los niños dominicanos. Los estudios han indicado que los niños dominicanos crecen más, son más sanos y tienen una incidencia de mortalidad menor cuando se les amamanta.

Conforme a las recomendaciones establecidas internacionalmente, la mayoría de las madres (90-98%) comienza a amamantar pero, al contrario de las recomendaciones, solamente unas pocas (10%) amamantan exclusivamente durante los primeros tres meses y virtualmente ninguna amamanta exclusivamente del cuarto al sexto

mes. Precisamente es en este período de los primeros cuatro a seis meses que la leche materna proporciona una protección óptima contra enfermedades, desnutrición y mortabilidad. Los biberones hacen su aparición durante el primer mes y la costumbre es dar tés a los bebés desde el nacimiento. Las madres están bien informadas sobre las ventajas que posee la leche materna para la salud de sus bebés, pero no practican la lactancia materna óptima que les permita hacer uso de sus beneficios de salud. Aunque la mayoría de las madres (84%) considera que los bebés deben ser amamantados durante el período recomendado de un año o más, pocas lo hacen (18%). De hecho, la tercera parte ha dejado de amamantar a los tres meses. La distancia entre el conocimiento y la práctica es grande.

Las madres saben poco acerca de cómo empezar a dar alimentos complementarios. Los alimentos líquidos y sólidos comienzan a brindarse a discreción de la madre, y no de acuerdo con un asesoramiento sólido del esquema recomendado. Solamente alrededor de una tercera parte de las madres comienza a brindar alimentos en el momento apropiado.

Las madres dominicanas tienen muchas creencias acerca de cuándo deben dejar de amamantar o cuándo deben por lo menos complementar con otros alimentos. Creen que los niños no deben amamantarse cuando las madres tienen fiebre, hepatitis, anemia o cuando están desnutridas o embarazadas, o cuando tienen calor y están sudando. La mayoría de las madres que amamantan creen que deben evitarse ciertos alimentos, que su leche a veces es salada y hay que desecharla y que no producen o no pueden producir la cantidad suficiente de leche para su bebé. También es alarmante el hecho de que muchas madres (el 40 por ciento) se abstengan de amamantar cuando sus bebés tienen diarrea y vómito, privándolos por consiguiente de la protección nutricional e inmunológica que precisan de la leche materna. Las madres necesitan ampliar más sus conocimientos acerca de las técnicas sobre lactancia materna para amamantar de una manera óptima.

Aunque existe poca información sobre la relación entre lactancia y fertilidad de las mujeres dominicanas, el efecto de la lactancia materna en la amenorrea es mínimo porque se pasa muy poco tiempo amamantando en forma exclusiva. No existe una política de planificación familiar para las madres que lactan y las píldoras de dosis bajas de estrógeno y solo progestina no se obtienen fácilmente, haciendo difícil la práctica de planificación familiar y la lactancia materna.

No hay diferencia en las tasas de iniciación entre las mujeres que trabajan fuera del hogar y las que no lo hacen. Sin embargo, aquellas que trabajan fuera de casa dejan de amamantar antes (6,4 meses contra 9,4). Aunque las madres rara vez identifican el trabajo como la razón para dejar de amamantar, la verdad es que carecen de respaldo para seguir amamantando, especialmente aquellas en el sector de servicios y en las zonas de libre comercio.

Irónicamente, la ley dominicana apoya plenamente la lactancia materna. El Código del Trabajo asegura 12 semanas de licencia de maternidad pagada, tres descansos de 25 minutos para amamantar durante ocho meses, y guarderías en los lugares de trabajo con más de 30 empleados. En realidad, solamente se otorga la licencia de maternidad; pocos dominicanos están siquiera enterados de las otras previsiones. Una excepción importante al respaldo legislativo es que la ley no protege a las madres contra las prácticas potencialmente poco éticas de las compañías productoras de fórmula infantil. En 1984, la Asociación de Lactancia Materna trabajó por la aprobación de la Ley de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. La ley no fue promulgada. Sin embargo, pese a su ausencia, la mayoría de los distribuidores de fórmula respetan el Código Internacional aprobado por la Organización Mundial de la Salud. Los médicos, sin embargo, rápidamente recetan fórmulas y las solicitan para los hospitales privados en los cuales el alojamiento conjunto y la lactancia materna son la excepción, y las cesáreas y la alimentación con fórmula son la norma. Los establecimientos médicos privados precisan de amplia orientación sobre la promoción de lactancia materna.

En el sector público existe una política de lactancia materna aunque no se aplica excepto en los hospitales. En los hospitales de SESPAS inmediatamente después de un parto normal se coloca al bebé junto a la madre, aunque no se suministra apoyo o seguimiento. Las fórmulas infantiles están limitadas para casos especiales, aunque los criterios para contraindicar la leche materna no son correctos (en las madres: nacimientos por cesárea, toxemia e infección; en los bebés: bajo peso al nacer, infecciones, y fisura palatina). A través de la Asociación de Lactancia Materna se establecieron diez bancos de leche en los hospitales, pero solamente tres están en funcionamiento.

Existe un Programa de Lactancia Materna como parte del Plan Nacional de Supervivencia Infantil (PLANSI) que fue incorporado recientemente a de la División de Salud Materno-infantil de SESPAS. El contenido sobre la política del programa se encuentra en el Manual de Normas del PLANSI cuya distribución se afectó sin previo adiestramiento y por consiguiente su ejecución ha sido limitada. La política tiene muchas deficiencias de carácter organizativo y técnico. No es sorprendente, por lo tanto, que la lactancia materna no se promueva durante la atención prenatal, el parto y la atención postnatal en servicios de salud. Esta es una oportunidad que desafortunadamente se ha perdido debido a que más del 90% de las mujeres dominicanas obtienen atención prenatal y dan a luz en establecimientos del sector formal de salud.

El personal médico recibe escaso adiestramiento a fondo en lo relativo a lactancia materna. A los médicos y a las enfermeras se les enseñan los aspectos fisiológicos y las ventajas de la lactancia materna, sin tener a cuenta su dirección técnica ni clínica. Recomiendan la alimentación con fórmula para cualquier

caso particular. La Sociedad Dominicana de Pediatría ha intentado mejorar esta situación a través de seminarios de un día sobre lactancia materna para más de 2.000 médicos y enfermeras.

El personal auxiliar de salud, especialmente los promotores de las ONG, han recibido alguna clase de adiestramiento. De los 5.000 promotores de SESPAS, 800 han sido entrenados en 33 intervenciones de salud, incluso la lactancia materna. No hay información disponible sobre su efectividad, aunque su trabajo parece limitarse a las campañas de vacunación. Los promotores de las ONG han recibido un adiestramiento más sólido y usan materiales de lactancia materna suministrados como parte del Programa de Supervivencia Infantil financiado por la USAID (URC/PSI). Los promotores de CARE y Caritas también promueven activamente la lactancia materna en sus respectivas comunidades. Las ONG suministran a sus promotores información exacta, respaldo moral y asistencia financiera de manera que puedan trabajar estrechamente con las madres. Las actividades que actualmente se llevan a cabo para promover la lactancia materna se basan en organizaciones privadas. De momento, el sector público está inactivo. Específicamente, las organizaciones "voluntarias" están activas y reciben financiamiento de muchas fuentes, principalmente de la USAID a través de URC/PSI. El UNICEF continúa siendo el principal respaldo del Programa de Lactancia Materna/Supervivencia Infantil del SESPAS. Dada la prioridad que actualmente le asigna la USAID, el UNICEF y la OPS a la lactancia materna, es factible que la asistencia continúe. Aunque previamente ha habido falta de coordinación entre estos financiadores importantes, dando como resultado una duplicación de esfuerzos y de recursos, el UNICEF y la USAID/PSI están colaborando actualmente en una campaña educativa sobre lactancia materna a través de medios masivos de comunicación.

Recomendaciones

Formación profesional en salud para la promoción de la lactancia materna en los hospitales

Dado que el 90% de todos los partos en la República Dominicana son institucionales, la mitad de ellos en establecimientos públicos, la promoción de la lactancia materna en los hospitales sería una manera efectiva de estimular a las madres a amamantar en forma correcta. Para ello se proponen las siguientes estrategias:

1. Adiestrar a equipos médicos (un pediatra, un obstetra y una enfermera) de los cuatro hospitales maternos urbanos más grandes (con más de 40 partos diarios) en la dirección clínica de la lactancia materna siguiendo el modelo de WELLSTART.
2. Adiestrar a dos enfermeras como "Consejeras de Lactancia Materna" en cada uno de estos grandes hospitales urbanos. Su

adiestramiento se concentraría en el apoyo a las técnicas de lactancia materna siguiendo el modelo de AHLACMA, Hospital Público de Maternidad en Honduras.

3. Organizar un equipo de vigilancia y selección para asegurar la selección apropiada y la ejecución después de la capacitación.
4. A su regreso a la República Dominicana, los discentes reformarán las prácticas de dirección de lactancia en sus respectivos hospitales en cumplimiento con los "Diez pasos para una lactancia materna con éxito" de la OMS/UNICEF (1989). Un ejemplo específico de reformas necesarias sería el asegurar que los bebés con bajo peso al nacer y los recién nacidos con infecciones, se alimenten con la leche de la madre.
5. Después del adiestramiento, los candidatos formarán equipos de docentes principales, incluso las Consejeras, para suministrar el componente de lactancia materna de la capacitación en supervivencia infantil y el seguimiento de otras clínicas y pequeños hospitales. Será de suma importancia el trabajar con los hospitales y clínicas privados en este esfuerzo.

Revisión de la educación y la capacitación médica

En este momento el plan de estudios de medicina de la Universidad Autónoma de Santo Domingo se está revisando, lo cual proporciona una oportunidad para reforzar la administración clínica del componente de lactancia materna, así como la información técnica disponible para los estudiantes de medicina y de enfermería así como para el resto del personal de salud. El apoyo continuo de un consultor de la OPS/WELLSTART es necesario para diseñar, hacer las pruebas iniciales y la revisión de este plan de estudio.

Reforzar las actividades de promoción de la lactancia materna de PSI/SESPAS/ONG para promoción comunitaria

1. Asegurar que haya investigación formativa de calidad sobre las motivaciones de las mujeres a amamantar en forma exclusiva y a no utilizar biberones.
2. Reforzar los materiales existentes para hacer énfasis en la lactancia materna exclusiva durante los primeros 4 a 6 meses, la relación entre el número de comidas y la lactancia con éxito, así como la introducción apropiada de alimentos semisólidos. Corregir toda la mala información.
3. Asegurar la distribución de materiales de PSI existentes en las ubicaciones comunitarias de las ONG y de SESPAS y suministrar capacitación provisoria y hacer seguimiento

a los promotores en su uso, mientras la URC/PSI revisa y completa su estrategia de IEC. La capacitación íntegra del promotor debe hacer énfasis en el manejo de las complicaciones comunes.

4. Coordinar los esfuerzos de IEC con UNICEF, la OPS, las ONG, la SDP, SESPAS y otros organismos semejantes para asegurar la armonía del mensaje y su aceptación como programa nacional y para prevenir la duplicación de recursos.
5. Colaborar con otras ONG (CEDOIS), especialmente organizaciones de mujeres, en la promoción de la lactancia materna como parte del papel importante que desempeñan las mujeres en la salud de sus familias y sus comunidades. También, empeñarse en cimentar la confianza de las mujeres en su capacidad de amamantar con éxito.
6. Incluir a los medios masivos de comunicación en la promoción y estrategia general IEC de lactancia materna.

Incorporar la promoción de la lactancia materna en el asesoramiento de atención prenatal y de planificación familiar suministrado por las clínicas de planificación familiar para reforzar la promoción de la lactancia materna en el sector privado.

Las organizaciones privadas de planificación familiar suministran atención prenatal de bajo costo a mujeres en 200 clínicas ubicadas en zonas urbanas predominantemente marginales. La atención prenatal debe cubrir el asesoramiento en lactancia materna y un examen de mamas.

La lactancia materna puede promoverse para el espaciamiento de nacimientos y los usuarios de anticonceptivos deben considerarla con respecto a los métodos recomendados y a los contraindicados. Las píldoras anticonceptivas de dosis baja y las de solo contenido de progestina que actualmente no se encuentran en el mercado, deben comercializarse como una alternativa a las de estrógeno que son contraindicadas para las madres que amamantan.

Identificar un coordinador/dirigente de programa de lactancia materna de SESPAS y reforzar las actividades de SESPAS de lactancia materna para la promoción de ésta a nivel nacional.

En este momento, las actividades de supervivencia infantil de SESPAS no se han instrumentado debido a un complejo de problemas. La primera recomendación es de suma importancia y debe aplicarse cuando se encaren estos problemas.

1. La ausencia de dirigentes en actividades de lactancia materna en SESPAS es un tema crucial y precisa que dirigentes nacionales del sector salud lo examinen más a fondo. Debe encontrarse un local para la lactancia materna con una persona responsable de la coordinación y ejecución. Debido a la falta de un Coordinador del Programa de Lactancia Materna del Ministerio de Salud/ PLANSI, el equipo no ha definido cómo ni dónde deben coordinarse estas recomendaciones.
2. Revisar, reorganizar y corregir el Manual de Normas de PLANSI; diseñar estrategias de adiestramiento y vigilancia en el hospital con equipos capacitados para instrumentar las normas a nivel operacional.
3. Con la URC/PSI revisar el Manual del Promotor de Salud: limitar las áreas de responsabilidad, mejorar la organización, simplificar, y corregir errores. Poner énfasis en la lactancia materna apropiada, el destete, la importancia de la lactancia materna durante la diarrea y las técnicas de administración y motivación.

Coordinar actividades entre donantes internacionales

Debe establecerse coordinación por medio de intercambios regulares y/o esfuerzos conjuntos (C.4) en el diseño y ejecución de IEC para promotores comunitarios, madres y personal de salud, a fin de asegurar la coherencia y uso óptimo de los recursos.

PLANILLA DE PUNTAJE EN LACTANCIA MATERNA

SECCION I: ESTADO DE SALUD Y SOCIOECONOMICO DEL PAIS

	Deficiente			Optimo	
A. Perfil sociodemográfico - Sin puntaje					
B. Desnutrición y morbilidad/mortalidad	1	2	<input type="text" value="3"/>	4	5
C. Predominio de anticonceptivos	1	<input type="text" value="2"/>	3	4	5

SECCION II: NATURALEZA Y MAGNITUD DE LAS PRACTICAS SUBOPTIMAS DE LACTANCIA MATERNA

	no las respalda en absoluto			respalda mucho	
A. Prácticas de lactancia materna	1	2	<input type="text" value="3"/>	4	5
B. CAP de las madres	1	2	<input type="text" value="3"/>	4	5
C. CAP de los miembros de la comunidad y del hogar	1	<input type="text" value="2"/>	3	4	5

SECCION III: MEDIO AMBIENTE POLITICO, LEGAL Y FINANCIERO

	no las respalda en absoluto			respalda mucho	
A. Política de lactancia materna	<input type="text" value="1"/>	2	3	4	5
B. Sucedáneos de la leche materna/ alimentos infantiles	1	2	3	4	<input type="text" value="5"/>
C. Trabajo de las mujeres y licencia de maternidad	1	<input type="text" value="2"/>	3	4	5
D. Financiamiento local y asistencia de donantes	1	2	3	<input type="text" value="4"/>	5

SECCION IV: SERVICIOS FORMALES Y TRADICIONALES DE SALUD

SERVICIOS FORMALES DE SALUD

	no las respalda en absoluto				respalda mucho
A. Atención prenatal	<input type="checkbox"/> 1	2	3	4	5
B. Partos en clínicas y hospitales	<input type="checkbox"/> 1	2	3	4	5
C. Atención inmediata para el bebé y puerperio	1	<input type="checkbox"/> 2	3	4	5
D. CAP del personal de salud	<input type="checkbox"/> 1	2	3	4	5
E. Integración de promoción de lactancia materna en los programas de salud	<input type="checkbox"/> 1	2	3	4	5

SERVICIOS TRADICIONALES DE SALUD

no corresponde

SECCION V: PROGRAMAS DE CAPACITACION PARA LOS PROVEEDORES DE ATENCION DE SALUD

	no está bien elaborado				muy bien elaborado
A. Proveedores formales de atención de salud	<input type="checkbox"/> 1	2	3	4	5
B. Proveedores privados de atención de salud	<input type="checkbox"/> 1	2	3	4	5
C. Practicantes tradicionales	no corresponde				

SECCION VI: EL TRABAJO DE LA MUJER Y LOS SISTEMAS DE APOYO

	no respalda en absoluto				respalda mucho
A. Descripción (sin calificar)					
B. Política nacional (no hay calificación si está integrado en la Sección III) (Licencia de maternidad)	1	<input type="checkbox"/> 2	3	4	5
C. Sector asalariado	<input type="checkbox"/> 1	2	3	4	5
D. Sector agrícola e informal	<input type="checkbox"/> 1	2	3	4	5
E. Grupo de mujeres	1	2	3	<input type="checkbox"/> 4	5

**SECCION VII: COMERCIALIZACION DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA Y
COMPLEMENTOS. BIBERONES Y BIBERONES CON TETINA**

	no está bien elaborado			muy bien elaborado	
A. Política nacional (no hay calificación si está integrada en la Sección III)	<input type="checkbox"/> 1	2	3	4	5
B. Regulación de distribución	<input type="checkbox"/> 1	2	3	4	5
C. Regulación de actividades de promoción	<input type="checkbox"/> 1	2	3	4	5
D. Comercialización de biberones, chupetes y cereales para niños	<input type="checkbox"/> 1	2	3	4	5

SECCION VIII: ESTADO DE LAS ACTIVIDADES DE IEC

A. Esfuerzo global	1	<input type="checkbox"/> 2	3	4	5
B. Recursos disponibles	<input type="checkbox"/> 1	2	3	4	5
C. Actividades específicas					
Medios masivos de comunicación	<input type="checkbox"/> 1	2	3	4	5
Interpersonal (ONGs)	1	2	3	<input type="checkbox"/> 4	5
Centro de Información	<input type="checkbox"/> 1	2	3	4	5

TOTAL: TODAS LAS SECCIONES

54/145

INTRODUCCION Y METODOLOGIA

La lactancia materna adecuada ha sido reconocida como uno de los medios más efectivos y eficientes de asegurar la supervivencia infantil. El beneficio nutricional y la protección de la salud, especialmente de la diarrea y de las enfermedades respiratorias, que la leche materna suministra a los niños pequeños ha sido documentada universalmente (USAID, UNICEF, Anderson). Además, la lactancia materna favorece la salud de las madres al reducir el riesgo de hemorragias postparto y pérdida subsiguiente de hierro, y la reducción del riesgo de cáncer de mama. Tanto para la salud de la madre como para la del niño, la lactancia materna exclusiva y frecuente tiene un efecto sobre la fertilidad, dilatando la ovulación y por consiguiente aumentando los intervalos entre nacimientos.

Desafortunadamente, las prácticas óptimas de lactancia materna no se practican de manera uniforme en muchos países, incluyendo la República Dominicana. Aunque siempre se la nombra como una de las estrategias de supervivencia infantil, la lactancia materna no ha sido una parte primordial en la planificación de salud nacional o internacional.

Recientemente, UNICEF, la OPS/OMS y la AID, le han dado prioridad a la lactancia materna en sus programas de supervivencia infantil. En un reciente Encuentro Regional de América Latina (junio de 1991), el Director Ejecutivo de UNICEF, Dr. James Grant, declaró que la prioridad programática de UNICEF es la lactancia materna y la asistencia a los hospitales para apoyarla. La A.I.D., en su Estrategia de Supervivencia Infantil sobre Lactancia Materna de 1990, se comprometió a reforzar y a enfocar la promoción de lactancia materna dentro de sus programas de supervivencia infantil, salud, población y nutrición.

Los objetivos comunes son los de aumentar la cantidad de niños que sean amamantados en forma inmediata y exclusiva desde el nacimiento hasta la edad de cuatro a seis meses; que consuman alimentos complementarios apropiados, además de la leche materna, a la edad de seis meses; y que sean amamantados durante un año o más.

Dado el deterioro de la situación económica en la República Dominicana y la disminución de la calidad y de la existencia de servicios de salud, la promoción de la lactancia materna se hizo extremadamente urgente. En respuesta, UNICEF y el Programa de Supervivencia Infantil (PSI) de la URC, financiado por la USAID, están en el proceso de lanzar una campaña de educación, a gran escala, para promover la lactancia materna. La USAID también ha incluido la lactancia materna como componente principal de cinco estrategias para la República Dominicana esbozadas en el Proyecto de Salud Familiar a gran escala para comenzar en 1992.

La primera medida detallada en la estrategia de apoyo y promoción a la lactancia materna internacional de la A.I.D. es "evaluar la

situación de lactancia materna en países que reciben asistencia." La evaluación constituye la base para la planificación de programas específicos de país, medidas y monitoreo. Con este propósito, MotherCare, (un proyecto de la A.I.D. financiado a nivel central para asistir el trabajo de mejorar la salud y la nutrición maternal y neonatal) en colaboración estrecha con la A.I.D., elaboró la Guía para el Análisis Preliminar de País sobre las Actividades y Prácticas en Apoyo a la Lactancia Materna (1991). Esta guía sirvió de base para las visitas sobre el terreno y las entrevistas y suministró la estructura para este informe.

La República Dominicana es el primer país donde se aplicó la Guía para el Análisis Preliminar de País sobre las Actividades y Prácticas en Apoyo a la Lactancia Materna. Un equipo nacional compuesto por la jefe de equipo, Dra. Marijke Velzeboer, una consultora independiente, y la Dra. Josefina Coen, Coordinadora de Supervivencia Infantil de la Sociedad Dominicana de Pediatría, recogió materiales importantes e hizo investigación y se puso en contacto con fuentes primarias antes de la llegada de otros miembros del equipo. Con consultores internacionales, la Dra. Argentina Alas de Chávez, Directora de la Asociación Hondureña de Lactancia Materna (AHLACMA), y Magdalena Fischer, Directora de Información, Educación y Comunicación en el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, (INCAP), se revisó una cantidad extensa de documentación (Ver la Bibliografía) y se realizaron entrevistas con representantes de organizaciones no gubernamentales (ONG), internacionales e instituciones de salud públicas y privadas (Anexo I). Se realizaron visitas en el terreno a promotores de supervivencia infantil de cinco ONG diferentes y a un hospital regional y clínicas en las Regiones IV y VI. En Santo Domingo se hicieron visitas a un hospital materno, una clínica privada y un proyecto de nutrición de una ONG en un barrio pobre. Se realizaron inventarios de fórmula infantil en una farmacia rural y una urbana, un supermercado de Santo Domingo y un restaurante y una fonda rurales.

No se pudieron observar procedimientos normales en los establecimientos de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social en virtud de una huelga nacional de médicos del sector público que comenzó en mayo de 1991, y que todavía continuaba al momento de la evaluación.

Después que se recogió y se ordenó la información, se definieron las recomendaciones con funcionarios de salud de la USAID y con representantes de UNICEF y del Proyecto de Supervivencia Infantil de la URC.

La evaluación tomó cinco semanas, durante las cuales la jefe del equipo trabajó de tiempo completo, la asesora dominicana por tres semanas y los asesores internacionales por dos cada uno. El tiempo se dividió en partes iguales para la recolección de información, entrevistas, visitas sobre el terreno y redacción.

SECCION I

ESTADO SOCIO-ECONOMICO Y DE SALUD DEL PAIS

Los efectos de la práctica subóptima de la lactancia materna en la salud de los niños ha sido ampliamente documentada (A.I.D., Estrategia de Lactancia Materna para la Supervivencia Infantil, UNICEF, Estado Mundial de los Niños, 1991). En países como la República Dominicana, en donde la cantidad de población que vive por debajo del nivel de pobreza crece año tras año, se hace más difícil proteger la salud de los niños.

El empeoramiento de la situación económica ha tenido un efecto directo en el estado de nutrición, la morbilidad y la mortalidad de este grupo tan vulnerable de dominicanos. En esta sección, se plantea el contexto en el cual se da una visión de las prácticas actuales de lactancia materna. Además, se identifican grupos particularmente vulnerables.

A. PERFIL SOCIO-DEMOGRAFICO

1. Factores demográficos

La República Dominicana comparte con Haití la isla Española, que está en segundo lugar por su tamaño entre las islas de Caribe. En 1990, su población se calculó en unos 7.169.850, la mayoría de los cuales vivía en zonas urbanas (59%). El coeficiente de hombres respecto a las mujeres es bastante parejo (103:100), en donde los hombres superan en número a las mujeres en las zonas rurales (112:100), mientras que en las ciudades sucede lo contrario (97,4:100). La tasa de alfabetización para la República Dominicana es relativamente alta (80%) y los hombres (82%) tienen una tasa de alfabetización ligeramente más alta que la de las mujeres (79%). El Gobierno Dominicano no publica información religiosa o étnica. La mayoría de los dominicanos son católicos, aunque muchos siguen rituales y creencias de carácter popular.

2. Factores económicos

Los factores económicos han contribuido a una reducción en la calidad de vida para una gran parte de la población dominicana, especialmente los pobres.

El ingreso per cápita promedio en 1989 era de DOR\$508 mensuales, y el 39% de la población ganaba menos del salario mínimo (DOR\$532,50 = EU\$81,00) (CENISMI, MEPES). Con casi un 20% de desempleo y el subempleo estimado presuntivamente en un 40%, no es sorprendente que el 43% de los habitantes rurales y el 45% de los urbanos vivan por debajo del nivel de pobreza (UNICEF, 1991). Un reciente documento de trabajo realizado por la USAID coloca este porcentaje en el 85% para Santo Domingo (USAID, Family Health).

La inflación estuvo entre el 44,6% y el 50% en 1989, y el índice de precios al consumidor aumentó 41,2% en comparación con el del año anterior (Embajada de los EE.UU., Informe 04). No es sorprendente que el costo de la alimentación familiar, que aumentó 29%, a DOR\$1.000 (CENISMI, MEPES) haya superado los ingresos familiares, que descendieron 19% durante ese período, poniendo a 80% de las familias ante la imposibilidad de obtener siquiera un nivel mínimo de nutrición. Este deterioro en la situación se refleja también en el macronivel, que arroja una disminución del 43% en la balanza comercial, de -US\$18 millones en 1988 a -US\$1.024.060 en 1989. En este mismo período la deuda externa aumentó casi un 10%, a US\$4.216 millones, y el 37% de los ingresos de exportación en 1988 se asignaron al pago de la deuda.

En 1989, el Gobierno de la República Dominicana aumentó la proporción de su PNB gastado en salud del 7% en 1985, al 7,6%, aunque en valor monetario hubo un descenso del 13%. Mientras que los gastos administrativos aumentaron (7,5% en las clínicas rurales, y los salarios de los médicos el 3,8% y el de las enfermeras el 28%), la atención global de nivel primario descendió (las farmacias populares el 25%, las consultorías externas el 21%). Aún más, los menores recursos son secundarios a las ineficiencias estructurales dentro de SESPAS. El Documento del Proyecto de Salud Familiar de la USAID (1991) describe la naturaleza caótica y altamente politizada de la elaboración de la política y la entrega de atención de salud. Junto con los recursos limitados y lo abrumador de las necesidades de salud, esta situación ha resultado en "un vacío" en la elaboración de política y liderazgo técnico a nivel nacional y a ineficiencias en todo el sector de salud.

3. Patrones de migración

Debido al empeoramiento de la crisis económica, existe un creciente número de dominicanos que dejan las zonas rurales y se desplazan hacia las ciudades y el extranjero. La tasa de emigración es difícil de cuantificar debido a que muchos salen ilegalmente. Basándose en la cantidad de visas emitidas entre 1970 y 1989, el Consulado de los Estados Unidos no más emite alrededor de 15.000 visas al año. La inmigración de trabajadores azucareros desde Haití en su mayoría también ilegal, y se estima en unos 13.000 al año, con 200.000 haitianos que viven permanentemente en zonas predominantemente rurales (60%) en la región sureste de la República Dominicana (USAID, Evaluación de Salud, 1990).

La tasa global de migración es del -2,3%, la cual ha permanecido igual desde 1980 (ONE, 1990). Las tasas de migración interna reflejan la migración a las ciudades que crecieron 9/1.000/año desde 1980-85, mientras que las zonas rurales pierden 20/1.000/año (ONAPLAN, 1990).

4. Transporte y Comunicación

Existe una red extensa de carreteras en la República Dominicana, aunque es difícil llegar a muchas zonas, especialmente en el noreste. A la mayoría de los hogares dominicanos (95%) la radio llega. Hay 200 estaciones, 87 en Santo Domingo solamente. Más de seis estaciones religiosas emiten programas de educación regular.

La televisión, a la que el sector privado considera como el medio de comunicación más efectivo, tiene un grado de penetración global del 40%; la mayoría de las audiencias están ubicadas en las zonas urbanas, en donde el 55% de los residentes tiene un televisor. En Santo Domingo esta cifra alcanza un 83%, y el 74% de las familias de bajos ingresos tienen televisión. (Ver la Sección IX.)

En la República Dominicana circulan seis periódicos predominantemente urbanos, de clase media y alta. Los diarios Nacional y La Lista son los más leídos.

B. ESTADO NUTRICIONAL, LA MORBILIDAD Y LA MORTALIDAD

1. Estado nutricional

El Cuadro I.1, que se basa en información de DHS para 1986, ilustra la tasa de desnutrición entre los niños dominicanos de 6 a 36 meses, tal como define el porcentaje de niños por debajo de las 2 desviaciones estándar (DE) de la Norma NCHS/OMS/CDC. El cuadro I.2, basado en información de CENISMI/MEPES, incluye coeficientes definidos por el mismo estándar para niños de 3 meses a 1 año en las Regiones O, IV y V. Aunque la desnutrición es alta por peso/edad y especialmente estándares altura/edad, los porcentajes actuales de desnutrición aguda (desperdicio), como se reflejan por peso/altura, son bajos. Estas cifras indican que los niños dominicanos están crónicamente desnutridos, y esto aparece más en las menores estaturas (altura/edad), especialmente después del primer año y en las zonas rurales. Sin embargo, dado que las ganancias de peso y altura son menores que las esperadas, estos niños son pequeños pero no necesariamente delgados, y de aquí lo bajo de la desnutrición aguda. Las diferencias de nutrición tal como se definen por peso/edad en las zonas rurales (17%) y urbanas (10%) no son evidentes (2,5% y 2,2%) para peso/altura. Sigue siendo alarmante que la corta estatura afecte a más del 20% de la población de 6 a 36 meses y que sus efectos aumenten drásticamente después del primer año cuando los nutrientes y los anticuerpos suministrados por la leche materna son mínimos. En estos momentos, solamente se puede formular la hipótesis que la corta estatura comienza en los primeros meses en la medida en que la leche materna se reemplaza con otros líquidos. La Figura I.1 (NNS, 1987) ilustra la ventaja nutricional que los niños amamantados tienen sobre los que no lo son, o los alimentados por medio de biberón, una ventaja que perdura bien avanzados los nueve meses de edad.

