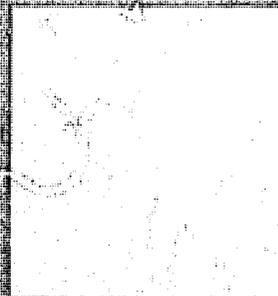


INFORME FINAL

Promoción de la Lactancia Materna por Medio de los Hospitales en América Latina

*Anales de la conferencia regional
sobre los costos, la cobertura,
la calidad y la eficiencia de
las actividades de promoción
de la lactancia materna*



20, 21 Y 22 DE JULIO DE 1994

SANTOS, BRAZIL



USAID



UNICEF



WHO

ANALES DE LA
CONFERENCIA REGIONAL

Los Costos, la Cobertura, la Calidad y
la Eficiencia de las Actividades de
Promoción de la Lactancia Materna por
Medio de los Hospitales en
América Latina



INFORME FINAL

20, 21 Y 22 DE JULIO DE 1994

SANTOS, BRAZIL



LA AGENCIA DE LOS ESTADOS
UNIDOS PARA EL DESARROLLO
INTERNACIONAL
(USAID)



EL PROYECTO DE SOSTENIBILIDAD
EN SALUD Y NUTRICION PARA
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
(LAC HNS)



CENTRO
DE LACTAÇÃO Y NUTRICION
DE SANTOS
(CLIS)

TABLA DE CONTENIDOS

| | Página |
|---|--------|
| LISTA DE ABREVIATURAS | iii |
| INTRODUCCION | v |
| RESUMEN EJECUTIVO | vii |
| PRESENTACIONES | |
| ● Estudio de la Eficacia en Función de los Costos de la Promoción de la Lactancia Materna por Medio de los Hospitales en América Latina | 1 |
| ● El Costo y la Eficacia en Función de los Costos: Marco Conceptual | 11 |
| ● Promoción de la Lactancia Materna en Tres Salas de Maternidad en México | 15 |
| ● Evaluación del Impacto de las Actividades de Promoción de la Lactancia Materna: Hospital Guilherme Alvaro | 17 |
| ● Promoción de la Lactancia Materna en Tres Hospitales en Honduras | 23 |
| ● El Empleo Materno y la Lactancia Materna Exclusiva: El Efecto del Empleo Usual vs el Empleo Actual | 29 |
| ● Factores de Riesgo para el Abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en el Brasil, Honduras y México | 31 |
| ● Efecto de los Programas Hospitalarios de Promoción de la Lactancia Materna Exclusiva en Tres Países de América Latina | 35 |
| ● El Costo y la Eficacia en Función de los Costos de la Promoción de la Lactancia Materna | 37 |
| ● El Efecto de un Programa de Promoción de Lactancia Materna con Base en un Hospital y Clínica en un Ambiente Urbano de Clase Media | 45 |
| ● Centro de Lactancia y Hospital de Guarujá — Impacto del Programa de Lactancia Materna | 47 |
| ● La Lactancia Materna y el Trabajo — No Basta Cumplir con la Ley | 49 |

| | |
|---|-----|
| • La Lactancia Materna y la Planificación Familiar | 51 |
| • Programa de Lactancia Materna del Hospital Guilherme Alvaro en Santos, Brasil . | 53 |
| CONCLUSIONES | 81 |
| ANEXO A: Trabajos de los Grupos | 87 |
| ANEXO B: Agenda de la Conferencia | 107 |
| ANEXO C: Lista de Participantes | 113 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|-----------|--|
| AQV | anticoncepción quirúrgica voluntaria |
| D.E. | desviación estándar |
| DIU | dispositivo intrauterino |
| EDS | encuesta demográfica y de salud |
| HCR | Hospital Catarino Rivas (San Pedro Sula, Honduras) |
| HESC | Hospital Escuela (Tegucigalpa, Honduras) |
| HGA | Hospital Guilherme Alvaro (Santos, Brasil) |
| ICMER | Instituto Chileno de Medicina Reproductiva |
| IHSS | Instituto Hondureño de Seguridad Social |
| ISTI | International Science and Technology Institute |
| LAC HNS | Latin American and Caribbean Health and Nutrition Sustainability (Proyecto de Sostenibilidad en Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe) |
| LAM | lactational amenorrhea method (método de lactancia y amenorrhea) |
| LM | lactancia materna |
| LME | lactancia materna exclusiva |
| MELA | método de lactancia y amenorrhea |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| UNICEF | Organización de las Naciones Unidas para la Infancia |
| USAID | United States Agency for International Development (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional) |
| USAID/LAC | División de América Latina y el Caribe de la USAID |

INTRODUCCION

La promoción de la lactancia materna como un recurso natural indispensable para proteger la salud y la nutrición, prevenir la enfermedad y aumentar la supervivencia y el desarrollo de la niñez es una de las necesidades más apremiantes en la región de América Latina y el Caribe. Las tasas de iniciación de la lactancia materna son relativamente altas en la mayoría de los países de la región; sin embargo, las prácticas de lactancia materna distan mucho de ser óptimas, y la frecuencia y duración de la lactancia exclusiva son muy bajas, con lo cual se está desaprovechando su enorme potencial para contribuir a la disminución de la morbimortalidad infantil y la reducción del gasto en salud. Numerosos esfuerzos se han adelantado en la región en este sentido, con participación y compromiso variable del sector público y con resultados también muy diversos. El cúmulo de experiencia es, sin embargo, suficiente para derivar importantes lecciones prácticas con el fin de optimizar la eficacia en función del costo de las acciones.

Por esta razón, el Proyecto de Sostenibilidad en Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe de la USAID (USAID/LAC HNS) incluyó algunas actividades y programas de lactancia materna dentro de su serie de estudios sobre la eficacia en función del costo de las intervenciones nutricionales. Los resultados de los estudios de la eficacia en función de los costos de acciones de promoción de la lactancia materna en el Brasil, Honduras y México, promovidos y patrocinados por el Proyecto LAC HNS, son de indudable importancia práctica. Por esta razón, como parte de sus actividades de divulgación y capacitación, el Proyecto LAC HNS organizó y patrocinó una **Conferencia Regional sobre la Promoción de la Lactancia Materna por medio de los Hospitales en América Latina**, la cual tenía como propósito presentar y discutir los resultados de estos estudios y de otros similares en la región y derivar conclusiones prácticas relevantes para la planificación y ejecución de acciones y programas de promoción de la lactancia materna en la región. La conferencia se realizó en Santos, Brasil del 20 al 22 de julio de 1994 y en ella participaron profesionales provenientes de ocho países de la región, así como también representantes de diversas organizaciones donantes y ejecutoras regionales e internacionales. El presente informe contiene un resumen de las presentaciones, discusiones y conclusiones de la conferencia, con el fin de que sean divulgadas más ampliamente en los países de la región.

RESUMEN EJECUTIVO

Deliberaciones de la Conferencia Regional sobre

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA POR MEDIO DE LOS HOSPITALES EN AMERICA LATINA

20-22 de julio de 1994

Santos, Brasil

La conferencia tenía como objetivo principal el de compartir los resultados preliminares de ciertos estudios, patrocinados por la USAID, sobre los costos y la eficacia de la promoción de la lactancia materna en servicios de maternidad. A través de estos estudios se recogió, de hospitales que representaban las diferentes etapas del desarrollo de programas de lactancia materna, información sobre los indicadores de la cobertura y calidad de 28 actividades de promoción de la lactancia materna en clínicas de atención prenatal y postnatal, salas de parto y servicios de maternidad. Utilizando un diseño transversal cuasi experimental el cual permitió realizar más de 7.500 entrevistas con mujeres expuestas a siete programas de lactancia materna en el Brasil, Honduras y México, el estudio documentó la amplitud de impactos que es razonable esperar que produzcan los programas ejecutados sobre el terreno. Al mismo tiempo, se documentaron las implicaciones, en función de los recursos, del logro de diferentes impactos y niveles de cobertura, y se realizó una evaluación detallada de los costos cíclicos.

Además de discusiones relacionadas con la metodología y los hallazgos, la conferencia abordó los tipos de acciones que se requerirían para poder acrecentar la eficiencia de tales programas en términos de aumentar sus impactos y disminuir los costos, al tiempo que profundizó sobre las implicaciones de nuevos conocimientos acerca de variables socioeconómicas y demográficas relacionadas con las prácticas de lactancia materna — en particular las de empleo materno, razones ofrecidas por las mujeres por no practicar la lactancia materna exclusiva, y el uso de métodos anticonceptivos con relación a la lactancia materna.

El tema fundamental de la conferencia ha sido el de desarrollar un marco más preciso y más claro y una forma de pensar que nos permita:

- desarrollar estrategias de lactancia materna con base en evidencias empíricas de la cobertura, la calidad y el impacto;
- ponderar las implicaciones de nuestras decisiones en términos de costos y también de la eficacia;

- **apreciar la importancia y la función del sector de salud con base en la evidencia referida a la eficacia en función de los costos:**
 - magnitud y diversidad de los impactos de las intervenciones en la lactancia materna;
 - eficacia en función de los costos de la lactancia materna en comparación con otras intervenciones de salud;
 - aún persisten serios problemas en las instalaciones de salud;
- **fijar la lactancia materna como el punto focal de nuestra estrategia nacional de salud materno-infantil;**
- **centrar primero los esfuerzos en las intervenciones cuyo impacto, sostenibilidad y cobertura óptimos han sido comprobados:**
 - hospitales, servicios de maternidad;
 - contactos postparto, clínicas y centros de salud;
- **cambiar de una influencia negativa a una positiva:**
 - directivas claras y comprensibles acompañadas de incentivos;
 - educación impartida en las facultades de medicina y enfermería;
- **liderar los esfuerzos por proteger a las mujeres que trabajan:**
 - legislación;
 - sensibilización;
- **vigilar la eficacia en relación con los costos:**
 - entrevistar a las madres para efectos de evaluar la cobertura y la calidad;
 - mantener y revisar registros de los costos.

Las presentaciones comenzaron con una apreciación general de la eficacia en función de los costos, seguida por una discusión de los resultados de los datos sobre cobertura, calidad e impacto, una exposición sobre las estimaciones de los costos, y finalmente una exploración de los resultados obtenidos como consecuencia de la combinación de los costos con los resultados programáticos. Debido a que los datos sugerían la importancia de abordar los interrogantes relacionados con las mujeres empleadas y las correspondientes complementariedades con la planificación familiar, se programaron dos sesiones plenarias orientadas hacia los programas las cuales incluyeron presentaciones de videos y una discusión de los resultados obtenidos a través de las evaluaciones de los programas.

El segundo y tercer días de la conferencia estuvieron dedicados a las discusiones en grupos de trabajo. El Grupo A identificó acciones prioritarias para mejorar la cobertura y la calidad y exploró formas de diseminarlas a través de la capacitación en servicio. El Grupo B trabajó con economistas del estudio con el objeto de analizar la metodología para definir la eficacia en función de los costos y sus aplicaciones en el campo de la promoción de la lactancia materna. El Grupo C realizó una revisión de las lecciones aprendidas a partir de experiencias obtenidas en los países a través de los esfuerzos por cambiar el ambiente de políticas de modo que favoreciera las acciones en apoyo de la lactancia materna. El Grupo D revisó nuevos datos sobre el contenido de los programas de estudio en las escuelas de medicina y enfermería en lo que a lactancia materna se refiere, y desarrolló un plan de acción orientado a acelerar los cambios necesarios. Finalmente, el Grupo E discutió la importancia de integrar los objetivos en materia de planificación familiar con las actividades de promoción de la lactancia materna, y exploró formas para lograr esa integración.

Los participantes incluyeron desde funcionarios de nivel ministerial y representantes de grupos de acción no gubernamentales hasta personal académico y estudiantes de postgrado que realizaban investigaciones sobre la lactancia materna. Se contó con la presencia de representantes del Brasil, Honduras, México, Chile, el Ecuador y Colombia, lo mismo que representantes del Proyecto Wellstart, OMS/Ginebra, el UNICEF, la OPS, la USAID, el Programa de Lactancia Materna/Planificación Familiar Natural de la Universidad de Georgetown, y otros.

La conferencia generó un importante impulso a dos campos críticos de acción que actualmente se encuentran en proceso en la región: mejoramiento de los componentes de lactancia materna en la educación para médicos y enfermeras, y concentración en la cobertura y calidad de los componentes de consejería y educación materna de los servicios de lactancia materna en las maternidades. Cada uno de los tres países del estudio actualmente tiene encaminadas acciones diseñadas para desarrollar e institucionalizar un simple mecanismo de vigilancia para controlar los indicadores clave de la cobertura y de la calidad a través de entrevistas con las madres a su egreso de los hospitales. Los participantes en la conferencia mostraron especial interés en los temas relacionados con los costos y el uso potencial de la eficacia en función de los costos como herramienta proactiva para lograr aumentos en las inversiones en la educación y promoción de la lactancia materna. Se solicitó la elaboración de un documento que trazara los lineamientos metodológicos, y el Proyecto LAC HNS tiene planes para tomar medidas al respecto. Los aportes proporcionados al equipo de LAC HNS respecto a la mejor forma de llevar a cabo los análisis y la diseminación de los hallazgos fueron de un valor incalculable. Un importante beneficio no esperado fue la oportunidad para establecer y renovar contactos y coordinar las acciones entre los diversos intermediarios que realizan actividades financiadas por la USAID en el campo de la lactancia materna, así como también para establecer contactos con otras organizaciones donantes que trabajan activamente en la región de América Latina y el Caribe.

ESTUDIO DE LA EFICACIA EN FUNCION DE LOS COSTOS DE LA PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA POR MEDIO DE LOS HOSPITALES EN AMERICA LATINA

Tina G. Sanghvi, PhD and Chessa Lutter, PhD

ANTECEDENTES

Las considerables repercusiones beneficiosas para la salud producidas por la lactancia materna y, en particular, por la lactancia materna exclusiva han sido claramente demostradas (Victora et al, 1987; Popkin et al, 1990; Brown et al, 1989). No obstante, las tasas de lactancia materna exclusiva se mantienen bajas a nivel mundial (diversos estudios patrocinados por la USAID y la OMS a principios de los años ochenta; encuestas EDS). La gran mayoría de los partos en América Latina ocurren en hospitales. Existe evidencia que señala que las prácticas de lactancia materna pueden ser influenciadas por las experiencias que las mujeres tienen en los hospitales al dar a luz, y este hecho ha provocado la realización de varias importantes iniciativas programáticas diseñadas para mejorar las políticas y prácticas de apoyo a la lactancia materna, particularmente en las salas de maternidad de los hospitales (Wellstart, 1987; Baby Friendly Initiative, UNICEF, 1991). Sin embargo, estos esfuerzos no han sido evaluados de una manera sistemática. A fin de aprovechar el potencial que existe para aprender a partir de la experiencia de estos programas, la División de la USAID para América Latina y el Caribe emprendió en 1992 un estudio de las actividades de promoción de la lactancia materna en los hospitales.

El propósito principal del estudio fue documentar la eficacia de los hospitales en la promoción de la práctica de la lactancia materna y la eficiencia con que estos centros aprovechaban sus recursos para lograr esa meta. Es importante tener una comprensión de estos interrogantes. Los recursos son escasos y los hospitales en particular tienen muchas responsabilidades. Los administradores de los servicios de salud y de los hospitales individuales necesitan dar consideración especial a qué nivel de atención a la promoción de la lactancia materna en los hospitales puede justificarse y cómo puede lograrse mejor.

A fin de ayudar a los administradores en esta tarea, el estudio se propuso lo siguiente:

- estimar la cobertura y la calidad de los servicios de lactancia materna proporcionados a las madres;
- estimar la eficacia en función de los costos de las prácticas hospitalarias al medir su impacto sobre la lactancia materna exclusiva y sus costos institucionales directos;
- estimar el valor de los ahorros generados por los hospitales como consecuencia de las prácticas de promoción de la lactancia materna;

- explorar la asociación entre los indicadores a nivel hospitalario (por ejemplo, los planes de las madres para la alimentación de sus bebés) y las prácticas posteriores en lo que a alimentación efectiva de los bebés se refiere; y
- analizar los factores que influyen sobre la eficacia de los programas.

El propósito fue utilizar esos resultados posteriormente para (1) desarrollar lineamientos de políticas para los hospitales y (2) identificar una serie de indicadores de fácil medición que los hospitales pudieran utilizar para controlar la eficacia de sus programas.

MARCO CONCEPTUAL

Fueron identificados como prioritarios seis tipos principales de actividades que podrían instituir los hospitales para pacientes internos en el área de promoción de la lactancia materna:

- contacto temprano entre la madre y el bebé (lo cual implica que los bebés deben ser sostenidos en brazos o amamantados por sus madres tan pronto como sea posible después del parto);
- alojamiento conjunto (los bebés se mantienen con sus madres en la misma habitación);
- educación y consejería (consejos, apoyo y demostraciones, sea en grupos o individualmente);
- acceso restringido a sucedáneos de la leche materna;
- establecimiento de bancos de leche (para permitir que las madres cuyos bebés se encuentran en salas cuna almacenen leche materna para consumo posterior); y
- uso reducido de los medicamentos de prevención de la hemorragia que inhiben la lactancia materna (por ejemplo, la metergina).

Estos seis tipos de actividades, en combinación con la consejería prenatal y postnatal, constituyeron la intervención de promoción de la lactancia materna que se propuso estudiar.

El primer paso consistió en establecer el grado de exposición de cada madre a la intervención de la promoción de la lactancia materna. A fin de establecer la solidez del vínculo entre la exposición a estas actividades y el aumento en la frecuencia y duración de la lactancia materna exclusiva, sería necesario tomar en cuenta otros factores que probablemente influían sobre la lactancia. La Figura 1 presenta en forma resumida la naturaleza de los diversos factores y su supuesta relación con la exposición a la intervención y con el impacto.

Esta figura también ilustra la naturaleza de los aportes contemplados a la intervención, lo mismo que los resultados esperados. Al elegir la lactancia materna como indicador de la eficacia, se esperaba captar la mayoría de las importantes ramificaciones de la intervención: Los efectos sanitarios y de fecundidad derivados del aumento en la lactancia materna después del egreso de la madre del hospital podrían calcularse indirectamente a partir de otras fuentes secundarias, tales como los estudios realizados por Victora, Popkin, Brown y Barros, et al.

METODOS

La investigación consistió en una serie de tres estudios realizados separadamente — uno en el Brasil, otro en México y otro en Honduras — en los cuales se midieron el costo y la eficacia de uno o más diferentes "paquetes" programáticos de promoción de la lactancia materna. A la conclusión del estudio, se realizaron comparaciones entre los países participantes a fin de obtener resultados comunes, pero en esencia los tres estudios fueron independientes.

En cada estudio el diseño básico implicó seguir a grupos de mujeres que tenían diferentes niveles de exposición a acciones de promoción de la lactancia materna en hospitales y medir la tasa de lactancia materna exclusiva y la tasa de lactancia de cualquier tipo en estos diferentes grupos, así como también el costo de los diferentes niveles de exposición.

A pesar de la disponibilidad de cierta información sobre las prácticas anteriores en materia de lactancia materna (por ejemplo, un estudio realizado en uno de los hospitales mexicanos (el Hospital General en 1989) y un volumen considerable de datos recolectados en Honduras en la década de 1980), no resultó posible en ninguno de los tres países utilizar datos históricos para medir el impacto sobre las prácticas de lactancia. En su defecto, se formularon comparaciones contemporáneas. En el Brasil, se hizo una comparación de un hospital que tenía un programa muy sólido con otro que atendía a una población muy similar pero que prestaba poca atención a la promoción de la lactancia materna. En México, se incluyeron tres grupos comparativos: un hospital con alojamiento conjunto y un programa de promoción razonablemente fuerte (Hospital General) y un segundo hospital (Hospital de la Mujer) con dos grupos — uno con alojamiento conjunto y algunas actividades de promoción (aproximadamente un tercio de los partos) y otro sin alojamiento conjunto y con poca promoción de la lactancia. En Honduras, se estudiaron tres hospitales con diferentes niveles de promoción de la lactancia materna. El Cuadro 1 presenta en forma de bosquejo las características básicas de los siete hospitales incluidos en el estudio.

Donde había suficiente variación dentro de los hospitales en cuanto a exposición a diferentes elementos de la promoción de la lactancia materna, también fue posible medir el impacto de estas actividades individuales sobre la lactancia, lo mismo que sus costos.

Medición de la eficacia y de las variables correspondientes

En 1992 se recolectaron datos a partir de una serie de tres entrevistas realizadas con cada madre seleccionada — una justo antes de su egreso del hospital y dos en su hogar — como también de los registros de los hospitales.

La entrevista hospitalaria tenía como propósito recolectar información sobre los planes y conocimientos de las madres en lo que a lactancia materna se refería; su exposición reportada a las actividades de promoción de la lactancia materna; y características tales como edad, paridad, estado civil, educación, empleo, situación socioeconómica y residencia, así como también características biomédicas, incluyendo el peso y sexo del bebé y el tipo de parto. Las entrevistas domiciliarias captaron detalles acerca de la forma en que se estaba alimentando al bebé, las razones ofrecidas por las madres por seguir estas prácticas, las características del hogar y las circunstancias del empleo.

La primera entrevista domiciliar se realizó aproximadamente un mes después del parto en los siete grupos hospitalarios. La secuencia de la segunda entrevista varió de acuerdo con el país, dependiendo de qué tan rápidamente se esperaba que la lactancia materna exclusiva se suspendiera y de los intervalos que habían sido utilizados en otros estudios realizados en ese país.

El número de mujeres entrevistadas en cada etapa se muestra en el Cuadro 2. Las características socioeconómicas y biomédicas de las mujeres que participaron en el estudio se muestran en el Cuadro 3. En el Brasil y en Honduras, se siguió a una proporción razonablemente elevada de mujeres, y las que abandonaron el estudio fueron similares, en la mayoría de los aspectos esenciales, a las mujeres que permanecieron en el estudio. En México, se experimentaron dificultades de consideración debido al tamaño de la ciudad y a la situación de privación de las mujeres, la cual se expresó en una actitud de recelo ante la autoridad, dificultades de acceso a los lugares de residencia y poca estabilidad en los arreglos de vivienda. Las tasas de direcciones falsas y de cambios de dirección fueron muy altas y se detectaron algunas diferencias significativas en términos de situación socioeconómica entre el grupo del seguimiento y los casos de abandono, siendo, en términos generales, las mujeres más pobres las que abandonaron el programa y que tenían una probabilidad ligeramente mayor de tener empleo fuera del hogar.