CUADRO I.1

TASA DE DESNUTRICION - % DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES
 <-2DE SEGUN EL PESO/LA EDAD, PESO/ALTURA Y ALTURA/EDAD POR SEXO,
 EDAD, ZONA Y REGION DE LA REPUBLICA DOMINICANA, 1986

	PESO/EDAD % <-2DE	PESO/ALTURA % <-2DE	ALTURA/EDAD % <-2DE
TOTAL	12,5	2,3	20,8
SEXO			
Masculino	14,0	3,6	24,5
Femenino	11,1	1,2	17,2
EDAD			
6-11 meses	6,7	3,2	9,6
12-23 meses	12,7	2,9	21,8
24-36 meses	15,3	1,3	25,6
ZONA			
Urbana	9,6	2,2	15,1
Rural	16,6	2,5	28,8
REGION			
0	9,7	2,7	16,2
I	8,4	2,1	22,7
II	10,9	1,4	19,7
III	17,2	3,9	25,3
IV	19,6	2,1	28,0
V	12,4	1,5	18,8
VI	18,5	2,7	31,1
VII	10,1	1,0	18,0

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 1986.

CUADRO I.2

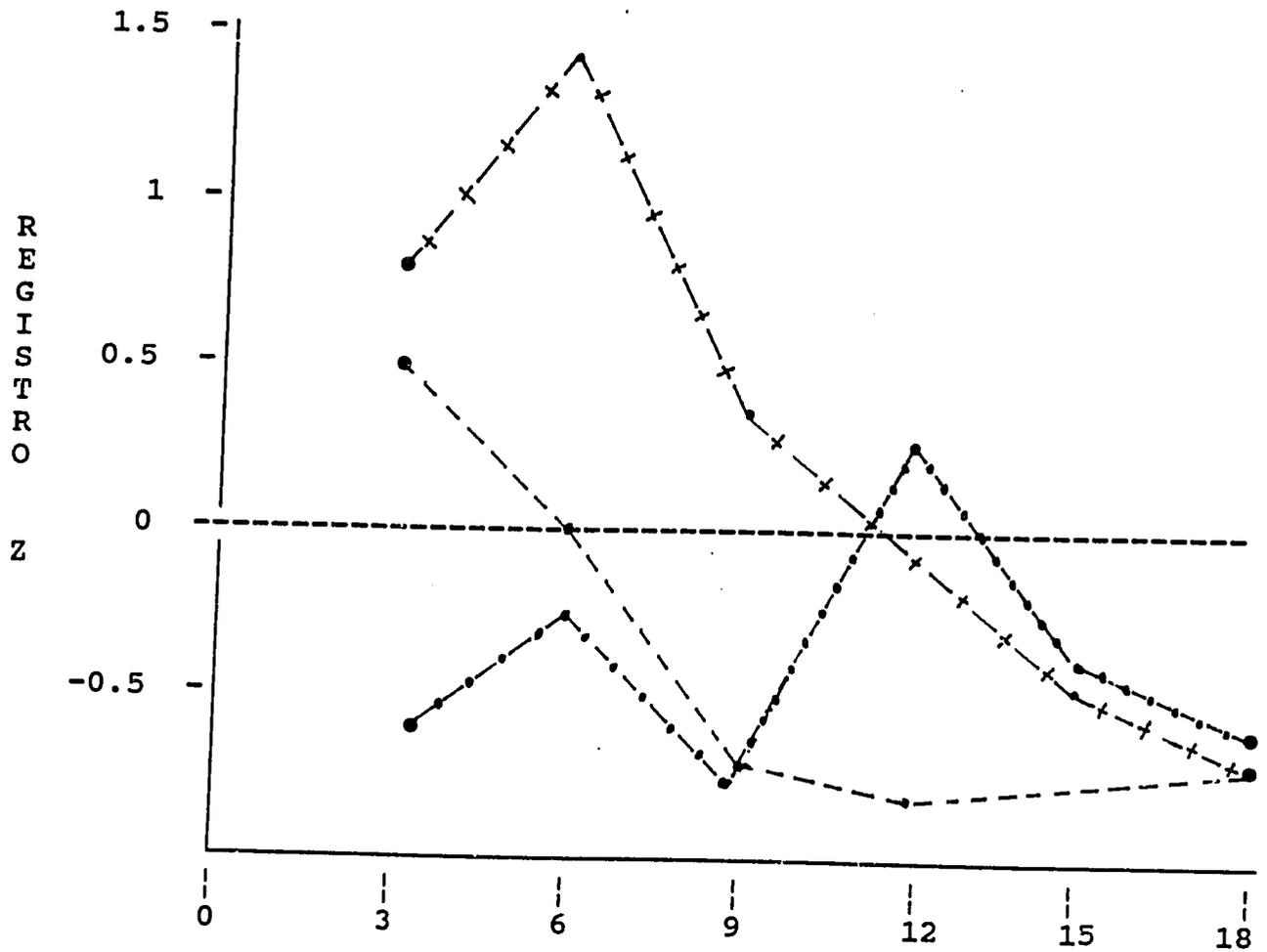
TASA DE DESNUTRICION PESO/EDAD MENOR A 2 DE
DE NIÑOS DE 3 MESES A 1 AÑO EN LAS REGIONES 0, IV Y VI
POR SEXO, EN LA REPUBLICA DOMINICANA, 1988-1989

EDAD	3 MESES % < -2DE	6 MESES % < -2DE	1 AÑO % < 2DE
VARONES	1,5	3,9	16,4
MUJERES	2,8	2,5	12,2

CENISMI/MEPES, 1990.

FIGURA I.1

PESO POR ALTURA PARA LOS NIÑOS AMAMANTADOS Y ALIMENTADOS CON BIBERON EN LA REPUBLICA DOMINICANA, 1987



LEYENDA: •+--+ Solamente leche materna
 •--- Leche materna y biberón
 •—• Solamente biberón

N = 281
 p = 0,05

Fuente: USAID/Tufts University Encuesta Nacional de Nutrición, 1987.

2. Morbilidad y mortalidad

La mortalidad infantil en la República Dominicana ha disminuido del 79,6 (por cada 1.000 niño nacidos vivos) en 1971-1975 al 65 en 1985. En las zonas rurales, la disminución ha sido más notoria (88 a 65,8), y actualmente es más baja que en las zonas urbanas (65,8 contra 69,2) (DHS, 1986). De acuerdo con datos de SESPAS y confirmado en el DHS de 1991, las enfermedades respiratorias y la diarrea son las dos causas principales de mortalidad infantil aparte de las anomalías congénitas.

La morbilidad sigue siendo alta. Una encuesta reciente de CENISMI (Mendoza, volumen 4, N° 2), en ocho zonas urbanas, halló que el 59% de los niños estaban enfermos en el momento de la encuesta. Como conclusión de este informe se deduce que los niños dominicanos pasan el 15% del año enfermos. Noventa y cuatro por ciento de las enfermedades son, o bien la diarrea, o bien enfermedades respiratorias.

La diarrea constituye el 59% de las enfermedades, con una mayor prevalencia en las zonas urbanas (68%) que en las rurales (49%) (Mendoza, volumen 4, N° 2). Diversos estudios indican que la diarrea tiene un alto predominio en la República Dominicana, y que los episodios varían entre cinco a más de siete días (Cuadro I.3). El predominio es más elevado aún en los niños de 6 a 11 meses de edad cuando la leche materna suministra menos protección inmunológica y los niños están más expuestos a la contaminación y a comidas complementarias deficientes (Cuadro I.4). SESPAS estima que la mortalidad infantil atribuible a la diarrea es del 12,6 con un margen de 11,2 (Región 0) a 38 (Región IV), aunque otros estudios y fuentes (Cuadro I.3) estiman que este coeficiente es mucho más alto. La diarrea causa más muertes de bebés que de niños de 1 a 4 años de edad.

Más niños sufren infecciones respiratorias agudas (IRA) que diarrea, aunque son menos los que fallecen a consecuencia de IRA (Cuadros I.4 a I.6). A diferencia de la diarrea, las tasas de morbilidad de IRA no cambian dramáticamente según los grupos etarios de niños. En un estudio basado en información hospitalaria, Mendoza *et. al* (CENISMI, 1987) se encontró que el IRA era la causa del 22% de las muertes infantiles, 26% para bebés y 15% para niños de 1 a 5 años.

La lactancia materna tiene efectos positivos similares tanto en el estado nutricional de los bebés, como también en la prevención de enfermedades (Figura I.2). Los niños comprendidos en el ENN de 1987 tuvieron una incidencia significativamente menor de enfermedades cuando se les alimentaba con leche materna hasta el segundo año de vida, con la diferencia más notable antes del primer año (el 76,9% de los niños no amamantados contra el 57,6% de los que lo fueron se enfermaron el año pasado). La incidencia más elevada de la enfermedad a los tres años puede atribuirse al efecto

del ingreso negativo, vale decir, las madres que amamantaron durante más tiempo pueden haber tenido menores ingresos que las que destetaron antes.

El efecto más dramático de la lactancia materna se indica en el Cuadro I.6. Aquí la morbilidad de bebés ligeramente desnutridos (≤ 1 DE, NCHS) y la mortalidad infantil se comparan según el factor de riesgo. Las tasas de morbilidad se ven mayormente afectadas por el bajo peso al nacer, la carencia de lactancia materna y la diarrea.

CUADRO I.3

MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DIARREICAS ENTRE LOS BEBES EN LA REPUBLICA DOMINICANA

AÑO	ESTUDIO	EDAD DEL NIÑO	PREDOMINIO	DURACION PROMEDIO/ EPISODIO	MORTALIDAD
1986	EDS, Nacional (2 últimas semanas)	< 6 meses 6-11 meses	25% 27,3% 41,3%		12,6/1.000
1986	SESPAS, Nacional Región O Región IV				12,6/1.000 11,2/1.000 38/1.000
1987	Mendoza, Vol. 4 No. 2, Santo Domingo	< 1 año 1-4 años	35%	5,3 días	19/1.000 5/1.000
1987	Mendoza 8 zonas urbanas	< 1 año	23%	5,0 días	
1987	CENISMI/MEPES Región O, IV	< 1 año	40%	7,3 días	26/1.000
1991	EDS, Nacional	0-4 años < 6 meses 6-11 meses 12-23 meses 29-36 meses	17% (2 semanas) 15,7% 33,8% 24,3% 11,3%		21,2/1.000

CUADRO I.4

MORBILIDAD SEGUN LA CAUSA Y EL GRUPO DE EDAD DE LOS BEBES EN LAS REGIONES O, IV Y VI EN LA REPUBLICA DOMINICANA (POR 1.000 NACIDOS VIVOS)

CAUSA	< 3 MESES	6 MESES	UN AÑO
Enfermedad Diarreica	357,6	427,9	440,1
Infecciones Respiratorias	840,5	806,4	810,9

Fuente: CENISMI, MEPES, 1988-1989.

CUADRO I.5

MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR INFECCION RESPIRATORIA
AGUDA DE LOS NIÑOS EN LA REPUBLICA DOMINICANA

AÑO	ESTUDIO	PREDOMINIO	EPISODIOS/AÑO	MORTALIDAD (POR 1.000)
1986	SESPAS			7,6
1987	Mendoza, Ureña Hospital	20%	5 Episodios	
1987	Mendoza	40%	10 (7 días de duración)	3
1988 -89	CENISMI/MEPES	81% <1 AÑO		
1991	EDS			8,0

CUADRO I.6

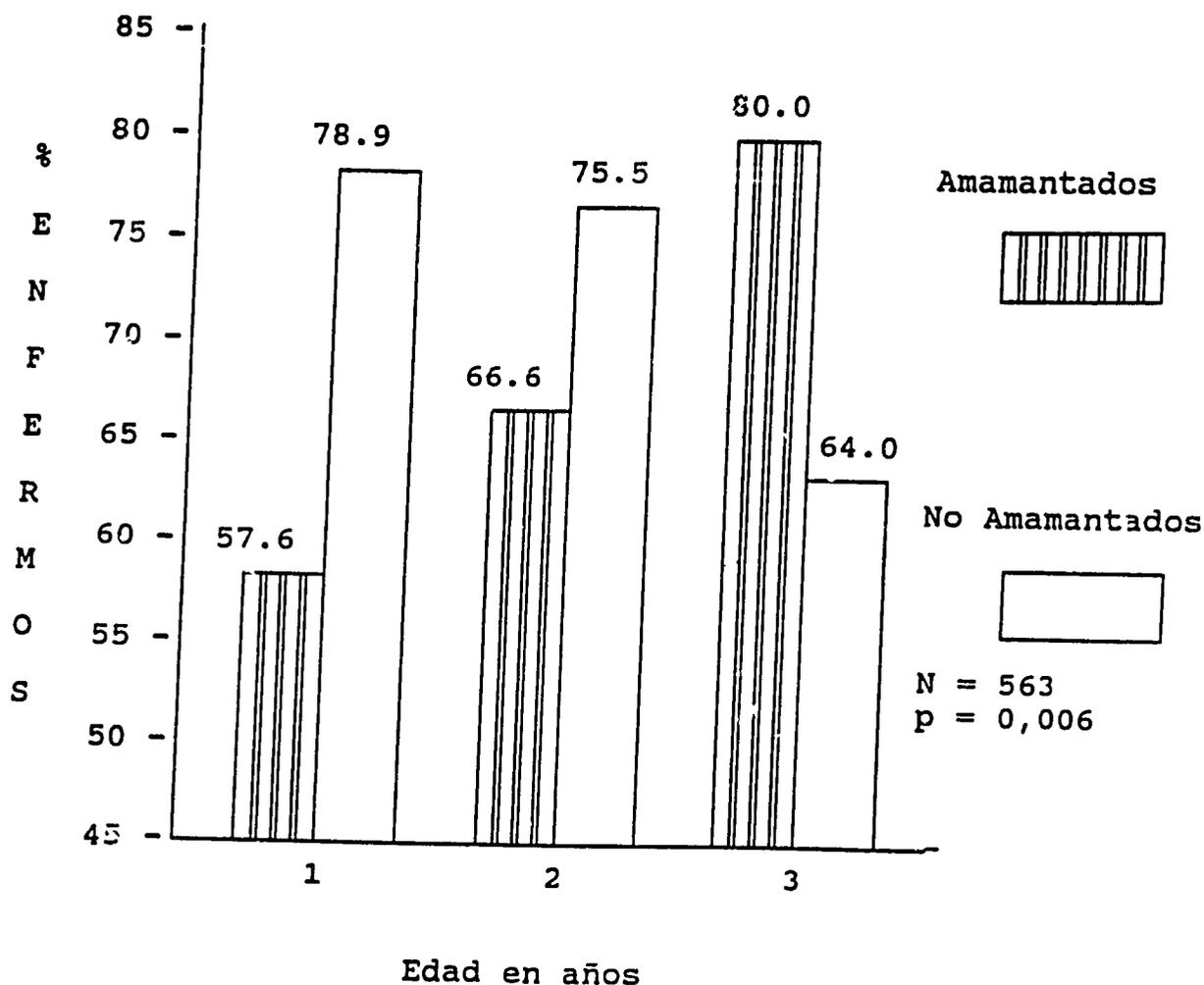
FACTORES DE RIESGO POR MORBILIDAD EN NIÑOS LIGERAMENTE
 DESNUTRIDOS
 (≤ 1DE PESO/EDAD) Y POR MORTALIDAD AL AÑO DE VIDA.
 REPUBLICA DOMINICANA: REGIONES 0, IV Y VI

Factor de Riesgo para Niños < 1 año	Tasa de Morbilidad (%) de niños < 1 DE principal peso/edad	Tasa de Mortalidad por 1.000 niños
INGRESO		
< 1,000 pesos	46,8	----
> 1.000 pesos	37,4	----
< 600 pesos	----	31,2
> 600 pesos	----	8,8
Con episodios previos de diarrea	52,4	30,7
Sin diarrea	40,0	14,0
Con IRA previo	46,2	24,6
Sin IRA	42,3	7,5
Con IRA previo y diarrea	----	34,6
Sin	----	----
Bajo Peso al Nacer	64,5 %	333,3
Sin Bajo Peso al Nacer	43,3 %	40,7
Lactancia Materna	42,4 %	36,1
Nunca Tuvo Lactancia Materna	58,8 %	684,9
Desnutrido <- 2 DE	----	34,6
No desnutrido	----	19,6
Madre Adolescente/No Analfabeta/No		114,2 / 58,1 203,9 / 63,1

Fuente: CENISMI/MEPES, 1990.

FIGURA I.2

COMPARACION DE INCIDENCIA DE ENFERMEDAD ENTRE NIÑOS AMAMANTADOS Y LOS NO AMAMANTADOS EN LA REPUBLICA DOMINICANA, 1987



Fuente: USAID/Tufts University Encuesta Nacional de Nutrición, RD, 1987.

La diferencia que constituye la lactancia materna es mucho más dramática en las tasas de mortalidad. Aquí, la carencia de lactancia materna se destaca como el factor más significativo. La muerte en niños de un año de riesgo que carecen de lactancia materna (684,9/1.000) es cerca de veinte veces mayor que el de sus pares que cuentan con lactancia materna (36,1). El segundo factor de riesgo, bajo peso al nacer, es ocho veces más probable que resulte en fallecimiento.

C. FERTILIDAD Y ANTICONCEPCION

La tasa de fertilidad en la República Dominicana para 1988 - 1991 fue de 3,3 (DHS, 1991), que es menor el 3,7 en 1983-1986 de una declinación del 4,7 en 1975-1979 y del 7,1 en 1965-1969. En 1986, la fertilidad era del 2,8 en las zonas urbanas y 4,4 en las rurales. El intervalo deseado de nacimientos de las madres con uno o dos niños era de 23-25 meses, que es menor para las madres sin niños y para aquellas con dos o más niños (DHS, 1986).

La duración promedio de la amenorrea de la lactancia entre las mujeres dominicanas es de cinco meses y la duración mediana es aún menor, 2,2 meses (Cuadro I.7). A los tres meses, casi la mitad de las nuevas madres ya son fértiles (DHS, 1986).

El DHS de 1991 halló que el 56,4% de las mujeres de edad fértil en pareja usan algún tipo de método anticonceptivo (un aumento del 50% desde 1986), con la distribución siguiente:

Píldora	9,8%
DIU	1,8%
Preservativo u otros métodos vaginales	Insignificante
Esterilización	38.5%
Métodos tradicionales	4,7%

En 1986, las mujeres jóvenes eran las que más usaban los anticonceptivos orales (15-19 años, 18,2%; 20-24 años, 16,4%), disminuyendo a menos del 5% del uso en los grupos de mayor edad. En general, el uso del DIU es bajo, y la esterilización es el método anticonceptivo más popular entre las mujeres de 25 a 49 años, fluctuando del 29% para las edades entre los 25 y los 29 años al 57% para las edades entre 35 y 39 años.

En 1991, el 64,7% de los que aceptaban a la planificación familiar obtenían su "método moderno" de un establecimiento del sector privado. El 76% eran píldoras, el 51% preservativos; el 62% esterilizaciones y el 63% los DIU que se obtenían por medio del sector privado (DHS, 1991). Algunos promotores de SESPAS distribuyen píldoras (44%) y preservativos (29%). Las organizaciones privadas (PROFAMILIA y ADOPLAFAM) también distribuyen métodos temporarios por medio de sus centros de

distribución y sus promotores capacitados. Las píldoras de progestina solamente, que se recomiendan para las madres que amamantan, pueden obtenerse solamente en muy pocas farmacias a un alto costo. Norplant se puede obtener a través del programa de comercialización social de PROFAMILIA, pero su costo está fuera del alcance para las mujeres pobres. La lactancia materna no se promueve activamente ni se considera en el suministro de atención al público o en las organizaciones de planificación familiar privadas.

CUADRO I.7

LACTANCIA MATERNA, AMENORREA LACTACIONAL Y ABSTINENCIA
DE LAS MUJERES POR EDAD DE LOS NIÑOS
REPUBLICA DOMINICANA, 1986

MESES DESDE EL PARTO	CANTIDAD DE PARTOS	PORCENTAJE DE LACTANCIA M.	PORCENTAJE DE AMENORREA	PORCENTAJE DE ABSTINENCIA
0-1	138	85,1	83,6	79,6
2-3	134	71,9	55,1	25,9
4-5	139	67,3	35,1	12,1
6-7	153	52,8	20,6	13,9
8-9	146	42,1	19,2	14,5
10-11	168	29,5	11,9	9,8
12-13	165	24,0	5,4	7,1
14-15	153	19,8	5,2	6,3
16-17	157	22,2	6,4	8,0
18-19	138	14,3	5,8	8,5
20-21	166	13,1	1,4	6,6
22-23	152	6,2	0,9	9,8
24-25	137	6,7	1,6	4,8
26-27	149	4,5	1,2	3,5
28-29	120	3,5	0,0	4,5
30-31	121	1,6	0,0	3,3
34-35	178	2,6	0,0	1,6
TOTAL	2.667	26,1	13,9	12,1
MEDIA		7,0	3,0	1,7
PROMEDIO		9,3	4,9	4,3

Fuente: Encuesta Demográfica de Salud, 1986.

D. CONCLUSIONES

La lactancia materna es de suma importancia para la supervivencia infantil en la República Dominicana. Debe ser parte integral de todos los programas de planificación familiar y de salud. Diversos estudios han demostrado el efecto positivo de la lactancia materna en el estado de nutrición del niño y su influencia positiva en la morbilidad y la mortalidad (ENN, 1987). Aunque la República Dominicana ha hecho grandes avances en la reducción de la mortalidad infantil, todavía hay mucho que puede hacerse. La promoción de prácticas óptimas de lactancia materna es el próximo paso definitivo.

Con un promedio de cinco meses de amenorrea en las madres lactantes, resulta claro que la lactancia materna no tenga actualmente el impacto completo sobre la fertilidad. Debe promoverse la lactancia materna para el espaciamiento de nacimientos y debe haber existencias de píldoras de progestina sola o de baja dosis de estrógeno para las madres lactantes.

Tanto el cuadro de la mortalidad y morbilidad como el de la fertilidad llevan a una sola conclusión: prácticas de lactancia materna subóptimas. El principal problema es la falta de lactancia materna exclusiva. Aquí se da una introducción precoz de los complementos -- téis, aguas y otros líquidos. Será importante revisar esta situación en forma más integral y promover prácticas óptimas -- no solamente el concepto de lactancia materna.

SECCION II

LA NATURALEZA Y LA MAGNITUD DE LAS PRACTICAS SUBOPTIMAS DE LACTANCIA MATERNA

Casi todas las madres de la República Dominicana amamantan a sus bebés, y lo hacen por un promedio de 9,4 meses pero ésta no es toda la historia. Desafortunadamente, muy pocas amamantan de manera óptima para asegurar la salud y la supervivencia de sus bebés. La comprensión de la conducta de lactancia materna de las madres dominicanas y las actitudes que las sustentan servirá para identificar las prioridades de promoción y las estrategias, y suministrará información sobre problemas que las actividades de capacitación, educación y comunicación deben intentar resolver.

A. SITUACION DE LA LACTANCIA MATERNA

En la República Dominicana, la incidencia de lactancia materna es alta (Cuadro II.1). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición para 1987 (ENN), el 93% de todos los niños menores de cinco años habían sido amamantados por un tiempo (USAID/Tufts, 1987). El Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno infantil (CENISMI, 1990) informó que en las Regiones O, IV y V, el 97% de los bebés menores de seis meses habían sido amamantados. Aunque los procedimientos varían entre estudios, muestran un decrecimiento de la iniciación entre los pobres de las zonas urbanas, mientras que más madres de las clases media y alta amamantan. Una comparación de los resultados del World Fertility Study (1978) y EDS (1986) indica que la proporción de niños que alguna vez fueron amamantados aumentó del 87% al 92%.

Aunque el porcentaje de madres que comenzaron con la lactancia materna es alto, disminuye rápidamente a medida que el niño va creciendo. Comenzando por el grupo de edad más precoz, los bebés de cero a 3 meses, el EDS para 1991 indica que un poco más del 80% fueron amamantados, pero solamente el 30% entre los bebés de 10 a 12 meses de edad.

El Cuadro II.2 demuestra que del 18% al 58% de los bebés de cero a 3 meses sufren la interrupción del amamantamiento. Con la excepción del ENN y del EDS, la información que exhibe este cuadro se acopió en hospitales de Santo Domingo. Aquí el porcentaje de niños destetados de cero a 3 meses es mucho más alto que a nivel nacional. Aunque los procedimientos y las figuras varían en gran forma, parece haber una mejora en la duración de la lactancia materna en los hospitales públicos, dado que el alojamiento conjunto se estabilizó en 1986. Sigue siendo alarmante, sin embargo, que una gran proporción de bebés deje de amamantar durante estos primeros meses críticos.

CUADRO II.1

PORCENTAJE QUE FUERA AMAMANTADO ALGUNA VEZ
POR ZONA Y NIVEL DE INGRESOS

AÑO	INVESTIGADOR	ZONA				
		NACIONAL	RURAL	BAJA	URBANA MEDIA	ALTA
1964*	Suero et. al		100%			
1971*	Mendoza et. al			100%	20%	4%
1977*	Rondón et. al			90%	63%	4%
1981*	Tavarez et. al				63%	
1983*	Tavarez y Rondón		93%			
1983*	Rondón et. al			86%		
1986**	Gómez et. al		100%	60%	83%	90%
1986	Encuesta Demográfica de Salud	92%				
1987	Encuesta Nacional de Nutrición	93%				
1988 1990	CENISMI/MEPES	97%				

* Estudios realizados en hospitales de la zona de Santo Domingo. Por CENISMI. El estado actual de la lactancia materna en la República Dominicana, 1987.

** Una encuesta de zonas marginales rurales y urbanas de Santo Domingo descritas en la publicación arriba mencionada.

CUADRO II.2

PORCENTAJE DE BEBES POR EDAD QUE HAN DEJADO
DE AMAMANTAR EN LA REPUBLICA DOMINICANA

	EDAD EN MESES			
	0-1	0-3	4-6	6-12
Mendoza, H., 1970		57%	15%	21%
División de Nutrición, SESPAS, 1983 2 Hospitales de Santo Domingo (n=298)				
Centros de Salud Pública		34%	14%	37%
Centros de Salud Privada		33%	4%	0%
CENISMI/UASD 1986				
Hospitales				
Públicos		20%	18%	56%
Privados		40%	21%	16%
Gómez <i>et al.</i> , 1986 Encuesta de Zonas Marginales, Santo Domingo	18%	58%	75%	11%
Tufts/USAID Encuesta Nacional de Nutrición (1987)		30%	50%	75%
CENISMI/MEPES 1988-1991				
Regiones Sanitarias 0, IV, VI		23%	19%	62%
EDS, 1986		18%		
Resultados Preliminares, EDS, 1991		19%	44%	60% 69%
				(7-9) (10-12)

Un detalle de suma importancia entre estas estadísticas de lactancia materna es que aunque un porcentaje impresionante de madres comienza con la lactancia materna, muy pocas lo hacen en forma exclusiva. La ENN para 1987 registró que el 90% de todas las madres también le daban biberón a los bebés, con la introducción precoz del biberón (1,1 meses) como norma. En la EDS para 1986, los bebés de 0 a 4 meses que fueron amamantados, solamente el 13% lo recibió en forma exclusiva; 13% recibió agua y 56% complementos alimenticios (ver Figura II.1). Esta situación parece estar deteriorándose: en 1991, solamente el 10% de los bebés de 0 a 3 meses fueron amamantados en forma exclusiva y después de tres meses, recibieron alguna forma de complementos. En la gama de 4 a 6 meses, 2% fueron amamantados y recibieron solamente agua, 33% recibió otros líquidos, mientras que el 21% recibió alimentos sólidos o semi-sólidos (el resto de los bebés no fueron amamantados) (EDS, 1991). En Santo Domingo y sus zonas aledañas, Gómez *et al.* encontró que mientras solamente 3% de las madres con niños de 0 a 1 meses introdujeron líquidos u otros alimentos, el

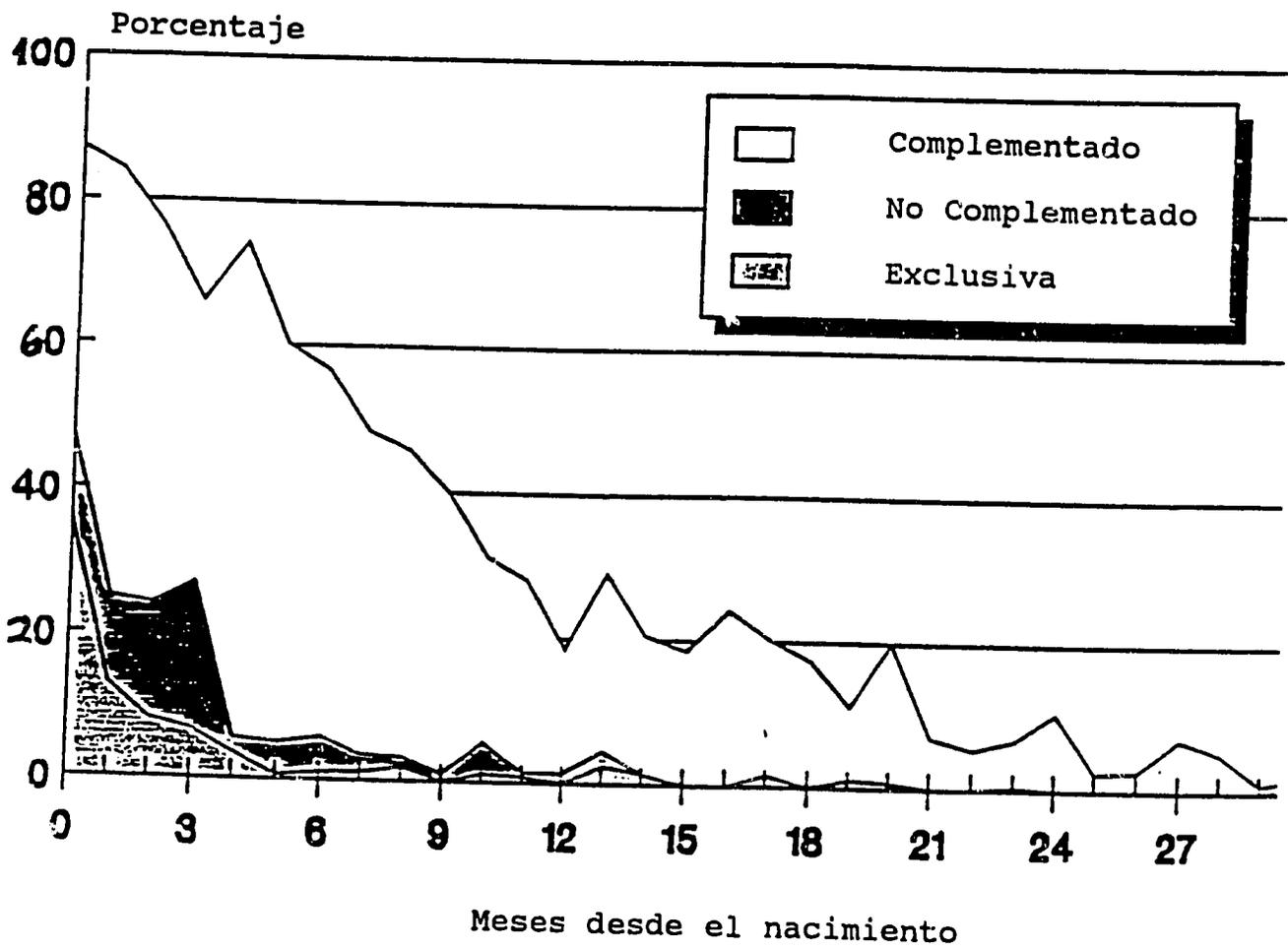
76% de los bebés de 0 a 4 meses habían recibido complementos. La leche, que no era la leche materna, se administró al 3% de los bebés el primer día y al 20% al primer mes; al cuarto mes, el 62% de los bebés habían sido alimentados con leche que no era materna (PSI/CAP). No hay duda que el alto uso de complementos durante los tres primeros meses de vida contribuyeron a la alta tasa de abandono de la lactancia materna exclusiva. Estos estudios también demuestran que los bebés que son amamantados en forma exclusiva o que se sigue amamantando parcialmente más allá de los tres meses, es más probable que lo sigan haciendo más allá de los seis meses.