Las relaciones descriptivas y de variables dobles fueron evaluadas utilizando la prueba *t* de Student, el análisis de chi-cuadrado y el análisis de la varianza. Se realizaron análisis regresivos de múltiples variables por pasos (modelo de supervivencia de Cox) para medir el impacto de la exposición a las actividades de promoción de la lactancia sobre la lactancia materna exclusiva. Todos los análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS 1993.

Medición de los costos

Se identificaron todas las actividades implicadas en la realización de programas de promoción de la lactancia materna. Se determinaron los costos de las actividades incluidas en la operación continua de los programas (incluyendo las de apoyo de ejecución continua, tales como las de capacitación y cabildeo). Las actividades que ocurrieron en una etapa inicial del desarrollo del programa (costos "de desarrollo", tales como la capacitación por Wellstart, cambios infraestructurales y diseño de materiales didácticos) fueron excluidas de las estimaciones.

Los recursos requeridos para llevar a cabo las actividades corrientes fueron desglosados en forma detallada y se estimaron las cantidades utilizadas en 1992. Los recursos fueron agrupados de acuerdo a dos categorías amplias — recursos corrientes (los que tenían una vida útil menor de un año, por ejemplo, suministros) y recursos de capital (los que tenían una vida útil de un año o más, por ejemplo, equipos). Se utilizó una tasa de actualización del 3% para calcular los valores anuales de los bienes de capital. Los costos y ahorros se expresaron en precios de 1992.

Las actividades para las cuales se esperaba generar ahorros (alojamiento; reducción del uso de fórmula y de medicamentos postparto) eran realizadas casi uniformemente por todos los hospitales (tanto los del programa como los de control). Por consiguiente, tenían pocas probabilidades de contribuir de una manera significativa a aquella parte del impacto sobre la lactancia materna que fue posible medir.

La meta era determinar, para cada hospital, el costo institucional directo neto de la promoción de la lactancia materna por un año. El estudio aún no ha estimado los costos hospitalarios indirectos (ni tampoco los beneficios, por ejemplo, como consecuencia de la disminución en las tasas de morbilidad infantil) o los costos o beneficios familiares de la promoción de la lactancia materna (por ejemplo, los ahorros generados al no utilizar leche artificial). Se recolectaron datos sobre costos durante las visitas realizadas *in situ* y por medio de comunicaciones de seguimiento con el personal de los hospitales.

Cálculo de la eficacia en función de los costos

En cada país, se calculó la eficacia en función de los costos (es decir, los costos adicionales y su impacto asociado), tanto de los "paquetes" programáticos como de los elementos promocionales individuales, en todos los casos en que era posible demostrarse un impacto estadísticamente significativo sobre la lactancia materna exclusiva o, en el caso de México (donde las tasas de duración de la lactancia materna exclusiva eran muy bajas), sobre la lactancia materna de cualquier tipo.

Para los "paquetes" programáticos, la unidad de comparación fueron los hospitales. El cálculo de los costos adicionales se efectuó utilizando una de dos técnicas de tipo muy general:

- identificar las actividades que eran diferentes y estimar el costo de esas actividades adicionales (Brasil);
- calcular el costo promedio por parto para el grupo de control, aplicarlo al número de partos en el hospital del programa y restar esta cifra del costo efectivo del hospital del programa (México, Honduras).

Básicamente, el primer enfoque consiste en identificar diferencias entre las actividades y luego determinar sus costos, mientras que el segundo consiste en determinar los costos de todas las actividades y luego comparar las diferencias en los costos. Ambos enfoques tienen sus ventajas y sus desventajas. En el primero, puede no ser fácil identificar de una manera general cuáles son las actividades pertinentes o qué porcentaje de una actividad debe incluirse. En el segundo, el problema radica en el supuesto de que todos los costos están directamente relacionados con el número de partos.

Para los elementos promocionales individuales que tenían un impacto demostrable sobre la lactancia materna exclusiva, el promedio del costo adicional fue aplicado al promedio del impacto de dicha actividad a fin de derivar su eficacia en función de los costos.

Los resultados pueden utilizarse como se indica a continuación:

- para identificar la naturaleza y magnitud de los recursos que están siendo invertidos en programas y componentes de programas, a fin de comenzar a explorar formas de disminuir los costos unitarios y de mejorar el impacto;
- para establecer un punto de referencia a fin de evaluar la eficacia en función de los costos de los cambios efectuados en el futuro; y
- para establecer un vínculo entre los datos sobre los costos y sobre la lactancia materna y las estimaciones de los impactos sanitarios y de fecundidad, a fin de comparar la eficacia en función de los costos de las actividades de promoción de la lactancia materna con la de otras intervenciones.

Cuadro 1. Características de los hospitales

| CARACTERISTICA | BRASIL | | HONDURAS | | | MEXICO | |
|----------------------------------|-----------------|----------|----------------|-------------|----------------|---------------|---------------|
| | CONTROL | PROGRAMA | C.RIVAS | ESCUELA | IHSS | MUJER | GENERAL |
| Ubicación | Santos | Santos | San Pedro Sula | Tegucigalpa | San Pedro Sula | Ciudad México | Ciudad México |
| Tipo de hospital | Público/privado | Público | Público | Público | Seg. Soc. | Público | Público |
| Número de nacimientos/año | 1.188 | 1.589 | 10.590 | 18.756 | 3.500 | 11.708 | 7.010 |
| Estadía promedio (horas) | 36-40 | 24-48 | 12 | 6-12 | 12 | 24-72 | 18-36 |
| Prog. lactancia materna iniciado | 1991 | 1974 | 1990-92 | 1983 | 1982-88 | 1991 | 1988-91 |

Cuadro 2. Tamaño de la muestra y edades en las entrevistas de seguimiento

| | BRASIL | | HONDURAS | | | MEXICO | | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|----------------------|---------------------|
| | Control | Programa | C. Rivas | Escuela | IHSS | Mujer | | General |
| | | | | | | Sala Cuna | Alojamiento Conjunto | |
| No. de entrevistas en hospitales | 206 | 236 | 593 | 488 | 501 | 287 | 200 | 448 |
| No. seleccionado para seguimiento | 206 | 236 | 508 | 400 | 489 | 248 | 174 | 333 |
| No. segunda entrevista | 168 | 192 | 346 | 345 | 405 | 180 | 123 | 189 |
| No. tercera entrevista | 162 | 179 | 325 | 318 | 396 | 147 | 103 | 175 |
| Edad promedio segunda entrevista (días \pm D.E.) | 35,6 \pm 2,6 | 35,7 \pm 2,4 | 30,8 \pm 3,9 | 29,8 \pm 5,1 | 30,3 \pm 3,9 | 42,7 \pm 13,1 | 40,9 \pm 13,2 | 41,9 \pm 11,8 |
| Edad promedio tercera entrevista (días \pm D.E.) | 95,3 \pm 2,6 | 96,0 \pm 2,6 | 56,0 \pm 3,0 | 59,3 \pm 3,7 | 58,5 \pm 3,9 | 125,2 \pm 8,8 | 128,6 \pm 7,6 | 124,1 \pm 13,4 |

Cuadro 3. Características maternas por país¹

| CARACTERISTICAS | BRASIL (n=442) | HONDURAS (n=1582) | MEXICO (n=765) |
|---|-------------------|----------------------|-------------------|
| Edad materna (años, mediana \pm D.E.) | 24,9 \pm 6,0 | 24,3 \pm 5,8 | 23,6 \pm 5,4 |
| Paridad (mediana \pm D.E.) | 3,7 \pm 1,9 | 3,5 \pm 1,9 | 3,0 \pm 1,4 |
| Primíparas (%) | 44 | 38 | 39 |
| Casadas (%) | 83 | 75 | 76 |
| Escolaridad (años, mediana \pm D.E.) | 6,9 \pm 3,4 | 6,8 \pm 3,2 | 6,8 \pm 2,9 |
| Puntaje socioeconómico ² (mediana \pm D.E.) | 3,0 \pm 1,0 | 2,0 \pm 1,3 | 2,2 \pm 1,2 |
| Empleada (%) | 27,5 | 30,7 | 17,1 |
| Inodoro hidráulico | 83 | 69 | 94 |
| Recibió atención prenatal (%) | 94,5 | 79,3 | 85,0 |
| Parto cesáreo | 35 | 9 | 26 |
| Bebés del sexo masculino | 50 | 48 | 50 |
| Peso al nacer (kg, promedio \pm D.E.) | 3,3 \pm 0,49 | 3,0 \pm 0,49 | 3,1 \pm 0,46 |

(1) incluye matrimonios legales y mujeres en unión.

(2) indicador compuesto basado en presencia/ausencia de un radio, televisor, refrigerador, teléfono y automóvil.

EL COSTO Y LA EFICACIA EN FUNCION DE LOS COSTOS: MARCO CONCEPTUAL

Margaret Phillips, MS

Vamos a hablar aquí del concepto de la eficacia en función de los costos y a presentar, en términos generales, nuestro estudio. Quisiera hacer énfasis en los dos puntos siguientes:

- que es del interés de todos pensar un poco como economistas, y
- que en el trabajo cotidiano es factible utilizar conceptos económicos, tales como la eficacia en función de los costos.

Estas son actividades a las cuales nos dedicamos constantemente — tanto en nuestra vida personal como en el trabajo. Nos preguntamos ¿por qué son necesarias? La respuesta es sencilla: No podemos hacer todo lo que quisiéramos hacer. Los recursos son escasos. Observen que he dicho "recursos" y no "dinero"; puede ser que el factor limitante sea el tiempo o la disponibilidad del personal capacitado.

El resultado de esa escasez es que nos vemos obligados a tomar decisiones — a decidir en favor de algunas actividades y dejar de hacer otras. Nuestra tendencia es hacer esto de alguna manera racional y no sencillamente al azar, es decir, aplicar algunos criterios con base en los cuales podremos juzgar la conveniencia relativa de las diversas opciones (en otras palabras, priorizar).

En la práctica, puede ser que no nos demos cuenta de los criterios que utilizamos. Probablemente no los utilicemos de una manera constante e incluso pueden ser criterios que preferimos disimular (por ejemplo, los intereses creados de los políticos que se hacen pasar por intereses sociales).

La práctica de tomar decisiones puede ser complicada, pero la teoría de cómo debe funcionar es mucho más clara. Hay algunos criterios que son mejores que otros desde el punto de vista de la sociedad.

Por ejemplo, "que la intervención funcione", aunque es un criterio mínimo, es importante. No queremos tener equipos, medicinas o formas de organizar los servicios de salud que no tengan un impacto favorable sobre la salud. Y no tiene sentido decidir hacer algo para lo cual no dispongamos de recursos (es decir, debe ser factible).

Pero estos criterios no son suficientes. Algo puede ser factible y puede funcionar — y tal vez funcione mejor que otras posibilidades. Pero si el costo es 10 veces más alto, hacerlo implicaría dejar de hacer muchas otras cosas. Lo que queremos saber es si vale la pena invertir estos recursos para esta intervención. Debemos lograr una especie de equilibrio entre

el grado de eficacia de la intervención y la exigencia que tiene en términos de recursos. Un análisis económico no es más que el establecimiento de un equilibrio formal entre los costos y los resultados de una intervención. Existen dos metodologías económicas: la de costo-beneficio y la de eficacia en función de los costos.

El análisis de costo-beneficio implica la comparación directa de los resultados de una intervención con sus costos. Para poder hacer esta comparación, es necesario utilizar la misma unidad para los costos como para los beneficios. Es necesario asignar un valor monetario a los resultados. Sin embargo, es difícil evaluar algunas cosas en términos financieros. (Por ejemplo, ¿cuánto vale la vida de un bebé?)

Por esta razón, utilizamos el segundo método, el cual es menos eficaz que el de costo-beneficio, pero evita la necesidad de medir todo. Con esta técnica (la de la eficacia en función de los costos), se comparan los costos de dos (o más) intervenciones y, en un análisis realizado por separado, se comparan los correspondientes impactos. Los impactos pueden expresarse por medio de cualquier unidad que capte los beneficios más importantes de las intervenciones. Pueden ser unidades de salud o de comportamiento (por ejemplo, tasa de mortalidad, de diarrea o de lactancia materna). Lo único que exige el método es que se utilice la misma unidad para las dos intervenciones.

El marco general puede utilizarse para cualquier asunto. Es a la vez una forma de pensar y un método.

Se optó por aplicar la técnica del análisis de la eficacia en función de los costos al tema de la promoción de la lactancia materna en los hospitales. Se quiso explorar el impacto que tienen las rutinas y prácticas hospitalarias sobre la lactancia al momento del parto, lo mismo que sus costos. Se propone utilizar estos resultados de la siguiente manera:

- Para medir el impacto y los costos de los programas de promoción de la lactancia materna, se necesita tener un punto de comparación. En cada uno de los tres países en que se realizó el estudio, se seleccionó un hospital que tenía un programa de promoción relativamente débil para que funcionara como control — un punto de partida con el cual sería posible comparar el impacto de los hospitales que tenían programas más desarrollados y los costos adicionales de dichos programas. Cabe señalar la importancia de identificar los hospitales que funcionaron como "controles" y de hacer un resumen de sus características.
- Para decidir qué tipo de información se debe recopilar a fin de hacer el análisis de la eficacia en función de los costos en los hospitales, primero se definió el marco CONCEPTUAL de los programas de lactancia. ¿Cómo funciona este programa y qué efectos tiene? ¿En qué consiste la intervención? Se identificaron varias actividades. Los efectos inmediatos son dos: cambios en la práctica de lactancia en los hospitales y cambios en los planes, conocimientos y

valores de las madres acerca de la lactancia materna. Estos influyen en la práctica de la lactancia materna fuera del hospital, la cual tiene, por su parte, impactos sobre la salud, la fecundidad y el gasto familiar.

Se midieron los conocimientos y los planes por medio de entrevistas realizadas entre 200 y 500 madres en cada hospital. Se continuó el seguimiento a estas madres, realizando entrevistas al mes a los dos, tres y cuatro meses, dependiendo del país, para obtener datos relacionados con la lactancia. No se determinó directamente el impacto sobre la salud porque (1) es difícil hacerlo y (2) fue posible estimarlo indirectamente utilizando datos que ya existen sobre el vínculo entre la lactancia y la salud.

Algunas personas han expresado sus reservas acerca de las técnicas económicas de la evaluación y de la formulación de decisiones, como por ejemplo, ¿qué sentido tiene hacer un análisis retrospectivo cuando la decisión de ejecución ya ha sido tomada? Es cierto que para influir en una decisión se necesita saber de antemano cuáles serán los costos de las intervenciones y qué efectos tendrán. Sin embargo, normalmente es imposible estimar estos costos y efectos con anterioridad a la ejecución si no se cuenta con la evidencia concreta basada en la medición de los costos efectivamente contraídos y de los beneficios reales logrados por otros proyectos similares.

La técnica es demasiado difícil de aplicar en la práctica y la eficacia en función de los costos es en realidad una técnica de investigación y no un instrumento gerencial práctico. Es cierto que los análisis retrospectivos de gran escala a veces pueden ser complejos y requerir mucho tiempo (nuestro estudio es un ejemplo elocuente). Pero también es cierto que este aspecto puede evitarse incorporando a las intervenciones sistemas adecuados para la recopilación de información. A veces puede ser suficiente el uso de datos secundarios. También es cierto que, si bien la medición retrospectiva de los costos y beneficios reales frecuentemente constituye un ejercicio de la investigación, la evaluación prospectiva de los posibles costos y beneficios de una decisión determinada constituye un elemento esencial de las buenas prácticas gerenciales. Siempre es posible realizar algún análisis económico básico — siempre es mejor tener estimaciones aproximadas que no tenerlas.

La eficacia en función de los costos puede darnos una respuesta a la siguiente pregunta, "¿vale la pena o no esta intervención?", pero no nos ayuda a entender los por qué y los cómo, que son tan importantes para la toma de decisiones. Esto es cierto. Pero no hay razón por la cual no se pueda enriquecer el análisis, tal como se hizo en nuestro estudio.

La combinación de los conceptos económicos con los de salud es éticamente sospechosa. El peligro sería que nos preocupáramos más por ahorrar dinero que por salvar vidas. Pero de hecho, la técnica de la eficacia en función de los costos otorga igual importancia a los resultados que a las inversiones. Además, en la formulación final de decisiones, no hay ninguna razón por no incorporar otros criterios, tales como la equidad y la sostenibilidad.

A mi criterio, en el mundo de hoy el análisis económico no es optativo sino esencial, y opino así por dos razones:

1. nos ayuda a seleccionar las intervenciones que producen los mejores impactos con relación a los recursos disponibles, y
2. nos ayuda a convencer a los políticos y a los administradores, para quienes los argumentos económicos son muy influyentes.

En la mayoría de los casos, lo difícil del análisis de la eficacia en función de los costos es (1) interpretar los resultados del análisis (un tema sobre el cual hablaremos después) y (2) medir el impacto y explicar el por qué. Este segundo interrogante será cubierto en las sesiones que siguen a continuación y en las cuales conoceremos en detalle los resultados de los análisis de la eficacia en función de los costos obtenidos por medio de los estudios realizados en los tres países.

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN TRES SALAS DE MATERNIDAD EN MEXICO

Rafael Pérez-Escamilla, PhD

RESUMEN

El objetivo de este estudio es determinar el impacto e identificar los factores de riesgo y vigilancia a fin de orientar esfuerzos de promoción de la lactancia materna (LM) en tres maternidades públicas de la Ciudad de México. Se seleccionó a un grupo de madres en el Hospital General (n=333) que cuenta con servicios de alojamiento conjunto. En el Hospital de la Mujer, las madres se seleccionaron en una maternidad con alojamiento conjunto (n=185) o en una de "alto riesgo" (n=247) donde los bebés permanecieron en un cunero separados de sus madres. En los tres grupos se hicieron esfuerzos de promoción de la lactancia materna, y se entrevistaron a las madres tanto en la maternidad como en sus casas a los 1,4 y 4,2 meses después del parto.

El promedio de duración de la lactancia materna exclusiva (LME) fue de 6 días. Las razones principales de suspensión fueron el consejo del médico y/o de amistades/familiares (48%-71%) y la insuficiencia de leche (35%-56%). La mayoría de los bebés estaban ingiriendo jugos y alimentos sólidos a los 3 meses de vida. A los 4 meses, del 15 al 21% estaban consumiendo leche entera de vaca. El 41%-48% ya habían sido destetados a los 4 meses debido principalmente al informe de insuficiencia de leche. Varios análisis multivariados indicaron que el trabajo materno, el ser una madre adolescente y el tener baja motivación para amamantar estaban asociados inversamente con la lactancia materna. El impacto de la maternidad sobre la lactancia materna fue modulado por la educación materna y por el nivel económico de la familia.

EVALUACION DEL IMPACTO DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA: HOSPITAL GUILHERME ALVARO¹

Ana María Segall Correa, MD, MPH

INTRODUCCION

Desde 1981, con la creación del Programa Nacional de Incentivo a la Lactancia Materna (PNIAM), el Ministerio de Salud del Brasil inició a nivel nacional actividades de protección e incentivo a la lactancia materna. Su acción incluyó cambios en la legislación brasileña en la década de los años ochenta: la licencia de maternidad aumentó de 90 a 120 días y se creó la licencia de paternidad de 5 días. También se crearon las normas nacionales de comercialización de alimentos para lactantes y las relativas a los procedimientos asistenciales (alojamiento conjunto y bancos de leche). Paralelamente se desarrollaron actividades directas de intervención: adiestramiento de profesionales de salud y campañas de información y concientización sobre lactancia materna en los medios de comunicación masiva del país.

En 1991, Rea demostró los beneficios de la primera década de actividades del PNIAM, principalmente el impacto en el tiempo de lactancia total registrado entre 1981 y 1987, cuando se observó un aumento de 89 a 127 días en el Grande São Paulo y de 66 a 104 días en la Región Metropolitana de Recife. También se observó un aumento en la proporción de niños alimentados al pecho y en el momento de alta hospitalaria en Recife (del 88% al 94%), lo mismo que un incremento en la duración media de la lactancia materna (asociada con el agua y las infusiones), de 43 días en 1981 a 66 en 1987 en el Grande São Paulo y de 15 días en 1981 a 32 en 1987 en la Región Metropolitana de Recife.

Precediendo a este incentivo nacional, el Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de Santos hacía 17 años venía protegiendo y fomentando la lactancia materna a través de actividades intrahospitalarias de asistencia al parto y al postparto. Esta experiencia culminó en 1990 con la creación del Centro de Lactancia de Santos.

El estudio multicéntrico (Brasil, México y Honduras) "Cost-Effectiveness of Breastfeeding through Hospitals" y coordinado por el Proyecto LAC HNS permitió evaluar sobre el tiempo el impacto de un conjunto de actividades de lactancia de los recién nacidos en el Hospital Guilherme Alvaro. Los objetivos y la metodología ya fueron publicados. Aquí solo se detallarán las particularidades del estudio en el Brasil.

Estas informaciones están basadas en el informe final titulado "Effectiveness of a Hospital-Based Breastfeeding Promotion Program—Brasil" presentado a la USAID/LAC en febrero de 1994.

DESCRIPCION DEL ESTUDIO

Para evaluar el impacto de las acciones hospitalarias de protección y fomento de la lactancia materna del Hospital Guilherme Alvaro (denominado hospital programa) sobre el perfil de alimentación de los lactantes a los 30 y 90 días del nacimiento, se planificó y ejecutó un estudio prospectivo. Fue seleccionado otro hospital (denominado hospital control) para obtener recién nacidos que constituyeran la población de comparación. El hospital control está ubicado en las cercanías del Hospital Guilherme Alvaro y sus usuarios no difieren de los del hospital programa en cuanto a características biológicas y socioeconómicas. Los dos hospitales atienden gratuitamente, sin existir discriminación social, de salario o de seguro de salud; sus usuarias son predominantemente mujeres de escasos recursos. El hospital programa realiza actividades de fomento y protección de la lactancia claramente especificadas: contacto precoz entre madre e hijo, amamantamiento en la sala de parto, no separación de madre e hijo, no introducción de alimentación complementaria, supervisión de la primera mamada, orientación individual y en grupo sobre la importancia y las ventajas de la lactancia materna, prevención y cuidado de los principales problemas de la alimentación al pecho, y énfasis en el autocuidado. En una visita llevada a cabo en el hospital seleccionado como control, se verificó que éste no realizaba ninguna de las actividades antes mencionadas, confirmando la suposición de que los dos hospitales eran semejantes en todo, excepto en la característica en estudio.