Tal como se sugirió anteriormente, el problema de la complementación precoz está sólidamente ligado con el uso del biberón. En 1991, se amamantó al 65% de los bebés de 0 a 3 meses y se les dio el biberón (EDS, 1991). De las madres comprendidas en el estudio de PSI/CAP, el 42% introdujo biberones el primer día y el 61% lo hizo al tercer día. De las 600 mujeres de las 6 regiones que participaron en la evaluación de CARITAS/ANEP, más del 60% introdujeron el biberón durante el primer mes. Aún más, la alimentación precoz con biberón no fue en gran medida diferente para las madres que amamantaron (42%) y para las que no lo hicieron (55%).

La leche materna no es suficiente para sostener el crecimiento de un niño más allá de la edad de seis meses; la introducción de alimentos sólidos es necesaria junto con la lactancia materna continua. Sin embargo, la información de la EDS para 1986 mostró que solamente el 11% de los niños de 7 a 11 meses cumplen con esta recomendación de seguir amamantando al mismo tiempo que se administran alimentos sólidos. Otros bebés, o no reciben alimentos sólidos (16%), o han dejado de amamantar (5%) o ambas cosas. De acuerdo con la ENN, la edad promedio en la cual se introducen los alimentos sólidos fue de 6,9 meses a nivel nacional, pero con variaciones entre el 5,0% (Región I) y el 8+ (Región 0, Región III, Región V) meses a nivel regional. Los primeros alimentos sólidos y semi-sólidos son las papas y la sopa en el 50% o más de los bebés estudiado en la encuesta (ENN, 1987).

Figura II.1

PORCENTAJE QUE TODAVIA AMAMANTA POR
COMPLEMENTACION Y EDAD DEL NIÑO
EN LA REPUBLICA DOMINICANA



EDS, 1986: Estado Nutricional y Gráficas.

Aun cuando la lactancia materna se aconseja durante dos años o más, solamente el 26% de los niños de 12 a 14 meses siguen amamantando (EDS, ENN). En las Regiones 0, IV y VI, CENISMI (1990), este coeficiente fue 38%, el 58% de los niños de un año habían sido destetados. La duración media de la lactancia materna es de 9,4 meses de acuerdo con la EDS para 1986, y de 8 a 9 meses de acuerdo con el ENN para 1987. Entre el Estudio de Fertilidad Mundial de 1978 y el EDS para 1986, la duración promedio disminuyó en realidad de 8,8 meses a 7,5 meses (Sharma). Las madres de las zonas rurales amamantaron más tiempo (10,7 meses) que sus contrapartes de las urbanas (8,4 meses). Aunque la edad de la madre no afecta la duración, su condición de empleo sí la afecta, ya que las madres trabajadoras amamantan tres meses menos (6,4 meses) que las madres que no trabajan fuera de su casa. Los bebés de madres no educadas amamantan más tiempo (12,7 meses) que los de las madres que han recibido educación primaria (10 meses), educación secundaria (7,2 meses), o educación universitaria (6,2 meses).

B. CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS MADRES (CAP)

Madres fueron entrevistadas en el Programa de Supervivencia Infantil (PSI/CAP, 1990) en la Región 0, IV y V, 99% consideraron que la leche materna era el mejor alimento para sus recién nacidos. CARE obtuvo los mismos resultados cuando entrevistó a 600 madres de la Región IV para un estudio de datos básicos (CARE, 1990). En toda la Nación, el 91% de las madres consideraron que la leche materna era la leche superior para sus niños (ENN, 1987).

En general, las madres están bien conscientes de las ventajas de la lactancia materna. El Cuadro II.3 ofrece una lista de las razones que las madres dan para amamantar. La mayoría amamanta para beneficiar la salud de sus bebés, mientras que pocas lo hacen por facilidad, por afecto o por razones económicas.

En un ejercicio de grupo de concentración que precedió al CAP/PSI, las madres dijeron que los médicos colocaban a sus niños en el pecho para que comenzaran a amamantar en la medida y la frecuencia en que lo desearan. Aunque casi todas las madres consideraban que la leche materna era la mejor para sus recién nacidos, solamente el 72% consideró que el calostro era bueno, porque ayudaba a limpiar el sistema de su bebé, promoviendo una buena digestión y previniendo la diarrea. El 17% de las mujeres dijo que el calostro era mala leche; y el 2% pensó que era leche vieja.

En el estudio de CARE, el 76% de las madres consideraba que era posible amamantar exclusivamente durante los primeros cuatro meses de vida, sin embargo 87% de las madres entrevistadas comenzó con el uso de biberones durante este período. Estudios más pequeños y cualitativos apoyaron la tendencia. CENISMI/MEPES (1990) informó que en las Regiones 0, IV, y VI solamente el 13% de las madres amamantaban en forma exclusiva. La introducción de otros líquidos

comenzó casi inmediatamente después del parto. Dado que la creencia que los bebés tienen sed, se les da agua y té durante los primeros días de vida, seguidos de jugos y leche para fortalecerlos. Todas, con excepción del 5% de las madres hierven el agua, aunque después de un año muchas (el 42%) consideran que los niños deben acostumbrarse al agua del lugar. Los tés de hierbas se usan mucho para limpiar el sistema de los recién nacidos (meconio), ayudar con la digestión (defecar) y prevenir la diarrea y otras enfermedades.

CUADRO II.3

RAZONES PARA LA LACTANCIA MATERNA REPUBLICA DOMINICANA, 1991

RAZON	Area de Santo Domingo 1987/(1)	PSI/CAP 1990 (2)
Más valor nutritivo	27%	20%
Reducción de mortalidad infantil	15%	42%
Protección para el niño	11%	2%
Relaciones niño/madre	6%	8%
Mejor crecimiento		8%
Mejor desarrollo		11%
Para que el niño crezca más gordito		8%
Para que crezca más fuerte	3%	
No necesita preparación	1%	
Es más económica		

Fuentes:

- (1) Gómez, E., Montano, R., y Canario, M., Patrones de Lactancia en el Distrito Nacional de la República Dominicana, UASD, CENISMI, 1987.
- (2) Programa de Supervivencia Infantil/Estudio de CAP para las Madres en las Regiones 0, IV y VI. República Dominicana, 1990.

En el estudio de CAP/PSI (1990), la mayoría de las madres consideraron que los bebés debían ser amamantados por un año o más, y solamente el 6% apoyó la idea de dejar de amamantar a los seis meses. La mayoría (76%) consideró que el destete debía ser gradual, y no abrupto (24%). Sin embargo, 25% dejó de amamantar a su último niño antes de los cuatro meses, 39% entre los cinco meses y el año y solamente 18% amamantó más allá de un año. Las mujeres

más jóvenes deja de amamantar con mayor frecuencia a sus bebés antes de los seis meses.

Las razones para dejar de amamantar son numerosas. El Cuadro II.4 las enumera de acuerdo a un estudio nacional y uno de un hospital de Santo Domingo. Se destetó a la mayoría de los bebés porque las madres consideraban que no tenían suficiente leche o que los bebés rechazaban el pecho, en ambos casos complicaciones como resultado de la introducción precoz de complementos. Una proporción importante dejó de amamantar porque consideró que su niño era demasiado grande. Desafortunadamente, no se especificó edad. Existe una brecha entre la creencia de las madres en la lactancia materna prolongada y la conducta de destete real. Aparte del embarazo, la salud materna, la nutrición o la condición de trabajo no tienen mucha influencia sobre las decisiones de las mujeres de dejar de amamantar a sus bebés.

Las madres que participaban en los PSI/Grupos de Enfoque (1989) dijeron que ellas suspendieron la lactancia cuando estaban enfermas con fiebre, hepatitis, anemia o desnutrición; cuando estaban con calor y sudadas; cuando estaban caminando; cuando sus bebés estaban enfermos con diarrea y vomitando; o cuando los bebés rechazaban su leche porque estaba "salada." En el estudio de CAP (PSI/CAP, 1990), 85% de las madres creían en la existencia de leche "salada," de las cuales 60% indicó que ésta era peligrosa para el bebé. Además, 36% creía que la leche de las mujeres embarazadas era peligrosa. El treinta y siete por ciento de las madres no les dio pecho a los niños enfermos con diarrea o vómito, dándoles en lugar de eso jugos, agua de arroz y maizena.

Gómez et al. (1986) no halló diferencia en la incidencia de la lactancia materna en las mujeres trabajadoras y las que no lo eran en el área de Santo Domingo. El estudio de PSI/CAP mostró que las actitudes de las madres hacia la lactancia materna no era diferente por condición de trabajo, aunque el 15% de las madres trabajadoras versus el 9% de las que no lo eran introdujeron otras leches antes del mes. La introducción de otros alimentos fue similar. Tal como se mencionó previamente, el trabajo rara vez se identificó como la causa del destete.

CUADRO II.4

RAZONES PARA INTERRUMPIR LA LACTANCIA
MATERNA EN LA REPUBLICA DOMINICANA

	Santo Domingo 1983 (1) %	ENN 1987 (2) %
Leche salada	1.8	
Leche dejó de salir/insuficiente	38.7	29.4
La madre rehusó		2.1
- está embarazada	12.8	3.9
- está enferma	6.0	
- está desnutrida	3.9	2.5
- trabaja	3.5	
- toma antibióticos	0.7	13.5
El niño rehusa	14.2	29.2
- está muy grande	12.8	
- está enfermo	4.6	
- está ausente	1.1	
Consejo Médico		0.5

Fuentes:

- (1) Rondón, H. et al. Situación de la Lactancia Materna en la Población Urbana de dos Maternidades de Santo Domingo, CONAPOFA, 1983.
- (2) A.I.D./Tufts University, Encuesta Nacional de Nutrición, 1987.

Las madres no definen una edad en la cual el niño puede comer una dieta completa. Introducen alimentos sólidos en forma gradual. Les preocupa la preparación de los alimentos dado que saben que los alimentos mal preparados son la causa primordial de la diarrea. Al 11% de los niños se les dio alimentos semi-sólidos y sólidos antes del mes y al 58% antes de los 4 meses; solamente el 31% recibió alimentos entre los 4 y los 6 meses y el 7% después de los 7 meses (PSI/CAP, 1990). En el estudio de CARITAS/ANEP (1987), se halló que más niños recibieron alimentos sólidos con retraso: 21% de los niños de más de 7 meses no habían recibido alimentos sólidos y la mitad de ellos estaba por encima de los 12 meses. Los alimentos que se introdujeron en forma más común fueron crema de habichuela (32%); purés (20%); sopas (16%) y maizena (5%), (PSI/CAP, 1990; ANEP/CARITAS; ENN, 1987). Los participantes del grupo de enfoque hicieron una lista de comidas de bajo contenido graso, tales como los alimentos que crecen por medio de raíces (papa, batata, boniato), plátanos, y crema de habichuelas, y algunas veces

zanahorias, como alimentos aconsejables para bebés. No se hizo mención de otras verduras o frutas.

Existe una creencia que ciertos alimentos consumidos por las madres lactantes ponen a los bebés en riesgo y, por consiguiente, no deben ingerirse. Estos comprenden los grasos (cerdo 14%, aguacate 18%) y comidas picantes, tales como huevos (20%) y guanábana (PSI/CAP, 1990). Estas creencias son corrientes con pocas variaciones en las zonas urbanas y en las rurales. Una minoría (39%) de mujeres considera que la madre podría comer todas las comidas mientras está amamantando.

Generalmente se consulta a los médicos acerca de temas de lactancia materna (81%), y son ellos (42%) los que recomiendan que las madres administren otras leches (PSI/CAP, 1990). Sin embargo, cuando se les pregunta si escucharían a un doctor que aconsejase en contra de la ingesta de agua si se está amamantando a un niño, 56% de las madres (65% en Santo Domingo; el 50% en IV, VI), dijeron que no, aunque el 98% buscaría el asesoramiento de un médico en caso de diarrea y en lo que se refiere a salud infantil.

Es improbable que las madres busquen asesoramiento médico para problemas de mamas. Si bien, el 62% ha experimentado dolor cuando amamanta, la solución más común es seguir amamantando (39%). El uso de jabón o alcohol para lavar los pezones (que lo hace el 45% de las mujeres) puede contribuir a estos problemas. El 33% de las madres se lava con agua sola, como se le recomendó.

C. CAP DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA Y DE LA COMUNIDAD

En la estructura de familia dominicana el padre tradicionalmente es la figura de autoridad, una autoridad que, a veces, se excede. Los cambios recientes en el orden económico, social y cultural han afectado a muchas familias y les ha traído estrés, alcoholismo y rupturas. Sin embargo, el apoyo familiar para la mujer que lacta es importante. Las participantes del grupo de enfoque (CSP, 1989) percibieron que los padres apoyaban la lactancia materna, aunque han conocido hombres (no los de ellas) quienes piensan que la lactancia materna afecta la higiene y la apariencia de la mujer. Aun cuando los hombres pueden apoyar la lactancia materna, pueden también ser los compradores de leche. La bien conocida Ley 2402 requiere que los padres ausentes paguen por la alimentación de su niños aunque muchas veces la ignoran. Desafortunadamente, cuando los padres cumplen, a menudo compran raciones de leche costosas para sus bebés (de ahí el popular nombre de la Ley 2402 como la Ley de la Leche).

Cuando las madres salen, tienden a no dejar sus niños con los padres. Dado que las madres dominicanas rara vez sacan a sus bebés salvo para visitar médicos, los dejan con sus hermanos mayores, mujeres parientes o vecinas, a quienes de vez en cuando pagan. De

acuerdo con las entrevistas de los promotores y las madres, esta clase de atención no es óptima y se ha asociado con desnutrición y diarrea en los niños. Los niños, vecinos, amigas y parientes rara vez fomentan la extracción de leche del pecho para alimentar con ella al bebé que cuidan dándosela en una taza. Sin embargo, se las considera un respaldo sólido de la lactancia materna, aunque los médicos son, sin lugar a dudas, la mejor fuente para el asesoramiento sobre lactancia materna.

D. CONCLUSION

Casi todas las madres dominicanas comienzan amamantando a sus niños y lo hacen por un promedio de casi diez meses. Pese a este comienzo positivo, muy pocas amamantan óptimamente. Existe una discrepancia entre el conocimiento y las actitudes de las madres acerca de los beneficios para la salud de la lactancia materna y lo que practican en la realidad. Esta brecha debe cerrarse. Por ejemplo:

(1) aun cuando la lactancia materna exclusiva es la práctica óptima solamente unas pocas mujeres amamantan en forma exclusiva (el 10% de niños de 0 a 3 meses), aun cuando la mayoría está consciente de las ventajas nutricionales y de salud que su leche suministra al bebé. De hecho, las madres dominicanas dicen que amamantan a sus bebés por razones de salud y no por afecto, cuestiones económicas o por facilidad. Los téis y el agua interfieren con la lactancia materna exclusiva, y se dan, como costumbre, inmediatamente después del nacimiento, muy probablemente con un biberón.

(2) las madres creen que la lactancia materna es importante por un año o más, pero alrededor de una tercera parte de los niños son destetados antes de los tres meses, y de los dos tercios, la mitad han abandonado al año (EDS, 1991).

Las razones para comenzar con la complementación y por ende para terminar con la lactancia materna se relacionan con las complicaciones ocasionadas por el complemento precoz: una cantidad insuficiente de leche y el bebé rechazando el pecho. La complementación interfiere con la producción de leche y confunde al bebé que puede optar por la leche que se obtiene más fácilmente de un pezón artificial. Ni las madres ni sus médicos entienden esto y por consiguiente están preparados para recurrir al suplemento infantil o para terminar con la lactancia materna antes de aumentar las mamadas para estimular la producción de leche. Aunque las mujeres de la familia influyen sobre la decisión de las madres de amamantar, los médicos son mucho más influyentes y se identifican como la fuente primaria para recomendar la complementación temprana. Las técnicas apropiadas de lactancia materna y cómo manejar las complicaciones deben convertirse en una parte de rutina de la promoción de la lactancia materna.

Muchas madres dominicanas viven en la pobreza. Las condiciones antihigiénicas que de ello se derivan, aumentan substancialmente los riesgos de salud para un bebé que se alimenta por medio del biberón y cuyo sistema inmunológico no está aún bien desarrollado para protegerlo. Es necesario que madres y los médicos entiendan la importancia crítica de la lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro meses, si quieren que el bebé tenga alguna oportunidad de supervivencia bajo estas condiciones. También deben entender que la complementación precoz interfiere con la lactancia y que los bebés alimentados con pecho no precisan de tés o agua, o cualquier otro complemento durante los primeros cuatro a seis meses de vida. La ingestión de estos líquidos normalmente aumenta el riesgo de infección. El reto más grande es el de motivar a las mujeres a amamantar en forma exclusiva, una práctica que hasta hoy no ha recibido mayor atención. De la misma manera, la introducción apropiada de alimentos sólidos y semi-sólidos a los seis meses, junto con la lactancia materna continua, requiere énfasis. Aquí tenemos algunas experiencias positivas en la República Dominicana que pueden ofrecer una guía para mejorar el aspecto de las prácticas de alimentación de los niños muy pequeños.

SECCION III

MEDIO AMBIENTE POLITICO, LEGAL Y FINANCIERO

En la sección que sigue, se evaluará el medio ambiente político, legal y financiero en la República Dominicana (RD), en la medida en que está relacionado con la protección, la promoción y el apoyo a las prácticas de lactancia materna. La comprensión de este medio ambiente resultará en una idea más clara del impacto que las políticas y la legislación nacional y el apoyo de los otros organismos podría tener en las prácticas de lactancia materna de las madres dominicanas.

A. POLITICA DE LACTANCIA MATERNA

1. Normas actuales

Desde 1988, el Programa Nacional de Lactancia Materna se incorporó al Plan de Supervivencia Infantil (PLANSI) de SESPAS. En 1991, PLANSI se convirtió en un programa de la División de Salud Maternoinfantil. La política de lactancia materna de la División del Ministerio de Salud ha sido definida en las Normas PLANSI. Hasta la fecha, las Normas han sido distribuidas a los directores de los hospitales de SESPAS, a los centros y subcentros de salud, pero la falta de una capacitación y monitoreo adjuntos ha significado que la mayoría de las normas no se aplican.

Las Normas no enfocan con claridad las siguientes "conductas óptimas de lactancia materna" tal como se definen en el Tratado de Estrategia de Lactancia Materna de la A.I.D. de 1990.

Lactancia materna dentro de la hora del parto

Las Normas establecen que la lactancia materna debe comenzar inmediatamente después del parto normal, y que los procedimientos neonatales deben ponerse en práctica inmediatamente después. Las Normas hacen énfasis sobre el alojamiento conjunto y la alimentación a pedido. Sin embargo, la lactancia materna está erróneamente contraindicada para los niños que son prematuros, los que tienen mandíbula palatina e infecciones, y para las madres que tienen tuberculosis y complicaciones de parto (cesárea, toxemia, infecciones).

Lactancia materna exclusiva desde el parto hasta los 4 a 6 meses.

La importancia y el significado de la lactancia materna exclusiva no se enfatiza en las Normas, y la complementación se menciona solamente para los bebés de 6 meses.

Administre alimentos complementarios apropiados, además de la leche materna, al final de los 6 meses de edad.

En la sección acerca del destete en las Normas (C.2. p. 49), el título indica "Desde los 6 meses hasta el destete." Sin embargo, el texto, indica que la introducción de otros alimentos debe ocurrir de los 4 a los 6 meses. No hay normas de orientación en nutrición para la introducción de alimentos semisólidos.

Lactancia materna por un año o más.

No se menciona en las Normas la lactancia materna prolongada.

Aunque el plan del programa de 1990 para lactancia materna comprende la capacitación del 100% de los promotores y del 60% del personal médico en el contenido de las Normas, estos objetivos no fueron cumplidos. La instalación de los bancos de leche en el 100% de los hospitales sigue siendo una alta prioridad (SESPAS/PLANSI, Programa de Lactancia Materna. Esquema Logístico del Proyecto 1990).

De la misma forma, las políticas del SESPAS/SMI no cumplen con los "diez pasos" recomendados por el UNICEF/OMS para el apoyo a la lactancia materna (Ver Cuadro III.1). Tal como se menciona, la política de lactancia materna escrita (las Normas) no ha sido comunicada a todo el personal de salud (paso N° 1). Solamente el 16% de los promotores han sido capacitados en la puesta en marcha de esta política, aunque sus responsabilidades son demasiado numerosas y sus estructuras de apoyo demasiado débiles para hacerlo en forma efectiva (paso N° 2). La mayoría de los materiales de lactancia materna, incluso las Normas y el Manual del Promotor, enfatizan los beneficios de la lactancia materna, aunque la información acerca de la administración no es ni coherente ni completa (paso N° 3). Aún cuando la lactancia materna inmediata (paso N° 4) y a pedido (paso N° 8) es una política, el personal médico no indica a las madres cómo practicarla. Se aconseja la fórmula cuando las condiciones médicas hacen aconsejable que los niños estén separados de las madres pero no se suministran chupetes o tetinas (Paso N° 9). En los hospitales públicos, el alojamiento conjunto es un procedimiento corriente para los partos normales, aunque se da de alta muy rápido a las madres (6 a 12 horas) luego del parto para optimizar este beneficio (paso N° 7). No se considera a los grupos de apoyo en las Normas PLANSI, manuales o estrategias (paso N° 10), y, con la excepción de la Liga de la Leche en Santiago, no existen.

La política del Programa Nacional para el Control de Enfermedades Diarreicas Agudas (CEDA) se menciona en las Normas PLANSI. En las Normas de CEDA, la lactancia materna se menciona para los bebés en rehidratación con enfermedad diarreica aguda (EDA) y se alienta cuando los vómitos acompañan a la EDA, aunque no se enfatiza su importancia global. El papel de la lactancia materna exclusiva para prevenir la EDA en los bebés de menos de 4 a 6 meses no se menciona.

Las prácticas de lactancia materna durante la terapia de rehidratación oral (TRO) no se definen respecto a la separación del niño enfermo de su madre, el uso de biberones y la interferencia de TRO con la lactancia materna exclusiva. Durante la terapia, se alienta la ingesta normal de alimentos, pero no se incluye la lactancia materna.

CUADRO III.1

DIEZ PAUTAS PARA UNA LACTANCIA MATERNA CON EXITO

Cada establecimiento que suministre servicios de maternidad y de atención a los niños recién nacidos debe:

1. Contar con una política de lactancia materna que se comunique en forma rutinaria a todo el personal de atención de salud.
2. Capacitar a todo el personal de atención de salud en las técnicas necesarias para implantar esta política.
3. Informar a todas las mujeres embarazadas acerca de los beneficios y la administración de la leche materna.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna dentro de la media hora del nacimiento.
5. Indicar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si debieran estar separadas de sus niños.
6. No dar a los niños recién nacidos ningún otro alimento ni bebida más que la leche materna, a menos que el médico así lo indique.
7. Practicar el alojamiento conjunto: hacer que las madres y los niños permanezcan juntos las 24 horas del día.
8. Estimular la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños, a los que les están dando leche materna, ni biberones o chupetes (también llamados postizos o calmantes).
10. Promover el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y remitir a las madres a ellos al momento del egreso del hospital o de la clínica.

Source: WHO/UNICEF. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Maternity Services, 1989.

De los tres formularios que se espera que los promotores llenen en casos de diarrea, ninguno de ellos, ni siquiera la historia clínica, contiene información acerca de la lactancia materna.

La lactancia materna no se promueve en el programa de planificación familiar de SESPAS (CONAPOFA) que tiene cobertura limitada, ni lo está en ninguna de las organizaciones no gubernamentales de planificación familiar. No existe política relativa al uso de métodos de planificación familiar para las madres lactantes. De la misma manera, no existe política para la lactancia materna de las madres con el VIH positivo. Ante la carencia de una política nacional, los establecimientos sanitarios y los bancos de leche siguen las Normas de Orientación de la OMS.

2. Sistemas de información

Dado lo incoherente de la política de lactancia materna, la carencia de diseminación y el incumplimiento global, sería difícil recoger información para demostrar a los legisladores los beneficios de la promoción de la lactancia materna. En realidad, SESPAS no recoge ninguna información sobre lactancia materna, aunque hay un espacio para ello en la ficha familiar que mantienen los promotores. En coordinación con el SESPAS, el Programa de Supervivencia Infantil ha diseñado un nivel comunitario como parte de un sistema de información, así como una estrategia para la puesta en marcha y los procedimientos a ser utilizados por SESPAS y por los promotores comunitarios de las ONG. Este esfuerzo, que debe ser parte de un sistema único de información nacional, recoge información sobre lactancia materna exclusiva y prolongada, así como otras prácticas de supervivencia infantil (PSI/STL, Para que Nuestros Hijos Crezcan Sanos y Fuertes, 1990).

La mayoría de la información existente sobre lactancia materna en la República Dominicana se obtiene de los estudios y encuestas nacionales (EDS, ENN, encuestas de hospital o nacionales y estudios de PSI/CAP). Los actuales estudios de CENISMI/MEPES suministran información a los legisladores acerca de la salud global de los niños pequeños, de la cual la lactancia materna es parte. La investigación operativa se limita al Estudio de USAID/CARITAS ANEP en donde la educación de lactancia materna resultó en un aumento de la duración y en una disminución de la cantidad de bebés desnutridos en la zona de estudio (ver Sección IX). La USAID, la URC/PSI, la OPS y UNICEF, todos cuentan con rubros presupuestarios para la investigación de operaciones y estudios especiales de manera que puede que llegue mayor información.

Aunque hay estudios dominicanos indicando las ventajas fisiológicas de la leche materna (CENISMI, Polanco et al., 1984; Payano et al., 1988; Sánchez Martínez et al., 1985; Rondón et al., 1988), no hay estudios de efectividad en términos del costo para convencer a los legisladores acerca del valor económico y los ahorros de costos de la lactancia materna.

3. Coordinación de política de lactancia materna nacional

En 1984, la Comisión Nacional de la Lactancia Materna se formó, consistiendo de nueve miembros de los sectores privado y público. La comisión se formó para promover la legalización de la Ley de la Comercialización de los Sucedáneos de la Lactancia Materna (Anexo 3) y para montar bancos de leche en los hospitales maternos. Dejó de funcionar cuando la entonces Primera Dama formó la Comisión Nacional de la Madre y el Niño, y asumió la tarea de poner en práctica los bancos de leche. El Código, que adoptó el modelo del Código Internacional de la OMS y se presentó en 1986, perdió su apoyo.

4. Puesta en práctica de políticas

Tal como se mencionara antes, la política de lactancia materna se elaboró pero no se puso en práctica. Aunque los legisladores a nivel central y los donantes asistieron a un seminario en 1989 para introducir las Normas PLANSI, la capacitación nunca llegó a niveles operativos.

B. POLITICAS RELACIONADAS CON LA COMERCIALIZACION Y LA PROMOCION DE ALIMENTOS INFANTILES Y SUCEDANEOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Aunque la Ley de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (Anexo 3) no se ha convertido en ley, la mayoría de los distribuidores de fórmula respetan el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Se tratan en más detalle las políticas de comercialización en la Sección VIII.

C. EL TRABAJO DE LA MUJER Y LA POLITICA DE LICENCIA POR MATERNIDAD

Aunque existen leyes en el Código del Trabajo que favorecen la lactancia materna para las mujeres trabajadoras, con la excepción del Artículo acerca de la Licencia por Maternidad, estas leyes no se cumplen. Hay un tratamiento más completo de este tema en la Sección VII.

D. MAGNITUD DE LA FINANCIACION NACIONAL Y DE LA ASISTENCIA DE DONANTES

De acuerdo con el plan programático del Programa de Lactancia Materna (SESPAS/PLANSI) para 1990, había DOR\$ 1.268.719 programados para la lactancia materna, 55% de los cuales sería provisto por el Gobierno de la República Dominicana, el 39% por UNICEF, el 2% por la OPS/OMS y el 3% con fondos de la Ley Pública 480.

El financiamiento privado para la promoción de la lactancia materna ha estado limitado hasta ahora a la Sociedad Pediátrica y a Nestlé aún cuando la comunidad filantrópica entre las empresas comerciales es grande.

E. CONCLUSIONES

La política de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en la República Dominicana está mal definida y generalmente no se aplica. Aún cuando se estableció un Programa Nacional de Lactancia Materna dentro de SESPAS en 1988, sus actividades han estado limitadas a definir la política como parte de las Normas de Supervivencia Infantil. Aunque estas Normas han sido publicadas, no son específicas y contienen muchos errores. Las mismas han sido distribuidas, pero hay muy poca evidencia de su aplicación. Tienen que ser revisadas.

Las Normas refuerzan el alojamiento conjunto y la lactancia materna inmediatamente después del nacimiento. Sin embargo, contraindican incorrectamente la lactancia materna para los bebés con bajo peso al nacer e infecciones y de los partos con complicaciones. Otras inadvertencias críticas en las Normas que tienen que ser encaradas incluyen la falta de prioridad que se le otorga a (1) la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida; (2) la lactancia materna prolongada más allá de los dos años; (3) normas de orientación sobre la introducción de alimentos sólidos y semisólidos; (4) la importancia de la lactancia materna para los bebés con enfermedades o diarrea.

Aunque a nivel legislativo la lactancia materna no recibe atención, la Ley de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, redactada en 1985 todavía no se ha convertido en ley, las agencias donantes la han identificado como una intervención de salud prioritaria y están comprometidas con el respaldo a las actividades y a la investigación de lactancia materna. Sin embargo, esto va a ser difícil de llevarse a cabo sin una política bien definida que encare los problemas y las necesidades de lactancia materna de la República Dominicana y el compromiso de ponerla en práctica.

SECCION IV

SERVICIOS FORMALES Y TRADICIONALES DE SALUD

El objetivo de esta sección es el de evaluar la existencia, el contenido y la accesibilidad de servicios de apoyo a la lactancia materna suministrados por los sectores de salud tradicional y formal en la República Dominicana. Estos servicios se describirán con respecto a la atención prenatal, de maternidad del postparto y de salud infantil, a fin de identificar las necesidades de medidas, políticas e investigación destinadas a mejorar las prácticas de lactancia materna dentro de estos servicios.

A. SECTOR DE SALUD FORMAL

1. Panorama

El sector de salud en la República Dominicana se compone de servicios públicos y privados. El sector público incluye la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), el Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS), el Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas y la Policía (ISSFAPOL), y el Consejo Estatal del Azúcar (CEA). Los servicios privados los suministran los médicos por medio de clínicas. Las Iguales Médicas son planes privados pagados por anticipado que ofrecen servicios de salud en las zonas urbanas. Unas 19 Iguales Médicas controlan el 75% del mercado de seguros médicos privados en el país. Treinta y dos grupos de seguros médicos privados ofrecen seguros de salud a los trabajadores del sector privado y a sus dependientes. Muchas de las organizaciones no gubernamentales (ONG), cuyo número asciende a más de 400, suministran servicios de salud en zonas urbanas y rurales, aunque su capacidad es limitada.