Se consideró elegible para el estudio todo recién nacido sano no gemelar con peso igual a 2000 gramos o más. Fueron excluidos del estudio los recién nacidos con malformaciones congénitas que dificultan la alimentación al pecho y los hijos de madres seropositivas para el VIH portadoras de problemas mentales, sordas, con anomalías mamarias y usuarias de litio o quimioterápicos.

Se utilizó un formulario para registrar las informaciones de las fichas clínicas sobre la edad gestacional, interurrencias médicas durante el parto, prescripción de medicamentos para la madre y el recién nacido, motivo de alimentación complementaria, etc. Para la entrevista de la madre al momento de dar de alta, se usó un cuestionario para registrar informaciones sobre las características biológicas y sociales de la madre, interurrencias médicas durante la hospitalización, y exposición a las actividades en estudio. Se utilizó otro cuestionario para seguimiento (a los 30 y 90 días) para obtener informaciones sobre las características de la alimentación láctea, introducción de alimentos, motivos de su introducción y otras informaciones necesarias para el control de confundimiento.

Se adiestraron a cuatro pediatras para que entrevistaran a las madres al momento de dar de alta y registrar las informaciones de la ficha clínica: dos asistentes sociales adiestradas realizaron las entrevistas domiciliarias de las madres.

La selección y el seguimiento de la cohorte se realizó entre junio de 1992 y marzo de 1993. En el período de selección ocurrieron 706 partos, de los cuales 522 se seleccionaron para el estudio.

Una submuestra del 5% de las madres fue entrevistada nuevamente por la supervisora de terreno con el objetivo de verificar la confiabilidad de las informaciones. Esta supervisora trató, sin éxito, de localizar a seis madres perdidas en el seguimiento. Las informaciones fueron digitadas en EPI-INFO v.6501b y posteriormente, para análisis, fueron transferidas a SPSS v.6.0 para el programa Windows.

RESULTADOS

El análisis descriptivo de la información muestra que las madres entrevistadas en los dos hospitales son semejantes en términos de características sociales, paridad, proporción de primíparas, acceso a asistencia prenatal y características de la asistencia prenatal. Llama la atención la diferencia estadísticamente significativa en la proporción de cesáreas.

También se observó diferencia en el peso al nacer, mayor en el hospital control, que se explica por servir el hospital programa como hospital de referencia regional para embarazos de alto riesgo.

Tanto la proporción de mujeres que realizaron prenatal como el número de consultas de prenatal fue semejante en ambos grupos. Sin embargo, se verificó diferencia significativa en relación a la orientación sobre lactancia materna recibida en el prenatal, a pesar de no haberse observado diferencias significativas en el número de consultas de prenatal. Las consultas de prenatal en ambos grupos se realizaron predominantemente en servicios públicos o contratados por el SUS (policlínicos y servicios municipales de salud).

Las madres de ambos grupos refirieron un tiempo semejante de alimentación al pecho del hijo anterior, lo que sirve de factor de comparación de diferencias en el tiempo de lactancia del hijo actual. También fue semejante la intención materna con relación a la duración de la alimentación al pecho del hijo actual.

En cuanto a la primera y segunda visita domiciliaria, no se produjo diferencia en la edad de los lactantes de ambos grupos. La primera visita a los lactantes del hospital programa ocurrió cuando tenían una edad media de 35,6 (+/-2,6) días (en los del hospital programa) y 95,3 (+/-2,6) días (en los del hospital control).

A pesar de las semejanzas en características maternas y de asistencia prenatal, la asistencia hospitalaria a madre-recién nacido, como tipo y volumen de informaciones dadas, son marcadamente diferentes. La exposición o la carencia de ésta a las actividades asistenciales y de orientación se obtuvo en la entrevista al momento de dar de alta, solicitando a la madre acordarse de la información recibida. En el hospital control, menos del 5% de las mujeres refirieron haber recibido alguna orientación sobre el manejo de problemas de la lactancia, tales como engurgitamiento de los senos, dolor del pezón, volumen insuficiente de leche y orientación sobre la edad adecuada para introducir alimentos.

Las actividades que reflejan el modelo de asistencia ofrecido por los dos hospitales también son diferentes. Apenas el 2% de los recién nacidos del hospital control amamanta en la sala de parto, comparado con el 65% en el hospital programa; en el hospital control el 31,3% de los recién nacidos fueron separados de la madre por más de 15 minutos, mientras que en el hospital programa esta separación solo se dio en el 6,8%.

El reflejo de estas diferencias aparece en el patrón de la lactancia observado aproximadamente a los 30 y 90 días del nacimiento. En el tercer mes de vida, la proporción de lactantes con alimentación materna exclusiva es dos veces mayor en los del hospital programa. Por otro lado, los lactantes del hospital control presentan destete 76% mayor en el primer mes y 50% mayor en el tercer mes.

Otra forma de observar el reflejo de las actividades intrahospitalarias en el período postnatal es analizar el patrón de introducción de alimentos. Las medianas de edad de introducción tanto de agua e infusiones como de leches formuladas o al natural fue sistemáticamente menor entre los lactantes del hospital control.

El efecto de la intervención intrahospitalaria se observa aun en el análisis de supervivencia, que mostró mediana de alimentación materna exclusiva, mayor en 53 días, en los lactantes del hospital programa. Las diferencias se mantienen aun después de controlar para el efecto de las variables que en el análisis descriptivo presentaban valores diferentes entre las dos poblaciones.

COMENTARIOS

El estudio muestra que, en forma aislada, las actividades hospitalarias que protegen y fomentan la lactancia son responsables de un aumento de casi dos meses de tiempo de alimentación materna exclusiva. Se estima que el número de lactantes alimentados exclusivamente con leche materna en el tercer mes de vida podría aumentarse en 260 para cada 1000 nacimientos si las actividades de protección y fomento de la lactancia materna fuesen desarrolladas en las maternidades de la misma forma que en el Hospital Guilherme Alvaro. Este cálculo se hizo a partir de las diferencias entre las probabilidades de LME (0,45 - 0,19 x 1000).

En el Brasil, en la red hospitalaria pública y contratada por el SUS hubo 2.800.000 nacimientos en 1992. De acuerdo con las estimaciones señaladas, podría haber 728.000 más mujeres alimentando al pecho en forma exclusiva a sus hijos en el tercer mes de vida, produciendo así los reflejos conocidos en el patrón de mortalidad infantil y en el bienestar de estos niños. Solo en Santos, donde el número de nacimientos en 1992 fue de 5.850 (excluidos los del Hospital Guilherme Alvaro), cerca de 1.500 niños serían beneficiados con la adopción de las medidas de fomento de la lactancia materna por los hospitales locales.

El estudio mostró que entre los motivos de introducción de otros alimentos aún aparecen los que reflejan desconocimiento e inseguridad de la madre, siendo también éstos reflejo de la baja calidad de los servicios de salud. "Leche flaca" fue citada 46 veces, "Niño estaba con hambre" 31 veces, y "Recomendación médica" 72 veces; sin embargo, el trabajo materno apareció apenas 13 veces (n=244). Es necesario mencionar que, aun con asistencia hospitalaria adecuada, el promedio de alimentación materna exclusiva de los lactantes beneficiados es de 105 días, inferior a la recomendada por la OMS (LME hasta el sexto mes). Esto demuestra que es necesario continuar estudiando la eficacia de otras intervenciones o medidas protectoras, tanto prenatales como postnatales, a nivel individual y colectivo.

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN TRES HOSPITALES EN HONDURAS

Ada Josefina Rivera, MD MSH

Se realizó un estudio en tres hospitales situados en San Pedro Sula y Tegucigalpa, dos de las más grandes ciudades de Honduras, con el objeto de comparar las prácticas hospitalarias de apoyo y promoción a la lactancia materna, y sus costos y efectos en las prácticas de las madres en la alimentación de su hijo. Dicho estudio forma parte de una investigación realizada en México y el Brasil patrocinada por el Proyecto de Sostenibilidad en Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe (LAC HNS).

Los hospitales objeto del estudio fueron los siguientes: el Hospital Escuela (HE) en Tegucigalpa y los hospitales "Dr. Mario Catarino Rivas" (HCR) y "Unidad Médica Regional" del Instituto Hondureño del Seguro Social (IHSS) en San Pedro Sula.

El Hospital Escuela, fundado en 1973, es un hospital de enseñanza a nivel universitario que funciona bajo la dirección del Ministerio de Salud Pública, y atiende alrededor de 19.000 partos al año para una población de escasos recursos y en su mayoría urbana; el Hospital Dr. Mario Catarino Rivas, fundado en 1990, también funciona bajo la dirección del Ministerio de Salud Pública, y junto con el Centro Regional Universitario, ofrece el último año de la carrera de medicina, y todos los años de la carrera universitaria de enfermería. Este hospital atiende alrededor de 8.000 partos al año para una población de escasos recursos, de la cual un 60% es urbana. El tercer hospital, Unidades Médicas Regionales del IHSS, fue fundado en 1973 y está enmarcado en el régimen de Seguridad Social. Su población cuenta con trabajadores de medianos recursos del sector urbano y atiende alrededor de 4.000 partos anuales.

Los tres hospitales, ya sea en forma directa (HE, IHSS) o indirecta (HCR), fueron intervenidos por el Proyecto de Apoyo a la Lactancia Materna (PROALMA), que funcionó entre 1983 y 1988. Los resultados de este estudio forman parte del punto de referencia para la intervención que se realizará entre 1993 y 1996 con el desarrollo del componente de lactancia materna dentro de la atención integral de la madre y el niño.

A continuación se hace una comparación de los indicadores de la exposición de actividades sobre lactancia materna en los tres hospitales, lo mismo que los resultados del análisis de su impacto.

Contacto precoz

Los indicadores del contacto precoz entre madre y bebé fueron más favorables en el Hospital Escuela que en los otros dos hospitales: casi el 80% de las madres en el Hospital Escuela sostuvo en brazos a su bebé en la sala de partos, en comparación con un 50% solamente en los Hospitales Catarino Rivas y Unidad Médica Regional. Más del 60% de las

madres en el Hospital Escuela amamantó a sus bebés en la sala de partos, en comparación con 39% en los otros dos hospitales. El tiempo de la primera mamada fue considerablemente más corto en el Hospital Escuela ($2,6 \pm 7,3$) en comparación con un tiempo medio de más de cuatro horas en los otros dos hospitales.

Políticas y procedimientos

El alojamiento conjunto fue casi universal en los tres hospitales; sin embargo, los bebés tenían una probabilidad mucho menor de ser separados de sus madres en los Hospitales Escuela y Catarino Rivas que en el del IHSS. En este último, solo se registró un 79% de separación entre madre e hijo, en comparación con el 98 y 99% en los Hospitales Escuela y el Catarino Rivas, respectivamente.

La tardanza en el inicio de la lactancia materna y las separaciones de madre e hijo, una vez iniciado el alojamiento conjunto, incide en el mejor aprovechamiento del tiempo de estancia para la enseñanza a las madres en lo relativo a habilidades y aclaraciones de conceptos, así como la detección de posibles problemas relacionados con la posición, la presión al pecho y la succión. En los Hospitales Escuela y Catarino Rivas que registran estancias postparto para partos vaginales de alrededor de 12 horas, el tiempo aprovechable para la enseñanza es mínimo. En el IHSS la estancia postparto para partos vaginales es de 24 horas, lo cual permite un margen mayor de seguridad.

La alimentación del recién nacido, previa al inicio de la lactancia, fue poco frecuente, con un promedio de menos del 5%, y no se observó ninguna diferencia entre los tres hospitales. Por otra parte, fue poco común que un niño recién nacido recibiera líquidos distintos a la leche materna durante su hospitalización.

Actividades de educación y consejería

Las actividades de educación y consejería fueron menos uniformes y difirieron entre sí de una manera significativa en los tres hospitales. Aunque las madres en el Hospital Escuela tuvieron una mayor probabilidad de recibir folletos e información sobre la lactancia materna, se registraron menos probabilidades de haber recibido una charla individual o en grupo. Las madres en el Hospital Catarino Rivas tuvieron mayores probabilidades de recibir una charla (38%) y se registró solo un 30% de las madres del Hospital IHSS que recibieron una charla. El haber recibido mensajes sobre lactancia materna estuvo relacionado directamente con los planes que tenía la madre en cuanto a la duración de la lactancia materna exclusiva.

Apoyo directo

El apoyo directo se practicó con mayor frecuencia en el IHSS; cerca de un tercio de las madres informaron haber recibido ayuda para amamantar la primera vez y un 23% informó haber recibido demostraciones sobre la forma de extraer la leche materna. Nueve por ciento

de las madres en el Hospital Catarino Rivas recibió ayuda para amamantar por primera vez, y 24% demostración sobre cómo extraer la leche materna. Las madres del Hospital Escuela fueron las que tuvieron menos probabilidades de recibir este tipo de apoyo, ya que solamente un 12% informó haber recibido ayuda para amamantar por primera vez, o una demostración sobre la forma de extraer la leche materna.

Impacto sobre las prácticas de lactancia materna

El análisis de supervivencia reveló que la edad en que la madre planeaba introducir líquidos distintos a la leche materna a la dieta del bebé estuvo asociada positivamente ($p < 0,0001$) con la LME y siguió un patrón de dosis-respuesta. Las mujeres que tenían planes para introducir líquidos después de los cuatro meses tuvieron una duración media de LME mayor (16 días), que las que tenían planes para suspender la LME antes de los dos meses.

Se proyecta que una cantidad adicional de 200 a 210 mujeres por millar estarían practicando la LME al mes y a los dos meses después del parto, respectivamente, al tener planes para suspender la LME después de los cuatro meses (en lugar de antes de los dos meses). Para evaluar el impacto de las actividades de lactancia materna, se emplearon dos modelos, que utilizaron variables de control ligeramente diferentes. Ambos modelos indicaron que la afirmación de las madres de haber recibido información sobre lactancia materna después de su egreso del hospital y ayuda con el amamantamiento durante su estadía en el mismo, así como también el hospital donde tuvo lugar el parto, tuvieron una asociación ($p < 0,05$) con la LME, observándose leves diferencias entre los dos modelos en cuanto a la magnitud del beneficio obtenido.

En ambos modelos, las mujeres que informaron que alguien les había hablado sobre la lactancia materna después de su egreso del hospital tuvieron una mayor probabilidad de practicar la LME durante los primeros dos meses después del parto. El estar "expuesta" a información sobre lactancia materna después del egreso del hospital estuvo asociado, bajo los Modelos I y II, con un aumento de 13 y 14 días respectivamente en la duración media de la LME; también estuvo asociado con un aumento de 150 mujeres por millar y de 140 mujeres por millar, respectivamente que practicarían la LME a los dos meses.

El hecho de tener su parto en el Hospital Catarino Rivas estuvo asociado con una menor probabilidad de practicar la LME en comparación con los Hospitales Escuela y IHSS. El parto en el IHSS o en el Hospital Escuela (en comparación con el Hospital Catarino Rivas), estuvo asociado con un aumento de 135 y 145 mujeres por millar respectivamente, que practicarían LME a los dos meses.

El haber recibido más mensajes sobre lactancia materna durante la estadía en el hospital estuvo asociado con mayores probabilidades de practicar la LME. El estar expuesta a tres o más mensajes en comparación con uno o ninguno, reveló una asociación con un aumento de 18 días en la duración media de la LME. Comparaciones semejantes entre grado de exposición

estuvieron también asociadas con un aumento de 230 y 130 mujeres por millar respectivamente, que practicarían la LME al mes y a los dos meses.

Conclusiones

Los resultados de este estudio sugieren que los mensajes específicos y la entrega de información directa sobre lactancia materna durante la estadía en el hospital y después del egreso de éste, tienen un impacto beneficioso sobre la LME. La asociación entre los mensajes y la información sobre lactancia materna después del egreso del hospital y la lactancia materna exclusiva se mantuvo aún después de controlar las intenciones maternas.

Debido a que los tres hospitales practicaban el alojamiento conjunto y limitaban el uso de las oxitocinas y de la fórmula láctea para los recién nacidos, no fue posible evaluar la contribución específica de estas políticas a la lactancia materna exclusiva. Dichas políticas son, sin embargo, la fuente de ahorros substanciales en materia de costos para los tres hospitales.

El análisis de costos reveló una variación considerable en los costos contraídos por los hospitales con relación a actividades específicas de promoción de la lactancia materna. En los tres hospitales, se observó un ahorro neto institucional como resultado de la ejecución de políticas y actividades que favorecían la lactancia materna.

Varios puntos críticos que aumentarían la eficiencia en los programas se describen a continuación:

- Los cambios en los programas de estudio para las carreras de medicina y enfermería disminuirán el costo de la capacitación en servicio y de las actividades de promoción para el personal encargado de tomar decisiones, a la vez que impedirían la prestación de los servicios y las metodologías educativas de baja calidad y poco eficaces.
- Deben mantenerse y fortalecerse las políticas que hasta el momento han demostrado ser eficaces para el buen éxito de las actividades de lactancia materna, a saber, el uso limitado de oxitocinas, el alojamiento conjunto y el control de alimentación con sustitutos de leche humana al recién nacido. Unido a esto, debe fortalecerse la maximización del escaso tiempo (horas estancia) que la madre está en el hospital, traducido por ejemplo en la disminución del tiempo entre el parto y la primera mamada.
- Los hospitales deberían realizar un control de la calidad de la educación sobre lactancia materna y de las vigencias de sus rutinas, para asegurar una congruencia entre sus prácticas y sus contenidos educativos así como también la transferencia a la madre de mensajes clave (comunicación hablada y modelada), en una forma rutinaria por el personal del hospital.

- Los Hospitales Escuela y Catarino Rivas deben explorar la posibilidad de ofrecer consejería después del parto sobre lactancia materna y establecer vínculos estrechos con la red de establecimientos de salud de consulta ambulatoria que permitan establecer una coherencia eficiente entre el control prenatal, el parto y el puerperio, lo mismo que la utilización eficaz de los contactos con la madre o la futura madre, así como también la promoción y el fortalecimiento de grupos comunitarios de apoyo a las madres lactantes.
- El IHSS debe explorar, junto con la empresa privada y otras instituciones pertinentes, la posibilidad de implementar un sistema de apoyo a la madre trabajadora.
- Debería implementarse el enfoque de riesgo para la lactancia materna exclusiva, en la atención de las mujeres desde la etapa prenatal hasta por lo menos el primer año de vida, que permita establecer una mayor prioridad en la atención a la madre y un seguimiento oportuno, así como la racionalización de los recursos. De estos riesgos los más importantes fueron ser primípara, adolescente, tener empleo fuera del hogar y haber tenido un parto por cesárea.
- A fin de asegurar coherencia y potencialización de los resultados y en base a los factores de riesgo encontrados, es importante la integración del componente de lactancia materna a otros campos que se está trabajando, a saber: el enfoque de género, el riesgo reproductivo, la mujer y el trabajo, la vigilancia del crecimiento y desarrollo y la coordinación de los servicios.

EL EMPLEO MATERNO Y LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: EL EFECTO DEL EMPLEO USUAL VS EL EMPLEO ACTUAL

Chessa K. Lutter, PhD

RESUMEN

La actual orientación que se observa en el sector de salud pública hacia acciones dirigidas a extender la duración de la lactancia materna exclusiva ha sido puesta en prueba por las tendencias registradas en el empleo materno. El presente estudio utiliza datos longitudinales para examinar las relaciones entre el empleo materno y los planes de practicar la lactancia materna exclusiva al momento del parto y en el postparto en tres áreas urbanas de América Latina. Se examinaron tanto la situación del empleo usual como la del empleo actual a fin de conocer por separado los efectos de las "intenciones de trabajar", en oposición al empleo efectivo.

Las mujeres usualmente empleadas tenían planes positivos para amamantar: virtualmente todas planeaban amamantar en la noche y continuar amamantando después de su regreso al lugar de trabajo. El efecto de la situación del empleo usual sobre la duración planeada de la lactancia materna exclusiva, o sobre la prevalencia de la misma, no fue uniformemente negativo. En contraste, el efecto de la situación del empleo actual siempre fue negativo. Las mujeres que habían regresado al trabajo no sólo tenían una probabilidad significativamente menor de estar practicando la lactancia materna exclusiva, sino que también tenían mayores probabilidades de haber introducido otras leches y biberones en comparación con las mujeres no empleadas o las que usualmente no trabajan pero que aún no han regresado al trabajo. Fueron fuertes factores mitigantes en estas relaciones el hecho de extraer la mujer leche materna en el lugar de trabajo y la proximidad de las mujeres que trabajan a su bebé.

Las implicaciones inmediatas de este estudio con relación a la salud pública son las siguientes: (1) es importante apoyar los planes positivos de las mujeres empleadas en lo que a lactancia materna se refiere, tales como la práctica de amamantar en la noche y de continuar amamantando después de regresar al trabajo; (2) se debería incentivar a las mujeres para que extraigan leche materna en el lugar de trabajo; y (3) deberían hacerse esfuerzos para asegurar que las mujeres tengan acceso a servicios de guardería en el lugar de trabajo o cerca del mismo.

FACTORES DE RIESGO PARA EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL BRASIL, HONDURAS Y MEXICO

Rafael Pérez-Escamilla, PhD

RESUMEN

Las organizaciones internacionales de salud reconocen que la lactancia materna exclusiva (LME), o sea, leche materna como única fuente de alimentación, es el método ideal de alimentación durante los primeros 4-6 meses de vida. La duración de la LME en países en vías de desarrollo suele ser mucho más corta de lo recomendado. Por lo tanto, es importante identificar los factores de riesgo que predisponen a una LME corta. Varias madres de bajo nivel socioeconómico que dieron a luz en siete hospitales en ciudades del Brasil (n = 442), Honduras (n = 1582) y México (n = 765) fueron entrevistadas en la sala de maternidad y en sus hogares al primer mes y de 2 a 4 meses después del nacimiento. Los siguientes factores de riesgo ($p \leq 0.10$) para la duración corta de la LME se identificaron mediante análisis multivariados de supervivencia: madre adolescente y padre del bebé ausente del hogar (Brasil), padre del bebé presente en el hogar (México), alto nivel económico (Honduras), bajo nivel de educación materna (n = 1 maternidad en Honduras y 2 maternidades en México), empleo materno (Brasil, n = 2 maternidades en Honduras), planear la LME por poco tiempo (Honduras y Brasil), bebé de sexo masculino (Brasil y Honduras) y bajo peso al nacer (n = 1 maternidad en el Brasil). Los factores de riesgo identificados pueden utilizarse para guiar el diseño y vigilar programas de promoción de LME.

INTRODUCCION

Las proyecciones recientes indican que hacia el año 2000, el 80% de la población en América Latina estará viviendo en zonas urbanas. Esto tiene importancia desde el punto de vista de la salud pública, ya que en las zonas urbanas hay una tendencia clara hacia la introducción temprana de alimentos distintos a la leche materna en la dieta del bebé y a una duración más corta de la lactancia materna que la encontrada en zonas rurales. Ilustrativo es el caso de México y otros países en vías de desarrollo donde un gran número de individuos que habitan en zonas urbanas no reciben los beneficios inmunológicos, nutricionales y anticonceptivos de la lactancia materna por un período suficiente de tiempo. Esta situación es aún más grave en las zonas metropolitanas que en las urbanas más pequeñas.

Recientemente se ha puesto énfasis en la importancia de los programas que promueven la lactancia materna exclusiva (LME), o sea, leche materna como única fuente de alimentación, por los primeros 4-6 meses de vida. A pesar de que los determinantes del amamantamiento se han estudiado en distintas poblaciones, estos estudios no han distinguido entre la LME y el amamantamiento parcial. Esta distinción es importante de hacerse, ya que estos métodos de alimentación pueden ser determinados por distintos factores.

El objetivo principal de estos análisis es identificar de manera prospectiva los factores de riesgo socioeconómicos, culturales y de comportamiento que se asocien con el abandono prematuro de la LME en zonas urbanas del Brasil, Honduras y México.

Este trabajo se basa en un estudio de la eficacia en función de los costos de la promoción de la lactancia materna en hospitales de América Latina coordinado por el International Science and Technology Institute (ISTI) bajo el patrocinio de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) a través del Proyecto de Sostenibilidad en Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe.

METODOLOGIA

Diseño del estudio

Brasil

La muestra se obtuvo en dos hospitales que atienden a madres de bajos recursos socioeconómicos de la ciudad de Santos (\approx 1 millón de habitantes). El hospital programa ($n = 236$) cuenta desde hace 20 años con un programa intensivo de promoción de la lactancia materna. El hospital control ($n = 206$) no cuenta con un programa establecido de promoción de la lactancia materna a pesar de que sigue la política del alojamiento conjunto y prohíbe el regalo de muestras de fórmula a las madres. Las madres fueron entrevistadas en la sala de maternidad poco antes de salir del hospital y en sus hogares a los 1,2 y 3,2 meses después del nacimiento. La tasa de deserción en el estudio fue del 20%.

Honduras

Las madres fueron reclutadas en tres hospitales que atienden a mujeres de bajos recursos socioeconómicos. Los hospitales Escuela (HESC, $n = 488$) y Catarino Rivas (HCR, $n = 593$) son administrados por el Ministerio de Salud, y el Hospital IHSS (IHSS, $n = 501$) pertenece al Instituto Hondureño de Seguridad Social. Mientras que los últimos dos hospitales se localizan en la ciudad de San Pedro Sula (\approx 1 millón de habitantes), el HESC se encuentra en Tegucigalpa (\approx 2 millones de habitantes). Los tres hospitales tienen algún tipo de programa de promoción de la lactancia materna. Las madres fueron entrevistadas en la sala de maternidad poco antes de salir del hospital y en sus hogares a los 1 y 1,9 meses después del nacimiento. La tasa de deserción en el estudio fue del 34%.

México

El diseño del estudio tuvo la participación de mujeres que dieron a luz en dos hospitales públicos (7.000-12.000 partos por año) de la Ciudad de México (\approx 20 millones de habitantes). Ambos hospitales son administrados por la Secretaría de Salud y atienden a una población de bajos recursos socioeconómicos que no cuenta con los beneficios médicos del Seguro Social.

En el Hospital General (HG, n = 333), todas las madres y sus recién nacidos tuvieron acceso al alojamiento conjunto. En el Hospital de la Mujer, las madres fueron reclutadas en una sala de maternidad con alojamiento conjunto (HM-AC, n = 185) o en una sala de maternidad para mujeres de "alto riesgo" donde los bebés permanecieron en un cunero separados de sus madres (HM-CUN, n = 237). Las tres salas de maternidad contaban con un programa de promoción de lactancia materna. Las madres fueron entrevistadas en el hospital y en sus casas a los 1,4 y 4,2 meses después del parto.

Cuadro 1. Resumen de factores de riesgo (FR)

| | BRASIL | HONDURAS | MEXICO |
|--|-------------------------|---|-------------------|
| <i>FR > 1 país</i> ↓ duración planeada LME bebé varón | X | X X | X |
| <i>FR específicos para un país</i> madre adolescente ↓ nivel socioeconómico drenaje en casa padre bebé en casa padre bebé fuera de casa | X X | X X | X |
| <i>FR específicos para el hospital</i> madre empleada madre sin empleo ↓ educación madre ↓ educación madre ↓ peso al nacer | X X(n=1) | X(n=2) ¹ X(n=1) X(n=2) X(n=1) | X(n=1) |

(1) número de hospitales de maternidad entre paréntesis.

EFFECTO DE LOS PROGRAMAS HOSPITALARIOS DE PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN TRES PAISES DE AMERICA LATINA

Chessa Lutter, PhD

RESUMEN

Este estudio evalúa el efecto de los programas de promoción de la lactancia materna exclusiva en siete hospitales localizados en tres ciudades de América Latina. La exposición a 17 actividades específicas que fueron medidas varió substancialmente. En general, la exposición fue alta con actividades que resultan en ahorros de costos, tales como el alojamiento conjunto y la eliminación del uso de alimentos prelácteos (por ejemplo, fórmula y suero glucosado). En cambio, la exposición a actividades en el campo de manejo de la lactancia y educación/consejería, la cual requiere de la utilización constante de recursos (por ejemplo, adiestramiento y motivación de personal), fue baja. La única excepción fue un hospital en el Brasil con un programa intenso de promoción de la lactancia materna que existe desde hace 20 años. El promedio de duración de la lactancia materna exclusiva en este hospital fue 53 días más largo que el encontrado en un hospital control cercano (75 versus 22 días).

Aunque el efecto sobre la lactancia materna exclusiva de actividades programáticas específicas, tales como las demostraciones sobre la extracción de leche o información sobre el manejo de la insuficiencia de leche, fue positivo y estadísticamente significativo, fue mucho menor que el encontrado al comparar hospitales. Los resultados muestran que las actividades en el campo del contacto precoz entre la madre y el bebé, el manejo de la lactancia materna y la educación/consejería pueden tener efectos dramáticos sobre la duración de la lactancia materna exclusiva. Sin embargo, para poder tener un efecto substancial sobre la lactancia materna exclusiva, la mayoría de los hospitales necesitan aumentar enormemente la exposición a estas actividades.

EL COSTO Y LA EFICACIA EN FUNCION DE LOS COSTOS DE LA PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

Margaret Phillips, MS

Costos: El valor de las oportunidades perdidas

Los programas de promoción de la lactancia materna en los hospitales, tema de nuestro estudio, han tenido ya algún éxito.

Quisiéramos presentar algunos de los resultados que se refieren a los "sacrificios" que tuvieron que hacer los hospitales al adoptar estos programas, porque en verdad tuvieron que renunciar a otros programas, intervenciones y oportunidades cuando invirtieron en un programa de promoción. Y eso es lo que tomamos en cuenta cuando determinamos los costos — el valor de estas oportunidades perdidas.

Cabe señalar la importancia de este concepto. Es muy fácil afirmar que se debe promover la lactancia. No obstante, no es tan fácil afirmar que se debe dejar de vacunar o atender a los niños enfermos para poder promover la lactancia. Pero hay algo cierto en esto. Cualquier cosa que hagamos, la hacemos a expensas de otras posibilidades.

Lo que debemos demostrar es que vale la pena adoptar la promoción de la lactancia por encima de otras cosas.

Cuadro de actividades por insumo: 1992

En nuestro estudio tratamos de medir minuciosamente los costos de los insumos de todas las actividades implicadas en la promoción de la lactancia en los hospitales.

Costos — Resumen

Trataremos el tema de los costos de los programas de promoción de la lactancia en los siete hospitales objeto del estudio. El costo por nacimiento varía desde 10 centavos hasta casi US\$15 por nacimiento.

Ya hemos escuchado anteriormente sobre la complejidad de las explicaciones de los efectos y de todas las variables que pueden influir en los costos. Se recomienda tener cuidado al analizarlos, ya que existen diversas razones para ello.

Diferencias

El valor de los insumos (en dólares) varía de un país a otro. Por ejemplo, en comparación con México, los salarios en el Brasil son aproximadamente un 25% más bajos, y son casi un 40% aún más bajos en Honduras.

Hay diferencias en el **tamaño de los hospitales**: el más pequeño tiene un poco más de 1.000 nacimientos por año y el más grande casi 20.000. Posiblemente se logran algunas economías de escala, es decir, que una madre adicional no cuesta mucho, y los costos **por madre** bajan con el aumento del número total de madres. Entonces, tal vez el costo por madre no sea tan alto en un hospital grande pero sí lo es en uno pequeño.

El **porcentaje de partos por cesárea** varía desde 4 hasta casi el 50%. Quizás las mujeres que tienen partos por cesárea requieran más ayuda para lactar.

El **número de días de estadía** para los partos normales varía desde unas pocas horas hasta tres días. En algunos aspectos, el costo por madre será más alto si la madre o el niño se queda por más tiempo.

Por último, las mujeres que acuden a los hospitales tienen **características diferentes** que pueden influir en la probabilidad de lactar y, de ahí, en el esfuerzo que tiene que realizar el hospital. En el hospital del Seguro, por ejemplo, el 61% de las madres trabaja, porcentaje mucho mayor que en los demás hospitales.

También existen posibles diferencias en la **metodología** y el grado de detalle y de precisión de las estimaciones. Se hizo un esfuerzo para reducir a un mínimo este tipo de diferencias.

Debido a que los niños prematuros requieren más recursos y a que los hospitales incluyen diferentes porcentajes de niños prematuros, calculamos de nuevo un costo promedio para la población "normal", excluyendo a los prematuros. La diferencia en el promedio de los costos es menor. El costo por madre es una cifra que debe ser de interés para cada hospital, ya que ofrece una idea del nivel de la inversión en las actividades de lactancia materna a nivel hospitalario.

Además, aunque no podamos llegar a ninguna conclusión a partir de la simple comparación entre hospitales, las diferencias sirven para estimularnos a preguntar "¿por qué?" y buscar las razones correspondientes. Una posibilidad es que, al invertir más, se obtienen mejores resultados. Para lograr una mejor comprensión de esto, es importante examinar los costos junto con los efectos.

Insumos — Costos por tipo de insumo

Los sueldos constituyen en todos los hospitales el elemento más importante de los costos, es decir, del 82 al 90% de los costos totales. A veces se dice que no tiene sentido incluir como costos los sueldos del personal que ya trabaja en el hospital y que el programa de lactancia no tiene que pagar. El concepto de "costos" que utilizan los economistas toma en cuenta además lo que se "sacrifica" en oportunidades perdidas. Y la verdad es que en la mayoría de los hospitales hay escasez de personal y las exigencias en términos del tiempo

valioso de los médicos son muchas. Quizás eso no sería tan importante si la cantidad de tiempo se redujera. Por ejemplo, frecuentemente se escucha que "solo se necesitan unos minutos aquí y unos minutos allá". De hecho, tal como vimos en nuestros cálculos, estos minutos suman un total considerable cuya importancia no debemos pasar por alto.

Posiblemente parezca ventajoso restar importancia a los recursos que requieren un programa de promoción de la lactancia en un hospital. Pero se trata de una estrategia contraproducente y nunca será posible encontrar el tiempo adecuado. Sería mejor reconocer los recursos requeridos y hacer hincapié en los beneficios que producen.

DESAGREGACION DE LOS COSTOS POR ACTIVIDAD

El porcentaje de los recursos que gastan los hospitales por tipo de actividad varía mucho.

Capacitación y cabildeo

La mayoría de los hospitales más activos gastan en actividades de capacitación y cabildeo. Sin embargo, el Brasil no lo hace, en parte porque se proporciona capacitación informal por medio de consejos mientras los empleados trabajan, y en parte porque los médicos y enfermeras recién graduados ya tienen una formación bastante sólida en lactancia. Si eso ocurriera en otros países, podría significar una importante disminución de los gastos corrientes.

Postparto

Los hospitales que gastan en promoción en el postparto tienen tasas de lactancia más altas. Además, en Honduras y el Brasil el análisis de múltiples variables revela que recibir información postparto acerca de la lactancia aumenta la probabilidad de lactar. En Honduras (específicamente en el hospital del Seguro, donde existen clínicas postparto para lactancia), el número de mujeres con lactancia materna exclusiva en un mes aumenta de 150 a 160 por 1.000 en mujeres expuestas a actividades de promoción postparto. Suponemos que recibir información postparto implica asistir a la clínica en el hospital del Seguro. Así podemos calcular que cada visita (a US\$2 por visita) da como resultado 0,15 mujeres adicionales que lactan, es decir, US\$13 por mujer adicional que lacta en un mes.

Educación

Debido a que las actividades, tanto las del postparto como las prenatales, son básicamente educativas, la mayoría de los costos son en educación en casi todos los hospitales. La educación también es importante en términos de efectos. Los ponentes anteriores nos mostraron que el número de mensajes y la recepción de mensajes específicos están asociados con la lactancia en todos los países. Al mismo tiempo, los resultados sugirieron que existen

debilidades en todos los programas de educación. Los porcentajes de mujeres con conocimientos de elementos importantes acerca de la lactancia son generalmente bajos, aun en los programas más fructíferos. Falta mucho en este ámbito.

Quizás necesitan más tiempo con las mujeres, o tiempo de más alta calidad. Tal vez lo que necesitan es un estilo educativo diferente y, probablemente, un enfoque por medio de mensajes que tomen en cuenta las circunstancias especiales de las mujeres menos dispuestas a lactar.

Banco de leche

La expresión "banco de leche" se refiere a los servicios especiales establecidos para facilitar la lactancia en mujeres con niños enfermos y prematuros en las salas cuna de los hospitales. El porcentaje de los costos dirigidos a los bancos de leche varía enormemente entre los hospitales. En el Brasil en el Hospital de la Mujer (alojamiento conjunto), no hay costos porque no están incluidos en la muestra. Resulta más costoso promover la lactancia en los bebés prematuros que en los normales: si los bebés se quedan separados de sus mamás, no tienen mucha fuerza para succionar, etc. Pero éstos son los bebés que pueden beneficiarse más de la lactancia y, al mismo tiempo, es con los prematuros que todavía existen oportunidades para lograr ahorros, como se detalla a continuación.

ESTIMACION DE AHORROS PARA LOS BEBES PREMATUROS

En muchos de los hospitales, todavía se da leche de fórmula a la mayoría de los niños prematuros. Aquí tenemos un ejemplo del nivel de los ahorros que se pueden lograr con la lactancia materna. Los niños prematuros o enfermos no fueron un tema especial enfocado en nuestro estudio. No obstante, reconocemos su importancia, la cual puede crecer si cambia la función de los hospitales. Muchos países están comenzando a utilizar centros de atención para partos normales, dejando a los hospitales la responsabilidad de los partos de alto riesgo.

Efectos

Aquí tenemos los resultados de los efectos, ya presentados. A manera de ilustración, vamos a usar como indicador la tasa de lactancia a un mes.

EFICACIA EN FUNCION DE LOS COSTOS

Para cada comparación que se quiere hacer, se calcula la diferencia en los costos. Luego, se calcula el cociente: los costos divididos por los efectos, para estimar el costo por cada mujer adicional que lacta en un mes. No se pueden hacer comparaciones entre países, no solo por las diferencias de que ya hemos hablado, sino también porque estamos utilizando indicadores diferentes de la eficacia en cada país (lactancia exclusiva en Honduras y el Brasil; lactancia de cualquier tipo en México). Dentro de los países, resulta muy revelador hacer

algunas comparaciones. En México, por ejemplo, vimos lo semejantes que son los resultados entre los hospitales. Los epidemiólogos dirían que el hospital control es mejor porque tiene un impacto más grande en términos de lactancia, mientras que los contadores dirían que el programa del Hospital de la Mujer es muy atractivo porque es muy barato. Los economistas unen los dos resultados y dicen que el Hospital General tiene más impacto, pero a un alto costo; el Hospital de la Mujer tiene bajos costos pero los efectos también son bajos. Por cada dólar (o peso), los dos tienen los mismos efectos en términos de lactancia. Otra forma de expresar la información es por medio de ilustraciones gráficas. Vimos cómo, con más recursos, hay más efectos.

Hemos observado también cómo la eficacia en función de los costos parece más atractiva en el Hospital Escuela que en el Hospital del Seguro. El Hospital del Seguro gastó mucho más dinero que el Hospital Escuela y tiene un impacto más grande. Pero no es mucho más grande. Debemos preguntarnos por qué. Una posible interpretación de una persona que no conociera el programa sería que se está malgastando el dinero y gastando más donde menos puede servir. Esta no es una explicación convincente para alguien que conoce los programas. Hay otras explicaciones mejores. El Hospital del Seguro tiene una población con más educación, altas tasas de empleo fuera del hogar y tasas más altas de partos con complicaciones que el Hospital Escuela.

Todos estos factores están asociados con las altas tasas de lactancia. Entonces, es probable que influir en la práctica de la lactancia en la misma proporción lograda por el Hospital Escuela implicaría más costos. Además, el Hospital del Seguro influye sobre una proporción más elevada de mujeres. Es muy probable que las primeras mujeres en cambiar su comportamiento sean las que están más dispuestas a hacerlo, y se vuelve cada vez más difícil convencer a más mujeres. Y esto también contribuiría a los costos promedios más elevados.

AÑOS DE VIDA AJUSTADOS EN FUNCION DE LA DISCAPACIDAD (AVAD) Y COSTO-BENEFICIO

El análisis de la eficacia en función de los costos está de moda actualmente. El Banco Mundial ha preparado algunos cuadros que muestran la relativa eficacia en función de los costos de diferentes intervenciones en el sector de salud. Para compararlas, tuvieron que convertir todo tipo de efectos (impactos sobre las tasas de diarrea, de ceguera, de lactancia y de mortalidad) en un solo indicador. Escogieron el concepto de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD).

Convertimos nuestros resultados en AVAD para saber cómo estamos. Estamos en un punto que muestra qué tan atractiva es la promoción de la lactancia en los hospitales con relación a otras intervenciones en el sector de salud. Y lo interesante es que el "paquete" de promoción parece tan atractivo porque no incluye cambios tales como la eliminación de sucedáneos y el establecimiento del alojamiento conjunto (cuyos efectos no pudimos medir por lo comunes que eran y por la falta de controles). Si pudiéramos medir el impacto de estas

actividades (eliminación de sucedáneos, etc.), tendríamos un resultado aún más atractivo. Es muy probable que estos cambios aumenten la tasa de lactancia y es seguro que bajen los costos.

AHORROS POR NACIMIENTO

El alojamiento conjunto, la reducción en el uso de fórmulas y la reducción en el uso de la metergina y la oxitocina son tres intervenciones que generan ahorros. No es una casualidad que precisamente éstas son las actividades que la mayoría de los hospitales ya tienen en ejecución. Los ahorros generados por estas actividades son similares a los costos de educación, etc., y a veces son aún mayores. Esto implica que hacer todo en la forma de un "paquete" costaría poco y a veces produciría rendimientos financieros, además de los incrementos en las tasas de lactancia.

Las diferencias que vimos entre los hospitales pueden ser atribuibles a varias de las razones que expusimos en relación con los costos. Por ejemplo, la política sobre el número de días de estadía en partos complicados influye mucho en los ahorros realizados con la eliminación de la leche de fórmula. En Honduras, por ejemplo, la práctica del uso de la metergina era muy costosa antes, y ha cambiado mucho. En Honduras, los ahorros más notables se han logrado en el Hospital del Seguro, por dos razones: los niños permanecen en el hospital más tiempo que en los otros hospitales y se ahorra más por cada niño que no reciben fórmula. Además, en contraste con los demás hospitales, casi no se da fórmula a los prematuros.

COMPONENTES DE LOS AHORROS

La mayoría de los ahorros son en materiales. Los ahorros por alojamiento conjunto son estimaciones conservadoras basadas en la reducción del uso de cunas. La mayoría de los ahorros vienen de los costos asociados con el mantenimiento. Es algo en que probablemente no pensamos mucho pero, por ejemplo, el 45% de los ahorros asociados con el alojamiento conjunto en el Hospital del Seguro vienen de los ahorros generados al no tener que lavar las sábanas. Contamos con datos muy confiables que comprueban este hecho porque el Hospital del Seguro subcontrata el lavado y paga por kilo de ropa.

Dormir en cama conjunta no es un elemento obligatorio del alojamiento conjunto pero, por la magnitud de los ahorros que puede ofrecer, vale la pena considerar esta opción, especialmente en los hospitales con recursos muy limitados.

CONCLUSIONES

Parece que el análisis de la eficacia en función de los costos genera más preguntas que respuestas. Esto no nos debe sorprender. Como lo han mostrado Chessa Lutter et al., entender cómo y por qué tenemos las tasas de lactancia que tenemos (el análisis de la eficacia)

no es cosa fácil. El tratar de añadir un elemento adicional — el análisis de los costos — complica las cosas aún más. Pero este análisis vale la pena porque nos acerca a la realidad.

Los costos miden el valor de las otras posibilidades. Saber algo acerca de los costos es, entonces, muy importante. No debemos dejar el entendimiento de los costos al dominio exclusivo del personal administrativo y financiero. El reto consiste en convencer a los que toman las decisiones que vale la pena invertir en la promoción de la lactancia, que hay ganancias que podemos incrementar.

Las inversiones adicionales en actividades de lactancia pueden incrementar aún más las tasas de lactancia y todos los demás beneficios, no solo para las familias, sino también para los hospitales.