La Encuesta de Hogares para 1987 recogió datos acerca del uso de servicios formales de salud. Según los datos de esta encuesta, aproximadamente el 11% de la población utiliza seguros médicos privados pagados por anticipado, el 5,9% está cubierto por el IDSS y el 4% por ISSFAPOL, lo cual arroja que el 76% de la población está cubierta por SESPAS. Esta encuesta también mostró que los servicios médicos privados se usan para el 50% de todas las visitas médicas en consultorios externos y el 46% para hospitalizaciones de la población no asegurada. En realidad, el SESPAS cubrió el 42% de las visitas de pacientes externos y el 46% de las hospitalizaciones de la población no asegurada.

Teóricamente, SESPAS es el mayor proveedor de servicios de salud, aunque la cobertura exacta se desconoce y los estimados varían entre el 40 y el 60%. Durante los últimos 15 años, SESPAS ha forjado una amplia infraestructura de servicios formales de salud. Actualmente cuenta con 527 clínicas rurales, 113 hospitales de zona y subcentros de salud que prestan servicios de salud materno infantil, y 47 hospitales urbanos. El sistema emplea 2.740

médicos, 420 enfermeras diplomadas, 4.000 asistentes de enfermería y aproximadamente 6.000 promotores y supervisores de salud comunitaria.

El país se divide en ocho regiones de salud. Cada región cuenta con un director y un equipo regional compuesto de un epidemiólogo, una enfermera en salud materno-infantil, un nutricionista y un estadígrafo; ellos tienen la responsabilidad de la ejecución, monitoreo y la evaluación de programas de salud y de una red de hospitales de zona, subcentros de salud y clínicas rurales. Los hospitales y los subcentros suministran servicios con personal médico especializado en pediatría, ginecología y obstetricia.

Cada clínica rural la dirige un médico recientemente graduado conocido como el "Médico Pasante". Dicho médico trabaja en conjunto con un asistente de enfermería para prestar servicios de atención primaria de salud a la comunidad, con la asistencia de promotores de salud y sus supervisores. En teoría, cada supervisor es responsable por 8 a 10 promotores y cada promotor, a su vez, por 60 a 80 familias.

Bajo el sistema de Servicios Básicos de Salud establecido a inicios de la década del 80, se capacitaron aproximadamente 6.000 promotores en atención primaria de salud. Luego de un cambio en el gobierno, se reemplazó a casi todos los promotores capacitados. Hasta la fecha, solamente 850 de los nuevos promotores han recibido capacitación en actividades de supervivencia infantil con base en el recientemente producido Manual del Promotor.

Ha habido un deterioro general de SESPAS y la utilización de sus servicios ha descendido en forma significativa desde 1987, debido a la carencia de equipo, materiales, medicamentos y apoyo administrativo. Como resultado, ha habido un aumento en el uso de la atención privada de salud. De la misma manera, las ONG están prestando más atención a la población indigente en las zonas rurales y en las comunidades urbanas.

2. Atención prenatal

a. Cobertura

La Encuesta Demográfica de Salud (EDS, 1986) mostró que la República Dominicana cuenta con una elevada cobertura prenatal (94,8%). En el 66,4% de los embarazos, la atención prenatal la suministra un médico, y en el 0,6%, una partera. Solamente el 4,4% de los embarazos no recibe ningún tipo de atención prenatal. El Cuadro IV.1 muestra la cobertura de atención prenatal de acuerdo con la edad de la madre, el nivel educacional, la zona urbana o rural, y la región de salud. Las tasas no varían mucho por región geográfica o por edad de la madre, pero son algo más bajas entre las mujeres con bajo grado de escolaridad (84%).

La atención prenatal del sector público se suministra por medio de los hospitales de SESPAS, los subcentros y las clínicas rurales y cubre el 60% de los embarazos en las zonas rurales y el 30% en las urbanas (Encuesta de Hogares, 1987). Los servicios prenatales privados se usan más en las zonas urbanas y han tenido un crecimiento rápido en los últimos años en las ciudades más grandes del país. Las organizaciones privadas de planificación familiar tales como PROFAMILIA y ADOPLAFAM cuentan con más de 200 clínicas que ofrecen atención prenatal, principalmente en las zonas marginales urbanas.

CUADRO IV.1

DISTRIBUCION DE NACIMIENTOS EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS EN LOS CUALES LAS MADRES RECIBIERON ATENCION PROFESIONAL DURANTE EL EMBARAZO, DE ACUERDO CON LA EDAD Y LA EDUCACION DE LA MADRE, LA ZONA Y LA REGION DE SALUD

Variable y Categoría	% que Recibe Atención Prenatal
EDAD DE LA MADRE	
Menos de 30 años	95,6
Más de 30 años	92,9
EDUCACION	
Sin educación	83,6
Escuela Primaria	94,3
Escuela Secundaria	98,9
Universidad	100,0
ZONA	
Urbana	95,9
Rural	93,3
REGION	
0 (Distrito Nacional)	94,5
I	96,8
II	96,7
III	96,7
IV	92,6
V	93,6
VI	89,3
VII	97,9
TOTAL	94,8

Fuente: EDS, 1986

b. Cantidad de visitas de atención prenatal

No hay estadísticas del número de visitas prenatales que hacen las mujeres, pero por las entrevistas y la información PSI/CAP (1990), se estima que son entre cuatro y siete por embarazo. Estas numerosas visitas suministran excelentes oportunidades para que los proveedores de atención prenatal eduquen a las mujeres acerca de la lactancia materna y la nutrición maternoinfantil.

En una encuesta de salud participatoria de Mujeres Dominicanas para el Desarrollo (MUDE, 1990) más del 80% de las mujeres campesinas miembros tenían de seis a siete visitas prenatales. Las mujeres que daban a luz en un hospital materno de Santo Domingo también recibían atención prenatal regularmente, aunque el 77% lo hizo antes del quinto mes de embarazo (Hay, 1990). Casi todas (91%) consideraban que las visitas prenatales eran importantes y 97% sabían dónde hacerlas. Las razones de las visitas eran para estar bien seguras y por obligación.

c. Calidad de la atención prenatal: normas de lactancia materna en las visitas prenatales

Un estudio reciente de CENISMI (1990) estableció que la calidad de la atención prenatal que se ofrecía en las salas de maternidad en Santo Domingo es deficiente. La elevada cobertura prenatal documentada por muchos estudios recientes (EDS, 1986; CENISMI, 1988: "Epidemiología del bajo peso al nacer") contrasta con la elevada incidencia de problemas de embarazo, desnutrición, el bajo peso al nacer y elevada mortalidad materna. El estudio del CENISMI estima que el 40% de la atención prenatal es inadecuada en los servicios públicos y en el 15% de los servicios prenatales privados.

Como parte de la Política Nacional de Salud para 1986-1989, se prepararon normas para SESPAS y se incluyeron en el Plan Nacional de Supervivencia Infantil. Estas normas se distribuyeron a los directores de hospitales y subcentros de salud en todas las regiones. Sin embargo, nunca se pusieron en práctica debido a que su distribución no fue pareja con la capacitación en lo relativo a su contenido.

El equipo de evaluación interrogó a las madres en las salas de maternidad acerca de la información que recibían sobre la lactancia materna durante las visitas prenatales. Ninguna de las madres había recibido asesoramiento alguno ni se le había examinado los pezones. Desafortunadamente, debido a la huelga de médicos en los hospitales y subcentros de salud, el equipo no pudo observar la atención prenatal ni evaluar el cumplimiento con las normas de lactancia materna por parte del personal ordinario de salud.

De momento no existe consejería de lactancia materna en las salas de maternidad ni hay materiales didácticos sobre lactancia materna

que se distribuyan a las mujeres embarazadas o a las madres primerizas. Afortunadamente, no hay promoción o distribución de fórmulas infantiles a las mujeres embarazadas en la atención prenatal suministrada por los servicios de salud pública.

3. Normas de atención de partos en hospitales y clínicas

a. Resumen de indicadores estadísticos

Partos

La atención obstétrica es altamente institucional: el 90% de los partos son atendidos por personal profesional en los hospitales y los subcentros de salud. La EDS de 1986 halló que el 54,8% de los nacimientos fueron asistidos por médicos y el 36% por enfermeras. Solamente en las zonas predominantemente rurales, los partos fueron atendidos por parteras que no habían tenido capacitación de los servicios formales de salud. La cobertura institucional de los partos es alta en todas las regiones de salud; sin embargo, en dos regiones, (IV y VI), más del 20% de los partos no fueron asistidos por personal calificado (Cuadro IV.2). Era mucho más probable que las madres educadas tuvieran un parto asistido en comparación con las que no lo eran. Esto puede explicarse por la mejor accesibilidad a los servicios de salud, dado que las mujeres educadas tienden a vivir en zonas urbanas.

Aunque el coeficiente de parto institucional es alto, se ha puesto en tela de juicio la calidad en los informes técnicos de CENISMI/MEPES (1990). Estos informes hacen notar la elevada mortalidad de los niños con bajo peso al nacer dentro de las 48 horas (17%) y a los siete días de vida, así como la frecuencia de infecciones maternas.

Distribución de partos en los establecimientos del sector público

La tasa bruta de nacimientos en la República Dominicana se estima en 31,1 por cada 1.000 habitantes. Según cálculos de ONAPLAN/CELADE el promedio anual de nacimientos de niños vivos en el período 1985-1995 es de 213.000. El total de partos de niños vivos en los establecimientos públicos alcanzó 110.883 en 1990, lo que significa que aproximadamente el 51% de los niños que nacieron fueron paridos en los establecimientos de SESPAS. Las Regiones Sanitarias 0 y II donde se encuentra la mayor parte de la población, tuvieron la proporción mayor de dichos partos, con el 23% y el 25% respectivamente, mientras que la Región VII, escasamente poblada, tuvo el más bajo (5%).

CUADRO IV.2

DISTRIBUCION DE PARTOS EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS EN LOS
 CUALES LAS MADRES RECIBIERON ATENCION PROFESIONAL DURANTE EL
 ALUMBRAMIENTO DE ACUERDO CON LA EDAD Y LA EDUCACION DE LA MADRE,
 LA ZONA Y LA REGION DE SALUD

Variable	% de asistencia en el alumbramiento
EDAD	
Menos de 30 años	91,7%
Más de 30 años	85,5%
EDUCACION	
Sin educación	73,3%
Escuela Primaria	88,4%
Escuela Secundaria	97,6%
Universitaria	98,6%
ZONA	
Urbana	95,0%
Rural	82,8%
REGION	
0 (Distrito Nacional)	96,9%
I	92,0%
II	90,9%
III	85,7%
IV	79,9%
V	86,7%
VI	76,3%
VII	87,9%
TOTAL	89,7%

Fuente: EDS, 1985.

Partos por cesárea

La tasa media de cesáreas en los establecimientos del SESPAS se estima en un 8% y es la tasa más alta de la Región I (22,2%) y la más baja en la Región V (2,5%). Desde todo punto de vista, estas tasas son bajas. La información obtenida de CENISMI/MEPES (1990) por ejemplo, mostró que el coeficiente de cesáreas en los

hospitales públicos era por lo menos el doble (15 al 30%) y en los hospitales privados de un asombroso 90%. Este informe también ocasionó preocupaciones debido a la elevada incidencia de complicaciones por cesáreas en los hospitales públicos y puso en duda la relación costo-beneficio de esta práctica común en los hospitales privados.

Esta tasa tan alta de cesáreas es motivo de alarma y tiene un efecto sobre la lactancia materna. Por lo general en la República Dominicana se separa a los niños de las madres, después de una operación cesárea, y se les alimenta con fórmula.

Bajo peso al nacer

El peso medio al nacer se estima en 2.987 ± 598 gramos (CENISMI) o por encima del límite de los 2.500 gramos del bajo peso al nacer (BPN). Para niños nacidos a término normal (40 semanas), el peso medio es de 3.179 ± 594 gramos. Aunque este peso medio al nacer es relativamente alto, se estimó que entre 1981 y 1986, el 15,8% de niños nacidos en la clínica de maternidad más grande de Santo Domingo tuvieron BPN. El 54% de ellos fueron prematuros y el 16% fallecieron.

En la Encuesta de Nutrición de 1987 se estimó que el 10,2% de los nacimientos de niños vivos tenía bajo peso al nacer. Actualmente, la prevalencia de niño con PBN varía entre 10 y 25% y la de niños con muy bajo peso en (<1.500 gramos). Según información de CENISMI (1990), el promedio nacional de niños de bajo peso al nacer es del 14% y una tercera parte de éstos son prematuros.

Tasas de iniciación de la lactancia materna

No hay información acerca de las tasas de iniciación de lactancia materna entre los diferentes tipos de establecimientos de salud. La información suministrada por CENISMI (Informe N° 3, 1990) indica que al nivel nacional, el 93% de las madres dominicanas comienzan la lactancia materna y que hay poca diferencia entre las zonas de residencia, la edad o el nivel educacional de la madre.

b. Protocolos o normas de lactancia materna en el parto y en el postparto - sector público

Uso de la oxitocina antes y después del parto

Los medicamentos para controlar el trabajo de parto, la oxitocina y la ergometrina (que suprime la leche materna) no se usan en forma rutinaria en las salas de parto de los pabellones de maternidad del SESPAS. La oxitocina se utiliza únicamente si existen razones médicas que justifiquen la inducción y la conducción del parto. Por regla general, en los hospitales del SESPAS hay escasez de medicamentos, lo que puede explicar la casi completa carencia de estos medicamentos utilizados por médicos que interfieren con

rapidez en los partos, tal como lo evidencian las altas tasas de cesáreas en los hospitales.

Salas de trabajo de parto y alumbramiento

Existen registros prenatales si la madre ha recibido atención prenatal en el mismo establecimiento de salud; de no ser así, la información la suministra la madre en el momento de la admisión para el parto. Los deseos de la madre sobre el uso de sedantes, analgésicos, anestesia u oxitocina durante el trabajo de parto, no se consideran; y el suministro de los mismos se basa solamente en el dictamen del médico de turno.

Mientras observaba en la sala de trabajo de parto en Barahona, el equipo de evaluación confirmó que las madres permanecían en cama sin que se les permitiera tomar líquidos o tener la compañía de miembros de la familia como apoyo. El Director explicó que estas eran reglas del hospital y añadió que si se permitía que los parientes estuvieran allí, la paciente se sentiría superprotegida y no cooperaría.

Los administradores de los tres hospitales que visitaron el equipo explicaron que cada hospital tenía su propia política, aunque ninguno pudo enseñarla. Muchos dijeron que habían oído hablar de las Normas PLANSI pero que no estaban del todo familiarizados con su contenido sobre lactancia materna. (Nota: Las Normas PLANSI nada dicen del suministro de líquidos a las mujeres durante e inmediatamente después del parto).

Alojamiento conjunto

La capacidad de las salas de maternidad varía entre 10 y 20 camas en los subcentros de salud y de 60 a 70 en las de Santo Domingo. La higiene es deficiente, hay carencia de sábanas, y faltan batas para las madres (la mayoría de ellas usa su propia ropa), cosa que se observó en todos los hospitales de la zona, menos en uno.

Las Normas PLANSI recomiendan alojamiento conjunto y apego precoz. El alojamiento conjunto se practica comúnmente en los hospitales públicos y en los subcentros; sin embargo, no se supervisa y no se recibe del apoyo personal médico y de enfermería. Se tiene la sensación de que se respetan estas normas porque son obligatorias, más que debido al interés de respaldar la lactancia materna. La apatía parece ser norma entre el personal.

Cuando el parto es normal el bebé se lleva a la madre en la hora siguiente al nacimiento (el personal médico dice "inmediatamente después del parto" o "en la primera hora después del parto") de manera que se pueda comenzar la lactancia materna. Antes de iniciar la lactancia materna no es común dar soluciones de glucosa o fórmula infantil a los recién nacidos de madres con partos normales, aunque debe indicarse que se separa a los niños de las

madres bajo condiciones definidas y también cuando el personal médico lo considera necesario. En estos casos, se les da fórmula a los niños en las guarderías, y no se hace un esfuerzo alguno para promover la lactancia materna.

Consejería

No hay consejería acerca de la lactancia materna en los establecimientos de salud pública. El personal de las salas de maternidad no está capacitado en lactancia materna ni en apoyarla. Hemos observado indiferencia y apatía por parte del personal de enfermería con relación a brindar apoyo a las madres. Los recién nacidos "permanecen" con las madres y dependen de su experiencia previa para una lactancia materna adecuada. No se capacita al personal médico sobre cómo identificar y prevenir problemas de lactancia materna. No tienen conciencia de la importancia de los exámenes de mamas para identificar pezones problemáticos, o de las diferentes posiciones para prevenir problemas de lactancia materna.

Esta carencia de apoyo afecta negativamente a las madres que no pudieron amamantar a sus bebés en ocasiones anteriores, o que tuvieron dificultades para hacerlo. Las madres primerizas tampoco están conscientes de las posiciones correctas de amamantamiento, o tienen una serie de tabúes o creencias contra la lactancia materna que les impide establecer prácticas óptimas. Precisan consejería simple y directa.

En las salas de trabajo de parto y de puerperio no hay protocolos para consejería de lactancia materna. Las madres están "abandonadas y solas", sin ninguna orientación respecto al tipo de alimentación de sus recién nacidos; ni de los beneficios del calostro; ni de la necesidad de succión frecuente para estimular la bajada de la leche materna. Se las permite escoger el horario de alimentación de sus recién nacidos. El hecho de que se dé a las madres de baja dentro de las nueve a doce horas del parto también inhibe el seguimiento y la educación. Aunque las fórmulas infantiles se donan a las guarderías, no se ha comprobado que se las distribuyan directamente a las madres o que se les suministren luego de que se les da de alta.

Pocos médicos particulares promueven la lactancia materna o aconsejan a sus pacientes acerca de dichas técnicas. Por el contrario, cada vez que hay alguna dificultad con el parto o con la lactancia, les recetan gustosamente la fórmula infantil.

Unidades de perinatología o pabellones para recién nacidos

Las Normas PLANSI nacionales y de los hospitales privados establecen que los recién nacidos deben separarse de la madre cuando han tenido problemas durante el embarazo y el parto. Las razones de separación son las siguientes:

- Bajo peso al nacer o premadurez
- Asfixia neonatal
- Niños potencialmente sépticos
- Madres toxémicas
- Madres con cesáreas
- Madres con infecciones (ver Sección III)

Estos niños se colocan en unidades de guardería en donde se les administra fórmula donada por compañías farmacéuticas por medio de pedidos firmados por el personal médico a cargo de estas unidades (ver Sección VIII). En dichas unidades, el acceso de las madres a sus niños está restringido y no se promueve la lactancia materna. El equipo observó que a los recién nacidos colocados en estas unidades se les alimentaba con biberones que contenían fórmula. Su capacidad de succión significa que podían haber sido amamantados por sus madres. Ninguna de estas unidades, sin embargo, tenía espacio o contaba con sillas en las que las madres pudieran darles pecho a sus bebés.

Tampoco hay provisiones de procedimientos para que las madres se puedan extraer el calostro (versus un banco de leche materna que se trata más adelante) de manera que pudiera ser administrada mediante una sonda nasogástrica o taza a los niños de muy bajo peso al nacer hasta que se desarrolle su reflejo de succión.

El método de "Canguro" para el cuidado de los niños con BPN mediante el contacto con la piel de las madres y la toma frecuente del pecho no se utiliza en los hospitales de la República Dominicana. Un médico recibió capacitación en este método en Colombia, pero desde su regreso nunca lo ha practicado.

Tanto a nivel nacional normativo como a nivel de hospital hay políticas de separación madre-niño bajo circunstancias especiales. Esto tiene un impacto negativo en la lactancia materna y en la supervivencia de los niños con bajo peso al nacer o problemas perinatales. No es sorprendente que en el Hospital Materno de Altigracia en Santo Domingo el neonatólogo le informara al equipo que la incidencia de sepsis neonatal en los recién nacidos es común y que han tenido casos de enterocolitis necrotizante y muertes de niños con estas patologías. La literatura pediátrica cuenta con varios ejemplos que ilustran que estas enfermedades fatales en los recién nacidos pueden prevenirse con el calostro y con la leche de sus propias madres.

Bancos de leche materna

Durante el período 1982-1985, después de participar en el Seminario sobre Lactancia Materna patrocinado por el INCAP en Contadora, Panamá, se establecieron los primeros bancos de leche materna en la República Dominicana como parte de un proyecto de investigación. En un momento dado, había diez bancos de leche materna operando, pero muchos se cerraron debido a la falta de apoyo por parte de las autoridades del hospital y de la División de Salud Maternoinfantil de SESPAS. Actualmente solamente funcionan tres bancos de leche materna, dos en hospitales de Santo Domingo y uno en un hospital de Santiago. Estos operan gracias a la buena voluntad de las personas que los administran. No reciben ningún apoyo del Programa Nacional de Lactancia Materna ni de los directores de hospital, ni tampoco cuentan con personal asignado permanentemente.

No es sorprendente que dichos bancos sean marginalmente operacionales y que almacenen poca leche. Un ejemplo de su deterioro es el Hospital Las Minas, en Santo Domingo, donde recolectaron 8.186 onzas de leche en 1988, disminuyendo a 5.558 onzas en 1989 y a solamente 1.949 onzas en 1990.

Los bancos de leche materna también han sufrido en virtud de la publicación de revistas médicas internacionales acerca de la evidencia circunstancial de anticuerpos de VIH en la leche humana, provocando temor que el virus del SIDA pueda transmitirse de esta manera. Sin mayor justificación científico-médica, los bancos de leche materna comenzaron a desaparecer.

c. Protocolos de lactancia materna o normas de parto y de puerperio - sector médico privado

Pocos médicos particulares promueven la lactancia materna con sus pacientes. Por el contrario, cuando hay alguna dificultad con el parto o con la lactancia materna, inmediatamente recetan fórmula al bebé.

Además, la mayoría de los hospitales y clínicas particulares no practican el alojamiento conjunto. A los recién nacidos se les suministra fórmula donada por compañías productoras. A las madres se les dan muestras gratis al salir del hospital como propaganda abierta de las compañías farmacéuticas para su leche artificial (ver Sección VIII). Algunas entrevistadas, se refirieron a los hospitales particulares de las personas como "bodegas de leche artificial".

El informe de CENISMI/MEPES (1989) ratificó que los aspectos negativos indicados en el estudio de INFAC de 1988 acerca de la promoción de lactancia materna en la República Dominicana no han sido superados: (a) la donación de leche en polvo, por parte de compañías ha seguido tanto en los hospitales públicos como en los particulares; (b) la promoción de la lactancia materna ha

disminuido; (c) salvo un banco de leche materna, la promoción oficial es inexistente; (d) la legislación sobre comercialización de sucedáneos de la leche materna todavía está pendiente. El sector privado ha cometido un serio delito.

d. Existencia de un hospital escuela o maternidad modelo

No existe un hospital modelo o de enseñanza que promueva la lactancia materna a nivel privado o público en la República Dominicana. El equipo entrevistó a una pediatra la cual es firme partidaria de la lactancia materna que formó parte de la Asociación de Lactancia Materna en la década de los años 80. Ella todavía promueve el alojamiento conjunto en una unidad de maternidad privada en Santo Domingo. Sin embargo, los otros 13 pediatras que trabajan en la misma institución médica promueven la fórmula infantil. Hay un pediatra en el país que recibió capacitación en administración de lactancia en Wellstart, pero no ha aplicado ni multiplicado su conocimiento a nivel operativo. Actualmente, trabaja en el Programa de Inmunizaciones de SESPAS.

4. Normas de atención de puerperio de la madre y el niño

a. Atención de puerperio en el lugar del parto

No se registra información acerca de atención de puerperio, pero de acuerdo con todas las fuentes, la atención de puerperio es deficiente. No hay sistema de referencia efectivo para enviar a las nuevas madres a las clínicas periféricas. En algunos hospitales públicos, las madres son enviadas a clínicas de planificación familiar para la atención del puerperio, pero, la impresión general es que se niegan a ir. El sector privado parece tener un mejor sistema de seguimiento perinatal; sin embargo no existen estadísticas.

b. Visitas a los niños o a las madres durante el puerperio

Los servicios públicos de SESPAS no incluyen visitas de seguimiento a domicilio para las madres y los niños en el período del puerperio. Los promotores de salud de las ONG asociadas con el Programa de Supervivencia Infantil de la URC en las Regiones Sanitarias IV y VI, visitan a las madres durante el período del puerperio y las aconsejan acerca de la lactancia materna, la nutrición del bebé, las inmunizaciones y la planificación familiar.

Durante las visitas de observación y algunas entrevistas con los promotores de salud de las ONG, el equipo halló que ellos visitan a las madres en forma regular e individual, y refuerzan constantemente las ventajas de amamantar exclusivamente durante los primeros cuatro a seis meses. Estos promotores trabajan con mucho

ahinco y con una gran dedicación, sin embargo, existen algunas limitaciones:

- Su capacitación no comprende exámenes de mamas en el período prenatal o del puerperio para detectar posibles problemas con los pezones.
- No se les enseña consejería técnica o administración de la lactancia materna en caso de que se presenten problemas con la madre o con el bebé.
- La promoción de la lactancia exclusiva durante los primeros cuatro meses no tiene éxito debido a las creencias arraigadas acerca de la importancia del agua y de los tecitos de hierbas que los promotores no están preparados para contrarrestar.

c. Recomendaciones acerca del uso de biberones o de leche en polvo

El período de puerperio no es diferente de lo que se ha informado en forma más general acerca del uso de biberones y de otras leches. Tanto las entrevistas, como las encuestas y los estudios de CAP indican que los médicos son los que recomiendan con más frecuencia sucedáneos de la leche materna. Esta recomendación es norma común en los hospitales particulares y las respaldan las condiciones especiales que afectan a la madre y/o al bebé en los hospitales públicos. También contraindican, en forma más común, la lactancia materna cuando las madres están enfermas, desnutridas, o toman anticonceptivos orales o antibióticos.

d. Monitoreo del crecimiento del niño

Aunque las Normas y la programación de PLANSI/SESPAS incluyen la vigilancia del desarrollo y del crecimiento, esta actividad no se ejecuta en forma sistemática. Hay un gráfico del desarrollo y del crecimiento en la tarjeta de salud del bebé, sin embargo ésta no se usa en forma consistente.

En los últimos años, muchas ONG han diseñado programas de vigilancia del crecimiento para niños menores de 5 años. CARITAS ha capacitado cerca de 200 promotores en salud que trabajan en zonas rurales y urbanas marginales en el programa de ANEP (véase la Sección VIII). Los promotores pesan a los niños todos los meses para detectar a aquellos que no ganan peso en forma adecuada, con el ánimo de adoptar medidas para prevenir la desnutrición. CARITAS ha elaborado diversos materiales educativos para este programa, tales como la Gráfica Comunitaria y el carnet de Vigilancia del Crecimiento que contiene información sobre lactancia materna, nutrición del bebé, e inmunizaciones. El programa cuenta con un componente educacional con tarjetas de consejería (láminas) acerca de la lactancia materna, las comidas de destete y la nutrición del

bebé. Las tarjetas contienen recomendaciones para cambios en las prácticas de alimentación cuando el niño no gana el peso que corresponde a su edad. Para aquellos niños pequeños que no ganan el peso deseado, se recomienda a la madre que los amamante más a menudo y que ella coma e ingiera más líquidos.

El Programa de Supervivencia Infantil de URC, en coordinación con SESPAS, ha capacitado a los promotores de las ONG en el pesaje, el monitoreo y la educación en nutrición y ha diseñado y puesto en práctica una tarjeta de salud para este propósito. La información acerca del crecimiento y del desarrollo se registra en el cuaderno diario que mantiene el promotor de salud.

5. El conocimiento y las actitudes del personal de salud

a. Conocimiento y actitudes del personal médico

En virtud de una huelga nacional de cuatro meses en los servicios de salud pública, no fue posible entrevistar al personal médico "regular". Sin embargo, se entrevistó a médicos civiles y militares que trabajan en los hospitales de SESPAS y en los subcentros de salud. Durante los últimos cinco años muchos médicos han recibido información sobre la lactancia materna a través de seminarios científicos de corta duración (ocho horas), organizados por la Sociedad Pediátrica de Santo Domingo. Estos cursos, que han sido coordinados por la Dra. Josefina García de Coën, en calidad de programa de educación continua de la SPD, no constituye parte de un programa organizado para promover la lactancia materna.

La mayoría de los médicos y enfermeras a quienes se entrevistó conocen bien las ventajas de la lactancia materna para el niño, la madre y la familia, indicando que "los niños amamantados son más sanos", "sufren menos enfermedades tales como diarreas y desnutrición", y que "la leche materna es más económica". Hemos observado que existe una falta general de conocimiento con respecto a la administración clínica de los problemas sobre lactancia materna durante el período del puerperio: pezones invertidos o chatos; irritación o infección de pezones o de mamas; cesáreas; madres toxémicas; niños prematuros o de bajo peso al nacer; niños con problemas de succión o con patologías perinatales; o cuando la madre está enferma o usa drogas. La carencia de este conocimiento lleva fácilmente a los médicos a recomendar el uso de sucedáneos a la leche materna, iniciando de esa manera, o continuando, el uso de leche artificial.

En general, el personal de salud entrevistado tuvo una actitud positiva hacia la lactancia materna, el alojamiento conjunto, el beneficio del calostro y la pronta iniciación a amamantar. Sin embargo, la carencia de materiales y de capacitación técnica les impide promover en forma activa la lactancia materna. Hay una gran brecha entre el conocimiento y la práctica. La tendencia es la de

permitir que la madre y sus parientes decidan que tipo de alimentación se va a utilizar, el horario de amamantamiento, el uso de tés y de agua durante el período neonatal, y la introducción de otros tipos de comida o de leche.

Las enfermeras no reciben capacitación para suministrar el apoyo técnico adecuado a las madres que amamantan en la atención prenatal, de parto y de puerperio. Más importante aún, es que la función de las enfermeras la República Dominicana no tiene importancia. Por consiguiente, es más fácil que ellas adopten un aire de indiferencia o apatía hacia las madres, limitándose a actividades hospitalarias de rutina y a la interacción directa con las madres acerca de cómo tienen que alimentar a sus recién nacidos.

b. Conocimiento y actitudes del personal administrativo

El personal administrativo de los servicios públicos visitados no ha recibido ninguna capacitación formal o informal sobre lactancia materna. Se intentó llevar a cabo esta actividad, pero no se hizo por falta de apoyo.

6. Integración de la promoción de la lactancia materna en los programas de salud

Tal como se trató en la Sección III, la política de lactancia materna de SESPAS/PLANSI no cubre la totalidad de los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa de la OMS/UNICEF (Véase Cuadro III.1). Por ende, no es sorprendente que en los establecimientos de salud pública que se visitaran en Santo Domingo y en las Regiones de Salud IV y VI no se integrara la promoción de la lactancia materna de manera uniforme a los programas de salud pública.

a. Integración de la lactancia materna en los programas de control de enfermedades diarreicas y terapia de rehidratación oral

En virtud de la huelga de médicos, no fue posible entrevistar al personal de salud "regular" de los establecimientos del ramo. Los médicos y enfermeras, que ocupan temporalmente esos puestos, apoyan la lactancia materna como medida preventiva contra la diarrea en niños de menos de un año y como complemento a la terapia de rehidratación oral. El concepto de "prácticas ideales de lactancia" no está afianzado sólidamente.

Los promotores de salud de las ONG asociados con el Programa de Supervivencia Infantil/URC en las Regiones Sanitarias IV y VI integran mejor los conceptos de lactancia materna, control de diarrea y terapia de rehidratación oral en la educación que suministran a las madres.

b. Integración de la lactancia materna en los programas de planificación familiar

Los promotores de planificación familiar no han recibido en su adiestramiento ninguna información sobre la lactancia materna. Tal como se mencionara antes, las organizaciones de planificación familiar privadas PROFAMILIA y ADOPLAFAM prestan apoyo a más de 200 clínicas de salud materna que suministran atención prenatal; sin embargo, la promoción de la lactancia materna no está incluida.