EL EFECTO DE UN PROGRAMA DE PROMOCION DE LACTANCIA MATERNA CON BASE EN UN HOSPITAL Y CLINICA EN UN AMBIENTE URBANO DE CLASE MEDIA

Silvia Catalán, MD

RESUMEN

La participación de los hospitales en el apoyo de la lactancia materna ha sido fructífera en zonas donde la población local tiene un sistema de lactancia materna bien establecido. Sin embargo, los programas dirigidos a mejorar los patrones de lactancia materna en las poblaciones urbanas han tenido éxitos muy variados. Este informe presenta un estudio de intervención prospectiva con un grupo de control en el cual se inició un programa de promoción de la lactancia materna basado en un sistema de salud que apoya la lactancia óptima en favor de la salud del bebé y del espaciamiento entre los nacimientos. Después de la recolección de datos de control, se instituyó un programa de intervención de cuatro etapas (Programa de Promoción de la Lactancia Materna).

Este documento presenta el proceso de desarrollo del programa de intervención, así como también la comparación del control y del estudio de las poblaciones. Los resultados principales comprenden incrementos significativos en la duración de la lactancia completa, desde el 31,6% a los 6 meses en el grupo de control hasta el 66,8% en el grupo de intervención. La duración de la amenorrea por la lactancia también aumentó en forma semejante; el 22% de las madres del grupo de control y el 56% de las mujeres del grupo de intervención estuvieron en amenorrea por 180 días. También se demuestra la eficacia en función del costo en los cambios del hospital.

CENTRO DE LACTANCIA Y HOSPITAL DE GUARUJA IMPACTO DEL PROGRAMA DE LACTANCIA MATERNA

Tereza Cristina Semer, PhD

OBJETIVOS

Estudiar la influencia del programa de lactancia materna del hospital y del Centro de Lactancia de Guarujá en los niños desde su nacimiento hasta los seis meses de edad y el posible impacto sobre la morbilidad y el estado de nutrición, producto del entrenamiento del Centro de Lactancia de Santos.

PARTICIPANTES

En el hospital de Guarujá de São Paulo en el Brasil, uno de los mayores hospitales, 605 madres y sus recién nacidos se quedaron en alojamiento conjunto, frecuentaron el Centro de Lactancia y aceptaron participar en el estudio. Esta cifra se demuestra al hacer la comparación con los otros niños que no participaron en este programa.

RESULTADOS

Un 50% de los niños objetos del estudio que frecuentaron el Centro de Lactancia presentaron una alta superioridad de amamantamiento exclusivo a los 4 meses (43% vs 18%) y a los 6 meses de edad (15% vs 16%). No hubo diferencias estadísticas en el estado nutricional y de morbilidad de los niños investigados con un mes de vida.

A los 4 meses de edad, no hubo diferencias estadísticas de morbilidad, pero en promedio los niños que frecuentaron el Centro de Lactancia ganaron más peso y altura desde el nacimiento en comparación con los que no frecuentaron el mismo centro.

A los 6 meses de vida, la manifestación de diarrea fue significativa entre los niños que frecuentaron y que no frecuentaron el Centro de Lactancia (9,7% vs 16,9%). En lo que se refiere al estado nutricional, a los 6 meses el promedio de peso adquirido fue mayor entre niños que frecuentaron el centro de amamantamiento (7.808 gramos vs 7.569 gramos).

El estudio demuestra también la alta superioridad de amamantamiento materno exclusivo entre mujeres primíparas que frecuentaron el Centro de Lactancia desde el primer mes de vida del bebé (51,1% vs 16,9%), al cuarto mes (42% vs 11,9%) y al sexto mes (13,5% vs 3,4%).

La existencia de estos resultados es ilustrativo del trabajo del equipo que actúa desde el estado prenatal hasta que los niños tienen un año.

LA LACTANCIA MATERNA Y EL TRABAJO—NO BASTA CUMPLIR CON LA LEY

Marina Ferreira Rea, MD, PhD

RESUMEN

El valor de la lactancia materna, y en particular de la lactancia materna exclusiva, ha sido bien documentado en los últimos decenios; las propiedades inmunológicas singulares de la leche materna, insustituibles durante los primeros 4 a 6 meses de vida, nos motivaron a estudiar la viabilidad de las políticas públicas y las medidas que permitan a las mujeres amamantar incluso cuando forman parte del mercado laboral estructurado. La legislación laboral que ofrece beneficios durante el período de maternidad es bastante buena en el Brasil (cuatro meses de licencia pagada, una semana de licencia de paternidad, dos descansos de media hora y guardería durante los primeros 6 meses de vida de la criatura). Ahora bien, ¿utilizan las madres esos beneficios para amamantar? El objetivo de este estudio es buscar respuestas a esta pregunta, tratando de identificar la forma en que las mujeres combinan el trabajo asalariado con el período de lactancia. Las estrategias empleadas, tales como las guarderías (dentro y fuera de la empresa), la extracción y almacenamiento de la leche materna, y los mejores servicios de transporte para la madre y el bebé, son algunos de los factores estudiados.

Los métodos utilizados incluyeron una revisión de la literatura, identificación de un campo con una considerable concentración de empresas que emplean a mujeres, aceptación por parte de dichas empresas (de cosméticos, productos alimenticios, productos farmacéuticos, textiles, prendas de vestir, metalurgia y electro-electrónica), y entrevistas detalladas con aproximadamente 70 mujeres empleadas allí que estaban en el último trimestre de embarazo y una segunda entrevista con ellas mismas un mes después de haber vuelto al trabajo después del parto. Los resultados preliminares se documentaron en un video e indican que las mujeres pertenecientes a dos tipos de empresas que, además de observar las leyes, ofrecen facilidades especiales a las trabajadoras son las que mejor aprovechan los beneficios del derecho laboral. En la entrevista durante el embarazo, se observó que todas las mujeres tenían la intención de amamantar y apenas el 8% tenían la intención de dejar de trabajar después del parto. Las guarderías en el mismo lugar del trabajo, junto con la posibilidad de utilizar el autobús de la empresa — sin restricciones para el bebé — para el transporte de ida y regreso a sus hogares son, aparentemente, la mejor combinación para el mantenimiento de la lactancia cuando regresan al trabajo en una zona urbana como la de São Paulo. Antes de facilitar la extracción de la leche materna durante las horas de trabajo, se debe ofrecer un programa de sensibilización e instrucción adecuados sobre la extracción y el almacenamiento de la leche. El video que hemos elaborado documenta y examina estos hechos.

LA LACTANCIA MATERNA Y LA PLANIFICACION FAMILIAR

Theresa de Vargas, MD y Francisco Sevilla, MD

En una organización no gubernamental que brinda servicios de planificación familiar (50%), ginecología (25%), control del embarazo (10%) y pediatría (10%), se implementa un nuevo método anticonceptivo: el método de la lactancia y la amenorrea (MELA) como una alternativa adicional a los métodos anticonceptivos modernos solicitados por las usuarias que acuden a sus centros médicos.

El personal paramédico es adiestrado en consejería interpersonal para atender, en preconsulta gratuita, a toda usuaria que necesite tomar una decisión informada sobre el dispositivo intrauterino (DIU), la píldora, el preservativo y la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV). Si la usuaria tiene un niño menor de seis meses, se aplica una guía de consejería para detectar problemas en la lactancia y aptitud para el MELA, con cuya información se le brinda apoyo técnico y emocional en lactancia óptima y se le informa sobre todos los métodos anticonceptivos factibles, incluido el MELA. Igualmente se aconseja a las mujeres embarazadas.

Se aconsejó a 2.178 madres con niños menores de seis meses en los doce meses que duró el estudio. El 36% fueron calificadas como aptas para el MELA al momento de la consulta. El 37% de las aptas eligió el MELA y, en igual proporción, el DIU.

Las usuarias del MELA lograron mantener sus hábitos de lactancia óptima muy por encima de las que utilizaron otro método anticonceptivo. El 80% de las aceptantes pasaron en forma oportuna a otro método anticonceptivo, el 15% pasaron tardíamente y el 5% a ninguno. Dos aceptantes resultaron embarazadas a pesar de cumplir con los tres requisitos y tres por no cumplir con uno o varios; por tanto se logró una eficacia real del 98% para el MELA.

Esto incrementó significativamente la credibilidad en el método, tanto entre las usuarias como en el personal de CEMOPLAF que ha institucionalizado este nuevo servicio, permitiendo, de ahora en adelante, orientar clara y oportunamente sobre los tres requisitos del MELA y las ocho prácticas de lactancia óptima a toda madre con niños menores de seis meses que acuda a los centros médicos de CEMOPLAF. El presente estudio y su ejecución se justifican porque actualmente en el Ecuador el 32% de las madres en lactancia utilizan ésta como anticonceptivo sin conocer sus requisitos, por lo que tienen un alto riesgo de embarazo (68%).

También se ha revelado la falta de oportunidades que tiene la madre durante el puerperio para protegerse de un embarazo seguido y no deseado, por lo que este grupo merece un trato específico en los programas de salud reproductiva. Ahora, las normas específicas de atención a la madre en lactancia han mejorado la calidad del servicio.

Además, la introducción del MELA no afecta el cumplimiento de las metas y los planes institucionales de planificación familiar. En ciertos aspectos los ha fortalecido: incrementó la capacitación de usuarias nuevas para planificación familiar, particularmente del DIU, y amplió la cobertura anticonceptiva con el MELA inicial en usuarias de escasos recursos económicos y sin antecedentes de uso de anticonceptivos modernos. Finalmente, la consejería en MELA/LM demostró que incrementa ostensiblemente las prácticas de lactancia óptima y planificación familiar y que mejora el costo-beneficio para la usuaria y la calidad del servicio, sin perjudicar el autosostenimiento institucional.

PROGRAMA DE LACTANCIA MATERNA DEL HOSPITAL GUILHERME ALVARO EN SANTOS, BRASIL

Keiko Teruya, MD

El segundo día de la conferencia, los participantes visitaron el Programa de Lactancia Materna del Hospital Guilherme Alvaro, de Santos Brasil, el cual es descrito a continuación.

El Hospital Guilherme Alvaro (HGA) es un hospital público estatal localizado en la ciudad de Santos, estado de São Paulo, al sur del Brasil. Dicha institución, la cual es administrada por el estado de São Paulo, tiene capacidad para 160 camas, 33 de las cuales se encuentran en el pabellón de maternidad. Durante 1992 el HGA recibió alrededor de 6.000 personas, realizó cerca de 120.000 consultas ambulatorias y atendió unos 1.600 partos. Este hospital viene funcionando desde 1967.

Desde 1973, año en que se convirtió en hospital docente, el HGA ha adoptado una política de alojamiento conjunto. En 1975 se inició un Programa de Lactancia Materna más extenso que comprende la mayoría de los servicios y las actividades que hoy en día caracterizan al Programa de Lactancia. El programa fue, y sigue siendo, uno de los pioneros en este campo.

Las actividades específicas que se contemplaron en este programa desde 1975 incluyen las siguientes:

1. discusiones diarias en grupo con las madres en la sala de espera de atención prenatal;
2. la práctica de amamantar al bebé mientras la madre está todavía en la sala de parto;
3. la supervisión de la primera mamada y la solución de los problemas diarios de lactancia que puedan presentarse.
4. instrucciones que se les da a pequeños grupos de madres en el hospital inmediatamente después de dar a luz.
5. realización de una consulta sobre lactancia los jueves por la tarde.

Solo un elemento principal se introdujo posteriormente. Este componente consiste en una serie de normas diseñadas para facilitar y promover la lactancia de los niños en todos los servicios del hospital.

El refuerzo positivo y el interés en trabajar con grupos de madres cuando sea posible son los dos temas más comunes e importantes en el Programa de Lactancia Materna del HGA. El programa tiene una filosofía de "grupos" y se basa en una "cultura de madres" que hay que aprovechar a fin de estimular entre ellas el refuerzo positivo y hacer que el programa sea más eficaz. En parte, este enfoque es importante porque muchos de los médicos son hombres y, al no haber tenido la experiencia del embarazo y la crianza de los niños, tienen dificultades para entender y generar empatía con las madres. El enfoque de grupo le da a las madres la oportunidad de intercambiar ideas y experiencias, permitiéndoles aceptar la información con más facilidad. Las madres, en una forma abierta, muestran unas a otras cómo alimentan a sus bebés y discuten entre sí los diferentes problemas, convirtiéndose algunas en modelos para las otras. Esta es una experiencia muy positiva, ya que las madres dependen menos de los médicos y de otros profesionales de atención de salud y se dan cuenta de que pueden aprender y recibir consejos útiles y ayuda de ellas mismas y no solo de los profesionales en salud. Además, al combinar madres con bebés de diferentes edades y experiencias, la metodología de grupo ofrece esperanza a las madres que tienen dificultades, bien sean de carácter físico o emocional. Finalmente, las reuniones de discusión en grupo tienen un ambiente alegre que se convierte en una actividad social para las madres, estimulándolas de esta manera a acudir a la consulta con regularidad y recibir apoyo emocional. La filosofía del programa considera crucial proporcionar apoyo tanto técnico como emocional a las mujeres embarazadas y a las nuevas madres. La clave de la metodología de grupo está en dar ese refuerzo positivo.

Alojamiento conjunto

Mucho antes de que comenzara el Programa de Lactancia Materna, el HGA había establecido una política de mantener a los bebés con sus madres tan pronto nacieran, siempre que fuera posible. Al contrario de otros hospitales que no mantienen a los bebés en la cama con sus madres sino que los tienen todavía en cunas, la cuna se coloca cerca de la cama de la madre en el pabellón de maternidad. El bebé pasa la mayor parte del tiempo en la cama de la madre y ella lo pone en la cuna solo cuando lo desea.

En 1988 se estableció una ley en el Brasil en la que se promovía la política y práctica del alojamiento conjunto y, después de seis años de adoptada dicha ley, se ha convertido en una norma.

Charlas diarias con madres en la sala de espera de atención prenatal

En el pabellón de pacientes externos del HGA, se ofrece diariamente atención médica prenatal. Cada día uno de los profesionales no médicos del personal de lactancia materna dedica hora y media a discusiones en grupo acerca de la lactancia. La investigadora asistió a una sesión donde había 26 mujeres embarazadas, tres esposos y otras tres personas que proporcionaban ayuda. El ambiente era informal, relajado y de mucha ayuda, y nueve de las mujeres participaron activamente en la discusión.

Práctica de amamantar al bebé mientras la madre se encuentra todavía en la mesa de partos

Por lo general, los bebés nacidos en el HGA, así tengan nacimiento normal o por cesárea, son amamantados por la madre tan pronto nacen. La única excepción a esta regla se hace cuando la madre o el bebé están enfermos. A diferencia de otros hospitales que aún no han adoptado esta práctica, el HGA ha observado una reducción significativa en la necesidad y el uso de la oxitocina. Esta reducción es notoria a pesar de que entre el 50 y el 60% de los nacimientos en el HGA son de madres consideradas de alto riesgo, remitidas allí de otras instituciones. Solamente se usa la oxitocina en el 30% de los nacimientos, comparado con el 70% en el Hospital dos Estibadores.

En el HGA, después del nacimiento y de la primera mamada, se separa al bebé durante una hora con el fin de hacerle la limpieza y proporcionarle a la madre cierto tiempo para descanso y recuperación. Una vez que ella está libre de problemas de salud, se reúne nuevamente al bebé con la madre para que permanezcan juntos durante toda la estadía en el hospital.

De acuerdo al personal del hospital, la permanencia de los casos de obstetricia en el HGA es de dos a cuatro días. En los casos de nacimientos vaginales y por cesárea, las madres permanecen 48 y 72 horas respectivamente.

El personal de HGA estima que entre el 20 y el 25% de los nacimientos son por cesárea. Este porcentaje es bajo para el Brasil, donde la tasa de cesáreas es comúnmente del 50% y puede llegar hasta el 87% (el control en el Hospital dos Estibadores tiene un promedio del 45%). De acuerdo al personal del HGA, la razón principal de la tasa alta de cesáreas se debe a que es un hospital de referencia que en una forma desproporcionada admite casos obstétricos de mujeres consideradas de alto riesgo. Se cree que entre el 50 y el 60% de los casos de obstetricia son remitidos de los hospitales de ocho regiones cercanas.

Vigilancia de la primera mamada y solución de problemas diarios

La primera mamada es siempre vigilada por el médico residente o la enfermera. Esto es muy importante para el éxito de la lactancia, ya que la madre aprende la mejor forma de colocar al bebé mientras lo alimenta, teniendo éxito desde la primera mamada y evitando problemas que podrían causar la interrupción o la terminación temprana de la lactancia, el engurgitamiento de los senos, y la inflamación y agrietamiento de los pezones.

Discusiones con grupos de madres que recientemente han dado a luz

Generalmente, al día siguiente de haber dado a luz pequeños grupos de dos a cinco madres se reúnen con un profesional no médico (generalmente un nutricionista o trabajador social) en uno de los cuartos del pabellón de maternidad que también sirve de almacenaje o

lugar de enseñanza a los estudiantes. La reunión es informal. Las nuevas madres asisten en sus batas de hospital, algunas de ellas amamantando al bebé; otras asisten con sus bebés mientras éstos duermen. El trabajador social está generalmente vestido en forma casual. El propósito de la reunión es intercambiar impresiones de una manera informal y abierta y prestar apoyo mutuo, ayudando en las primeras experiencias de la lactancia y hablando sobre problemas que se podrían presentar y sobre lo que se debería hacer una vez que se enfrenten a ellos. Las sesiones duran entre 15 y 30 minutos y durante este tiempo se les explica a las madres que dentro de la primera semana de haber salido del hospital deben seleccionar y asistir a una consulta de salud para el bebé, y que pueden asistir al HGA a la consulta de los jueves por la tarde o a uno de los policlínicos de Santos (que son clínicas de atención primaria de salud).

Clínica de lactancia los jueves por la tarde

Todos los jueves por la tarde el departamento pediátrico realiza lo que se ha llamado la consulta de lactancia. La consulta está abierta solamente a las madres con niños menores de 6 meses y que nacieron en el HGA. En el consultorio se atiende entre 80 y 100 pacientes en tres horas y, de acuerdo al personal del departamento pediátrico, se utiliza casi a la capacidad máxima. Los niños menores de 6 meses de edad que no nacieron en el hospital son atendidos en la consulta pediátrica general para pacientes externos, la cual se realiza diariamente. Inmediatamente después de la consulta de tres horas, los estudiantes de medicina se reúnen para intercambiar experiencias.

Este consultorio se concentra en promover insistentemente la lactancia materna como alimentación exclusiva. Sin embargo, el jueves por la tarde la consulta de lactancia es más que una simple consulta de lactancia. La tarde comienza con la presentación de un pediatra y de uno o más profesionales no médicos de lactancia materna, quienes ofrecen charlas sobre lactancia materna que rápidamente se tornan en discusiones de una amplia variedad de problemas específicos que experimentan las madres. Estas discusiones de grupo tienen lugar en un salón de clase de unos 10 por 15 metros, en el cual las sillas han sido arregladas en forma de círculo.

Después de la discusión, que generalmente dura media hora, todas las madres y sus bebés son atendidos individualmente en consulta. Antes de esa consulta se mide la longitud y el peso de cada bebé y el resultado se anota en su gráfica de crecimiento. También se inspeccionan los pañales para determinar si el bebé ha sido alimentado exclusivamente con leche materna. El personal no informa a las madres que no están amamantando a sus hijos sobre su conocimiento de que están utilizando sucedáneos de la leche materna. El personal (específicamente uno de los dos pediatras) se dedica en forma exclusiva a esas madres y pasa más tiempo con ellas explicándoles las ventajas de la lactancia materna como alimentación exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. El personal sostiene que lo hace con mucho tacto, sin obligar a la madre y sin hacerle ver que ellos saben que no está amamantando al bebé.

Hay un grupo de seis cuartos de consulta que se usan para la consulta del jueves por la tarde. Aproximadamente el 80% de los estudiantes de medicina del quinto año que están en la rotación pediátrica (alrededor de 24 estudiantes) participan en la reunión de los jueves por la tarde. Se asignan cuatro estudiantes y un residente a cada cuarto de consulta y se atiende a las madres en parejas (esto contribuye al refuerzo mutuo positivo que se describe más adelante). Cada madre y su bebé son atendidos por dos estudiantes; uno de ellos efectúa el examen y el otro registra las observaciones en la historia clínica del bebé, mientras que el residente supervisa todo el proceso. Además, dos pediatras circulan durante toda la tarde para observar todo el proceso, resolver problemas al instante, proporcionar estímulo o simplemente prestar ayuda.

Los estudiantes calculan la ganancia de talla y peso del bebé desde la última visita para determinar si el crecimiento y el desarrollo son adecuados; realizan un examen físico corriente; verifican las vacunas (que se obtienen en los policlínicos); evalúan y discuten cualquier problema de salud que el niño pueda tener o pueda haber tenido desde la última visita; y discuten sobre lactancia materna con la madre. La consulta promedio (además de la toma de peso y talla del niño que es efectuada por el personal en la sala de espera antes de la consulta) dura alrededor de 15 minutos. Entre la mitad y los dos tercios de la consulta se dedica a la lactancia, incluyendo la verificación de la posición del bebé al tomar el pecho y la posición de la madre.

La consulta de lactancia de los jueves, sin embargo, es mucho más que una simple consulta de lactancia: es una combinación de consulta de niño sano y consulta para enfermedades del bebé, con especial énfasis en el crecimiento, las vacunas y, particularmente, la lactancia materna. Además, se brinda a la madre la oportunidad de tener los servicios de una consulta de planificación familiar poco antes de la consulta de lactancia. De este modo, la consulta del jueves por la tarde incluye todos los seis servicios que la Organización Mundial de la Salud recomienda que deben proporcionarse a los recién nacidos y a sus madres.

Después de que todas las madres y los bebés han sido atendidos en la consulta de lactancia, todos los estudiantes, residentes y pediatras se reúnen para intercambiar las experiencias de la tarde con el propósito de ampliar las experiencias y el aprendizaje y evaluar las habilidades y la comprensión de los estudiantes.

El personal de lactancia materna considera que la consulta del jueves por la tarde es un foro de enseñanza muy importante en el cual los estudiantes de medicina del quinto año hacen su rotación pediátrica y se instruyen en cuanto a las funciones, el valor y la importancia de la lactancia materna, especialmente como alimentación exclusiva. El personal del programa de lactancia también considera que esta consulta de lactancia del jueves por la tarde ha desempeñado un papel indispensable en la concepción de las políticas y prácticas de los hospitales en la región sanitaria de Santos en la que los graduados del hospital han salido a trabajar como profesionales. Se estima que el 90% de los hospitales de la región han adoptado sus políticas con base en el modelo del HGA.

El programa de visitas de postparto que se recomienda es de una vez por semana durante el primer mes, una vez cada dos semanas en el segundo y tercer mes, y una vez al mes del cuarto mes en adelante. Durante 1991-1992, un promedio del 44% de las madres que dieron a luz en el HGA asistieron por lo menos a una de las consultas de lactancia los jueves por la tarde. En 1992, las que asistieron por lo menos a una de las consultas alcanzaron un promedio de 3,7 visitas. Dado que del 50 al 60% de los partos en el HGA son de madres con alto riesgo que han sido remitidas de otros establecimientos y que (aunque no hay registros) se piensa que muchas de esas madres vuelven a la institución de donde fueron remitidas (el hospital original o regular de la madre), el promedio de servicios provistos es alto. Desafortunadamente, no existen datos comparables para las mujeres que son atendidas en otros hospitales, incluyendo el hospital control (Hospital dos Estibadores).

El personal del Programa de Lactancia Materna estima que del 50 al 60% de todos los niños atendidos en las clínicas de los jueves por la tarde viven fuera de la ciudad de Santos, lo que ratifica su calidad de hospital regional.

Normas de lactancia del hospital

El programa ha adoptado normas para promover la lactancia siempre que los niños o las madres son atendidos en el hospital. Las áreas del hospital más afectadas por estas normas son la sala de emergencia y, particularmente, el departamento de pediatría. Dentro del departamento de pediatría, este estímulo consiste en informar a los pacientes sobre las políticas, estimulándolos verbalmente y proporcionándoles lugares donde las madres se sientan cómodas para amamantar, incluyendo salas pequeñas por lo menos con tres camas con una silla amplia y confortable (no una silla de escritorio) por cama, en la que ellas puedan amamantar a sus hijos.

Además, el programa trata de identificar a todos los niños menores de seis meses que no están alimentados con leche materna, a fin de estimular a las madres a reiniciar el programa de lactancia materna. Estos esfuerzos han sido más fructíferos con los niños recién nacidos. El éxito del HGA se calcula entre el 10 y el 20%.

Afiliación a la escuela médica del HGA

En el quinto año de medicina, los estudiantes del HGA participan en cuatro campos clínicos diferentes, a saber: obstetricia, medicina general, cirugía y pediatría. A los estudiantes se les divide en cuatro grupos de 25 a 30 personas y cada grupo trabaja en cada uno de los cuatro campos clínicos por un período de tres meses. El grupo de pediatría se divide en tres grupos de siete a diez estudiantes cada uno; un grupo trabaja en los policlínicos, otro en el departamento de pediatría del HGA, y el tercero con los recién nacidos en el pabellón de maternidad.

La presencia de la escuela de medicina en el hospital significa que la relación médico-paciente es considerablemente más alta que en un hospital promedio.

Evolución del programa de lactancia materna

Solo ha habido cambios relativamente menores en el programa del HGA desde su inauguración. Casi todo lo que constituye actualmente el programa fue instituido en 1974. Una razón importante de tener cambios tan pequeños es que el programa se ha beneficiado de un grupo muy estable de profesionales dedicados a esta tarea.

Por más de 20 años, el personal del Departamento de Pediatría del HGA incluyó seis personas que habían estado en el hospital desde 1970 y poco después de que se convirtiera en hospital general. Todos menos uno de este grupo básico continúan trabajando en el HGA, cuya continuidad de personal no es común en los hospitales del Brasil, especialmente en hospitales del sector público. Esta continuidad extraordinaria de un grupo de profesionales probablemente ha sido el factor crítico en el desarrollo y continuidad del programa de lactancia materna en el HGA. Esto ha resultado en el desarrollo y maduración de una filosofía institucional y, teniendo en cuenta las personalidades participantes en el proceso, ha sido un factor importante que ha contribuido a modelar lo que el hospital y el programa de promoción de la lactancia materna es hoy en día, o sea la forma en que está funcionando y su proceso de maduración. Lo cohesivo del programa a largo plazo y su personal clave se deben probablemente a que el programa funciona dentro de una escuela de medicina. Estas son características que distinguen al HGA y que han condicionado su programa de lactancia materna.

El HGA tuvo una guardería general solo por unos pocos años, desde 1968 hasta 1970. Esta guardería fue cerrada hace 23 años con el advenimiento de la práctica del alojamiento conjunto, antes del inicio del programa de lactancia materna, pero todavía existe una guardería especial para niños prematuros y enfermos que tiene ocho incubadoras. El espacio que antes se dedicaba a la guardería general (una área de aproximadamente 20 metros cuadrados) se usa ahora como oficina y lugar de reunión para la enseñanza de estudiantes y discusión de casos especiales, así como también como una área de almacenamiento general.

Al igual que la mayoría de los hospitales de maternidad en el Brasil, el HGA no cuenta con un banco de leche y nunca ha tenido uno. Aunque hace unos años el gobierno ofreció al Departamento de Pediatría del HGA apoyo para la compra del equipo requerido para establecer un banco de leche, el Departamento no aceptó la oferta. El Departamento de Pediatría tomó esta decisión con base en la convicción de que no se garantizaba la seguridad de la leche sin los servicios (y el equipo requerido) de un microbiólogo, debido a la tasa relativamente alta y al rápido aumento en el número de casos de SIDA que el Departamento encontraba.

Uno de los cambios en el sistema de salud que se introdujeron en la constitución de 1988 fue la regionalización de los servicios, con lo cual el HGA se convirtió en un hospital obstétrico para la región de Santos y después, por un período de unos dos años, solo recibió casos de alto riesgo. La práctica de limitar los casos de obstetricia a los de alto riesgo fue descontinuada en 1990.²

Antes de 1990, toda la capacitación y educación de las madres se llevaba a cabo en discusiones dirigidas por tres pediatras. El equipo multidisciplinario que se usa actualmente fue introducido en 1990, después de que el grupo del hospital asistió al curso de capacitación del Proyecto Wellstart de la USAID. El equipo multidisciplinario está compuesto por cuatro profesionales no médicos, un trabajador social, un psicólogo, un nutricionista y un terapeuta del lenguaje. El equipo ha asumido algunas de las responsabilidades de los pediatras, que hasta ese momento eran los únicos profesionales que trabajaban en el programa. Por ejemplo, el grupo se encargó de las reuniones con las madres gestantes que buscaban atención prenatal en la clínica del HGA y de las reuniones en el hospital con las nuevas madres inmediatamente después del parto.

En 1990 se construyó e inauguró el consultorio de atención de salud ambulatorio. De acuerdo al Jefe del Departamento de Estadística del hospital, se hizo una "evaluación de las necesidades" para determinar la mejor forma de reestructurar el Departamento de Consulta Externa. Esta evaluación consistió primordialmente en desagregar los datos de la prestación de servicios y analizar el nivel de actividad por tipo de consulta/servicio. Con base en el alto nivel de actividad de la consulta de lactancia materna — que hasta entonces había pasado inadvertida — el lugar para la consulta de lactancia se mudó al edificio recientemente inaugurado. Antes de la mudanza en 1990, las reuniones diarias del grupo de lactancia materna de la consulta prenatal se realizaban en el pasillo. El antiguo local (que ya ha sido demolido) tenía una estructura vieja y deteriorada donde había tres consultorios. El cambio del consultorio al nuevo lugar, con mayor espacio, bien iluminado y cómodo con seis salas de consulta, ha facilitado la atención de un mayor número de pacientes.

Dos de los miembros del Centro de Lactancia han estado participando en el Programa de Lactancia Materna Exclusiva del Proyecto Wellstart desde que asistieron a un curso de cuatro semanas que se realizó en San Diego en 1990. El Centro de Lactancia adoptó desde entonces algunos de los materiales que se obtuvieron en Wellstart para hacer sus propias presentaciones en sus programas de capacitación de profesionales de salud o de otros hospitales, escuelas de medicina, y profesionales de otros países. El mayor impacto que la

La Constitución de 1988 también introdujo cambios significativos en la licencia de maternidad, un grupo de leyes que establecen los derechos de la mujer que trabaja y que está embarazada o en postparto inmediato. Entre sus diversas estipulaciones, la legislación asegura a las mujeres el derecho de quedarse en casa en licencia de maternidad pagada por un espacio de cuatro meses inmediatamente después del parto. De ahí en adelante, por los siguientes dos meses la ley permite a las nuevas madres tomar hasta una hora por día de trabajo para realizar las tareas directamente relacionadas con el cuidado de los recién nacidos (lactancia materna). Probablemente estos cambios han estimulado a la mujer brasileña a preferir la lactancia materna.

experiencia de Wellstart tuvo en el programa consistió en la exposición a los resultados de investigaciones recientes que dan justificación científica para preferir la lactancia materna sobre los sucedáneos de la leche materna. Estos estudios, junto con la camaradería general de otros participantes, renovaron en el personal del programa el entusiasmo por su trabajo.

El anexo que se presenta a continuación esbosa las normas para las diferentes áreas, así como también detalles del programa de estudios.

ANEXO
FUNDACION LUSIADA
CENTRO DE LACTANCIA DE SANTOS
PRENATAL

NORMAS

1. Con el propósito de prepararse para la lactancia materna, las mujeres embarazadas deben recibir orientación y capacitación en cuanto a lo siguiente:
 - a. Ventajas de la alimentación para la madre, el bebé y su familia y las consecuencias del destete precoz.
 - b. Producción de leche, mantenimiento de la lactancia, extracción manual de la leche, y conservación y preparación de la leche extraída.
 - c. Preparación de las mamas para el amamantamiento.
 - d. Alimentación de la embarazada y de la madre lactante.
 - e. Uso de drogas y lactancia materna.
 - f. Lactancia materna en la sala de parto.
 - g. Importancia del alojamiento conjunto.
 - h. Problemas y dificultades en el amamantamiento.
 - i. Derechos de la madre durante el amamantamiento.

RUTINAS

1. Los obstetras y/o las enfermeras obstétricas deberán hacer un examen mamario mensual a las embarazadas, a partir de la primera consulta prenatal, observando la formación anatómica de los pezones y detectando las malas formaciones, como también orientando y capacitando a las mujeres individualmente con respecto a los ejercicios, técnicas y masajes necesarios para preparar los pezones para el amamantamiento.
2. Los miembros del equipo multidisciplinario (trabajadores sociales, psicólogos, enfermeras, pediatras, obstetras, nutricionistas y fonoaudiólogos) deberán evaluar, desde los primeros contactos con la embarazada y como parte de su historial, las

actitudes, creencias, conocimientos y experiencias de la futura madre con relación a la alimentación infantil y darle orientación individual en el sentido de promover y proteger la lactancia natural.

3. El equipo multidisciplinario deberá celebrar reuniones diarias, con una duración media de 30 minutos, con las embarazadas en la sala de espera del consultorio obstétrico, dialogando con las futuras madres sobre los temas listados en las normas anteriormente señaladas.

En estas reuniones, los profesionales deben facilitar el intercambio de conocimientos y las experiencias con las embarazadas.

SALA DE PARTO

NORMAS

1. Durante la primera media hora de vida, todo recién nacido en buenas condiciones de vitalidad deberá ser colocado junto a su madre para succionar, propiciando de esta manera contacto directo emocional y físico entre los dos.
2. Es aconsejable que el padre esté presente en la sala de parto durante el nacimiento del bebé.

RUTINAS

1. Los profesionales de salud que están presentes en la sala de parto deberán mantener un ambiente de apoyo y de comodidad física y emocional que facilite el contacto íntimo entre la madre y el niño inmediatamente después del parto.
2. Solo aplicar sedantes, analgésicos y/o anestésicos a la parturiente después de una cuidadosa evaluación individual de la necesidad y consecuencias para la madre y el bebé.
3. Limpiar y secar al recién nacido en buenas condiciones de vitalidad, dejándolo permanecer junto a la madre mientras se encuentre en la sala de parto para que ésta lo sostenga en brazos y le dé de mamar, con la ayuda del equipo.
4. Solo aplicar nitrato de plata en los ojos del recién nacido después de establecido el contacto madre-hijo.
5. El bebé debe ser llevado al alojamiento conjunto con la madre.

ALOJAMIENTO CONJUNTO

NORMAS

1. Todo recién nacido en buenas condiciones de vitalidad debe permanecer en el mismo cuarto con la madre, siempre y cuando ésta esté lúcida y en condiciones de interactuar con el bebé.
2. El amamantamiento del recién nacido debe practicarse de acuerdo con la libre demanda. La primera semana debe ser vigilada por un profesional capacitado.
3. Es contraindicado el uso de biberones u otros alimentos, incluyendo agua o té, en el alojamiento conjunto.
4. Se debe apoyar e informar continuamente a la puérpera sobre aspectos relacionados a la lactancia materna durante su internado.
5. Al darle de alta, la madre debe recibir orientación en cuanto a la importancia de mantener el amamantamiento y remitirse para el asesoramiento oportuno de la primera semana en la clínica de lactancia, hasta que el bebé haya cumplido seis meses de edad.

RUTINAS

1. La puérpera y el recién nacido deben ser llevados de la sala de parto directamente al cuarto, permaneciendo el bebé al lado de su madre, bajo la supervisión del personal capacitado de maternidad.
2. El equipo de profesionales debe informar a la madre que siempre que sea necesario, el bebé debe ser colocado al pecho para mamar con la ayuda de la auxiliar de enfermería, cada vez que llora, sea de día o de noche. No se debe ofrecer el biberón o cualquier otro alimento al bebé.
3. El equipo de profesionales debe hacerse disponible para informar, cada vez que sea solicitado, sobre el amamantamiento, el reflejo de reducción de la leche, el mecanismo de la lactancia, las técnicas de amamantamiento, el cuidado de las mamas y la extracción manual de leche.
4. El obstetra o el pediatra dará de alta a la madre y le corresponderá a un equipo multidisciplinario, a través de la participación de las madres en las dinámicas de grupo, reforzar las orientaciones proporcionadas en materia de amamantamiento, entregándole un folleto de refuerzo y una guía de asesoramiento oportuno durante la primera semana en la clínica de lactancia o la policlínica de su barrio. Se prohíbe la distribución de biberones.

CLINICA DE LACTANCIA

NORMAS

1. Todo recién nacido proveniente del alojamiento conjunto deberá ser acompañado desde las primeras semanas en la clínica del hospital hasta los seis meses de edad para fomentar la lactancia materna exclusiva a libre demanda.
2. Todas las madres de bebés en lactancia materna deberán ser apoyadas y orientadas para que mantengan el amamantamiento hasta que el bebé haya cumplido los seis meses de edad, debiendo recibir aclaraciones con respecto a los siguientes contenidos:
 - Ventajas de la leche materna.
 - Fisiología de la lactancia.
 - Aclaración de los tabúes.
 - Anticoncepción.
 - Manejo de la lactancia materna.
 - Problemas relativos a los bebés y a las madres.
 - Extracción, almacenamiento y preparación de la leche materna.
3. El crecimiento y desarrollo de los bebés en lactancia materna, acompañados en la clínica, deberán vigilarse hasta los seis meses de edad, y las madres deben recibir las orientaciones necesarias para que se mantengan dentro de los límites de la normalidad.
4. Los problemas de salud de los bebés registrados en la clínica de lactancia materna deben ser prevenidos a través de la orientación y vacunación y/o a través de su detección y tratamiento oportuno.
5. En la ocasión del alta del bebé, a los seis meses de edad, se debe orientar a las madres con respecto a la dieta de destete.

RUTINAS

1. En la preconsulta, los profesionales deberán arreglar grupos de madres para el desarrollo de la actividad de "madres que resuelven problemas entre sí", donde durante un período aproximadamente de 30 minutos deberán realizarse discusiones, debates e intercambios de experiencias relacionadas con los aspectos de la promoción de la lactancia materna y los contenidos listados en la norma 2, anterior. Los miembros del equipo multidisciplinario deberán hacerse disponibles para coordinar el intercambio.
2. Las consultas deberán hacerse cuando el bebé haya cumplido los 7, 14, 21, 28, 45, 60, 75, 90, 120, 150 y 180 días. Si en algunas de estas consultas se observan indicios del destete, éstas se volverán a hacer semanalmente, hasta que se resuelva el problema.

Además se debe informar a las madres que pueden y deben volver a las consultas semanales cada vez que experimenten dificultades en el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva.

3. Las consultas deberán ocurrir en un ambiente de empatías, sin recriminaciones, a fin de prever y resolver los problemas relacionados con la lactancia y promover el fortalecimiento de las actitudes. Podrán ser individuales o con dos o tres pares de madres-bebés al mismo tiempo y deberán incluir lo siguiente:
 - Vigilancia del crecimiento con las curvas de crecimiento adecuadas para niños amamantados, seguido de la interpretación de la misma con la madre, a fin de que ella conozca la condición nutricional de su hijo y su relación con la lactancia materna.
 - Orientación y control de las vacunaciones, así como también de la patología correspondiente.
 - Evaluación del amamantamiento de una manera indirecta por medio de charlas informales con la auxiliar o con el médico, procurando evaluar la suficiencia de las actitudes y conocimientos de la madre con relación a la lactancia materna.
 - Examen mamario para detectar alteraciones que pudieran interferir con el éxito del amamantamiento, tales como la ingurgitación, las fisuras, etc.
 - Observación directa del amamantamiento para verificar la postura, el pegado, y la dinámica de la succión, corrigiendo y proporcionando orientación.
 - Observación directa del aspecto de las heces del bebé, para verificar su compatibilidad con la lactancia materna exclusiva.
4. Reunión de rutina de todo el equipo después del cierre de la clínica para una discusión de las dificultades, búsqueda de soluciones y uniformización de los comportamientos.

II CURSO DE LACTANCIA MATERNA PARA EL 4º AÑO DE MEDICINA 1994

Objetivos: Proporcionar los conocimientos mínimos de lactancia materna a los estudiantes de medicina.

Objetivos

específicos: Establecer un cambio real y positivo en el comportamiento con relación al amamantamiento.

Público: Estudiantes de medicina del 4º Año de la Facultad de Ciencias Médicas de Santos.

Programas:

- Ventajas de la lactancia materna y consecuencias del destete
- Sala de partos y alojamiento conjunto
- Anatomía y fisiología de la lactancia
- Lactancia materna en la clínica de pediatría
- Problemas con el amamantamiento (dramatización)
- Mercadeo y salud — código de comercialización de sucedáneos de la leche materna

Material

didáctico:

- Manual para profesionales de salud
 - Videos
 - Material para simulación (muñecas, mamas artificiales, etc.)

Horas

lectivas: 24 horas teórico-prácticas

Certificados: Los certificados serán conferidos a quienes estén inscritos y

- tengan un mínimo de asistencia de 20 horas
- obtengan un promedio de 7,0 o más en el examen

**II CURSO DE LACTANCIA MATERNA PARA EL 4º AÑO DE MEDICINA
1994**

Horas Lectivas: 24 horas

Participantes: 120 alumnos

| FECHA | CLASE | PROFESOR |
|-------|---|---|
| 24/02 | La nueva puericultura Presentación del curso | Jayme Murahovschi Paulo E.A. Baldin |
| 03/03 | Ventajas de la lactancia materna y consecuencias del destete | Keiko M. Teruya |
| 10/03 | Sala de parto y alojamiento conjunto | Laís Graci Santos Bueno |
| 17/03 | Anatomía y fisiología de la lactancia | Sérgio C. Kabbach |
| 24/03 | Lactancia materna en la clínica de pediatría | Keiko M. Teruya |
| 31/03 | Problemas con el amamantamiento (dramatización) | Keiko M. Teruya — Grupo=A Grupo=B (práctica) |
| 07/04 | Problemas con el amamantamiento (dramatización) | Keiko M. Teruya — Grupo=B Grupo=A (práctica) |
| 14/04 | Primer examen | |

PROGRAMA DE CLASES: GRUPO A
4º AÑO – PEDIATRIA
1994
SALA 111

| FECHA | CLASE | PROFESOR |
|-------|--|---------------------------|
| 28/04 | Programa del recién nacido — riesgos y mortalidad infantil en Santos | Paulo Sérgio L.A. Silva |
| 05/05 | Marketing en salud | Tereza Toma/Silvia Arruda |
| 12/05 | Vigilancia del crecimiento | Jayne Murahovski |
| 26/05 | Alimentación en las diferentes edades | Jayne Murahovski |
| 09/06 | DNPM y vacunas | Paulo E.A. Baldin |
| 16/06 | Práctica HGA | Véase adjunto |
| 23/06 | Segundo examen | |
| 30/06 | Substitutivo del 1º y 2º exámenes | |
| 04/08 | Observación del recién nacido: Sus características y necesidades | Mário Alves Rosa |
| 11/08 | Infecciones respiratorias agudas | Paulo E.A. Baldin |
| 18/08 | Bronconeumopatías Discusión de casos | Paulo E.A. Baldin |

PROGRAMA DE CLASES: GRUPO A
1º AÑO – PEDIATRIA
1994
SALA 111

| FECHA | CLASE | PROFESOR |
|-------|--|-------------------|
| 25/08 | Diarrea aguda y TRO | Carvalho |
| 01/09 | Diarrea persistente y crónica | Carvalho |
| 15/09 | Obstrucción intestinal | Jayme Murahovschi |
| 22/09 | Práctica HGA | Véase adjunto |
| 29/09 | Tercer examen | |
| 06/10 | Anemias y parasitosis | José Artur |
| 13/10 | El SIDA en la infancia | Tereza Maria |
| 20/10 | Asma | Rosana Giannico |
| 27/10 | Nefrología infantil | Paulo Koch |
| 03/11 | La función del equipo multidisciplinario | Keiko M. Teruya |
| 10/11 | Práctica HGA | Véase adjunto |