No hay consejería acerca de la lactancia materna en los programas de planificación familiar o viceversa. El uso de métodos anticonceptivos recomendados es bajo. Entre los usuarios de anticonceptivos, hay solamente un 7% que utiliza dispositivos intrauterinos y un 12% que usa preservativos y otros métodos anticonceptivos modernos. Los anticonceptivos orales con baj dosis de estrógeno o los que contienen sólo progestina, no se encuentran fácilmente. A cambio de ello, las lactantes optan por el uso de píldoras anticonceptivas con dosis normales de estrógeno que reducen la producción de leche materna y cuyo uso es inapropiado.

c. Integración de la lactancia materna en los programas de nutrición

Nutrición significa, para mucha gente en la República Dominicana, programas de alimentación (el CRS ha sido la excepción más notoria). En los centros de salud de SESPAS se administra alimentación complementaria a las madres embarazadas y lactantes y a los niños pequeños. Este programa no funciona bien, pero no hay normas de orientación operacionales relacionadas con la lactancia materna, aún si estuviera funcionando.

En las zonas del país en donde los promotores del programa CARE están involucrados en la distribución de alimentos, los conceptos de lactancia materna y de nutrición complementaria han estado integrados a un componente educacional sólido en los programas de alimentación complementaria para madres embarazadas y lactantes. En las clínicas rurales los programas funcionan a través de CARE en coordinación con el SESPAS. En la actualidad, CARE está diseñando una nueva política sobre alimentación complementaria y planea incluir la promoción de la lactancia materna como actividad principal a nivel comunitario. CARE participó en la preparación de los materiales didácticos de PLANSI/CSP/URC y planea utilizar el rotafolio sobre lactancia materna en la capacitación del personal comunitario e institucional de las clínicas rurales de SESPAS.

d. Integración de actividades de lactancia materna dentro de la infraestructura del ministerio de salud

La lactancia materna es un componente del Plan de Supervivencia Infantil (PLANSI) de la Secretaría de Salud (SESPAS). En los últimos años, PLANSI ha sido administrado en forma "vertical" pero ahora está integrado dentro de la División Materno Infantil. Dos coordinadores anteriores del Programa sobre Lactancia Materna han renunciado debido a la carencia de apoyo institucional, de fondos para la capacitación del personal de salud pública y la demora en imprimir materiales educativos y de capacitación. Hasta la fecha, el único logro de PLANSI ha sido la preparación de su Manual de Política que contiene las normas para los Programas de Lactancia Materna. Si PLANSI y su componente de Lactancia Materna comenzara a funcionar nuevamente, sería aconsejable que se adoptaran los materiales de Lactancia Materna y de Supervivencia Infantil/URC para uso a nivel nacional.

e. Supervisión de actividades de lactancia materna en los servicios de salud

Durante las visitas del equipo a las diversas salas de maternidad en Santo Domingo y a los hospitales en las Regiones de Salud IV y VI, observamos la carencia total de guías de supervisión para la lactancia materna. La ausencia de dichos guías proviene de la difusión limitada de la Política sobre Lactancia Materna de SESPAS/PLANSI que se preparó a nivel central y se distribuyó a los Directores Regionales, pero que nunca se llevó a cabo.

B. SECTOR DE SALUD TRADICIONAL

Existe escasa información acerca de proveedores tradicionales de salud dado que el país ha forjado una extensa infraestructura de servicios de formales de salud. Existen algunas cuantas parteras tradicionales que atienden el 7,2% de los partos (EDS, 1986). Ante nuestra solicitud de información acerca de las parteras, el personal de salud del sector formal se manifestó negativo y algunos profesionales médicos negaron su existencia.

Las parteras tradicionales no reciben ningún tipo de capacitación ni del sector formal de salud ni de las instituciones que suministran capacitación a los practicantes de salud. Sus técnicas sobre partos se han transmitido de generación en generación. De acuerdo con las mujeres y los promotores que se entrevistaron en las aldeas de la Región Sanitaria IV en Barahona, las parteras tradicionales atienden partos cuando las madres no pueden llegar al hospital o al subcentro de salud de la localidad. No hay información acerca del suministro de atención prenatal o del puerperio.

No existe deseo político u oficial de reconocer o de capacitar a las parteras tradicionales. En general, existe una fuerte oposición por parte de los médicos, especialmente de los ginecólogos y de los obstetras que apoyan la infraestructura que se forjó en el país en las últimas décadas y piensan que trabajar con parteras sería como dar un paso hacia atrás.

La Licenciada Mireya Arias de Guerra, Presidente de la Asociación de Enfermeras Obstétricas nos informó que están llevando a cabo un estudio en la región de San Cristóbal en donde hay 91 parteras tradicionales, 20% de las cuales trabajan en las zonas rurales de Santo Domingo y 79% en las zonas rurales de San Cristóbal. Durante el período de enero a noviembre de 1990, estas parteras 703 partos. La Asociación piensa obtener ayuda financiera financiación para capacitar las y mejorar sus conocimientos y prácticas de atención de parto en las zonas rurales.

C. CONCLUSIONES

El sector formal de salud suministra la mayoría de los servicios maternoinfantiles en la República Dominicana. Más del 90% de las madres obtiene atención obstétrica y prenatal (más de cuatro visitas). Aun cuando el sector público opera una extensa red de hospitales y centros de salud, el deterioro continuo de su infraestructura ha hecho que una proporción creciente de madres obtenga los servicios del sector privado. Basándose en los hallazgos de altas tasas endémicas de bajo peso al nacer, mortalidad neonatal e infantil, e infecciones infantiles y maternas, el CENISMI ha llegado a la conclusión de que la mayoría de la atención del parto y prenatal es inadecuada y ha puesto en duda muchos de los procedimientos utilizados en los establecimientos privados.

Con una concentración tan elevada de servicios centralizados de SMI, es lamentable que la promoción y la administración de la lactancia materna rara vez se ponga en práctica. Los proveedores principales son los médicos y en menor grado las enfermeras. La mayoría de los profesionales médicos están conscientes de las ventajas que tiene la lactancia materna, pero poco saben de las prácticas óptimas de lactancia materna o de la administración de problemas o simplemente de preocupaciones comunes. Si bien, pueda que ellos les digan a las madres sobre las ventajas de la lactancia materna, no hacen ningún esfuerzo para promoverla en forma activa.

Del dicho al hecho hay mucho trecho. En los hospitales maternos, rara vez se aplica medicación durante el parto, y el alojamiento conjunto es una política practicada, pero estas políticas favorables se acatan más por apatía y por economía que por compromiso con la promoción de la lactancia materna, tal como lo atestigua la completa falta de apoyo que reciben las madres durante el trabajo de parto y en las salas de maternidad. Las

contraindicaciones incorrectas y peligrosas de lactancia materna (bajo peso al nacer, infección materna e infantil, parto por cesárea) son política expresa y no se desafían. Dada la elevada incidencia de complicaciones, se priva en forma innecesaria a muchos niños de las ventajas que tiene para la salud la leche de sus madres. El problema se hace más difícil en los establecimientos privados, pero también hay una gran brecha en las instituciones públicas.

Se pierden más oportunidades de promover una lactancia materna exitosa durante el seguimiento postnatal, las visitas del niño sano, y la planificación familiar. Aunque estos servicios no están muy bien establecidos, especialmente en el sector público, y por consiguiente son menos utilizados, muchos de sus proveedores ofrecen una variedad de servicios que podrían fácilmente incorporar la promoción de la lactancia materna.

Las ONG han tomado la delantera en la promoción de la lactancia materna, que incluyen en todas las actividades de supervivencia infantil llevadas a cabo por promotores capacitados. Los módulos y las estrategias de capacitación, así como los materiales educativos para las madres, han sido elaborados como un esfuerzo coordinado bajo el Programa de Supervivencia Infantil.

El sector de salud tradicional se compone de parteras, que atienden a menos del 10% de los niños, pero la comunidad médica niega su existencia y sus contribuciones. Por consiguiente, se ha hecho muy poco esfuerzo por cuantificar su cantidad y actividades. Muchas ONG y muchos trabajadores de salud piensan que estas parteras son más numerosas y más activas que lo que se creía, y que dada la situación económica y del sector de salud pública en la República Dominicana, es más probable que su cantidad crezca. Suministrarles a las parteras la capacitación en salud materno infantil, lo que incluye promoción y administración de la lactancia materna, podría ser una forma oportuna y efectiva de llegar y de hacer seguimiento a las madres y a los niños de mayor riesgo en las zonas urbanas y rurales marginales.

SECCION V

PROGRAMAS DE CAPACITACION PARA PROVEEDORES DE ATENCION DE SALUD

Esta sección identifica y describe los programas de capacitación en lactancia materna existentes para los proveedores clave de atención de salud en el sector tradicional, privado y público de la República Dominicana. Esta evaluación es necesaria para identificar los puntos fuertes y los débiles de la capacitación existente para mejorar el diseño de futuros programas de capacitación y materiales de lactancia materna.

A. CAPACITACION DEL PROVEEDOR FORMAL DE ATENCION DE SALUD

En la República Dominicana existen trece facultades de medicina, cinco escuelas de enfermería, y tres de nutrición. Muchas de estas universidades son privadas, aunque la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) es pública, gradúa la mayor cantidad de médicos y enfermeras. El curriculum médico de estas universidades varía y actualmente no cubre salud comunitaria, en general, o lactancia materna, en particular. El tema de la lactancia materna se discute en clases de pediatría y en su mayoría consiste de unas pocas horas de teoría. Las escuelas de enfermería dedican dos horas de instrucción a la lactancia materna en cada una de las cuatro materias: pediatría, salud comunitaria IV y V y obstetricia-ginecología. Los cursos cubren la anatomía y la fisiología de la lactancia, la nutrición infantil, y los beneficios de la lactancia materna, con énfasis en los aspectos inmunológicos y de apego. Actualmente, el departamento médico de la UASD, coordina la labor junto con otras facultades de medicina de revisar y estandarizar el curriculum de medicina y de enfermería y de incorporar contenidos de atención de salud. En este momento solamente la Universidad Pontificia Madre y Maestra de Santiago y el INTEC (Instituto Tecnológico de Santo Domingo) tienen trabajos prácticos en medicina comunitaria.

La División de Recursos Humanos del SESPAS ofrece educación permanente al personal de la Secretaría, pero no incluye lactancia materna o ninguna otra intervención de supervivencia infantil. Hasta hace poco, el Plan de Supervivencia Infantil (PLANSI) del SESPAS era un programa vertical, responsable de su propia capacitación, sus materiales y normas. En 1990, se integró al PLANSI dentro de la División de Salud Maternoinfantil. Antes de que esto sucediera, el PLANSI elaboró un manual de capacitación del promotor (Manual del Promotor de Salud) y capacitó 800 de los 6.000 promotores del SESPAS, en su mayoría las regiones de salud restantes no cubiertas por el Programa de Supervivencia Infantil de la University Research Corporation (URC/PSI). La lactancia materna es una parte de esta capacitación del promotor de salud.

El Manual es un documento bien ilustrado que cubre la lactancia materna junto con otras 32 intervenciones de salud --demasiadas para los promotores que tradicionalmente limitan sus responsabilidades de promoción de salud a las campañas de vacunación. Como sucede con las Normas del PLANSI, el Manual del Promotor no está bien organizado y contiene algunos errores. Sin embargo, apoya la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro meses de vida del bebé, y su continuidad durante periodos de enfermedad y diarrea. Las recomendaciones acerca de complementos se ilustran claramente y se basan en las comidas que se encuentran y se consumen localmente. Se da, una vez más, mucho énfasis a las ventajas generalmente conocidas de la lactancia materna, aunque no se hace mención alguna de las medidas recomendadas para la lactancia materna con éxito: por ejemplo, el amamantamiento frecuente y a pedido del niño, posiciones correctas y problemas de manejo.

Prácticamente, no se lleva a cabo ninguna capacitación de lactancia materna en hospitales públicos o particulares para el personal que ayuda la maternidad o a los recién nacidos. Los hospitales tienen su propia política que no incluye la promoción de la lactancia materna o la administración por parte del personal. Tal como se mencionara anteriormente, en los hospitales públicos los recién nacidos de parto normal se ponen junto a las madres, sin ningún apoyo para comenzar la lactancia materna.

La capacitación más amplia y substancialmente reconocida para doctores y enfermeras la suministra la Sociedad Pediátrica Dominicana (SDP) por medio de sus talleres de ocho horas que se llevan a cabo sobre una base irregular, como parte de un programa voluntario de educación permanente. De 1985 a 1990, el SDP dictó unos 50 cursos y suministró capacitación a estudiantes de medicina y enfermería, así como a los promotores. Durante este periodo, los siguientes trabajadores de salud recibieron de la SPD capacitación en lactancia materna:

Médicos Docentes (Pediatras y Obstetras/Ginecólogos)	58
Pediatras, Clínicos Generales, Internistas	8.215
Estudiantes de medicina	2.389
Enfermeras docentes	281
Enfermeras profesionales	514
Enfermeras auxiliares	1.474
Promotores	263
TOTAL	13.194

Además, la SDP capacitó a 445 voluntarios de la comunidad y 8.215 madres en colaboración con varias ONG.

En la República Dominicana no se les exige a los profesionales médicos que sigan cursos para mantener su licencia, de manera que la asistencia es baja y la demanda no es espontánea. Los materiales para estos cursos consisten de una colección de

artículos bien seleccionados de 1984, o anteriores, compilados por el INCAP y aumentados con estudios dominicanos de la SDP y del Centro Nacional de Investigación de Salud Maternoinfantil (CENISMI), y un folleto de lactancia materna basado en una revisión científica de las ventajas de la lactancia materna el cual fue compilado en 1982. Los contenidos del curso también hacen énfasis en las ventajas de la lactancia materna, sin entrar en detalles de administración técnica o clínica. El UNICEF ha ayudado a la SDP por medio del patrocinio del folleto y los cursos, así como también con las reuniones técnicas que organiza el CENISMI. A estas reuniones, en las cuales se discuten las conclusiones que arrojan las investigaciones del CENISMI relacionadas con la salud de los niños dominicanos, asisten en su mayoría profesionales médicos de alto nivel.

Las referencias técnicas para el apoyo a la capacitación son limitadas y generalmente están desactualizadas. Una búsqueda de la información científico-técnica que existe en la biblioteca del UASD consistió de 13 artículos solamente, de los cuales 12 eran de autores dominicanos, publicados durante 1980-90. La OPS está trabajando para unir las principales escuelas de enfermería y facultades de medicina dominicanas con un servicio de información por computadora para suministrar acceso a las últimas publicaciones relacionadas con la salud.

Aunque hay muchas personas dedicadas y comprometidas en la capacitación y la promoción de la lactancia materna y de los bancos de leche materna, la mayoría de ellas han aprendido solas, han tomado algún curso aislado, o han asistido a conferencias acerca de la lactancia materna, siendo la Conferencia de Lactancia Materna de Contadora en Panamá, en 1982 la más importante de ellas. Su entusiasmo ha resultado en todo el apoyo a la lactancia materna y las actividades que existen en la República Dominicana actualmente. Sólo un profesional recibió capacitación intensiva en Wellstart en 1985. La única contribución de este médico a la promoción de la lactancia materna ha sido su participación en una sesión de capacitación en administración clínica de la lactancia organizada por su División de Nutrición de SESPAS con el apoyo del INCAP. Como resultado de esta capacitación, SESPAS ha establecido bancos de leche en sus hospitales maternos más grandes, y ha instituido el alojamiento conjunto y la lactancia materna precoz en todos sus hospitales. En 1991, después de muchos años como Director de la División de Nutrición, el único experto capacitado en lactancia materna en la República Dominicana se convirtió en el Director del Programa de Inmunización del PLANSI donde el efecto multiplicador de su capacitación es limitado.

Los cursos de lactancia materna y capacitación del personal de salud formal no se diseñan ni se llevan a cabo en base a ningún tipo de evaluación de necesidades, aunque existe un cúmulo de información para estimar dichas necesidades. La mayoría de los cursos resultan principalmente de los esfuerzos de unos pocos

individuos dedicados, tales como los de la SDP y, con el apoyo financiero de Nestlé, la SDP y UNICEF. Con el acuerdo general entre organismos donantes sobre la importancia de la lactancia materna para asegurar la supervivencia de los niños dominicanos, debe haber respaldo técnico y fondos operativos para mejorar la capacitación de los profesionales que examinan a las madres embarazadas, que están presentes cuando los niños comienzan a amamantar y que son para las madres la fuente predilecta de consejo sobre lactancia materna.

B. CAPACITACION EN EL SECTOR PRIVADO

En el área de capacitación sobre lactancia materna, el personal de salud de las ONG ha tenido mucha más suerte que el del sector público o el de las universidades. En gran parte ello puede atribuirse al programa de URC/PSI apoyado por la USAID, la cual suministra apoyo técnico y financiero a las actividades de supervivencia infantil las ONG participantes y el SESPAS llevan a cabo en sus Regiones destinatarias de Salud IV y VI. Sin embargo, los esfuerzos independientes en la promoción de la lactancia materna y la capacitación que recientemente lanzara el CARE y llevara a cabo por cerca de una década el CRS/Caritas, así como las de las ONG que no participan, no deben ignorarse. De hecho, muchas ONG todavía utilizan los materiales de capacitación y las técnicas que elaborara Caritas para su ampliamente aclamado Programa Aplicado de Educación en Nutrición (ANEP).

Bajo la dirección de Save the Children, el programa inicial de la USAID/PSI, con la plena participación de las ONG afiliadas y de los representantes de SESPAS, elaboró módulos de capacitación para docentes y supervisores de promotores, y rotafolios para la educación comunitaria para cada uno de los componentes de supervivencia infantil, así como un simple folleto de lactancia materna para madres. Los módulos de capacitación los está revisando actualmente URC, el nuevo contratista que administra el PSI. Los rotafolios se distribuyeron a los equipos de la ONG en el terreno, pero la carencia de capacitación conexa y de seguimiento ha resultado en un uso limitado.

El equipo de evaluación entrevistó a una cantidad de promotores que trabajan con las ONG afiliadas con la URC/PSI y se ha encontrado con que todas han promovido activamente la lactancia materna dentro de sus comunidades. Dado que estas visitas tuvieron lugar antes de la terminación y de la distribución de los rotafolios y de los módulos, hemos hallado que cada ONG capacitó a sus promotores de acuerdo con sus propios procedimientos. En la Región IV (Barahona) la asistencia técnica y la capacitación coordinada han tenido bastante éxito. Algunas ONG han elaborado sus propios materiales, mientras que otras han utilizado las preparadas por URC/PSI o por otras organizaciones. Los promotores estaban bien informados sobre las ventajas de la lactancia materna y comprendieron la importancia

de la lactancia exclusiva durante los primeros cuatro meses de vida, aunque muy pocos tuvieron éxito en convencer a las madres a que lo hicieran. Los promotores no sabían cómo manejar o prevenir las complicaciones.

C. CAPACITACION DEL SECTOR TRADICIONAL

Tal como se mencionara en la Sección IV, el sector formal no reconoce la existencia de parteras tradicionales y por consiguiente no hay programas de capacitación para ellas. La Asociación de Enfermeras de Ginecología y Obstetricia ha realizado el primer intento de identificar asistentes tradicionales de parto en la zona de San Cristóbal para capacitación eventual. La OPS ha demostrado interés en una encuesta a nivel nacional. Estos esfuerzos, sin embargo, todavía están en etapa de planificación.

D. CONCLUSIONES

En la República Dominicana la capacitación de profesionales de la salud en lactancia materna es mínima empezando por la preparación anterior al servicio, que no es coherente y no encara prioridades. No es sorprendente, por consiguiente, que los graduados no promuevan la lactancia materna en su práctica, que ellos establezcan y cumplan normas incorrectas y peligrosas, y que sean la fuente principal de consejo incorrecto a las madres acerca de la lactancia materna y de la alimentación infantil.

La capacitación en funciones también está limitada así, como los recursos para la capacitación en funciones si un grupo deseara dirigir la capacitación. Aunque exista mucha investigación e información, no es fácilmente accesible. La necesidad de capacitación en el área de la lactancia materna para profesionales de la salud es urgente y oportuna, dado el interés de la comunidad de donantes en apoyar la lactancia materna y los esfuerzos actuales de revisar y uniformar los curriculums universitarios. Un núcleo de profesionales de la localidad bien capacitados (docentes principales) sería la clave del éxito en un esfuerzo de capacitación nacional.

La capacitación del personal de las ONG a nivel comunitario en lactancia materna ha sido más serio y lo coordina y apoya la URC/PSI. Este esfuerzo ha resultado en un trabajo de apoyo activo de una gran cantidad de promotores en sus comunidades destinatarias. Con base en la experiencia de algunos promotores rurales muy activos e informados, el reto más difícil sigue siendo el de convencer a las madres dominicanas a amamantar exclusivamente a sus niños durante los primeros cuatro meses de vida. Para esto, los promotores necesitarán capacitación en técnicas de motivación.

La comunidad médica no reconoce a las parteras tradicionales en la República Dominicana, aunque considera que su contribución es más extensa que lo que se admite oficialmente y que puede aumentarse. Sería prudente considerar orientarlas hacia la iniciación apropiada de la lactancia materna.

SECCION VI

LA SITUACION DE LA MUJER: SUS SISTEMAS DE TRABAJO Y DE APOYO

Como resultado del decaimiento en las condiciones económicas y del aumento de su nivel educativo, cada vez más mujeres ingresan a la fuerza laboral. El bajo status de su empleo y la carencia de sistemas de apoyo han hecho difícil que puedan cuidar de sus niños de manera óptima.

Es importante, por consiguiente, identificar aquellas áreas con posible cambio de política orientada al mejoramiento y consejo institucional y comunitario para madres lactantes en diferentes medios de trabajo.

A. EL TRABAJO DE LA MUJER

En 1981, el 29% de las mujeres de más de 15 años eran económicamente activas, mientras que en 1960 esta proporción era solamente del 18% (IEPD, 1990). De acuerdo con el ENN de 1987, el 21% trabajaban fuera de la casa, aumentando dramáticamente con el nivel del ingreso: el 15% en la cuarta parte de la población de menores ingresos, y el 38% en la cuarta parte de la población de mayores ingresos. En las zonas urbanas en donde las mujeres superan en número a los hombres, alrededor del 40% trabajan fuera de la casa. (CIPAF, 1991).

En 1983, una tercera parte de las mujeres empleadas eran trabajadoras domésticas, el 29% trabajaban en el sector formal y el 22% en el informal (IEPD, 1990). Un estudio de 1989 realizado en ocho zonas urbanas (Cuadro VI.1) mostró que las mujeres constituían la mayoría de los empleados de oficina (64%) y de servicios (62%); la mitad de los empleados profesionales y técnicos también son mujeres, como lo refuerza la sólida presencia en el sector terciario (48%) (Cuadro VI.2). El Cuadro VI.3 ilustra que la mayoría (63%) de las mujeres ganan salarios bajos (menos de \$DOR 900. equivalente de 138 dólares), aunque las mujeres constituyen el 43% de los que ganan salarios altos.

Las Zonas Francas (ZF) o las Zonas de Libre Comercio se hallan entre los sectores de la economía dominicana que crecen a mayor velocidad. Desde que la primera zona se construyó en 1968, su número se ha expandido a 30 en todo el país, la mayoría cerca de las pequeñas ciudades con abundante suministro de mano de obra. De 1987 a 1990 la cantidad de empleados de las Zonas Francas aumentó de 48.600 a 120.000. De esta fuerza laboral del 70 al 80% son mujeres, que trabajan principalmente en la fabricación de textiles que constituye el 60% de las zonas. En un estudio de tres zonas, CIPAF (1987) encontró que el 76% de las mujeres trabajadoras provenían de áreas fuera de la zona en la que está ubicada la ZF, que el 58% tenían entre 22 y los años, que el 65% tenían hijos y

que el 51% trabajaban para mantener a sus niños. El noventa por ciento trabajaba horas extras en forma regular, el 23% trabajaba 9 horas y el 64% más de 10 horas sin recibir remuneración extra. Las condiciones de trabajo no son óptimas y los comedores y los baños a menudo son insuficientes. La atención de salud la suministra el Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS) al cabo de tres meses de empleo, pero el pago irregular por parte del empleador y los servicios mínimos, hacen que muchas mujeres pidan licencia para buscar atención de salud en hospitales públicos donde las esperas son largas, o en las costosas clínicas particulares.

CUADRO VI.1
POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA POR SEXO Y PROFESION EN OCHO
ZONAS URBANAS DE LA REPUBLICA DOMINICANA, 1989

Profesión	Mujeres	Hombres	% de Mujeres Profesión
TOTAL	100.0	100.0	42,6
Profesional y técnico	13,3	9,6	50,7
Administrativo y directivo	0,9	2,0	25,0
Cuadros medios de administración	3,2	4,4	35,0
Empleados de oficina	11,4	4,7	64,5
Vendedores	27,1	20,3	49,7
Trabajadores rurales	1,1	6,7	11,2
Choferes	0,2	7,4	2,4
Oficios	16,1	30,7	28,0
Servicio doméstico	25,4	11,4	62,2
Otros	0,9	2,2	23,6
Actividades no especificadas	0,3	0,6	27,3

Fuente: CIPAF, Encuesta de Mujeres Urbanas 1989.
 Quehaceres, febrero de 1991.

CUADRO VI.2

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA POR SEXO Y ACTIVIDAD ECONOMICA
EN OCHO ZONAS URBANAS DE LA REPUBLICA DOMINICANA, 1989

Sector de actividad	Mujeres %	Hombres %	Porcentaje de mujeres
TOTAL	100,0	100,0	41,9
Primaria	1,2	6,8	11,1
Secundaria	22,2	33,1	32,6
Terciaria	76,6	60,1	47,9

Fuente: CIPAF, Encuesta de Mujeres Urbanas, 1989.
Quehaceres, febrero de 1991.

CUADRO VI.3

INGRESO MENSUAL POR SEXO EN OCHO ZONAS URBANAS
DE LA REPUBLICA DOMINICANA EN 1989
(EU\$ 1.00 = DOR\$ 6,50)

Escala de ingreso	Hombres %	Mujeres %	Porcentaje de mujeres
Total	100,0	100,0	43,4
Menos de 450	19,4	31,1	55,2
De 450 a 899	35,0	32,3	41,4
De 900 a 1349	13,5	9,4	34,8
De 1350 a 1799	4,9	3,4	34,6
De 1800 a 2249	5,6	2,9	28,3
Más de 2250	21,5	20,9	42,7

Fuente: CIPAF, Encuesta de Mujeres Urbanas, 1989.

No se encontró información concreta sobre el trabajo y la mujer rural. La experiencia con grupos rurales organizados indica que la mayoría pasa la mayor parte del tiempo en actividades de apoyo doméstico, con una ocasional escapada a una actividad de generación de ingreso, por ejemplo rifas. Las Mujeres Dominicanas para el Desarrollo (MUDE) promueven proyectos agrícolas de generación de

ingreso con mujeres rurales pero se encontró que más del 80% de las mujeres no tiene acceso a la tierra. Cuando las mujeres compran vacas o plantan cultivos básicos o de exportación, sus maridos aún hacen la mayor parte del trabajo. Cuando dichos cultivos dan ganancia, contratan asistencia y ocasionalmente, en especial durante la cosecha, trabajan en la tierra ellas mismas. Sin embargo, en las zonas rurales de San José de Ocoa, los promotores de URC/PSI atribuyeron la elevada prevalencia de desnutrición a las madres que dejan la alimentación de sus hijos a cargo de hermanos u otras personas mientras trabajan en el campo. Más que tareas agrícolas, las mujeres rurales que desean ganar dinero van a las ciudades como domésticas o a las Zonas Francas a trabajar.

B. LEYES DEL TRABAJO RELACIONADAS CON LA LACTANCIA

Aún cuando el Ministerio de Trabajo vigila las condiciones de trabajo en las Zonas Francas, solamente hay tres inspectores. La Ley de Trabajo Dominicana fue compilada en 1954 bajo el extinto dictador Trujillo (1932-1964). Se reconoce en términos generales la necesidad de su revisión, pero el Código suministra algunas condiciones básicas para las mujeres trabajadoras. El Artículo 227 garantiza licencia por maternidad por tres meses - seis semanas antes y seis semanas después de dar a luz - con salario y puesto garantizados al regreso. El Artículo 229 exige que las empresas con más de 30 empleados tengan guarderías y faciliten la lactancia materna. Una madre tiene derecho a amamantar por 25 minutos, tres veces al día, hasta que el niño tenga ocho meses.

Todas las entidades públicas otorgan licencia por maternidad y la mayoría de las empresas, sin embargo, las mujeres en los sectores de servicio y en el informal no gozan de tal privilegio. Algunas ZF todavía evaden esta ley mediante la práctica antes sumamente corriente de despedir a la mujer antes de que cumpliera los tres meses, cuando los beneficios sociales comienzan a entrar en vigencia (trimestrismo), y después volverlas a emplear por otro período de tres meses. La mayor parte de las empresas públicas y privadas desconocen el artículo de la guardería y el de la lactancia, que no se ha puesto en práctica. Existe una ley en los libros para todas las Zonas Francas y las industrias de tener guardería, que fue aprobada por el Congreso en marzo de 1991, pero ha estado detenida en el Senado. El IDSS ha firmado un convenio con la ZF de Puerto Plata para que suministre una guardería que ha estado construida y amueblada pero que carecía de fondos para entrar en funcionamiento. Aunque las ZF cuentan con dispensarios no hay clínicas de salud conocidas dentro de las zonas.

C. RESPALDO ORGANIZADO A LAS MUJERES TRABAJADORAS

1. Sindicatos

Pese a la situación marginal de trabajo de la mujer, hay algunos grupos de mujeres trabajadoras y aunque muchas de ellas están afiliadas a grandes sindicatos, los temas de la mujer rara vez son prioritarios. La Unión Nacional de Mujeres Trabajadoras (UNAMUT), por ejemplo, que forma parte de la Confederación Autónoma del Sindicato Clasista (CASC), organiza a las mujeres y promueve las ideologías del CASC. El Tribunal para la Defensa de la Mujer y el Menor del Ministerio de Trabajo se estableció para defender los derechos fundamentales de la mujer y de los niños. Otras organizaciones que trabajan con mujeres están consignadas en el **Directorio de Organismos Gubernamentales y No Gubernamentales que Trabajan con Mujeres** preparado por Clara Báez (Unicef, 1989).

En las Zonas Francas, las organizaciones de trabajadores están apenas comenzando. En virtud de un acuerdo entre las ZF y el Gobierno, la organización de los trabajadores en las zonas ha sido desalentada en forma sistemática. Aunque a los dirigentes se les despiden normalmente, los sindicatos establecen su presencia en la zona y las mujeres desempeñan un papel importante en su formación y en su dirigencia. En Haina y en Itabo, las mujeres constituyen por lo menos la mitad de los sindicatos de Sylvana y Westinghouse. En San Pedro de Macoris, la afiliación al Sindicato de Lencería de Moda y la Borinqueña C.A. está constituido en un 95% por mujeres y ambos están dirigidos por ellas. En ambos sindicatos las directivas anteriores fueron despedidas. La Sociedad Anónima está constituida íntegramente por mujeres. La Confederación de Trabajadores Unitarias (CTU) está en proceso de organizar de ocho a diez sindicatos. Dichos sindicatos reclaman su derecho de organizar, ser reconocidos y negociar contratos colectivos de trabajo.

Cuando se entrevistó a los representantes de la patronal de diversas industrias y de las zonas francas para el próximo Proyecto de Salud Familiar de la USAID, se manifestaron receptivos a suministrar atención de salud a sus empleados. El acuerdo entre el IDSS y la Zona Franca de Puerto Plata para montar una guardería es un paso positivo. Estos dirigentes de empresa consideran que mejores estructuras de apoyo humano afectarán la producción en forma positiva al disminuir los días de enfermedad y la solicitud de licencias para cuidar a los niños.

2. Grupos de mujeres

Parte del Proyecto PSI/URC/USAID comprende la promoción y la vigilancia de la lactancia materna prolongada y exclusiva por medio de visitas domiciliarias y de grupos de mujeres. Los promotores de salud hacen participar activamente a las madres en la vigilancia del estado nutricional de sus niños y las capacitan para la

preparación de la Terapia de Rehidratación Oral (TRO). La formación de grupos de madres ha sido lenta.

Los grupos de apoyo a la lactancia materna son escasos. En Santiago, un grupo de la Liga de la Leche suministra apoyo sobre lactancia materna a miembros, y madres en algunos hospitales y en algunas de las zonas rurales circundantes. El Centro de Integración Familiar en algún momento suministró una red telefónica de apoyo y todavía promueve la lactancia materna en las zonas marginales de Santo Domingo.

Las organizaciones femeninas como el SE MUJER, MUDE (Mujeres para el Desarrollo), TU MUJER, CIPAF, así como los sindicatos de mujeres trabajadoras y de campesinos (CONAMUCA) pueden y han ya desempeñado un papel importante en asegurar que las leyes actuales que protegen a las mujeres y sus derechos se respeten. Aún más importante, es el hecho de infundir a sus miembros confianza en sí mismas, como mujeres, guardianas y miembros activos en el desarrollo de sus comunidades. El trabajo de sus promotores, así como los materiales didácticos y de investigación, cubren temas de salud que afectan a las mujeres y a sus familias.

D. LACTANCIA MATERNA Y MUJERES TRABAJADORAS

La NNS de 1987 indica que la incidencia de la lactancia materna es más o menos la misma para las mujeres trabajadoras (91%) y las no trabajadoras (94%). A los niños de las madres empleadas se les da el biberón antes (1 semana) y dejan de lactar antes (6,4 versus 9 meses) (Cuadro VI.4). Esta diferencia es más marcada entre las madres en los cuartos de menores recursos. Aunque estas diferencias son importantes, el estado nutricional de sus niños no se vio afectado en forma adversa. Puede ser que el aumento del ingreso compensara por la pérdida de las ventajas que tiene la lactancia materna.

Tal como se mencionara antes (Sección II), las mujeres dominicanas rara vez llevan a sus niños con ellas. Cuando las madres trabajan o viajan al trabajo, dejan a sus hijos con sus hermanos o sus vecinos. Un supervisor rural de las ONG atribuye la alta tasa de desnutrición en su productiva Región VI a las madres que dejan a sus niños después del período de "riesgo" (seis semanas) para trabajar en sus "conucos" (lotes de labranza) para mantener a la familia. La calidad de este cuidado por delegación no ha sido estudiada, pero las observaciones de los trabajadores de salud y comunitarios indican que dista de ser óptima. Con la excepción de los centros de recuperación de nutrición con base en la comunidad, no parece haber modelos de guardería de bajo costo en funcionamiento.

CUADRO VI.4

COMPARACION DE CONDUCTA DE DESTETE ENTRE MADRES TRABAJADORAS
Y NO TRABAJADORAS DE ACUERDO CON EL CUARTO DE INGRESO EN
LA REPUBLICA DOMINICANA, 1987
N=888; p=0.00

CUARTO DE INGRESO

	CUARTO MAS BAJO	SEGUNDO CUARTO	TERCER CUARTO	CUARTO MAS ALTO	RELACION TOTAL
COMIENZO DEL BIBERON					
(Meses)					
Trabajadoras	1,7	0,2	1,7	0,7	0,98
No Trabajadoras	1,1	1,4	0,8	1,3	1,14
LACTANCIA MATERNA					
Trabajadoras	100,0%	87,7%	92,8%	90,0%	91,0%
No Trabajadoras	94,3%	95,7%	95,7%	90,5%	93,6%
BIBERON					
Trabajadoras	100,0%	100,0%	89,4%	94,6%	94,6%
No Trabajadoras	88,2%	84,7%	90,1%	94,9%	89,2%
EDAD DE INTERRUPCION DE LA LACTANCIA MATERNA (en meses)					
Trabajadoras	6,6%	7,0%	7,8%	5,0%	6,4%
No Trabajadoras	8,9%	9,4%	9,3%	8,3%	9,0%

Fuente: USAID/Tufts University, Encuesta Nacional de Nutrición, 1987.

E. CONCLUSIONES

Mientras que una cantidad creciente de mujeres está ingresando a la fuerza de trabajo, la mayoría lo hacen en los niveles más bajos, con los salarios más bajos y sin el derecho de discutir sus condiciones de trabajo. En la República Dominicana existen algunas leyes progresivas que protegen la función de crianza que tienen las mujeres, pero se aplican en muy raras ocasiones. La carencia de apoyo a las mujeres trabajadoras está ocasionando el uso temprano del biberón y la terminación anticipada de la lactancia materna.

Los sindicatos recientemente creados están interesados en las condiciones de trabajo de las mujeres y podrían ser sensibles a la importancia de la lactancia materna para los niños pequeños. Podrían entonces presionar por la aplicación de las leyes existentes que exigen guarderías en los lugares de trabajo con más de 30 empleados, y los tres períodos de 25 minutos para amamantar o para extraerse la leche. Sin embargo, será preciso que las mujeres se den cuenta que este ambiente de guardería es mejor para sus niños que el ambiente de la casa y que transportar a los niños no representa una situación de riesgo.

Además de los sindicatos, los grupos de mujeres y las organizaciones que trabajan a través de las mujeres en la comunidad podrían hacer más para apoyar la lactancia materna entre las mujeres trabajadoras. Además de promover actividades directamente ligadas a la administración de la lactancia materna, el trabajo que realizan estos grupos es el de realzar la confianza de las mujeres en sí mismas, motivo crítico en el esfuerzo global de la lactancia materna. La atención a este tipo de actividades de extensión aportará grandes beneficios.

SECCION VII

PROMOCION DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA, ALIMENTOS DE DESTETE Y BIBERONES

La promoción emprendedora de las compañías de fórmula infantil ha sido reconocida internacionalmente como una influencia negativa sobre la lactancia materna. El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de la OMS (firmado por la República Dominicana) ofrece regulaciones en la comercialización de fórmulas y de otros sucedáneos de la leche materna. Sin embargo, en la República Dominicana las compañías están comercializando sustitutos de la leche materna, complementos y alimentos de destete, y están produciendo un efecto sobre la lactancia materna. En esta sección, se evalúa la magnitud de estos esfuerzos comerciales y su efecto en la práctica de la lactancia materna. Este conocimiento debe servir como la base para diseñar medidas de contrarrestar la influencia negativa de las técnicas de venta de estas compañías.

A. POLITICA NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA Y SITUACION GENERAL

Tal como se trató en la Sección III la "Ley de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna" (Anexo 3) ha estado en los libros en el Congreso desde 1986, cuando se presentó ante la Comisión Dominicana de Lactancia Materna. Hasta la fecha, dicha ley no ha sido aprobada, pero la mayoría de las compañías farmacéuticas sigue el Código de la OMS. Sin embargo, el personal de salud, particularmente los médicos, no cumplen ni suministran un vehículo fácil para que las compañías de fórmula lleguen a los niños dominicanos en una edad temprana.

Todas las fórmulas infantiles son importadas. Nestlé produce su leche entera en el país, pero importa sus fórmulas. Muchas fórmulas de gran venta se distribuyen por medio de compañías farmacéuticas multinacionales (Abbott, Mead Johnson, Wyeth) donde sus ventas constituyen del 40 al 50% de sus mercados (el 41% para Mead Johnson) y llegan a precisar de divisiones separadas. Otras (Milex, Nutricia, Moringa) se comercializan por medio de distribuidores mayoristas que pueden burlar al mercado monetario legal para comprar productos a precios menores de los de las compañías farmacéuticas establecidas y los de Nestlé. En la economía inestable de la República Dominicana, esto les proporciona una ventaja en la competencia, debido a los menores precios. En 1990, las compañías farmacéuticas gastaron de US\$ 4 a 5 millones en importar cerca de 2 millones y medio de latas de fórmula. De acuerdo con un representante de Nestlé, Abbott encabeza el mercado con más o menos un 50% de las ventas, seguido por Nestlé con un 20 a un 25% y Mead Johnson con un 5%. El mercado ha permanecido estable para Mead Johnson y para Nestlé ha ido disminuyendo. No hay una información similar en el caso de la importación de

sustitutos de la leche materna por parte de mayoristas independientes.

B. REGULACIONES PARA DISTRIBUCION DE PRODUCTOS

La fórmula infantil se vende predominantemente a las farmacias (40% Mead Johnson; 95% Nestlé), seguida por los supermercados (20% Mead Johnson; 5% Nestlé) y luego por los mayoristas independientes (20% Mead Johnson) que distribuyen el producto por medio de una red de pequeñas tiendas (colmados) y puestos de venta de comida (comederos). De acuerdo a la Federación Panamericana de Farmacéuticos y Bioquímicos, del 30 al 50% de todas las ventas de farmacia son fórmula y leche entera en polvo, que junto con la aspirina, están entre los tres mayores vendedores.

Aunque el equipo de evaluación se encontró con una amplia gama de fórmulas infantiles en las farmacias urbanas y rurales, supermercados y comederos (Cuadro VII.1), no se encontró con ninguna en los colmados, donde solamente se vendía leche condensada y leche entera en polvo. Según entrevistas con tres distribuidores internacionales (Mead Johnson, Abbott y Nestlé), el margen sobre la fórmula se fijó en el 25% para expendios al por menor y el 20% para los consumidores. Los inventarios en los diferentes expendios confirmaron esta política (Cuadro VII.1).

En virtud de la inflación, el precio ya alto de la fórmula ha aumentado de un 20 a un 50% en los dos últimos años, haciéndola inaccesible para la mayoría de las madres dominicanas. El Cuadro VII.2 detalla una lista del costo diario aproximado para alimentar bebés de 2 a 4 meses de edad. La fórmula en polvo varía entre 8 y 20 pesos para la común, de bajo contenido de hierro o la fortificada; y entre 20 y 25 pesos para la hecha a base de soya. La fórmula líquida es más costosa. Como lo atestiguan las entrevistas de la NNS de 1987 y los estudios de PSI/CAP (Sección II), la mayoría de las madres pobres no le dan fórmula a sus niños. En las zonas rurales, las madres les dan leche de vaca y en las urbanas es más probable que utilicen leche entera en polvo después que sus bebés tienen tres meses. Sin embargo, en los colmados, donde la mayoría de estas mujeres compran sus alimentos básicos, normalmente no se encuentra fórmula infantil.

En los hospitales públicos, por lo general, a los niños sanos o a los nacidos de parto normal, no se les distribuye fórmula. Los informes de los directores de hospitales y las visitas a éstos respaldaron esta afirmación. Sin embargo, entrevistas con madres pobres de zonas urbanas y con promotores revelaron que es común la distribución de fórmula a las madres con cesárea y con niños afectados por BPN.

En los hospitales particulares, desde las clínicas que atienden a la clase pudiente, hasta las clínicas pequeñas en los barrios de

clase media baja, recetar fórmula a los recién nacidos es la norma más que la excepción. Las tasas muy altas de cesáreas (del 70 al 90%) y en general falta de apoyo y de conocimiento técnico sobre lactancia materna son el resultado de este problema. Dado que cada compañía farmacéutica emplea vendedoras de fórmula para realizar visitas a los pediatras, no es sorprendente que los médicos a menudo sean identificados por las madres y los promotores como el obstáculo a la lactancia materna exclusiva. Las muestras gratis de fórmula con los biberones se distribuyen en estos hospitales privados; Abbott y Mead Johnson sostienen que los hospitales y los médicos piden estos productos y que a su vez estos no se suministran directamente a las madres mediante los promotores de las compañías.

CUADRO VII.1

EXISTENCIA Y PRECIO DE FORMULA INFANTIL EN UNA FARMACIA DE ZONA URBANA (UP), UN SUPERMERCADO URBANO (USM), UNA FARMACIA, UN RESTAURANTE, Y UNA PANADERIA RURAL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA, 1990

Fabricante	Nombre	Peso	Tipo	UP	USM	RP	R2	RB
Abbott	Similac	450 gr.	Polvo inf.	113.25	78.55	71.00		
	Similac	450 gr.	Polvo inf.		78.55			
	Similac	6/8 oz.	Líquido	36.20	84.30			
	Similac	6/4 oz.	Líquido/bajo hierro					
	Similac	1/4 gal.	Líquido	26.25	54.00			
	Similac	13 oz.	Líquido/Con.					
Alimentum	32 oz.	Líquido	21.00					
Alimentum	32 oz.	Líquido						
Nestle	Nan1/0-6m.	1 lb.	Polvo Inf.	81.40	56.40			
		3 lbs.	Polvo inf.					
	Nan2/6-12m	1 lb.	Polvo inf.	38.75	56.40			
		3 lbs.	Polvo inf.					
		5 lbs.	Polvo inf.	142.60				
	Nestogeno1	1 lb.	Polvo inf.	78.00	38.75			40.00
3 lbs.		Polvo inf.						
Nestogeno2	1 lb.	Polvo inf.	78.00	38.75	38.75			
	3 lbs.	Polvo inf.						
Alsoy	400 gr.	Soya/polvo	71.00	81.50				
Alprem	400 gr.	Polvo reform.						
Mead Johnson	Prosobee	400 gr.	Soya/polvo	80.00	80.47	71.00		71.00
	Enfamil	450 gr.	Polvo inf.					
	Enfamil	450 gr.	Inf./Hierro	83.75	71.00			
	Enfamil 20	40 oz.	Líquido					
	Isomil Con.	13 oz.	Conc. 1/1	26.25	83.49			
	Isomil	400 gr.	Polvo inf.					
Isomil	400 gr.	Soya/polvo	83.50					
Milex Nutricia	Baby Milex	400 gr.	Polvo inf.	45.00				45.00
	Nenatal	400 gr.	Polvo Neonat.	27.70				
	Almiron	400 gr.	Polvo baja grasas.	62.10				
	Nutrilon	400 gr.	Polvo inf.	59.40				
	Nutrisoya	400 gr.	Soya/polvo	80.40				
Wyeth	Nursoy	400 gr.	Inf./Hierro	93.30				
	S - 26	454 gr.	Soya/polvo	74.26				
	Promil >26							
Morinaga Milupa		450 gr.	Inf. f.	60.00			60.00	
	Milupa	250 gr.	Polvo diar.	100.75				

* El apelativo de rural corresponde a pueblo rural.

CUADRO VII.2

FORMULAS INFANTILES DE VENTA EN LA REPUBLICA DOMINICANA

PRODUCTOR	NOMBRE DE LA FORMULA	CANTIDAD POR LATA	TIPO	INSTRUCCIONES Y ETIQUETA	ADVERTENCIA	PRECIO PESOS/ DIA POR NIÑO, 2-4 meses
ABBOT LABORATORIES (Producido en Holanda)	ISOMIL	400 gr.	Polvo Infantil Soya Protelna	-Contiene un biberón en lata -Instrucciones en imágenes muy claras. Incluye el tiempo de calentamiento (10 minutos)	-La leche materna (LM) es la mejor pero en condiciones especiales se recomienda ISOMIL, bajo receta médica. -Advertencia acerca de dilución y concentración.	21 pesos
ROSS/ABBOT (EUA)	SIMILAC	6 biberones, 8 onzas líquidas	Listo para consumir en biberones. Bajo contenido de hierro.	-Contiene un biberón en el paquete. -Instrucciones claras.	-Sin Advertencia. -Solamente LM mejor durante el primer año de vida. -Recomendada por el médico. -No se diluye. -Enfatiza la facilidad.	47-50 20 onzas diarias
	SIMILAC 8 oz. líquidas 32 oz.-1/4 gal.	32 onzas-1/4 gal.	Listo para usar Líquido Bajo contenido de hierro.	-Contiene un biberón en el paquete. -Instrucciones claras.	-Sin Advertencia. -Solamente LM mejor durante el primer año de vida. -Recomendada por el médico. -No se diluye. -Enfatiza la facilidad.	27-28 20 onzas diarias
	SIMILAC	450 gr.	1) Polvo infantil. 2) Polvo infantil con hierro.	-Contiene botella y medida en la lata. -Instrucciones en letra muy pequeña. -Ilustración.	-Cuando no sea posible darle leche materna al niño (en letra muy pequeña). -Bajo consejo médico. -No hay advertencias acerca de la dilución/concentración.	15-20

ROSS/ABBOT (EUA)	ALIMENTUM	32 oz. líquidas/ 1/4 gal.	Hipoalergénico. Líquido listo para el consumo.	-No son claras. -No hay cantidades. -No hay ilustraciones.	-LM es mejor y se recomienda por todo el tiempo posible durante la infancia, a menos que haya condiciones médicas especiales. -Advertencia acerca de la dilución.	54.00
NESTLE (Suiza)	NESTOGENO 1. 0-6 meses 2. 6-12 meses	450 gr. 1 kg.	Polvo infantil.	-Instrucciones claras. -No hay reloj para el hervido. -No hay ilustraciones en la etiqueta de la lata.	-LM es mejor durante los primeros meses de vida. -Consejo médico antes del uso. -Advertencia acerca de la dilución/concen- tración.	9-12
	NAN 1. 0-6 meses 2. 6-12 meses	450 gr. 1 kg.	Polvo infantil.	-Instrucciones claras. -No hay reloj para el hervido. -No hay ilustraciones en la etiqueta de la lata.	-LM es mejor durante los primeros meses de vida. -Consejo médico antes del uso. -Advertencia acerca de la dilución/concen- tración.	8-10
	PELARGON	450 gr.	Polvo infantil acidificado.		-LM es mejor durante los primeros meses de vida. -Consejo médico antes del uso. -Advertencia acerca de la dilución/concen- tración.	10-12
	AL 110	400 gr.	Polvo infantil con bajo contenido de lactosa.		-Mantener al bebé en brazos mientras se le alimenta. -LM es mejor durante los primeros meses de vida. -Para casos de regurgitación, cólicos, diarrea.	20

PRODUCTOR	NOMBRE DE LA FORMULA	CANTIDAD POR LATA	TIPO	INSTRUCCIONES Y ETIQUETA	ADVERTENCIA	PRECIO PESOS/DIA POR NIÑO, 2-4 meses
MEAD, JOHNSON (EUA)	PRO SOBEE	400 gr.	Sin soya. Polvo infantil.	-Instrucciones muy pequeñas	-Advertencia: en la mayoría de los casos la leche materna es mejor. Algunas veces el médico decide que no (intolerancia a la lactosa), alergias, problemas comunes de alimentación, exceso de regurgitación, cólicos, eczemas, diarrea excesiva. -Solamente bajo consejo médico. -Advertencia acerca de dilución/concentración.	20-22
	ENFAMIL 1. Con hierro. 2. Sin hierro.	450 gr.	Polvo infantil.	-No hay ilustración en la etiqueta. -Para los primeros 12 meses.	-Advertencia: en la mayoría de los casos la LM es mejor. Algunas veces el médico decide que no (intolerancia a la lactosa), alergia, problemas comunes de alimentación, regurgitación excesiva, cólicos, eczema, diarrea excesiva. -Solamente bajo consejo médico. -Advertencia acerca de dilución/concentración. -Enfamil es un buen sustituto para las madres que deciden no amamantar.	14-17

	ENFAMIL 20	4 oz.	<i>Bajo contenido de hierro. Forma líquida.</i>	<i>-Claras.</i>	<i>-No se menciona la LM. -Solamente para uso hospitalario.</i>	
	ISOMIL	13 oz. (preparación 1/1)	<i>Concentrado. Proteína de soya con hierro.</i>	<i>-No indica lavado de biberón -Indica recipiente para hervir el agua.</i>	<i>-La LM se recomienda todo el tiempo posible excepto por indicación médica. -Dilución/concentración. -No indica cantidad.</i>	26
	ISOMIL	400 gr.	<i>Polvo infantil.</i>	<i>-Lleva biberón y medida en la etiqueta.</i>	<i>-La LM se recomienda durante todo el tiempo posible. -Advertencia acerca de dilución y concentración.</i>	20
	ISOMIL	400 gr.	<i>Proteína a base de soya.</i>	<i>-Lleva biberón y medida en la etiqueta.</i>	<i>-La LM se recomienda durante todo el tiempo posible. -Advertencia acerca de la dilución/concentración.</i>	20
	NATAMIGEN	425 gr.	<i>Hipoalergénico alergia a la proteína.</i>	<i>-No indica lavado de biberón -No hay edad acorde con la dosis.</i>	<i>-Consejo médico. -Advertencia acerca de la dilución/concentración. -No se hace mención de la leche materna.</i>	
MILEX (Dinamarca)	BABY MILEX	400 gr.	<i>Polvo infantil.</i>			11
NUTRICIA (Holanda)	NUTRILON	400 gr.	<i>Polvo infantil.</i>	<i>-Lleva biberón -Instrucciones claras.</i>	<i>-Importante: la LM es mejor. -Solamente bajo consejo médico. -Cuando la madre complementa.</i>	14-16

	ALMIRON	400 gr.	<i>Bajo contenido de lactosa. Polvo infantil.</i>	<i>-Lleva biberón -Instrucciones claras.</i>	<i>-Importante: la LM es mejor. -Solamente bajo consejo médico. -Cuando la madre complementa.</i>	15-17
	NUTRISOYCE	400 gr.	<i>Polvo proteína de soya.</i>	<i>-Lleva biberón -Instrucciones claras.</i>	<i>-Importante: la LM es mejor. -Solamente bajo consejo médico. -Cuando la madre complementa.</i>	20-27
	NENATAL	400 gr.	<i>Polvo para niños de BPN.</i>	<i>-Niño con secreción nasal y biberón en la etiqueta.</i>	<i>-Secreción nasal < 2000 gramcs. -No leche materna.</i>	

PRODUCTOR	NOMBRE DE LA FORMULA	CANTIDAD POR LATA	TIPO	INSTRUCCIONES Y ETIQUETA	ADVERTENCIA	PRECIO PESOS/DIA POR NIÑO, 2-4 meses
WYETH (EUA)	NURSCY	400 gr.	<i>Polvo infantil fortificado con hierro a base de soya.</i>	<i>-Incluido el cronómetro para medir el tiempo de hervir el agua.</i>	<i>-La LM es mejor. -Para intolerancia a la lactosa. -Bajo consejo médico. -Advertencia acerca de la dilución/concentración.</i>	23-25
	S-26	454 gr.	<i>Polvo infantil fortificado con hierro.</i>	<i>-Incluido el cronómetro para medir el tiempo de hervir el agua.</i>	<i>-La LM es mejor -Reemplaza o complementa cuando no se puede lactar o la LM es insuficiente. -Bajo consejo médico. -La más parecida a la LM. -Advertencia acerca de la dilución/concentración.</i>	16-18
	PROMIL	400 gr.	<i>Polvo infantil para niños menores de 6 meses.</i>	<i>-Incluido el cronómetro para medir el tiempo de hervir el agua.</i>	<i>-No se menciona la LM.</i>	

MILUPA <i>(Alemania)</i>	MILUPA	250 gr.	<i>Suplemento en caso de diarrea para niños y adultos.</i>	<i>-Muestra el biberón.</i>	<i>-Como electrolito en caso de diarrea aguda. -No menciona la LM. -No hay dosis acorde con la edad.</i>	
MORINAGA <i>(Japón)</i>	MORINAGA BF	450 gr.	<i>Polvo infantil.</i>	<i>-Vaca en la etiqueta -No indica agua hervida.</i>	<i>-La LM es mejor en los primeros meses. -Se recomienda el consejo médico. Para las madres que necesitan complementar.</i>	13-15

C. REGULACION EN ACTIVIDADES DE PROMOCION

Según informes de Nestlé y de las compañías farmacéuticas entrevistadas, sus Casas Matriz y la Asociación de Representantes y Agencias de Productos Farmacéuticos (ARAF), cumplen estrictamente con el Código Internacional de Comercialización de Sustitutos de la Leche Materna de la OMS, que prohíbe el contacto directo de sus representantes con las madres que amamantan o que están embarazadas y la promoción de productos para atención de salud dentro de establecimientos de salud o a través de medios de comunicación.

El Cuadro VII.2 ilustra que ningún envase de fórmula idealiza la alimentación artificial, que casi todos expresan el hecho de que la leche materna es la mejor y que la fórmula debe administrarse solamente bajo dirección médica. Sin embargo, indican cuándo debe administrarse la fórmula, y no promueven la lactancia materna exclusiva por los primeros 4 a 6 meses, o la lactancia materna prolongada. Wyeth expresa que la S-26 es el producto más parecido a la leche materna.

De acuerdo al convenio realizado con los distribuidores de fórmula, el medio por ciento de los costos de fórmula importada se dona a la Asociación Dominicana de Médicos. Las compañías entrevistadas colaboran estrechamente con la Asociación Dominicana de Pediatría en sus esfuerzos por educar al personal médico y de salud sobre la lactancia materna. Nestlé ha apoyado la instalación y el funcionamiento de bancos de leche, ha contribuido a los estudios de UNICEF/CENISMI/MEPES y ha creado bibliotecas dentro de los hospitales a los cuales se ha donado una serie de sus muy afamados documentos de debate técnico en SMI. Asimismo, Nestlé es uno de los miembros originales de la Comisión Nacional de Lactancia Materna.

Tanto Mead Johnson como Nestlé han mostrado interés en respaldar y participar en cualquier esfuerzo futuro para la promoción de la lactancia materna. La Federación Panamericana de Farmacéuticos y Bioquímicos también ha ofrecido apoyo en distribuir información y educación por medio de los canales existentes en sus organizaciones miembros (Dueños de Farmacias (DF) e Industrias Farmacéuticas Dominicanas (INFADOM)).

Aunque varias fuentes indicaron que representantes de la Coalición de Acción pro Formula Infantil (INFACT) normalmente vigilan la comercialización de fórmula infantil y la situación de la distribución, no se ubicó ningún informe.

D. COMERCIALIZACION DE BIBERONES, MAMADERAS Y CEREALES PARA NIÑOS

Los mayoristas privados importan biberones y mamaderas pero las cifras de su valor en moneda extranjera no se ubicaron para esta evaluación. Estos productos infantiles se importan principalmente

de los Estados Unidos (Evenflo) y del Brasil y vienen en una gama muy amplia de modelos y de precios (4 a 8 modelos que van de DOR\$10 a DOR\$236). Las mamaderas varían de DOR\$5 para biberones de fórmulas listas para usar a DOR\$10-DOR\$15 en el caso de mamaderas corrientes.

La alimentación por biberón es muy prevalente en la República Dominicana (Sección I) pero las madres pobres normalmente tienen un solo biberón y una sola mamadera. Con el alto costo del combustible y lo limitado del tiempo, este biberón se esteriliza rara vez, o se deja de hacerlo completamente.

La ENN de 1987 indicó que los niños pobres recibían complemento alimenticio por medio del biberón principalmente a base de líquidos de poco costo (Sección I y II) hechos de un polvo que no era leche en polvo o fórmula. Las entrevistas informales revelaron que los niños a menudo consumen el Cereal Negrito (Crema de Trigo), que se consigue localmente con facilidad y se vende por DOR\$10 a 15 en empaques de 400 gramos. Los cereales importados tales como Nestum, Cerelac (Nestlé), Gerber y Nutriben, de España, no se encuentran normalmente en biberones. Estos se venden en las farmacias y supermercados y varían desde DOR\$25 hasta 35 por ocho onzas de cereal Gerber, a DOR\$ 45-50 por 400 gramos de Nutriben. Según Nestlé, la firma es la mayor importadora de cereales para niños. Estos son Nestum y Cerelac que se promueve como complemento para después de los seis meses. Nutriben, por otro lado, se comercializa como un alimento de destete para niños de cuatro meses. El desarrollo de un alimento de destete nacional ha estado en perspectiva por varios años en la zona de Barahona.

E. CONCLUSIONES

Aún cuando el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna no es ley en la República Dominicana, las compañías farmacéuticas y los importadores de alimentos parecen cumplir con muchas de sus disposiciones. Sin embargo, se pueden presentar los siguientes:

(1) Aunque la distribución de fórmula en los hospitales públicos está restringida, a los niños con BPN u otras complicaciones todavía se les sigue dando fórmula, lo mismo que a los niños de las mujeres que han tenido cesáreas.

(2) El uso de la fórmula es difundido en los hospitales particulares donde el alojamiento conjunto y el apego precoz no son corrientes; los nacimientos por cesárea son la norma y el hospital y los médicos normalmente recetan y regalan la fórmula a las nuevas madres.

Estos problemas indican que los médicos del país no cumplen con el Código. Sus prácticas precisan ser examinadas y cambiadas.

Entre los sectores más pobres de la población el uso de fórmulas no es tanto la cuestión de alimentación por medio de biberón y el uso de sustitutos no nutritivos. Es preciso abordar en conjunto el uso de sustitutos y de biberones.

Por el lado positivo, muchas compañías multinacionales han apoyado las actividades de lactancia materna y están dispuestas a continuar haciéndolo por medio del suministro valioso de recursos y técnicas de promoción en la República Dominicana.

SECCION VIII

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA Y DEL DESTETE POR MEDIO DE ACTIVIDADES DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACION (IEC)

Para entender la influencia y el potencial de las actividades de información, educación y comunicación (IEC) en la promoción de la lactancia materna en la República Dominicana, es necesario identificar y describir los éxitos y los fracasos de las actividades existentes de IEC. Ese conocimiento es vital para el diseño y el enfoque de futuras estrategias por parte de IEC para mejorar la conducta sobre lactancia materna.

A. ESFUERZO GLOBAL DE COMUNICACION SOBRE LACTANCIA MATERNA

No hay ningún programa global de comunicación sobre lactancia materna en la República Dominicana. El Programa no operativo sobre Lactancia Materna de PLANSI/SESPAS elaboró un plan integrado de IEC, que comprendió un componente de capacitación para los promotores y grupos comunitarios, la diseminación de educación y de materiales informativos a las madres, y una campaña en los medios masivos de comunicación. Este plan no se ha llevado a cabo.

Hay materiales elaborados por las ONG que están disponibles, pero faltan minuciosas pruebas previas y un lugar en una estrategia más amplia. Los pocos esfuerzos que se están llevando a cabo son los siguientes:

- (1) La Sociedad Dominicana de Pediatría (SDP) con el UNICEF elaboró uno de los folletos sobre lactancia materna que se encuentran más a menudo, Las Ventajas y Técnicas de la Lactancia Materna. Este folleto, basado en una conferencia que dictara la Dra. Ligia Fernández Reid para APEC en 1982, consiste en una extensa revisión científica de las ventajas de la lactancia materna, así como también un sucinto tratamiento de las técnicas. Muchas organizaciones lo tienen como material de referencia, pero debido a su complejidad, pocos lo usan y no es apropiado para distribución masiva. Tal como se mencionara antes, este folleto suministra una revisión para llevar a la casa de los principios clave para participantes en los talleres de lactancia materna de la SD.
- (2) Tú Mujer ha elaborado un folleto mimeografiado para que lo utilicen las madres. Es completo, pero contiene algunos errores; es largo y solamente tiene algunas pequeñas ilustraciones. Por consiguiente, puede ser más apropiado para los docentes, que para los miembros de la comunidad y las madres, que a menudo tienen limitadas capacidades de alfabetismo.