PROGRAMA DE CLASES: GRUPO B
4º AÑO – PEDIATRIA
1994
SALA 112

| FECHA | CLASE | PROFESOR |
|-------|---|---------------------------|
| 28/04 | Mercadeo y salud | Tereza Toma/Silvia Arruda |
| 05/05 | Programa del recién nacido – riesgo y mortalidad infantil | Paulo Sérgio L.A. Silva |
| 12/05 | Alimentación en las diferentes edades | Jayme Murahovski |
| 26/05 | Vigilancia del crecimiento | José Artur |
| 09/06 | Práctica HGA | Véase adjunto |
| 16/06 | DNPM y vacunas | Paulo E.A. Baldin |
| 23/06 | Segundo examen | |
| 30/06 | Substitutivo del 1º y 2º exámenes | |
| 04/08 | Infecciones respiratorias agudas | Paulo Sérgio L.A. Silva |
| 11/08 | La observación del recién nacido: Sus características y necesidades | Mario Alves Rosa |
| 18/08 | Diarrea aguda y TRO | Carvalho |
| 25/08 | Bronconeumopatías Discusión de casos | Paulo E.A. Baldin |
| 01/09 | Diarrea persistente y crónica | Carvalho |
| 15/09 | Práctica HGA | Véase adjunto |
| 22/09 | Obstrucción intestinal | Jayme Murahovski |
| 29/09 | Tercer examen | |

PROGRAMA DE CLASES: GRUPO B
4º AÑO – PEDIATRIA
1994
SALA 112

| FECHA | CLASE | PROFESOR |
|-------|--|----------------------|
| 06/10 | El SIDA en la infancia | Tereza Maria |
| 13/10 | Anemias y parasitosis | José Arthur R. Alves |
| 20/10 | Nefrología infantil | Paulo Koch |
| 27/10 | Asma | Rosana Giannico |
| 03/10 | Práctica HGA | Véase adjunto |
| 10/11 | El papel del equipo multidisciplinario | Keiko M. Teruya |

CLAUSURA DEL AÑO – TODO EL GRUPO (120)
1994

| FECHA | CLASE |
|-------|--------------------------------|
| 17/11 | Cuarto examen |
| 24/11 | Sustitutivo 3o. y 4o. exámenes |
| 08/12 | Primer ciclo |
| 22/12 | Segundo ciclo |

PROGRAMA DE PEDIATRIA

5° AÑO

5° AÑO—FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE SANTOS—PEDIATRIA—ANEXO 1

1) ACTIVIDADES PARA LOS JUEVES:

Válidas para los 30 alumnos por un período de 90 días
(Todos los jueves durante la pasantía)

MAÑANA: Discusión
Total: 30 horas

TARDE: Atención externa de promoción de la lactancia

1. Dinámica de grupos
 2. Atención de los lactantes menores de cinco meses en lactancia exclusiva
- Total: 48 horas**

2) ATENCION DE EMERGENCIA:

- Turnos de 12 y/o 24 horas todos los días
 - Urgencia y emergencia pediátrica y de lactancia
- Total: 72 horas**

En lactancia: 8 horas

3) PRENATAL:

Participación en la dinámica de grupo
Turno: 10 alumnos cada semana.
Total: 3 horas

**PROGRAMA DE PEDIATRIA
5º AÑO**

ENFERMERIA/CENTRO QUIRURGICO:

- ENFERMERIA — EVALUACION Y PRESCRIPCION — DE 7 A 9 HORAS
- CENTRO QUIRURGICO — LUNES/MIERCOLES/JUEVES — 7:30 HORAS

ATENCION EXTERNA:

MARTES/MIERCOLES — 11 HORAS
JUEVES 14 — HORAS

ACTIVIDADES DIDACTICAS:

MARTES — 14 HORAS — CLASE DR. WILSON TADASHI
MIERCOLES — 15 HORAS — DISCUSION DE CASOS
DR. JOSE ROBERTO — 15:30 HORAS
JUEVES — 8:00 HORAS — ENFERMERIA
DR. JOSE LUIS MARTINS

- * CENTRO QUIRURGICO Y ATENCION EXTERNA — PRESENCIA OBLIGATORIA
- * EVOLUCION EN LOS FINES DE SEMANA A CARGO DEL MEDICO DE TURNO

PROGRAMA DE PEDIATRIA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA — 5º AÑO — 1994
CAPACITACION EN SERVICIO

FECHA DE APERTURA: 03/01/1994
FECHA DE CIERRE: 30/11/1994
CORRIDAS

480 EN HORAS

TOTAL DE PASANTIA: 720

140 EN

TURNOS

GRUPOS DE 30 ALUMNOS:

| | | | |
|---|------------|---|------------|
| A | 03/01/1994 | a | 27/03/1994 |
| B | 28/03/1994 | a | 19/06/1994 |
| C | 20/06/1994 | a | 11/09/1994 |
| D | 12/09/1994 | a | 30/11/1994 |

| SECTORES | CARGA ELECTIVA | CARGA LECTIVA EN LACTANCIA | No. DE ALUMNOS | INSTRUCTOR RESPONSABLE |
|---|----------------|----------------------------|----------------|-------------------------------|
| Enfermería | 168 | 8 horas | 10 | Dra. Tereza Maria Nishimoto |
| Cirugía pediátrica | 40 | | 03 | Dr. José Luiz Martins |
| Turno de los alumnos de enfermería, centro quirúrgico y enfermería quirúrgica | | | | |
| Atención de emergencia | 72 | 8 horas | 02 | Dra. Luceli Pinheiro |
| Atención externa general | 120 | 20 horas | 10 | Dra. Luceli Pinheiro |
| Atención externa lactancia | 55 | 48 horas | 30 | Dra. Keiko M. Teruya |
| Centro de salud | 40 | 8 horas | 05 | Dra. Maria Angélica M. Brito |
| Prenatal y lactancia | 03 | 3 horas | 05 | Dra. Laís Gracia dos S. Bueno |
| Unidad neonatal | 128 | 34 horas | 05 | Dr. Mário Alves Rosa |
| Alojamiento conjunto y postparto | | | | |
| AULA TEORICA | | | | |
| Discusión de casos | 20 | 1 hora | 30 | Prof. Dr. Jayme Murahovski |
| Clases | 80 | | 30 | Dr. José Artur Ramos Alves |
| Lactancia | 07 | 7 horas | 30 | Dra. Keiko M. Teruya |
| | | TOTAL — 137 HORAS | | |

CENTRO DE SALUD — ESCUELA:

40 HORAS

TOTAL DE ALUMNOS: 5

8 HORAS DE LACTANCIA MATERNA

TURNO: 15 DIAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE SANTOS — 5º AÑO DE PEDIATRIA

| | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES |
|-----------|---|---|---|---------|---|
| MAÑANA | ACCIONES BASICAS DE LA SALUD DEL NIÑO DRA. ANGELICA MARÇAL | ACCIONES BASICAS DE LA SALUD DEL NIÑO DRA. ANGELICA MARÇAL | ACCIONES BASICAS DE LA SALUD DEL NIÑO DRA. ANGELICA MARÇAL | ANEXO I | ACCIONES BASICAS DE LA SALUD DEL NIÑO DRA. ANGELICA MARÇAL |
| TARDE | ACCIONES BASICAS DE LA SALUD DEL NIÑO DRA. MARIA EMILIA | ACCIONES BASICAS DE LA SALUD DEL NIÑO DRA. MARIA EMILIA | ACCIONES BASICAS DE LA SALUD DEL NIÑO DRA. MARIA EMILIA | ANEXO I | ACCIONES BASICAS DE LA SALUD DEL NIÑO DRA. MARIA EMILIA |
| LACTANCIA | LACTANCIA Y OTROS ALIMENTOS EN LOS NIÑOS MAYORES DE 6 MESES | LACTANCIA Y OTROS ALIMENTOS EN LOS NIÑOS MAYORES DE 6 MESES | LACTANCIA Y OTROS ALIMENTOS EN LOS NIÑOS MAYORES DE 6 MESES | ANEXO I | LACTANCIA Y OTROS ALIMENTOS EN LOS NIÑOS MAYORES DE 6 MESES |

ATENCIÓN EXTERNA

120 HORAS

TOTAL DE ALUMNOS: 10

20 HORAS DE LACTANCIA MATERNA

TURNOS: 30 DÍAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE SANTOS – 5º AÑO DE PEDIATRÍA

| | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES |
|-----------|---|---|---|---------|---|
| MAÑANA | ACCIONES BÁSICAS DE LA SALUD DEL NIÑO DRA. LUCELI PINHEIRO | ACCIONES BÁSICAS DE LA SALUD DEL NIÑO DRA. LUCELI PINHEIRO | CARDIOLOGÍA INFANTIL | ANEXO 1 | ACCIONES BÁSICAS DE LA SALUD DEL NIÑO DRA. LUCELI PINHEIRO |
| TARDE | ACCIONES BÁSICAS DE LA SALUD DEL NIÑO DRA. ANA BEATRIZ | ACCIONES BÁSICAS DE LA SALUD DEL NIÑO DRA. ANA BEATRIZ | ACCIONES BÁSICAS DE LA SALUD DEL NIÑO DRA. ANA BEATRIZ | ANEXO 1 | ACCIONES BÁSICAS DE LA SALUD DEL NIÑO DRA. ANA BEATRIZ |
| LACTANCIA | LECHE MATERNA Y OTROS ALIMENTOS EN LOS NIÑOS MAYORES DE 6 MESES | LECHE MATERNA Y OTROS ALIMENTOS EN LOS NIÑOS MAYORES DE 6 MESES | LECHE MATERNA Y OTROS ALIMENTOS EN LOS NIÑOS MAYORES DE 6 MESES | ANEXO 1 | LECHE MATERNA Y OTROS ALIMENTOS EN LOS NIÑOS MAYORES DE 6 MESES |

ENFERMERIA

168 HORAS
8 HORAS

TOTAL DE ALUMNOS: 10
TURNO: 30 DIAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE SANTOS – 5º AÑO DE PEDIATRIA

| | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES |
|-----------|---|---|--|---------|--|
| MAÑANA | DISCUSION DE CASOS EVOLUCION Y PRESCRIPCION | DISCUSION DE CASOS EVOLUCION Y PRESCRIPCION | DISCUSION DE CASOS EVOLUCION Y PRESCRIPCION | ANEXO 1 | DISCUSION DE CASOS EVOLUCION Y PRESCRIPCION |
| TARDE | DISCUSION DE CASOS EVOLUCION Y PRESCRIPCION DR. PAULO E.A. BALDIN | DISCUSION DE CASOS EVOLUCION Y PRESCRIPCION DR. PAULO E. A. BALDIN | DISCUSION DE CASOS EVOLUCION Y PRESCRIPCION DR. PAULO E.A. BALDIN | ANEXO 1 | DISCUSION DE CASOS EVOLUCION Y PRESCRIPCION DR. CARVALHO |
| LACTANCIA | RELACTACION Y LACTANCIA | RELACTACION Y LACTANCIA | RELACTACION Y LACTANCIA | ANEXO 1 | RELACTACION Y LACTANCIA |

UNIDAD NEONATAL:

128 HORAS
8 HORAS DE LACTANCIA MATERNA

TOTAL DE ALUMNOS: 5
TURNO: 15 DIAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE SANTOS – 5º AÑO DE PEDIATRIA

| | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | GUARDIAS |
|-----------|---|---|---|---------|---|---|
| MAÑANA | EVOLUCION Y PRESCRIPCION DRA. MONICA GRIZZI | EVOLUCION Y PRESCRIPCION DRA. MONICA GRIZZI | EVOLUCION Y PRESCRIPCION DRA. MONICA GRIZZI | ANEXO 1 | GUARDIAS DE PRESCRIPCION | |
| TARDE | DISCUSION DR. MARIO A. ROSA | DISCUSION DR. MARIO A. ROSA | DISCUSION DR. MARIO A. ROSA | ANEXO 1 | DISCUSION | TORNOS DE 12 Y 24 HORAS |
| LACTANCIA | PUERPERIO ALOJAMIENTO CONJUNTO RESOLUCION DE PROBLEMAS DINAMICA DE GRUPOS | PUERPERIO ALOJAMIENTO CONJUNTO RESOLUCION DE PROBLEMAS DINAMICA DE GRUPOS | PUERPERIO ALOJAMIENTO CONJUNTO RESOLUCION DE PROBLEMAS DINAMICA DE GRUPOS | ANEXO 1 | PUERPERIO ALOJAMIENTO CONJUNTO RESOLUCION DE PROBLEMAS DINAMICA DE GRUPOS | ALOJAMIENTO CONJUNTO RESOLUCION DE PROBLEMAS DINAMICA DE GRUPOS |

CONFERENCIA REGIONAL SOBRE PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA POR MEDIO DE LOS HOSPITALES EN AMERICA LATINA

CONCLUSIONES

José O. Mora, MD

El objetivo general de la conferencia fue "examinar las implicaciones de los hallazgos recientes sobre la cobertura, la calidad, los costos y la eficacia de las actividades de promoción de la lactancia materna en América Latina". El tema fundamental fue el desarrollo de un marco más preciso y claro y una forma de pensar que permita: (1) desarrollar estrategias de lactancia materna con base en evidencias empíricas de la cobertura, la calidad y el impacto de las acciones, y (2) ponderar las implicaciones de las decisiones en términos de costos y eficacia.

Específicamente, se revisaron los resultados de los estudios del Proyecto LAC HNS sobre el costo y la eficacia de la promoción de la lactancia materna por medio de los hospitales y otros estudios conexos, y se discutieron en el contexto de los programas y políticas encaminados a promover la lactancia materna en la región. Un objetivo secundario fue la transmisión de información sobre el uso del análisis de costos y de la eficacia en función de los costos, el método anticonceptivo de la amenorrea por la lactancia, y las experiencias de otros países en la introducción de cambios institucionales y normativos.

Los siguientes son los grandes temas y las conclusiones generales más destacados de la reunión.

IMPACTO

Muchas de las presentaciones y discusiones estuvieron enfocadas en **cómo mejorar la toma de decisiones y la eficacia de los programas**. Se destacan varias conclusiones sobre este punto:

1. Los resultados de diferentes investigaciones, en particular los obtenidos en el Programa de Lactancia Materna de Santos, indican que la promoción de la lactancia materna por medio de los servicios hospitalarios puede tener un efecto dramático sobre la frecuencia y duración de la lactancia exclusiva. Para lograr este efecto, es necesario efectuar cambios importantes en los servicios hospitalarios a fin de mejorar considerablemente la exposición de las madres a actividades de promoción de la lactancia materna que fomenten el desarrollo de actitudes y planes positivos relativos a la lactancia (por ejemplo, lactancia a libre demanda día y noche, continuación de la lactancia después de reintegrarse al trabajo y complementar dichas acciones con apoyo permanente y atención oportuna y apropiada para el manejo de los problemas más frecuentes. Esto incluye el estímulo a la extracción de la leche materna y los esfuerzos para asegurar el cuidado de los bebés en el lugar de trabajo o muy cerca de éste.

2. Si se quiere garantizar la eficacia de los programas, la toma de decisiones debe estar basada fundamentalmente en datos, en información apropiada, antes que en apreciaciones subjetivas o en impresiones. Son especialmente importantes los datos sobre factores de riesgo (y factores positivos para la lactancia inadecuada, y sobre la cobertura, los costos y la eficacia de los programas. De preferencia, los esfuerzos deberán concentrarse en primer lugar en las intervenciones de comprobado impacto, sostenibilidad y cobertura, tales como las acciones a nivel hospitalario y servicios de maternidad, y el apoyo de postparto a la madre lactante por medio del contacto personal en consultorios ambulatorios y centros de salud.

El alojamiento conjunto, el retiro de los sucedáneos de la leche materna y la reducción del uso de oxitócicos (metergina y similares) pueden además, generar ahorros significativos en los servicios hospitalarios. Las acciones educativas, tanto antes y durante el parto como en el postparto, las cuales requieren especialmente recursos humanos, pueden contribuir a mejorar significativamente las tasas de lactancia materna. Asimismo, es de gran importancia vigilar la eficacia de los programas (por ejemplo, evaluando su cobertura) y calidad en función de los costos, mediante entrevistas a las madres (manteniendo un registro actualizado que se revise periódicamente).

3. Con el fin de tomar decisiones acertadas sobre los programas, hay necesidad de documentar su eficacia en función del costo, utilizando indicadores apropiados de eficacia, tales como la duración y prevalencia por edad de la lactancia exclusiva. Es muy importante saber cuánto cuestan las acciones de promoción para poder obtener los recursos adecuados y para juzgar si la actividad vale la pena o podría ejecutarse en forma más eficiente. Para esto hay necesidad de mantener registros razonablemente completos de los costos y evitar que su comprensión sea del dominio exclusivo del personal administrativo y de finanzas.

Los resultados de los estudios revisados indican que la promoción de la lactancia materna por medio de los hospitales es factible y puede tener efectos dramáticos sobre la duración de la lactancia exclusiva a un costo neto de US\$0,10 por cada día adicional de lactancia exclusiva (estudio de Santos), señalan además la importancia de documentar adecuadamente los costos de todos los insumos del programa. Debido a su rendimiento comprobado, las inversiones en educación para la promoción de la lactancia son muy atractivas en comparación con otras inversiones en el sector de salud.

4. Se destaca la importancia de adoptar un enfoque integral para la promoción de la lactancia materna, centrandos los esfuerzos primero en las intervenciones cuyo impacto, sostenibilidad y cobertura óptimos han sido comprobados. Dicha integralidad debe lograrse tanto en forma vertical, es decir, por medio de acciones en los períodos prenatal, perinatal y postnatal, creando las condiciones para garantizar apoyo oportuno a la madre lactante (especialmente a la madre trabajadora), como en forma horizontal, es decir, integrando las acciones de lactancia materna dentro del contexto más amplio de atención materno-infantil. Todavía se requiere propiciar muchos cambios institucionales y normativos en los hospitales y en los servicios de salud en general, con el fin de garantizar mayor eficacia en la promoción de

la lactancia materna. En realidad, la lactancia materna debe constituir un punto focal importante dentro de la estrategia de atención maternoinfantil. Por otra parte, el sector de salud deberá liderar los esfuerzos para ofrecer apoyo en lactancia materna a las madres que trabajan, sensibilizando los niveles pertinentes y propiciando legislación adecuada.

OPORTUNIDADES

1. Las tasas de lactancia materna exclusiva aún están muy bajas en la mayoría de los países y existe un amplio margen y la necesidad de aumentarlas. Se reconoció la necesidad de hacer esfuerzos más efectivos para vender la lactancia materna como una inversión rentable y se discutió sobre **cómo generar mayor compromiso político y prioridad de los gobiernos**. Con este fin se requieren dos líneas de acción complementarias: (1) documentar la existencia del problema y sus implicaciones sociales y económicas, ya que existe cierta tendencia a ignorarlo en vista de las cifras de duración total de la lactancia materna en muchos países de la región, y (2) demostrar la existencia de alternativas de solución costeables y eficaces para quienes toman decisiones políticas y programáticas. Esta información se obtiene de los análisis de la eficacia en función de los costos, los cuales tienen un doble objetivo: (1) documentar la factibilidad, costo y rentabilidad de las inversiones en la promoción de la lactancia materna, lo cual es indispensable para generar y mantener un fuerte compromiso político, y (2) mejorar la eficiencia en el uso de los recursos siempre limitados, objetivo fundamental del control de la gestión. Estos análisis permiten estimar la magnitud de los cambios en la eficacia del programa en función del costo de las inversiones en determinadas acciones.

2. Se destaca la importancia y el papel positivo del sector de salud en la promoción de la lactancia materna, con base en la evidencia presentada sobre la eficacia en función de los costos. Se reconoce la magnitud y diversidad de los impactos de las intervenciones en lactancia materna y la eficacia en función de los costos de la promoción de la lactancia materna en comparación con otras intervenciones de salud. Es claro que persisten serias limitaciones institucionales y normativas que impiden una acción efectiva de los servicios de salud en la promoción de la lactancia materna. Hay necesidad, entonces, de transformar una influencia negativa en positiva mediante normas y directrices claras acompañadas de incentivos y una adecuada formación del personal de salud. Los hospitales pueden desempeñar una función importante en los esfuerzos por mejorar las tasas de lactancia materna exclusiva; para esto deberán modificar sus estrategias, métodos y contenidos, ya que los mensajes educativos no están llegando a la mayoría de las madres, quienes continúan teniendo conceptos erróneos sobre la lactancia materna. Los hospitales pueden generar ahorros adicionales mediante cambios en sus políticas sobre el uso de oxicóticos, el alojamiento conjunto y la eliminación de las fórmulas para recién nacidos prematuros y enfermos.

3. Existe la necesidad imperiosa de **fortalecer el papel de los servicios de salud** en la promoción de la lactancia materna. Sin embargo, en gran parte el problema radica en la deficiente motivación, información, actitudes y prácticas de los profesionales de salud, como lo puso de presente el Estudio sobre Enseñanza de la Lactancia Materna en las Escuelas de

Medicina, Enfermería, Nutrición y Salud Pública en 16 países de la región, llevado a cabo conjuntamente por el Proyecto LAC HNS y la OPS/OMS. La deficiente formación de los profesionales de salud representa un serio obstáculo que, por acción u omisión, reduce la eficacia de los esfuerzos que se adelantan en los diferentes países para promover la lactancia materna.

El problema se ha estado enfrentando hasta ahora mediante la capacitación en servicio. Sin embargo, esta capacitación remedial es tardía, lenta y costosa, aumenta el costo de los programas y se va a necesitar por tiempo indefinido si no se hace un esfuerzo sistemático para **fortalecer la formación de pregrado** de dichos profesionales en lactancia materna mediante su incorporación al currículo y la accesibilidad a materiales docentes apropiados. La actualización o modernización del currículo de lactancia materna es una meta de alta prioridad. El currículo y los materiales de lactancia materna para las escuelas de medicina preparados por el Proyecto Wellstart representan una contribución importante cuya adaptación y aplicación deberán impulsarse en las escuelas profesionales de salud de la región.

CONCLUSIONES GENERALES

IMPACTO

1. Los resultados muestran que la promoción de la lactancia materna puede tener un efecto dramático sobre la lactancia materna como alimentación exclusiva.
2. Se requieren enormes mejoras en términos de la exposición a tales actividades en la mayoría de los hospitales antes de que pueda lograrse este efecto.
3. Debe fomentarse el desarrollo de planes positivos relativos a la lactancia materna de cualquier tipo:
 - lactancia materna en la noche; y
 - continuación de la lactancia después de regresar al trabajo.
4. Debe fomentarse la extracción de la leche materna en el lugar de trabajo.
5. Deben hacerse esfuerzos para asegurar que las mujeres tengan acceso a los cuidados para sus bebés en el lugar de trabajo o en un centro cercano.