- (3) El Instituto Dominicano para el Desarrollo Integrado (IDDI) ha elaborado un folleto corto que también puede usarse como lámina. Su información se basa en el Manual del Promotor de Salud de SESPAS, es simple y está bien ilustrado. El folleto se distribuye ampliamente entre las madres comprendidas en la zona urbana marginal de IDDI. Tal como la mayoría de los materiales existentes de IEC, el folleto del IDDI enfatiza las ventajas de la lactancia materna y también ilustra un cronograma para la introducción de comidas, pero escasamente menciona las técnicas apropiadas de amamantar.
- (4) El Centro de Investigación y Acción Cultural (CIAC) cuenta con un programa integrado de IEC basado en estrategias de educación popular informal. Distribuye una amplia gama de libros cómicos, simples y cortos, con una cantidad de temas relacionados con la salud y otros de interés comunitario, incluso la lactancia materna. El CIAC opera una cantidad de centros de documentación y refuerza sus mensajes con programas de educación popular, que salen al aire en las estaciones católicas locales de radio.

Dos esfuerzos más amplios que comprenden la lactancia materna son:

- (1) Los esfuerzos de IEC apoyados por la AID sobre el Programa de Educación de Nutrición Aplicada (ANEP) de Caritas/CRS se lanzaron en 1983 en seis regiones con asistencia de Manoff International. El ANEP combinó la capacitación de promotores y la educación de madres por medio de consejería personal y sesiones de educación en grupo. Estos mensajes y materiales, que incluyen las ampliamente utilizadas tarjetas de consejería para madres, rotafolios y cassettes, se elaboraron con base en investigación formativa sólida y fueron cuidadosamente probados. El efecto del programa en las conductas de alimentación del niño por las madres (incluso la lactancia materna) fue evaluado después de tres años de funcionamiento (Caritas/CRS/ANEP, 1988). Cuando se compararon las conductas de 500 madres con las de las que no están en el programa, se encontró que hubo muchos cambios significativos pero pocas de las conductas de lactancia materna variaron en forma significativa. Más madres del programa consideraron que sus niños solo necesitaban leche materna durante los primeros cuatro meses (76% frente a 65%). La alimentación a pedido fue más aceptada entre las madres del programa (63% frente a 35%); sin embargo, la alimentación por medio del biberón no varió, (75% frente a 78%). La introducción de otros alimentos permaneció común antes de los cuatro meses (37% frente a 44%); sin embargo, más madres del programa estaban introduciendo otros alimentos entre los cuatro y los seis meses mostrando alguna demora en la introducción (45% frente a 35%). Aunque el ANEP es reconocido internacionalmente como un esfuerzo de éxito por parte del IEC ilustra la dificultad grave que existe en cambiar los hábitos de las madres con relación al uso de

biberones y de la lactancia materna exclusiva antes de los cuatro meses. Los materiales de consejería en ANEP merecen consideración bajo cualquier estrategia nueva de IEC.

- (2) De momento, el Programa de Supervivencia Infantil financiado por la AID, bajo la reciente administración de la University Research Corporation (URC), está diseñando un programa integrado de IEC para todas las actividades de supervivencia infantil en sus 15 ONG afiliadas y SESPAS en sus tres regiones destinatarias: Regiones Sanitarias 0, IV y VI. Los representantes de las ONG, el SESPAS, el SDP, el UNICEF y la OPS participan en todas las fases de este proceso. El programa: (a) planea utilizar los folletos existentes para madres y los rotafolios elaborados bajo PSI/Save the Children (ver la descripción que sigue); b) está en proceso de elaborar manuales de capacitación para docentes y supervisores de promotores de las ONG y de SESPAS; y, c) en coordinación con el UNICEF, está diseñando una campaña a través de medios de comunicación destinada a mejorar las conductas específicas de las madres. Con asistencia de URC/PSI la Academia para el Desarrollo Educativo (AED), la URC/PSI llevará a cabo más estudios preliminares CAP para madres, promotores de ONG y personal médico; así como el diseño, la validación, la ejecución y la evaluación de las actividades de IEC.

Hasta el momento, la URC/PSI ha distribuido el folleto para las madres y los cinco rotafolios de supervivencia infantil en las oficinas de campo de las ONG participantes y de las tres regiones de SESPAS. Desafortunadamente, la carencia de una estrategia de educación y capacitación aplicada significa que estos materiales no se usan. A continuación hay una crítica de los materiales. El folleto, "La Lactancia Materna: Un Regalo para Toda la Vida" es un folleto de 12 páginas, lujosamente ilustrado para madres semianalfabetas o analfabetas. Cubre las ventajas, las creencias erróneas, las técnicas, la ingesta de alimentos recomendada para las madres y los cronogramas de complementación para los niños. Su punto débil es que no enfatiza la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro meses de la vida del niño. Este concepto se menciona solamente en la última página, como parte de la gráfica sobre la introducción de alimentos.

En su carácter de material más difundido, los rotafolios de PSI/Save the Children merecen un análisis. Hechos sobre tela resistente para ser enrollados y llevados sobre un morral, estos materiales son ideales para resistir las duras condiciones en el terreno. La información se suministra mediante dibujos simples y coloreados en un lado de la página acompañados de explicaciones breves y claras en el dorso. Un gráfico diferente resume los puntos en cada una de las estrategias de supervivencia infantil: crecimiento y

desarrollo, bajo peso al nacer, espaciamiento de nacimientos, diarrea y lactancia materna. El rotafolio de lactancia materna contiene 10 páginas con información sobre el calostro, la lactancia materna exclusiva (hasta los cuatro meses), la prevención y la administración de los problemas de la lactancia materna, la dieta de la madre y las contraindicaciones (cigarrillos y alcohol). La lactancia materna se menciona en los otros rotafolios.

- (1) Crecimiento y desarrollo: la lactancia materna está relacionada con la salud y el amamantamiento exclusivo se enfatiza para los primeros cuatro meses de vida.
- (2) Bajo peso al nacer: la calidez y el afecto suministrado durante el amamantamiento se retratan; también se muestra la alimentación de leche materna con una cuchara a bebés prematuros que no están todavía en condiciones de succionar.
- (3) Diarrea y TRO: se culpa con toda razón a los biberones de ocasionar diarrea, mientras que la lactancia materna exclusiva en los primeros cuatro meses de vida y la importancia de seguir amamantando durante las enfermedades se enfatiza; sin embargo, la rehidratación oral se recomienda antes de darles el pecho a los niños deshidratados.
- (4) Espaciamiento de nacimientos: desafortunadamente no se menciona la lactancia materna para el espaciamiento de nacimientos ni respecto a métodos anticonceptivos recomendados o contraindicados.

A través de las actividades planeadas de IEC de la URC/PSI están orientadas a sus tres regiones programadas, la esperanza es que SESPAS y otros organismos gubernamentales involucrados usarán sus estrategias a nivel nacional, lo mismo que todas las ONG. PSI hace un gran esfuerzo por incluir a todos esos grupos así como el UNICEF y la OPS, que tradicionalmente trabajan en forma muy estrecha con el sector público para asegurar que los mensajes y las estrategias de las diferentes organizaciones sean armónicos, lo mismo que a través de los diferentes componentes de supervivencia infantil.

Las críticas más comunes de este plan consisten en que URC/PSI no ha suministrado seguimiento y capacitación en el uso de materiales existentes, elaborados recientemente bajo la administración anterior del PSI, y por no utilizar y mejorar el Manual del Promotor de Salud como parte de su sistema de IEC.

De este momento, se ha asegurado a URC/PSI la financiación hasta 1992, asignándole una posición prioritaria a la supervivencia infantil y específicamente a la lactancia materna en el próximo proyecto de salud de USAID, que se está diseñando actualmente. La lactancia materna también es asunto de prioridad tanto para el UNICEF como para la OPS que coordinan sus esfuerzos con URC/PSI.

Las iniciativas nacionales coherentes (SDP) y de apoyo (Nestlé), y el posible interés de la industria privada (farmacéutica, industria del ron), además de la abundancia de capacidad y canales de comunicación en la República Dominicana, asegura que los esfuerzos continuarán.

B. RECURSOS DE COMUNICACION Y LIMITACIONES

Hay más de 200 estaciones de radio y siete canales nacionales de televisión en la República Dominicana (Cuadro XIII.1). Las radioemisoras con las mayores audiencias a nivel nacional son Radio Mil, Radio Popular y Radio Central. En las provincias, los programas de educación popular de los canales católicos de radio llegan a grandes audiencias. El Canal 6 - Color Visión - es el canal de televisión más popular de lunes a viernes para todas las clases sociales. La hora de mayor audiencia es de las 12.00 del mediodía a las 2.00 de la tarde, cuando la mayoría de los dominicanos va a su casa a almorzar y de las 6.00 de la tarde a las 11.00 de la noche. En 1990, 30 segundos de publicidad por radio costaban DOR\$ 125, mientras que un anuncio, en las horas de mayor audiencia por televisión, puede costar hasta DOR\$ 3.200 (EU\$ 1.00 = DOR\$ 12,30 en 1991).

**CUADRO VIII.1
COBERTURA DE RADIO Y TELEVISION**

MEDIO	PENETRACION	ESTACIONES	CLASE SOCIAL
Televisión	40% a nivel nacional 56% zonas urbanas 83% Santo Domingo	6 privadas 1 estatal 30 canales de cable	Santo Domingo 98% clase alta 89% clase media 74% clase baja
Radio	99% de los hogares	Santo Domingo 45 estaciones AM 42 estaciones FM 113 del interior 6 cadenas	Programas de Radio: 2 gubernamentales 6 culturales religiosas 12 "novelas" 30 deportes 180 noticias

La Regulación 824 de la Ley 1951, publicada en 1949 reglamenta las operaciones de presentación de películas y de obras de teatro, así como las de radio y televisión, publicidad y programas de promoción utilizando medios masivos de comunicación. La ley prohíbe mostrar los senos de la mujer en los medios masivos de comunicación durante las horas del día. Sin embargo, de acuerdo a un representante de la Comisión Nacional de Eventos Públicos y Programas de Radio, esta ley no sería pertinente a la promoción de la lactancia materna.

No existe un procedimiento establecido para darle espacios gratis de publicidad a los mensajes de interés público, aunque durante las horas de menor audiencia se otorgan espacios gratis cuando se adquieren espacios durante las horas de mayor audiencia. Dado que la radio es considerablemente más económica, es más fácil obtener donaciones de espacios de radio que espacios en la televisión. La industria privada también patrocina, en forma regular, normalmente anuncios de interés público.

C. OTRAS ACTIVIDADES DE IEC

Con la excepción de algunas emisiones aisladas, no ha habido un uso armónico de los medios masivos de comunicación en cuanto a la promoción de la lactancia materna. Tal como se ha descrito anteriormente, las actividades específicas de IEC relacionadas con la lactancia materna en la República Dominicana están limitadas y las lleva a cabo, en su mayoría, el sector privado. Fuera de esos esfuerzos, se le presta muy poca o ninguna atención. La imagen de la maternidad y de la infancia feliz en la República Dominicana

sigue incluyendo un biberón para completar el triángulo, mientras que amamantar en público es cada vez más desaprobado.

Los programas de IEC que han tenido éxito se han llevado a cabo en la República Dominicana, a través del UNICEF, para inmunización y AIDSCOM (el Proyecto de Comunicación de SIDA coordinado por AED y por Family Health International -FHI-). El UNICEF ha facilitado los esfuerzos de un miembro de su personal nacional y de una firma de comunicaciones del país para recordarles en forma repetida a las familias dominicanas sobre la importancia de vacunar a sus niños. Las campañas de vacunación nacional apoyadas por el UNICEF fueron promovidas mediante folletos, láminas, capacitación del personal de SESPAS en todos los niveles y avisos de radio y televisión donados y narrados por personajes famosos de la República Dominicana. Aunque no se hicieron pruebas previas ni investigación formativa, la información sobre vacunación muestra que la campaña tuvo efectos positivos sobre las tasas de vacunación.

El Proyecto AIDSCOM financiado por la USAID ha utilizado en forma efectiva materiales impresos, pizarrones, teatro y festivales, así como medios masivos de comunicación para educar al público dominicano, poniendo el centro de la atención en los grupos de mayor riesgo, acerca de la enfermedad. La promoción innovadora y de mucho éxito sobre el uso del preservativo entre los hombres sexualmente activos y las prostitutas se reconoce internacionalmente como uno de los mejores en el campo del SIDA.

En lo relacionado a la lactancia materna, sin embargo, la mayor parte de la comunicación ha sido interpersonal. Tal como se ha hecho notar en forma repetida, rara vez existe comunicación entre el personal médico y las madres. A nivel comunitario, los promotores de las ONG en su mayoría educan a las madres por medio de encuentros individuales, y algunas veces en sesiones de grupo. La comunicación normalmente se hace en una sola dirección y el promotor suministra la información.

Los sistemas de información que existen para la lactancia materna son limitados. Este año, la OPS firmó un acuerdo para crear una Red Nacional de Información en Salud para: (a) estudiar la disponibilidad y la calidad de la información científico-técnica en salud (recursos humanos y de biblioteca); (b) mejorar la calidad de los materiales producidos en el país, y (c) promover el intercambio de publicaciones a nivel nacional e internacional. El centro de coordinación tendrá la tecnología necesaria para tener acceso a las bases de datos internacionales tales como MEDLINE y POPLINE. Este sistema debe mejorar tremendamente la actual escasez de literatura sobre lactancia materna. Por ejemplo, la biblioteca de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, una de las más grande, en la República Dominicana, cuenta con solo 12 artículos sobre lactancia materna, todos publicados antes de 1985. Las únicas revistas que se encuentran son Salud Pública, Revista Médica Dominicana, Archivos Dominicanos de Pediatría, y el Acta Médica Dominicana.

La URC/PSI recientemente ha compilado información acerca de todos los componentes de supervivencia infantil a los cuales las ONG han tenido acceso inmediato. Su documentación sobre lactancia materna, sin embargo, está limitada a los documentos de política y a sus propios materiales. Los centros de PSI y las oficinas de las ONG que se visitaron en las Regiones IV y VI contaban con muy poca información sobre lactancia materna. Algunas recibían el boletín Madres y Niños.

D. CONCLUSIONES

No hay un programa nacional de IEC para la promoción de la lactancia materna en la República Dominicana. La única estrategia que existe es la que se elaboró con arreglo al plan de supervivencia infantil con ayuda de la USAID. Sin embargo, se han llevado a cabo algunos esfuerzos limitados, tales como los del Programa CARITAS/CRS ANEP, que pueden ofrecer información positiva.

Los promotores de las ONG están comprometidos a enseñar a las madres sobre la lactancia materna, y a menudo lo hacen sin materiales. Generalmente, ponen énfasis en la importancia del amamantamiento exclusivo antes de los cuatro meses de edad. Sin embargo, rara vez dan con la clave de cómo superar problemas. La evaluación de ANEP y la experiencia del promotor confirma cuán difícil es enseñar a las madres a no empezar la alimentación del bebé por medio del biberón, suministrando tés y agua antes de que el niño cumpla los cuatro meses. La mayor parte de la educación existente es individual, y los promotores suministran información antes que consejería. Las reuniones de grupo en donde las madres pueden intercambiar conocimientos y experiencias y formar grupos de apoyo son escasas.

El uso de la radio y la televisión en la promoción de la lactancia materna ha sido limitada, a pesar de las extensas redes de radiodifusión, la popularidad de la radio y sus costos relativamente bajos. Mientras la televisión cuenta con una amplia penetración en las zonas urbanas, incluso entre los pobres, su alto costo ha limitado su uso en la promoción de conductas de salud. Solamente unas pocas ONG han utilizado con éxito la radio a nivel local para sus mensajes de lactancia materna.

Actualmente hay algunos proyectos de bastante éxito de IEC para promover la inmunización y la prevención del SIDA. Estos esfuerzos tienen amplias estrategias de comunicación las cuales incluyen múltiples medios masivos de comunicación. Aunque los donantes internacionales garantizan su financiación, sus actividades las han llevado a cabo por medios locales predominantemente con recursos nacionales. La URC/PSI financiada por la USAID está diseñando actualmente un sistema similar al de IEC para todas las estrategias de supervivencia infantil. Con base en las experiencias de estos programas existentes y con la participación de una amplia variedad

de representantes del sector de salud internacional, público y privado, se proponen que su programa de IEC se aplique a nivel nacional y por todas las ONG.

Una actividad que no está contemplada en ningún plan es la del IEC para los proveedores de salud (que es diferente de la capacitación). El conocimiento sobre lactancia materna y las actitudes de los médicos, enfermeras y promotores examinados es incompleto. Nuevamente, todos están familiarizados con las ventajas de la leche materna, pero pocos son conscientes de la importancia del amamantamiento exclusivo durante los primeros cuatro meses de vida. Diversos estudios indican que las recomendaciones de los doctores están entre las causas principales de la complementación y del destete tempranos. La participación del personal de salud en la promoción de la lactancia materna durante la atención prenatal, de parto y del recién nacido es inexistente. Dada la ya deficiente capacitación de este personal y la disponibilidad limitada de publicaciones recientes sobre lactancia materna, es de suma importancia que las actividades de IEC incluyan al personal de salud. Dado que el proyecto de IEC de la URC/PSI no está dirigido a las instituciones de salud y a su personal, se debe identificar a otros grupos para esta tarea y vincular su trabajo estrechamente con URC/PSI.

SECCION IX
RECOMENDACIONES

A. PANORAMA

En la República Dominicana existe una carencia total de apoyo a la lactancia materna en instituciones de salud y por parte del personal médico, particularmente en el sector privado. De hecho, es probable que los médicos interfieran con las prácticas óptimas de lactancia materna, al separar a los recién nacidos de las madres por razones innecesarias y a veces peligrosas, y recomendar como norma general la complementación precoz cuando la lactancia materna debiera ser exclusiva. Dada esta situación y el hecho de que casi nada se hace para mejorarla, el equipo de evaluación tiene la convicción enfática que las estrategias de promoción de la lactancia materna primero tienen que dirigirse primero hacia el personal médico y sus programas de capacitación y educación.

La promoción de la lactancia materna dentro de los protocolos de distribución de servicios requiere fortalecimiento. La política de lactancia materna de SESPAS, tal como se expresa en su manual de política, debe revisarse y distribuirse junto con la capacitación y la vigilancia. Tanto las clínicas públicas como las privadas que ofrecen servicios de planificación familiar y/o prenatal precisan de sólidos programas de promoción de la lactancia materna, tal como lo hacen las más obvias salas de maternidad de los hospitales o de los centros de parto en las clínicas privadas. La capacitación de los proveedores de salud debe concentrarse en el manejo de los problemas de lactancia materna y no solamente en el contenido actual sobre sus ventajas.

Los esfuerzos actuales del Programa de Supervivencia Infantil/URC incluyen una estrategia integrada de IEC para la lactancia materna enfocada hacia los promotores de la comunidad de las ONG o los miembros de la comunidad en tres regiones de SESPAS. Estas actividades deben reforzarse y sus mensajes deben armonizarse con la información y los programas de educación suministrados para el personal de salud de SESPAS y por medio de otros donantes (USAID/PSI, UNICEF, OPS).

B. CAPACITACION PROFESIONAL DE SALUD PARA LA PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS HOSPITALES

Dado que el 90% de todos los partos en la República Dominicana son institucionales, la mitad de ellos en establecimientos públicos, la promoción de la lactancia materna en los hospitales sería una manera efectiva de estimular a las madres a amamantar en forma correcta. A este efecto se proponen las siguientes estrategias:

1. Capacitar a equipos médicos (un pediatra, un obstetra y una enfermera) de los cuatro hospitales maternos urbanos más grandes (con más de 40 partos diarios) en la dirección clínica de la lactancia materna siguiendo el modelo de WELLSTART.
2. Capacitar a dos enfermeras para ser "Consejeras de Lactancia Materna" en cada uno de estos grandes hospitales urbanos. Su capacitación se concentraría en el apoyo a las técnicas de lactancia materna siguiendo el modelo de AHLACMA, Hospital Materno Público en Honduras.
3. Organizar un equipo de vigilancia y selección para asegurar que se escojan las personas adecuadas y se ejecuten las prácticas después de la capacitación.
4. A su regreso a la República Dominicana, los discentes reformarán las prácticas de dirección de la lactancia en sus respectivos hospitales en cumplimiento con los "Diez pasos para una lactancia materna con éxito" de la OMS/UNICEF (1989). Un ejemplo específico de reformas necesarias sería el asegurar que los bebés con bajo peso al nacer y los recién nacidos con infecciones se alimenten con la leche de la madre.
5. Después de la capacitación, los candidatos formarán equipos de docentes principales, incluso de Consejeras, para suministrar el componente de lactancia materna de la capacitación en supervivencia infantil y el seguimiento de otras clínicas y pequeños hospitales. Será extremadamente importante trabajar con hospitales particulares y clínicas en este esfuerzo.

C. REVISION DE LA CAPACITACION MEDICA Y LA EDUCACION

En este momento, el curriculum médico de la Universidad Autónoma de Santo Domingo se está revisando, para proporcionar de esta manera una oportunidad de reforzar la administración clínica del componente de lactancia materna, así como la información técnica que haya disponible para los estudiantes de medicina y enfermería y el resto del personal de salud. Se requiere el apoyo continuo de un consultor de la OPS/WELLSTART para diseñar, hacer las pruebas iniciales y la revisión de este curriculum.

D. REFORZAR LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA DE PSI/SESPAS/ONG PARA PROMOCION COMUNITARIA

1. Asegurar que haya investigación formativa de calidad sobre las motivaciones de las mujeres para amamantar en forma exclusiva y no utilizar biberones.

2. Reforzar los materiales existentes para hacer énfasis en la lactancia materna exclusiva durante los primeros 4 a 6 meses, la relación entre el número de comidas y la lactancia con éxito y la introducción apropiada de alimentos semi sólidos. Corregir toda la mala información.
3. Asegurar la distribución de materiales de PSI existentes en las ubicaciones comunitarias de las ONG y de SESPAS suministrar capacitación provisoria y hacer seguimiento a los promotores en su uso, mientras URC/PSI revisa y completa su estrategia de IEC. La capacitación íntegra del promotor debe hacer énfasis en el manejo de las complicaciones comunes.
4. Coordinar los esfuerzos de IEC con el UNICEF, la OPS, las ONG, la SDP, el SESPAS y otros organismos pertinentes para asegurar la armonía y aceptación del mensaje como programa nacional y para prevenir la duplicación de recursos.
5. Colaborar con otras ONG (CEDOIS), especialmente organizaciones de mujeres, en la promoción de la lactancia materna como parte del papel importante que desempeñan en la salud de sus familias y de sus comunidades. Así mismo, empeñarse en cimentar la confianza de las mujeres en su capacidad para amamantar con éxito.
6. Incluir a los medios masivos de comunicación en la promoción de la lactancia materna en la estrategia general de IEC sobre la misma.

E. INCORPORAR LA PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL ASESORAMIENTO DE ATENCION PRENATAL Y DE PLANIFICACION FAMILIAR SUMINISTRADO POR LAS CLINICAS DE PLANIFICACION FAMILIAR PARA REFORZAR LA PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL SECTOR PRIVADO

Las organizaciones privadas de planificación familiar suministran atención prenatal a bajo costo para mujeres en 200 clínicas ubicadas en zonas urbanas predominantemente marginales. La atención prenatal debe cubrir el asesoramiento en lactancia materna y un examen de mamas.

La lactancia materna puede promoverse para el espaciamiento de embarazos y los usuarios de anticonceptivos deben considerarla respecto a los métodos recomendados y a los contraindicados. Las píldoras anticonceptivas de dosis baja y las de progestina solamente que en el momento no se encuentran deben considerarse

como una alternativa a las píldoras de estrógeno que son contraindicadas para las madres que amamantan.

F. IDENTIFICAR UN COORDINADOR/DIRIGENTE PARA EL PROGRAMA DE LACTANCIA MATERNA DE SESPAS Y REFORZAR LAS ACTIVIDADES DE LACTANCIA MATERNA PARA SU PROMOCION A NIVEL NACIONAL

En este momento, las actividades de supervivencia infantil de SESPAS no se han ejecutado debido a un complejo de problemas. La primera recomendación es de suma importancia y debe aplicarse cuando se encaren estos problemas.

1. La falta de dirigentes para actividades de lactancia materna en SESPAS es un tema crucial y necesita ser examinado más a fondo por los dirigentes nacionales del sector de salud. Debe hallarse un local para la lactancia materna con una persona responsable de su coordinación y ejecución. Debido a la falta de un Coordinador del Programa de Lactancia Materna del Ministerio de Salud/PLANSI, el equipo no ha definido cómo ni dónde deben coordinarse estas recomendaciones.
2. Revisar, organizar y corregir el Manual de Normas de PLANSI; diseñar estrategias de capacitación y vigilancia con equipos capacitados en el hospital (B.4) para ejecutar las normas a nivel operacional.
3. Con la PSI revisar el Manual del Promotor de Salud: Limitar las áreas de responsabilidad, mejorar la organización, simplificar y corregir errores. Poner énfasis en la lactancia materna apropiada, el destete, la importancia de la lactancia materna durante la diarrea y las técnicas de administración y motivación.

G. COORDINAR ACTIVIDADES ENTRE LOS DONANTES INTERNACIONALES

Debe establecerse coordinación por medio de intercambios regulares y/o esfuerzos conjuntos (C.4) en el diseño y ejecución de IEC para promotores y madres de la comunidad y el personal de salud, para asegurar consistencia y uso óptimo de recursos.

BIBLIOGRAFIA

A.I.D.

- The A.I.D. Breastfeeding Child Survival Strategy: Washington, D.C., 1990.
- Breastfeeding: Report on A.I.D. Programs: Washington, D.C., 1990.
- Media Promotion on Breastfeeding: A Decade's Experience. Academy for Educational Development: Washington, D.C., 1989.

A.I.D./International Health and Development Association. Browlee, A. Breastfeeding, Weaning and Nutrition. The Behavioral Issues. USA, 1990.

Anderson, M. "Naturaleza y Magnitud del Problema de la Lactancia Materna". Conf. Int. de Planificadores en L.M., Florencia, Italia, 1990.

Academy for Educational Development. Lactancia Materna en América Latina y el Caribe, 1990.

CARE, Dominicana. Cottam, H. Baseline Study Analysis: Proyecto Materno-infantil. 1991.

CARITAS/CRS ANEP. USAID. Growth Monitoring and Nutrition Education, Impact Evaluation of an Effective Applied Nutrition Program in the Dominican Republic, RD, 1988.

CENISMI. Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil.

- Mendoza, H. "Estado Actual de la Lactancia Materna en la República Dominicana". Reuniones Técnicas, RD., 1987.
- "Desnutrición Proteico-Calórica en Niños Menores de 5 Años". Reuniones Técnicas, RD., 1988.
- "La Prematuridad y el Bajo Peso al Nacer en la República Dominicana, 1988". Reuniones Técnicas, RD., 1988.
- "Indicadores de la Salud Materno Infantil en la República Dominicana, 1988". Reuniones Técnicas, RD., 1990.
- "Situación de la Salud Materno Infantil en la República Dominicana, 1990". Reuniones Técnicas, RD., 1991.
- Mendoza, H. y Ureña, Q. "Análisis Epidemiológico de las Infecciones Respiratorias Agudas y sus Síndromes más Comunes en el Hospital de Niños Reid Cabral", 1982-86.

- Hay, S. Utilización de los Servicios Pre Natales en un Hospital Público Urbano en la República Dominicana. Tesis de Maestría, RD., 1990.

CENISMI/Boletín Unidad de Estudios Especiales.

- "El Bajo Peso al Nacer en la República Dominicana", Estudio Nacional. Vol. 5, No. 10, RD., 1990.
- "La Enfermedad Diarreica Aguda en la República Dominicana." Vol.5 No. 7, RD., 1990.
- Mendoza, H. "Encuesta Nacional sobre la Enfermedad Diarreica Aguda e Infecciosa de Vías Respiratorias Agudas". Vol 4. No. 2, RD., 1987.
- Mendoza, H. "Situación Actual de las Acciones de Supervivencia Infantil en la República Dominicana: Medidas a través de los Indicadores de Salud de una Cohorte de Niños Seguidas Durante un Año desde su Nacimiento". Vol. 5 No. 9, RD, 1990.

CENISMI/Comisión Nacional de Lactancia Materna. Reunión de Investigadores sobre la Lactancia Materna, RD., 1987.

- León, J., Esquea, W., Lores, R. y Cruz, P. "Incidencia de la Diarrea en Niños Amamantados y no Amamantados en los Barrios Periféricos de San Cristóbal".
- Martínez, M. "Situación de la Lactancia Materna en el Cibao".
- Payano, B., Pérez, B., y Reid, L. "Estudio Comparativo de Lactancia Materna".
- Polanco, J., Arozco, C.J., Díaz y Rondón, H. "Calcio y Proteínas Totales en los Niños Alimentados con Leche Materna - 1984".
- Pujols, D., Quiñones, G., Soga E. y Sánchez Martínez. "Efectos de la Lactancia sobre el Desarrollo Socio Afectivo y Emocional", 1982.
- Rondón, H., Montano, J. y Sánchez Martínez. "Donificación de Inmunoglobina en Diferentes Tipos de Leche".
- Rosario, E., Tavares, R., Newman, V. Rondón H. y Mercedes, A. "Estudio de la Lactancia Materna en las Provincias Sánchez Ramírez, Cotuí", 1981.
- Ruiz, M., Florentino, C., Rondón, H. y Montañó, J. "Estudio Comparativo en Niños Alimentados con Leche Materna y Otro Grupo con Leche Artificial en la Misma Condición Socioeconómica", 1983.

--- Sánchez Martínez, B., Reid, L., Graveley, C., Villamar y Collado. "Valor Calórico de la Leche Materna en dos Estratos Sociales Diferentes", 1985.

CENISMI/ONAPLAN/UNICEF. Monitoreo de Efectos de las Políticas Económicas y Sociales en el Bienestar Infantil, (MEPES), 1991.

CIPAF Centro de Investigación para la Acción Femenina.

--- Pineda, M. La vida no es fácil. RD., 1990.

--- Quehaceres, D.N. Año 11, RD, febrero de 1991.

--- "Cuando Trabajar es un Infierno". Ed. Populares Feministas, Vol. 2., 1987.

--- Quién Defiende a Quién: Un Estudio sobre la Sección de Mujeres Menores de la Secretaría de Trabajo.

CELADE/CONAPOFA. La Mortalidad Infantil en Santo Domingo en la Década de los años 80. Informe del Estudio sobre la Mortalidad Mediante la Mortalidad. (Hijo previo), San José, Costa Rica, 1990.

CONAPOFA. Rondón, H., Méndez, M., Graveley, C., Mercedes, A. y Santana S. Situación de la Lactancia Materna en la Población Urbana de Dos Maternidades de Santo Domingo, RD., 1983.

CAP/PSI Programa de Supervivencia Infantil/Conocimientos, Actitudes y Prácticas

--- Estudio Cualitativo sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas Relativos a la Lactancia Materna; Diarrea, Rehidratación Oral en las Provincias de Barahona, San Juan de la Maguana: Resumen de los Principales Resultados, RD., 1991.

--- Informe OMSA. Cuantitativo PSI (Diarrea, Rehidratación Oral, Lactancia Materna) Promoción, RD., 1990.

--- Reporte Final OMSA. Cuantitativo PSI (Diarrea, Rehidratación Oral, Lactancia Materna) de Enfermeras, RD., 1990.

--- Informe OMSA. Orientación Metodológica N° 4: Medios Masivos en la República Dominicana, 1991.

PSI/STC/USAID Programa de Supervivencia Infantil/Save the Children

--- Para que Nuestros Hijos Crezcan Sanos y Fuertes. (Una estrategia para la Salud). RD., 1990.

--- Un Modelo de Prestación de Servicios de Atención Primaria en Salud: Estrategias Materno Infantil - Un Enfoque de Riesgo. RD, 1991.

- Informe OMSA. Orientación Metodológica para Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Indicadores de Supervivencia Infantil.
- Informe OMSA. Reporte Final: Grupos de Enfoque, Diarrea, Rehidratación Oral, Lactancia Materna, RD., 1989.
- DHS/CONAPOFA. Encuentro Demográfico y de la Salud, (DHS), RD, 1986.
- IEM. Instituto de Mercado, 1991. Información suministrada por Nestlé.
- IEPF. Instituto de Estudios de Población y Desarrollo. Duart, I., Báez, C., Gómez, C. y Ariza, M. Población y Condición de la Mujer en la República Dominicana. RD., 1990.
- Manoff International. Griffiths, Marcia. "A Nutrition Education Strategy for the Applied Nutrition Education Project (ANEP)", CRS/CARITAS, República Dominicana, 1984.
- MUDE. Mujeres para el Desarrollo. "Seminario-Taller Mujer Rural y Salud", 6 de junio de 1991.
- ONAPLAN. (Oficina Nacional de Planificación). Indicadores Demográficos, República Dominicana., 1990.
- Oficina Nacional de Estadística. (ONE). República Dominicana en Cifras. República Dominicana., 1991.
- Organización Panamericana de la Salud. Riaño, Miriam. "Informe de la Consultoría en el Area Materno Infantil y Planificación Familiar. RD., 1989-1990.
- Secretaría de Estado de Trabajo. Código de Trabajo: Normas Especiales de Regulación de Algunos Contratos de Trabajo, Capítulo I, RD., 1951.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia social/Plan Nacional de Supervivencia Infantil. SESPAS/PLANSI. Manual de Normas, RD., 1988.
- Programa: Lactancia Materna, Esquema Logístico de Proyecto o Matriz Programática, RD., 1990.
- Manual del Promotor de Salud, 1988.
- SESPAS. Programa Materno Infantil y Planificación Familiar, Santo Domingo, República Dominicana, 1991.
- Textos Universitarios de Comunicación Social. La Comunicación Social en las Leyes Dominicanas, República Dominicana, 1979.

UNICEF. Estado Mundial de la Infancia, 1991.

-- Báez, C. Directorio de Organismos no Gubernamentales que Trabajan con Mujeres, 1989.

University Research Center/Proyecto de Supervivencia Infantil/USAID. Muestras Materiales de Promoción sobre la Lactancia Materna, RD., 1991.

USAID.

--- Health Sector Assessment: Dominican Republic, Draft, Dominican Republic, 1990.

--- Family Health Project. Project Identification Paper, Dominican Republic, 1991.

--- Molina. M., Ceballos, Z., Gómez, C., Ramírez, N. y Feliz, M. Indicadores Seleccionados de Población y Salud y Algunas Notas sobre su Calidad y Utilidad, República Dominicana, 1990.

USAID/PRITECH, Pizarro, D. and Spain, P. Technologies for Primary Health Care, RD., 1990.

USAID/Tufts University School of Nutrition. Johnson, Catherina. Nutritional Status in the Dominican Republic, 1987.

WHO/UNICEF. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Maternity Services. USA, 1989.

ANEXO 1

**Personas Entrevistadas por el Equipo de Evaluación de
Lactancia Materna**

República Dominicana, 1991

ANEXO 1

Personas entrevistadas por el Equipo de evaluación de lactancia materna. República Dominicana, 1991

Hospitales/Médicos

1. Santo Domingo

Dra. Mayra Mora, Jefe de Enseñanza, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, SESPAS.

Dra. Acacia Mercedes, Pediatra, Jefe del Banco de Leche Materna y Encargada de Clínica de Alto Riesgo del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. Futura Presidenta de la Asociación Dominicana de Pediatría, SESPAS.

Dra. Juana Montaña, Jefe del Banco de Leche, Hospital San Lorenzo de los Minas, SESPAS.

Dra. Rosa Amador, Médica Interna del Hospital San Lorenzo de los Minas, Directora Sub-Centro Villa Duarte, SESPAS.

Lic. Mireya Arias de Guerta, Responsable Cátedra Enfermería Obstétrica y Comunitaria. Universidad Autónoma de Santo Domingo, Presidenta de la Sociedad de Enfermeras Obstétricas., SESPAS.

Dra. Ligia Reid, Pediatra, Clínica Gómez Patiño (privada). Miembro original del grupo de investigadores sobre la Lactancia Materna.

2. Barahona, Región VI

Dr. José Antonio Abreu, Director Interino, Hospital Regional Jaime Mota, SESPAS.

3. Elías Piña, Región IV

Dr. José Alcántara Rúa, Director Interino del Hospital Elías Piña, SESPAS.

4. Tamayo, Región VI

Equipo del Subcentro de Salud, SESPAS, Secretaría de Estado de Salud Pública

SESPAS y Asistencia Social Nivel Central, Santo Domingo

Dra. Donastrog, Jefe de Información.

Dra. Jefe de Medicamentos

IDSS, Instituto Dominicano de Seguro Social

Cristina Díaz, Encargada del Programa de Guarderías de IDSS, y Ex-Coordinadora del Programa de Lactancia Materna/SESPAS/PLANSI. 1987-1990.

INESPRE, Santo Domingo

Marianela Boden, Directora del Departamento Agroindustrial

CENISMI (Centro Nacional de Investigación de Salud Materno Infantil), Santo Domingo

Dr. Hugo Mendoza, Pediatra, Director, CENISMI

Cuerpo de Paz

Miguel León, Gerente de Salud.

Sector Privado

Dra. Josefina Coën, Pediatra Coordinadora de Supervivencia Infantil de la Sociedad Dominicana de Pediatría; y parte del equipo del Diagnóstico de la Lactancia Materna en la República Dominicana.

Milgueya Partes, Presidenta, Federación Panamericana de Farmacéuticos y Bioquímicos, Santo Domingo, Vicepresidenta, MUDE.

Maritza de Achecar, Gerente de Ventas de Productos Dietéticos, Bristol Myers/Mead Johnson.

Delio Antonio Picharaod, Jefe del Departamento de Productos Infantiles y Servicios de Marketing, Nestlé, Encargado de Mercadeo, Abbott Laboratories.

Programa de Supervivencia Infantil/University Research Corporation (PSI/URC) Mary Ann Abeyta Behnke, Directora

Dr. Angel Luiz Alvarez, Subdirector, ex-Director de Programas Enfermedades Inmunoprevenibles, SESPAS.

Dr. Johny Rivas, Coordinador de la Región 0 (Santo Domingo); ex-Director de PLANSI/SESPAS.

Dr. Frank Renández, Coordinador de la Región VI (Barahona); ex-Director de Enfermedades Diarreicas; SESPAS.

Isabel Mantilla, Coordinadora Asistente, Región IV (San Juan de la Maguana)

Dr. Mariano Miniño, ex-Coordinador de Capacitación de PSI/Save the Children.

Lic. Denise Ureña, ex-Coordinadora Producción de Materiales Educativos, PSI/Save the Children. Consultora PSI/URC.

Organizaciones No Gubernamentales (ONGs)

Centro Dominicano de Organizaciones de Interés Social, CEDOIS, Santo Domingo. Carlos Pimentel, Director.

CARE Dominicana, Santo Domingo
Hilary Cottams, Subdirectora
Edith Rodríguez, Enfermera, Gerente de Capacitación
Dra. Cecilia Corporán, Capacitadora

CARITAS, Santo Domingo
Juana María Méndez, Directora y Presidenta Enfermería Socio-Comunitaria.

Fundación Contra el Hambre, Elías Piña, Región IV
Josefina Heredia Mercedes, Coordinadora
Fidelina Alcántara, Promotora

Fundación de Desarrollo Comunitario (FUDECO), Elías Piña, Región IV
Centro de Capacitación
Servicio Social de Iglesias, Barahona
Glenys Obispo, Supervisora
Milagros, Promotora, Batey N° 5

Instituto Dominicano para el Desarrollo Integral. IDDI, Santo Domingo
Ramón Seiffe, Responsable del Sistema de Información
Liliana Rocha, Encargada del Programa de Salud
Isidora Abú, Supervisora de Promotoras de la Zurza.
Laundes Pedana, Encargada de Centro Recuperación Nutricional en la Zurza.
Dolores Mantero, Promotora en la Zurza.

Centro de Investigaciones y Apoyo Cultural (CIAC), Región VI.
Carlos Terreno, Encargado del Centro

Centro de Investigación para Asuntos Femeninos, CIPAF, Santo Domingo.

Mujeres para el Desarrollo (MUDE), Santo Domingo.
Rosarito Alvarez, Directora

Tú Mujer, Santo Domingo
Cristina de Seiffe, Directora

Agencias Donantes

A.I.D., Santo Domingo

Paul Struharik, Jefe de Recursos Humanos

Jack Thomas, Encargado de Salud

Tim Truitt, Encargado de Supervivencia Infantil

Sara George, Encargada de Nutrición

Ann Lion, Directora de Development Associates que suministra asesoría técnica y administrativa en planificación familiar a PROFAMILIA y ADOPLAFAM.

UNICEF, Santo Domingo

Michael McCabe, Subdirector

Ilsa Nina, Coordinadora de Supervivencia Infantil y Desarrollo

Sara Menéndez, Encargada de Nutrición

OPS, Santo Domingo

Dra. Mirta Rosés, Representante

Licenciada Miriam Riaño, Consultora Materno Infantil

Licenciada Rosa María Borrel, Representante de PASCAP

Nelly Piña, Consultora de Recursos Humanos

Licenciada Rosario Guzmán, Responsable de la Biblioteca

Licenciada Yma Sánchez, Educadora para la Salud.

ANEXO 2

(Escrito a máquina de la fotocopia del original en español
obtenida del Centro de Documentación de la OPS/OMS
en Santo Domingo)

**SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA Y
ASISTENCIA SOCIAL**

**PLAN NACIONAL DE SUPERVIVENCIA
PLANSI**

PROGRAMA DE PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

PROPOSITO

El Programa se propone contribuir a la disminución de la morbilidad de los niños menores de 1 año mediante la promoción de las ventajas de Lactancia Materna, la provisión de leche humana a los recién nacidos de alto riesgo y de alimentación a las embarazadas y madres que lactan, en el cuatrenio 1988-1991.

OBJETIVOS GENERAL

Disminuir la morbimortalidad infantil de los lactantes y los costos de alimentación infantil.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Revisar y establecer normas de atención maternoinfantil con prácticas asistenciales que favorezcan la lactancia materna (examen de mamas, divulgación de ventajas, lactancia inmediata, alojamiento conjunto, madre acompañada y distribución leche humana)

Suministrar alimentación complementaria a madres embarazadas y lactantes con riesgo de desnutrición a nivel local.

Incrementar y asesorar bancos de leche humana, en hospitales del país.

Capacitar los recursos humanos institucionales del sector salud, de entidades no gubernamentales y de la comunidad en normas y técnicas que favorezcan la lactancia materna.

Modificar, preparar y divulgar aspectos de la Legislación Nacional que favorezcan la práctica y promoción de la lactancia materna.

Propiciar la introducción de contenido relativos a la nutrición y lactancia materna en la curricula de la enseñanza pre-escolar, primaria, secundaria y universitaria, así como en los programas de la educación no formal.

Incentivar y orientar a las instituciones públicas y privadas relacionadas con acciones de salud para que ejecuten actividades de promoción de lactancia materna.

Promover entre las madres la práctica de la lactancia materna como la mejor forma de alimentar a sus hijos.

Apoyar el cumplimiento del código de prohibición de comercialización de sucedaneos de leche.

Difundir a todos los niveles los beneficios de la lactancia materna utilizando para ello los medios masivos de comunicación.

Promover el desarrollo de estudios e investigaciones relacionadas con la alimentación materna y del lactante para promover el conocimiento en este campo.

POBLACION OBJETIVO

Ochenta por ciento (80%) de embarazadas y población maternoinfantil lactante que asisten a establecimientos de salud de SESPAS. Poblacion en general.

METAS

Lograr que el 100% de las madres que asisten a control prenatal de SESPAS reciban orientación y asistencia que favorezcan con su posterior inicio en la lactancia.

Elevar de un ? a un 90% los establecimientos de SESPAS que ofrezcan examen de mamas, orientación psicoprofiláctica. Lactancia inmediata, alojamiento conjunto y leche humana a recién nacidos internados.

Eliminar la práctica de distribución de leches y productos maternizados en los establecimientos que aún lo realizan.

Elevar de un 20% a un 70% el número de niños alimentados con lactancia exclusiva hasta el 4to. mes.

Proporcionar alimentación complementaria al 100% de las embarazadas y madres lactantes con riesgo de desnutrición que acudan a las clínicas rurales y otros establecimientos de SESPAS.

Instalar cinco (5) bancos de leche materna en igual número de hospitales del país.

Capacitar al 90% del personal de todos los niveles del sistema de salud SESPAS, relacionados con la práctica y divulgación de la lactancia materna en el país.

Lograr acuerdo con las instituciones que realizan acciones de promociones de la lactancia materna, que permitan divulgación y aplicación de normas y leyes nacionales que la favorezcan.

AREAS DE ACCION

I. PRACTICAS ASISTENCIALES

Se normalizará para la ejecución de las siguientes acciones:

- I. a) Examen de mamas en consulta prenatal.
- I. b) Orientación sobre preparación de pezones y motivación y técnicas de lactancia a las madres que asisten a control prenatal.
- I. c) Se donará alimentación complementaria a las madres indentificadas de alto riesgo para desnutrición en período de gestación y lactancia.
- I. d) Se promoverá y capacitará en principios básicos de psicoprofiláxis para el parto en los establecimientos de salud.
- I. e) Se promoverá el sistema de lactancia inmediata a los recién nacidos de establecimientos de salud.
- I. f) Se favorecerá el sistema de alojamiento conjunto y sistema de madre acompañante en los centros asistenciales que ejecuten partos de la SESPAS.
- I. g) Se completará la instalación de bancos de leche humana en todos los hospitales regionales del país.

FORMACION Y CAPACITACION DE RECURSOS HUMANOS

- II. a) Se elaborará material didáctico que permita la capacitación y actualización en técnicas y ventajas de la lactancia materna al personal de salud de diferentes niveles del sector salud.
- II. b) Se efectuarán cursos, charlas y talleres para dicho personal así como el personal que opera en los bancos de leche humana.
- II. c) Se coordinará y ejecutarán seminarios-talleres con organismos internacionales y no gubernamentales que favorezcan la capacitación y difusión de estrategias comunes para la promoción de la lactancia.
- II. d) Se propiciarán reuniones con representantes del Congreso de la Nación para la revisión y promulgación de leyes que favorezcan la lactancia materna en el país.

III. EDUCACION A LA POBLACION

- III. a) Se revisarán acuerdos y promoverá la incursión de temas de lactancia materna a población escolarizada y universitaria del país.
- III. b) Se coordinará y apoyarán actividades educativas (charlas-talleres etc.) a población no escolarizada y grupos organizados de diferentes sectores del país.
- III. c) Se normalizará y promoverán actividades de orientación y motivación a la población de madres gestantes y lactantes que asisten a los establecimientos de salud de SESPAS y a la población general.
- III. d) Se organizarán encuentros con la comunidad donde se analice la importancia de las acciones propuestas por el programa y como influye en la salud del niño.

IV. MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACION

- IV. a) Se elaborará un diagnóstico y programación para la difusión por medios masivos de comunicación de las ventajas y técnicas de la lactancia materna.
- IV. b) Se elaborará material educativo para ser utilizado por medios comunitarios, prensa radial, escrita y televisión del país.
- IV. c) Se evaluará el impacto de la difusión masiva en la práctica de la lactancia materna y su duración.

V. COORDINACION ADMINISTRACION Y EVALUACION

- V. a) La coordinación del programa de lactancia materna será realizada por un coordinador nacional en la unidad ejecutora del PLAN NACIONAL DE SUPERVIVENCIA INFANTIL (PLANSI).
- V. b) La administración de los recursos para el programa recaerá en la Dirección de Servicios Básicos de Salud en coordinación de la coordinación técnica del PLANSI y de la coordinación nacional del programa de lactancia materna.
- V. c) La responsabilidad de la ejecución del programa recaerá en la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), al igual que los demás componentes del PLANSI) a través de la Dirección general de Servicios Básicos de Salud, unidad de coordinación técnica del PLAN NACIONAL DE SUPERVIVENCIA INFANTIL. La coordinación del programación del programa y todos los niveles (regionales, de área y locales del sistema de salud).
- V. d) Se solicitarán recursos nacionales e internacionales a través de instituciones públicas y privadas para la ejecución y evaluación de las acciones programadas.
- V. e) Se coordinará la participación internacional, pública y privada nacional e internacional que favorezcan el intercambio de información y experiencias que favorezcan el logro de todos los objetivos del programa.
- V. f) Se coordinará y solicitarán consultorías técnicas con personal capacitado en el área de elaboración de material educativo y de promoción, revisión de leyes, evaluación de impacto e investigación del programa.
- V. g) Se realizará un diagnóstico inicial de la situación de la lactancia materna en las áreas de influencia de la SESPAS resaltando el cumplimiento de normas establecidas, prácticas asistenciales, duración promedio de la lactancia materna por áreas y regiones, así como morbilidad y mortalidad de población infantil lactante en las zonas a implementar el programa.
- V. h) Se propiciará y apoyará la realización de investigaciones locales y nacionales que aumenten el nivel de conocimiento de la lactancia materna en el país.
- V. i) Se supervisará, evaluará la existencia y cumplimiento de normas, la realización de actividades programadas, la disponibilidad, distribución y utilización de recursos, y el impacto en la morbilidad y desnutrición de la población objetivo.

**INDICADORES GENERALES DEL PROGRAMA DE
PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA**

**INDICADORES DEL PROGRAMA DE PROMOCION
DE LA LACTANCIA MATERNA**

I - Prácticas Asistenciales

- I.1. Asistencia Prenatal
 - I.1.1. Examen de mamas
 - I.1.2. Alimentación complementaria
 - I.1.3. Psicoprofilaxis en atención al parto
- I.2. Atención del parto-lactancia inmediata
- I.3. Asistencia Post - Parto
 - I.3.1. Alojamiento conjunto
 - I.3.2. Bancos de leche

II - Formación y Desarrollo de Recursos Humanos

- II.1 Elaboración material didáctico
- II.2 Capacitación personal de Salud
- II.3 Capacitación personal organismos no gubernamentales
- II.4 Actualización curriculum enseñanza primaria-secundaria universitaria
- II.5 Actualización personal especializado
- II.6 Elaboración de material de apoyo para capacitación
- II.7 Concientización y motivación a nivel decisivo político (promulgación de leyes que favorezcan la lactancia materna)

III - Educación a la población

- III.1 Actividades educativas a nivel escolarizado
- III.2 Actividades educativas a niveles no escolarizados a grupos organizados existentes
- III.3 Actividades de orientación
 - III.3.1. Usuarios del servicio
 - III.3.2. Población blanco
 - III.3.3. Población general
- III.4 Actividades de información (investigación)

IV - Medios masivos de comunicación

- IV.1 Diagnóstico
 - IV.1.1. En población meta
 - IV.1.2. Multisectorial
- IV.2 Planificación o plan de acción
- IV.3 Difusión-evaluación
 - IV.3.1. Material escrito
 - IV.3.2. Material gráfico
 - IV.3.3. Radio
 - IV.3.4. T.V.
- IV.4 Capacitación de personal institucional
- IV.5 Participación comunal en el proceso
- IV.6 Evaluación de prácticas de lactancia en personas que la practican y duración

- V - Planes Proyectos y Programas
 - V.1 Otros proyectos del país, actividades que desarrollan y responsable de los mismos
 - V.2 Mecanismos de coordinación
 - V.3 Apoyo a los proyectos y/o programas
 - V.4 Areas a evaluar e indicadores a usar
 - V.4.1. Objetivos globales y específicos
 - V.4.2. Metas
 - V.4.3. Recursos
 - V.4.4. Criterios
 - V.4.4.1 Productividad
 - V.4.4.2 Cobertura
 - V.4.4.3 Concentración
 - V.4.4.4 Eficacia
 - V.4.4.4 Impacto en enfermedades, morbilidad, mortalidad y desnutrición
- V.5. Indicadores
 - V.5.1. Desarrollo de actividad
 - V.5.2. Disponibilidad y distribución de recursos
 - V.5.3. Existencia y cumplimiento de normas

ANEXO 3

**Ley de Comercialización de los Sucedáneos de la
Leche Materna**

Artículo 9o.- Protección especial. Los agentes de salud, instituciones o dependencias de servicios de atención de salud y personal de éstas, deberán estimular y proteger la lactancia natural, y los que se ocupen particularmente de la nutrición de la madre y del lactante, deben familiarizarse con las obligaciones que les incumben en virtud de la presente ley.

Artículo 10.- Prohibición a incentivos. En ningún caso, los fabricantes o distribuidores ofrecerán, con el propósito de promover los productos comprendidos en las disposiciones de la presente ley, incentivos financieros o materiales al personal de los servicios de salud.

Artículo 11.- Declaración de beneficios. Los fabricantes y distribuidores de los productos relacionados en la presente ley, deberán declarar a la institución o dependencia a que pertenezca el empleado o funcionario respectivo, toda contribución hecha a favor de éste, con el fin exclusivo de financiar becas, viajes de estudio, subvenciones para investigación, gastos de asistencia a conferencias profesionales y demás actividades de esa índole. El empleado o funcionario, previo a gozar de dicho beneficio, deberá contar con autorización extendida por la autoridad superior jerárquica del servicio a que pertenezca, y aprobación en su caso, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social o del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS). El personal de salud de instituciones o servicios privados, deberá contar con la aprobación de la Sociedad Dominicana de Pediatría, para aspirar a estos beneficios, previa solicitud de dicha Sociedad a los fabricantes o distribuidores.

Artículo 12. Muestras. En ningún caso, los fabricantes o distribuidores, por sí o por sus agentes o representantes, distribuirán muestras de los productos a que se refiere esta ley, ni materiales o utensilios que sirvan para su preparación o empleo, salvo cuando sea necesario para fines profesionales de evaluación o de investigación a nivel institucional o de información.

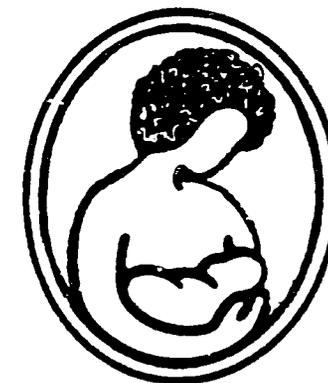
Artículo 13. Etiquetado. En las etiquetas de cualquier recipiente o en los envases de los productos comprendidos en las disposiciones de la presente ley, queda prohibida la impresión o utilización de las expresiones: "Leche humanizada", "leche maternizada", "equivalente de la leche materna" o cualquier otra expresión que induzca a error o a la creencia sobre las cualidades de dichos productos en relación a la leche materna. Se concede el plazo de tres meses contados a partir de la fecha de iniciación de la vigencia de este Decreto Ley, para el cumplimiento de los dispuestos en el presente artículo.

COMISION NACIONAL DE LACTANCIA
MATERNA
FUNDADA EL 21 DE NOVIEMBRE DE 1984
INSTITUCIONES REPRESENTADAS

- 1.- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)
- 2.- Secretaría de Estado de Educación Bellas Artes y Cultos
- 3.- Secretaría de Trabajo
- 4.- Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA).
- 5.- PRO-FAMILIA
- 6.- Sociedad Dominicana de Pediatría
- 7.- Sociedad Dominicana de Ginecología y Obstetricia
- 8.- Centro de Integración Familiar (CIF)
- 9.- Dirección General de la Oficina de Promoción de la Mujer.



Ley
de Comercialización
de los Sucedáneos de
la Leche Materna



Una Ley que todo Dominicano
debe conocer... y hacer cumplir.

COMISION NACIONAL DE PROMOCION
DE LA LACTANCIA MATERNA.
REPUBLICA DOMINICANA
1986

**COMISION NACIONAL DE PROMOCION
DE LA LACTANCIA MATERNA
REPUBLICA DOMINICANA**

LA COMISION NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA
SOLICITA QUE SE APRUEBE ESTE DECRETO DE LEY

CONSIDERANDO:

Que la maternidad y la niñez deben ser objeto de especial atención por parte del Estado, desarrollando a través de sus órganos, acciones de protección, promoción y las complementarias, a fin de procurar a la madre y al niño, el más completo bienestar físico, mental y social;

CONSIDERANDO:

Que la lactancia natural es un medio invaluable para proporcionar el alimento ideal para el sano crecimiento y desarrollo del lactante, constituyendo la base biológica y fisiológica para el desarrollo normal del niño;

CONSIDERANDO:

Que la Organización Mundial de la Salud, de la cual República Dominicana es miembro permanente, ha recomendado la adopción de normas que tiendan a proteger la lactancia natural regulando la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, razón por la cual es procedente emitir en tal sentido la correspondiente disposición legal, solicitamos al Poder Ejecutivo promulgar éste decreto de ley.

**LEY DE COMERCIALIZACION DE LOS
SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA**

Artículo 1o.— Objetivos y alcances. La presente ley tiene por objeto procurar el establecimiento de las medidas necesarias para proteger y promover la lactancia natural, asegurando el uso adecuado de los sucedáneos de la leche materna, sobre la base de una información apropiada, cuando éstos fueren necesarios, y las modalidades del comercio y distribución de los siguientes productos, sucedáneos de la leche materna, incluidos las preparaciones para lactantes, otros productos de origen lácteo, alimentos y bebidas, incluidos los alimentos complementarios administrados con biberón, cuando estén comercializados o cuando de otro modo se indique que pueden emplearse, con o sin modificación, para sustituir parcial o totalmente a la leche materna, se aplicará, asimismo, a la calidad y disponibilidad de los productos relacionados y a la información sobre su utilización.

Artículo 2o.— Definiciones. Para los efectos de la aplicación de la presente ley, los términos en ella usados, se entenderán de la manera siguiente:

- a) **Sucedáneos de la leche materna.** Todo alimento comercializado o presentado como sustitutivo parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin.
- b) **Alimento complementario.** Todo alimento, manufacturado o preparado localmente como complemento de la leche materna o de las preparaciones para lactantes cuando aquella o éstas resulten insuficientes para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante.
- c) **Comercialización.** Las actividades de promoción, distribución, publicidad y servicios de información, relativas a un producto:
- d) **Distribuidor.** La persona individual o jurídica que directa o indirectamente se dedique a la comercialización de cualesquiera de los productos a que se refiere la presente ley:
- e) **Preparaciones para lactantes.** Todo sucedáneo de la leche materna preparado industrialmente de conformidad con las normas alimentarias aplicables, para satisfacer las necesidades nutricionales normales del lactante hasta la edad de 4 a 6 meses y adaptado a sus características fisiológicas:
- f) **Personal de salud.** Toda persona, profesional o no incluidos los agentes voluntarios no remunerados, que trabaje en un servicio que dependa de un sistema de atención de salud.

Artículo 3o.— Material informativo. Los materiales informativos y educativos, impresos, auditivos o visuales, relacionados con la alimentación de los lactantes y destinados a las mujeres embarazadas y a las madres de lactantes y niños de corta edad, deben incluir datos claramente presentados sobre los siguientes aspectos:

- a) Ventajas y superioridad de la lactancia natural;
- b) Nutrición materna y preparación para la lactancia natural y mantenimiento de ésta;
- c) Efectos negativos que ejerce sobre la lactancia natural la introducción parcial de la alimentación con biberón;
- d) Dificultad de revertir la decisión de suspender la lactancia natural, y
- e) Uso correcto, cuando así convenga, de preparaciones para lactantes.

Cuando dichos materiales contengan información relativa al empleo de preparaciones para lactantes, deberán señalar los riesgos que presentan para la salud los alimentos o los métodos de alimentación inadecuados y los riesgos que presentan para la salud el uso innecesario o incorrecto de preparaciones para lactantes y otros sucedáneos de la leche materna, con ese material no deberán utilizarse imágenes o textos que puedan idealizar el uso de sucedáneos de la leche materna.

Artículo 4o.— Donativos. Los fabricantes o los distribuidores de los productos a que se refiere esta ley, sólo podrán

hacer donativos de equipo o materiales informativos o educativos a petición de la entidad interesada y con la autorización escrita del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social o de los órganos directivos del Instituto Dominicano de Seguros Sociales en su caso, atendiendo las orientaciones que se hayan emitido con esa finalidad. El equipo o materiales donados podrán llevar el nombre o símbolo de la empresa donante, pero no deberá referirse a ninguno de los productos comerciales comprendidos en las disposiciones de la presente ley.

Artículo 5o.— Distribución a las madres y público. Los fabricantes y los distribuidores de los productos a que se refiere esta ley, no podrán facilitar, directa o indirectamente, a las mujeres embarazadas o a las madres, muestras de los productos comprendidos en las disposiciones de esta ley ni de artículos o utensilios que puedan fomentar la utilización de sucedáneos de la leche materna. Esta disposición no implica restricciones al establecimiento de políticas o prácticas de precios destinadas a facilitar los productos a bajo costo u otras operaciones. No deben ser tampoco objeto de publicidad destinada al público en general, los productos referidos en la presente ley.

Artículo 6o.— Instalaciones de salud. Ninguna instalación del sistema de atención de salud del Estado o de sus entidades autónomas, semiautónomas o decentralizadas, podrá ser utilizada para la promoción de preparaciones para lactantes u otros productos a los que se refiere esta ley. Igual prohibición tendrán los sanatorios, hospitales o instituciones privadas. La información facilitada para los fabricantes y los distribuidores a los profesionales de salud, debe limitarse a datos científicos y objetivos y no llevará implícita ni suscitará la creencia de que la alimentación con biberón es equivalente o superior a la lactancia natural. Dicha información debe incluir también los datos especificados en el Artículo 3o.

Artículo 7o.— Personal de empresas. El personal de comercialización de las empresas no deberá tener, a título profesional, ningún contacto directo o indirecto con mujeres embarazadas o madres de lactantes o niños de corta edad.

No se permitirá en las instalaciones del sistema de atención de salud el empleo de representantes de servicios profesionales, de enfermeras de maternidad o personal análogo, facilitado o remunerado por los fabricantes o los distribuidores de los productos a que se refiere esta ley.

Artículo 8o.— Personal de Salud. Únicamente al personal de los centros de atención de salud les será permitido hacer demostraciones sobre alimentación con preparaciones para lactantes, fabricadas industrialmente o elaboradas en casa, y únicamente a las madres o a los miembros de las familias que necesiten utilizarlas; la información facilitada debe incluir una clara explicación de los riesgos que puede acarrear la utilización incorrecta de dichas preparaciones.