LECCIONES APRENDIDAS

6. El alojamiento conjunto, el retiro de los sucedáneos de la leche materna y la reducción del uso de la metergina pueden generar ahorros considerables.
7. La educación, tanto al momento del parto como en el período postnatal, puede contribuir a mejorar enormemente las tasas de lactancia materna.
8. La educación requiere recursos, principalmente humanos.
9. Los rendimientos de esta inversión en educación (aumento en la lactancia materna) hacen que sea una inversión altamente atractiva en comparación con muchas otras inversiones del sector de salud.

METODOS

10. Es importante saber cuánto cuesta la promoción:
 - para asegurarse de obtener recursos adecuados;
 - para juzgar si la actividad vale la pena o si podría hacerse más eficiente.
11. Para poder medir los costos, es necesario mantener registros razonablemente completos.
12. Es importante evitar rebajar los ahorros de los costos para obtener una cifra neta, ya que con ello siempre se oculta el hecho de que se requiere una inversión.
13. No debemos dejar la comprensión de los costos al dominio exclusivo del personal administrativo y de finanzas.

EL FUTURO

14. Las tasas de lactancia materna exclusiva aún están bajas. Existe un amplio margen para aumentarlas.
15. Los hospitales pueden desempeñar una función importante en la meta de lograr aumentos adicionales en las tasas de lactancia materna exclusiva:
 - los mensajes educativos importantes no están llegando a la mayoría de las madres;

- las mujeres continúan guardando nociones erróneas acerca de la lactancia materna.
16. A fin de aumentar su impacto sobre la lactancia materna exclusiva, los hospitales tendrán que modificar sus estrategias — tanto los métodos como los contenidos.
 17. Las mejoras en la educación en lactancia materna en las facultades de medicina y enfermería podrían reducir la necesidad de capacitación en los hospitales y disminuir los costos.
 18. Es posible que algunos hospitales puedan generar ahorros adicionales a partir de las siguientes acciones:
 - agilización de sus políticas respecto al uso de la metergina/oxitocina;
 - consideración de la posibilidad de instituir la práctica de dormir en "cama conjunta"; y
 - eliminación de la fórmula para bebés prematuros y enfermos.
 19. Sería muy importante dar protección a la mujeres empleadas por medio de la legislación y capacitación en el manejo de la lactancia materna.

ANEXO A
TRABAJOS DE LOS GRUPOS

GRUPO A

EL AUMENTO DE LA COBERTURA Y LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LACTANCIA MATERNA

Presentación a la Sesión Plenaria por: Dr. Jairo Osorno

Facilitadores: Judy Canahuati y Dr. Jairo Osorno

Pautas para el Grupo A

MEJORAMIENTO DE LA COBERTURA Y LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE LACTANCIA MATERNA E IMPORTANCIA DE LA CAPACITACION EN EL LUGAR DE TRABAJO

Facilitador: Jairo Osorno (Colombia)

Objetivo

del Grupo: Formular recomendaciones para los programas de lactancia materna de los hospitales de América Latina sobre la forma de mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de lactancia materna. Después de identificar y dialogar sobre los factores de riesgo y determinantes de la lactancia materna en el Brasil, México y Honduras, el grupo se centrará en los programas comunitarios de mayor promesa, la administración y el manejo de los servicios de lactancia materna en los hospitales, y la capacitación en el lugar de trabajo como forma de mejorar la cobertura y la calidad.

Parte A: Identificación de los componentes clave de los programas de lactancia materna que deberán recibir mayor prioridad con base en la nueva información generada a través de estudios de investigación recientes y la experiencia obtenida en los programas fructíferos.

- Breve ponencia del Dr. Rafael Pérez-Escamilla (ISTI/LAC HNS) sobre los factores de riesgo de la lactancia materna en el Brasil, México y Honduras y las razones ofrecidas por las madres por practicar la suplementación temprana.
- Ponencia de Judy Canahuati (WELLSTART) sobre la evaluación de los programas comunitarios de consejería.
- Ponencia del Dr. Jayme Murahovschi (CLS) sobre la administración y organización del programa del Hospital Guilherme Alvaro de servicios de lactancia materna y los datos de evaluación provenientes del estudio de la "capacitación" ofrecida a través de los centros de lactación de Santos.

Discusión de las medidas que pueden tomar los hospitales para aumentar el porcentaje de mujeres que reciben los mensajes y el apoyo clave, especialmente durante los períodos postparto y postnatal (incluyendo la atención de nacimientos de alto riesgo y nacimientos normales).

Parte B: Identificación de las aplicaciones de diversos métodos de capacitación en el lugar de trabajo.

- Ponencia de la Dra. Felicity Savage (OMS/Ginebra) y la Dra. Marina Rea (Brasil) sobre los nuevos métodos y materiales de la OMS.
- Ponencia de Linda Bruce sobre el enfoque de WELLSTART.
- Ponencia del Dr. Arturo González (UNICEF) sobre el método utilizado en México.

Diálogo sobre la importancia y las aplicaciones de los diversos métodos para mejorar la capacitación en el lugar de trabajo con el propósito de alcanzar una mayor cobertura y una mejor calidad de los servicios de lactancia materna.

Parte C: Formulación de recomendaciones y preparación de ponencia para la tarde.

DELIBERACIONES DEL GRUPO

¿Cómo aumentar la cobertura?

Se necesita:

- fomentar la participación plena del sistema de salud (incluyendo todos los niveles) y de la comunidad en la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna;
- integrar funcionalmente la lactancia materna a otros más existentes, sin quitarle autonomía y buscando espacios para su desarrollo;
- fortalecer la coordinación entre el hospital, el primer nivel de atención y la comunidad; y
- desarrollar estrategias para apoyar a la madre que trabaja.

DETALLES

Capacitación

- con cursos/materiales adaptables a diferentes situaciones y niveles (hospital, centro de salud, puesto de salud, comunidad);
- con orientación para adquirir habilidades e integración con la capacitación en servicio del sistema de salud;
- de forma continua y en servicio; y
- con inclusión de la sensibilización del personal del primer nivel.

Recursos humanos

- incluir al padre en las estrategias educativas y a la madre en las actividades de apoyo;
- identificar recursos comunitarios, capacitarlos e incluirlos como nuevos recursos de salud.

Prenatal y puerperio

- enfatizar las actividades de educación en grupo y consejería individual en los períodos del prenatal y del puerperio, incluyendo las técnicas de intercambio de experiencias para transmitir información; e
- instar el seguimiento precoz, intensivo durante la primera semana postparto, para establecer prácticas óptimas de lactancia materna, utilizando el enfoque de riesgo y estableciendo un sistema oportuno de referencias.

Evaluación e investigación

Se deben establecer puntos de referencia y vigilancia permanente que son necesarios para informar y corregir.

Se deben desarrollar recomendaciones para levantar puntos de referencia.

Se debe utilizar la evaluación como instrumento de ampliación de la cobertura.

GRUPO B

LA ESTIMACION DE LOS COSTOS Y LA EFICACIA EN FUNCION DE LOS COSTOS DE LOS PROGRAMAS HOSPITALARIOS DE LACTANCIA MATERNA

**Presentación a la Sesión Plenaria por: Chessa Lutter
Facilitadora: Margaret Phillips**

Pautas para el Grupo B

ESTIMACION DE LOS COSTOS Y LA EFICACIA EN FUNCION DE COSTOS DE LA PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

Facilitador: Margaret Phillips (ISTI/LAC HNS)

Objetivo del Grupo: Aprender la aplicación de métodos para estimar los costos y la eficacia en función de costos de las actividades de promoción de la lactancia materna.

Parte A: Discusión a fondo de un marco conceptual para identificar componentes clave de los costos y efectos de los programas de lactancia materna.

Discusión de las posibles aplicaciones o usos de las herramientas utilizadas para analizar la eficacia en función de los costos, con ejemplos.

Parte B: Ejercicio de simulacro.

Los participantes analizarán paso por paso un escenario hipotético de programa desarrollado por ellos mismos o proporcionado por el facilitador, utilizando tablas, gráficos y otros materiales y recursos para calcular los costos unitarios y la eficacia en función de los costos de las actividades de los programas de lactancia materna.

Parte C: Formulación de síntesis o recomendaciones y preparación de ponencia para la tarde.

DELIBERACIONES DEL GRUPO

Políticas y procedimientos

- no separaciones
- no prelácteos
- no fórmula
- no "regalos"

Contacto precoz en la sala de parto

- sostuvo al bebé
- amamantó al bebé
- amamantó > 30 minutos

Manejo de la lactancia

- ayuda con el primer amamantamiento
- demostración de extracción de leche

Educación y consejos

- plática
- folleto
- información plétora
- información pezones agrietados
- información suficiencia leche
- información aumento de producción de leche
- información ayuda postparto
- información introducción de líquidos
- información introducción de sólidos

COMPONENTES DE LOS COSTOS (1992)

| ACTIVIDADES | INSUMOS | | |
|--|----------|------------|--------|
| | Personal | Materiales | Equipo |
| Educación y apoyo a la madre en el hospital y capacitación en servicio | | | |
| Educación y apoyo prenatal a la madre y capacitación en servicio | | | |
| Educación y apoyo postnatal a la madre y capacitación en servicio | | | |
| Banco de leche | | | |
| Cursos | | | |
| Promoción y vigilancia | | | |

Ejemplo

Cálculo de los Costos y los Días de LME

| | Costos/♀ (\$) | Días de LME |
|----------|------------------|-------------|
| Programa | 14,43 | 75 |
| Control | 9,54 | 22 |
| Neto | 4,89/♀ | 53 |

Costo/Efecto

\$4,89/madre expuesta

53 días/madre expuesta

= US\$0,093/día extra de LME

GRUPO C

LA INFLUENCIA SOBRE LA FORMULACION DE POLITICAS Y LOS CAMBIOS INSTITUCIONALES PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS DE PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

Presentación a la Sesión Plenaria por: Cecilia Muxi
Facilitadores: Thomas Bossert y Janine Schooley

Pautas para el Grupo C

COMPRESION DEL PROCESO DE DIALOGO SOBRE POLITICAS Y DE CAMBIOS EN LA PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

Moderadores/

Facilitadores: Dr. Thomas Bossert (URC/LAC HNS) y Janine Schooley
(WELLSTART)

Objetivo del Grupo: Llegar a conclusiones sobre la forma de cambiar el ámbito de políticas para lograr éxitos en los programas de promoción de la lactancia materna.

Parte A: Revisión de Estudios de Casos

- Ponencia del Dr. Juan Ilabaca sobre el caso chileno — cómo efectuar cambios en las prácticas hospitalarias.

Análisis de las conclusiones a las que se llegó.
- Ponencia de María Amelia Teles sobre legislación para las mujeres que trabajan en el Brasil y Elvira Menezes sobre los cambios en las políticas en el Brasil.

Análisis de las conclusiones a las que se llegó.
- Ponencia de Aurora Martínez González sobre los programas hospitalarios de México.

Análisis de las conclusiones a las que se llegó.

- Ponencia de Keiko M. Teruya (CLS) sobre cómo fue modificado el programa de estudios de la facultad de medicina de Santos.

Análisis de las conclusiones a las que se llegó.

- Ponencia de Janine Schooley (WELLSTART) sobre otras experiencias.

Análisis de las conclusiones a las que se llegó.

Parte B: Síntesis y elaboración de las conclusiones a las que se llegó.

Parte C: Formulación de recomendaciones y preparación de ponencia para la tarde.

DELIBERACIONES DEL GRUPO

A fin de discutir y definir estrategias eficaces, se presentaron varios casos, a saber:

1. Caso de Chile: Implementación IHAN - SS
2. Caso de México: Programa Nacional de Lactancia Materna
3. Caso del Brasil: Legislación sobre Maternidad
4. Caso del Brasil: Programa de estudios
Cambio de currículo
5. Caso del Brasil: Legislación sobre el Programa Nacional
6. Caso de Honduras: Proceso del Programa Nacional

ESTRATEGIAS DE TOMA DE DECISIONES

1. Información
2. Participación
3. Educación/capacitación
4. Planificación

5. Integración — coordinación
6. Respaldo — apoyo de autoridad

¿Qué?
¿Quién?
¿Cómo?
¿Cuándo?
Recomendaciones

RESUMEN DE LAS ESTRATEGIAS DE LA TOMA DE DECISIONES

1. La función de la **información** debe considerarse de primordial importancia. Deben observarse las consideraciones respecto a la audiencia a quien va dirigida, el lenguaje y su contenido e idiosincrasia. Deberán enfocarse con la mayor claridad posible el mensaje en su nivel de detalle técnico para que pueda lograr la mayor efectividad, comprensión y motivación hacia el objetivo final o meta deseada. El éxito dependerá también de la sostenibilidad de los programas.
2. La función de la **participación** debe concentrarse en un grupo motivado de personas en campos específicos, para la formación de un grupo o comité que pueda organizar una estructura intra y extrainstitucional que conozca y acepte el objetivo y las metas por sus características multidisciplinarias y que pueda lograr una eficiente movilización social en los grupos de influencia.
3. La función de la **capacitación/difusión** tendrá relevante importancia y en gran medida será el área substantiva que permitirá la continuidad de acción del programa. Deberá formarse un equipo adiestrado que se haya seleccionado por su capacidad de liderazgo y que, de acuerdo a una metodología adecuada, nos permita crear un proceso de multiplicación eficiente de este conocimiento y la actitud positiva y motivadora. Para todo lo anterior deberá prepararse un plan de vigilancia que permita evaluar todo el proceso en sí y el impacto obtenido.
4. La función de la **planificación** en el impacto de la lactancia materna debe considerarse dentro del programa de atención integral de la mujer y el niño, así como también dentro del programa de educación integral. Sus metas y objetivos específicos deben marcarse con claridad como complementarios a los de las políticas coherentes de atención maternoinfantil y seguridad alimentaria y educación dentro del Plan de Salud Nacional e Internacional.
5. La función de la **deficiencia política** de línea o actividad prioritaria se hará con el apoyo de las autoridades y otros donantes que participan por medio de los resultados y la sostenibilidad organizativa.

6. La función de la **integración** del componente de lactancia materna en otras actividades de la institución o programa, como la formación de comités interinstitucionales.

PLANIFICACION

1. Plan de acción y metas, punto de referencia e indicadores y participación
2. Plan debe integrarse con otros planes

EDUCACION/CAPACITACION

Capacitación de personal de salud

- capacitación de equipos
- capacitación de capacitadores
- seguimiento
- identificación de personas
- capacitación de acuerdo a la tarea

Educación (hacer participar a)

- los planificadores
- los sindicatos
- las organizaciones de mujeres
- la educación de la comunidad (desde las escuelas)
- el cambio de currículo

INSTITUCIONALIZACION

DESCENTRALIZACION

PARTICIPACION

1. Formación de equipos motivados, con división del trabajo e institucionalizados.
2. Participación de los ejecutores desde las etapas de la planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación.
3. Participación de grupos de influencia y opositores

INFORMACION

1. Información adaptada según la audiencia en su enfoque, contenido, lenguaje y canal.
2. Mejoramiento de nuestra estrategia en el uso de información, especialmente en la coordinación e integración.
3. Formación de un grupo interinstitucional (UNICEF, WI, OPS, HNS) para el desarrollo de un plan de difusión de la conferencia.
4. Identificación de foros en cada país participante para difundir los datos del estudio.
5. Seguimiento a la conferencia con envío de información sobre metodología/costos.

COORDINACION – INTEGRACION

1. Formación de comités interinstitucionales con participación de los diferentes sectores.
2. Integración de actividades de lactancia materna con otras actividades de la organización para tener éxito.

GRUPO D

FORMACION DEL PERSONAL MEDICO Y ENFERMEROS

Presentación a la Sesión Plenaria por: Silvia Catalán

Facilitadores: José Mora y Gayle Woodward-López

Aproximadamente hace dos años, LAC HNS/OPS y Wellstart, preocupados con la situación de la enseñanza de la lactancia en las escuelas de salud, hicieron una revisión a través de cuestionarios respondidos por docentes y alumnos. Los resultados fueron tan preocupantes que motivaron la creación de este grupo dentro del seminario, con el objetivo de examinar los datos obtenidos y analizar los obstáculos hacia la modernización curricular y las estrategias para esta modernización.

ESTADO ACTUAL

Expuestos los datos del informe de LAC HNS/OPS/Wellstart de 60 escuelas de salud en América Latina, se examinó la situación de la enseñanza de lactancia materna y se llegó a las siguientes conclusiones:

1. los resultados son variables, pudiendo citarse experiencias satisfactorias como las de Honduras y Santos, SPS;
2. se supervalorizaron los conocimientos; y
3. se hizo caso omiso de los conceptos básicos.

OBSTACULOS

Se dedicó una gran parte del tiempo a la discusión de los obstáculos con relación a los cambios por:

1. resistencia a las modificaciones;
2. formación insuficiente de los docentes;
3. falta de materiales educativos;
4. escaso acceso a las informaciones sobre lactancia materna por parte de los estudiantes;
5. poca difusión de los documentos internos de apoyo;

6. inadecuado adiestramiento en el campo clínico; y
7. obstáculos políticos.

ESTRATEGIA DE CAMBIO

1. no se debe hablar de cambios sino de la modernización del currículo;
2. capacitación de los docentes;
3. difusión adecuada de los materiales educativos;
4. se debe contar con el apoyo de los hospitales amigos para el adiestramiento adecuado en el campo clínico;
5. planificación estratégica con personas e instituciones clave; y
6. establecer una red de información para la difusión de los documentos de lactancia.

GRUPO E

EL ESTABLECIMIENTO DE VINCULOS ENTRE LAS ACTIVIDADES DE LA LACTANCIA MATERNA Y LAS DE PLANIFICACION FAMILIAR

**Presentación a la Sesión Plenaria: Clifford Sanders
Facilitador: Clifford Sanders**

ANTECEDENTES

Todas las parejas y todos los individuos tienen el derecho básico de decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos de los mismos, así como también de tener la información, la educación y los medios de hacerlo (1).

El postparto es un período transitorio desde el embarazo hasta una relativa autonomía, tanto para el niño como para la madre. La lactancia es el medio natural para mantener la interacción de la madre y del niño (2).

La lactancia materna proporciona un vínculo entre la nutrición y la planificación familiar, con efectos mutuamente beneficiosos sobre la salud individual de la madre y del niño (3).

Los servicios de salud materno-infantil y los programas de planificación familiar son elementos ideales en la promoción y protección de la salud y el bienestar de la familia (4).

MARCO TEORICO

La lactancia materna se asocia con la reducción de la fecundidad relacionada con la duración de la amenorrea: el mecanismo fisiológico es la inhibición de la ovulación a través de la supresión central de las gonadotropinas por efecto de la prolactina, estimulada en forma refleja por la succión y/o extracción manual de leche.

La amenorrea de lactancia es una importante contribución al espaciamiento efectivo de los nacimientos. La lactancia óptima en los primeros seis meses del postparto, con amenorrea, tiene un 2% de probabilidad de embarazo (Consenso de Bellagio, 1988: MELA/LAM/MAMA = Método de Lactancia y Amenorrea).

La lactancia materna es el único método anticonceptivo natural, a diferencia de los "comportamentales", que están basados en la abstinencia periódica.

SITUACION ACTUAL

Información suficiente sobre la salud reproductiva a nivel del equipo de salud, de comunidad, familia e individuos.

Los servicios de salud maternoinfantil presentan una amplia variación en cuanto a su desarrollo institucional y a la accesibilidad.

En algunos países hay suficiente integración entre los niveles de atención comunitarios, ambulatorios y hospitalarios.

Falta participación masculina en las decisiones reproductivas de la pareja.

Desconocimiento de la utilidad de la lactancia materna como único método anticonceptivo natural.

Muchos programas de planificación familiar no valorizan suficientemente los métodos naturales (MELA) y comportamentales con relación a los artificiales.

Insuficientes recursos humanos y materiales para informar y educar a la comunidad sobre la lactancia materna y la planificación familiar natural.

RECOMENDACIONES Y ESTRATEGIAS

Incorporar a los planes de estudio para la formación de profesionales de salud la importancia de la planificación familiar natural (MELA) y su impacto sobre la salud del binomio madre-hijo, la familia y la sociedad.

Integrar adecuadamente los servicios de salud maternoinfantil en sus distintos niveles de complejidad: comunitarios, ambulatorios y hospitalarios.

Estimular la formación de equipos multidisciplinarios con objetivos y estrategias comunes favorables a la lactancia materna y planificación familiar, optimizando el uso de los recursos disponibles.

Crear instancias favorables para reconocer las capacidades o potencialidades de la población usuaria de los servicios, respetando su identidad personal y sociocultural en el autocuidado de la salud familiar.

Motivar y facilitar la participación del hombre en las decisiones y procesos reproductivos.

Difundir en la comunidad, a través de medios de comunicación interpersonal (consejería) y masiva, la importancia de la planificación familiar en la salud y el bienestar de la familia.

Reforzar a nivel de los servicios de planificación familiar actualmente existentes la importancia y seguridad de MELA o LAM y su continuidad con otros métodos compatibles con la lactancia.

Favorecer la decisión libre e informada de la pareja para optar por un método de planificación familiar oportuno y eficaz.

Adicionalmente, se decidió en la plenaria que se necesita reforzar no solo el MELA en los servicios de planificación familiar, sino también la relación entre los otros métodos y la lactancia materna.

REFERENCIAS

1. Conferencia Mundial de Población (Bucarest, 1974)
2. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER)
3. Naciones Unidas: Comité de Coordinación Administrativa, Subcomité de Nutrición (Mayo de 1992)
4. FNUAP: Directora Ejecutiva, 1992

Países participantes: Brasil, Chile, Ecuador, Honduras y EE.UU.

ANEXO B
AGENDA DE LA CONFERENCIA

PROGRAMA
Miércoles 20 de julio de 1994

8:00 SESION INAUGURAL

Jayme Murahovschi (CLS)
Jennifer Adams (USAID)
Thomas Bossert (URC/LAC HNS)
Carlos Alberto Guimaraes (Programa Nacional de Lactancia - Brasil)
Rolando Figueroa (UNICEF)
Zuleica Albuquerque (OPS)

A. INTRODUCCION A LOS ESTUDIOS

9:20 **Estudios sobre los Costos y la Eficacia de los Programas de Nutrición**
Tina Sanghvi (ISTI/LAC HNS)

9:30 **Costos y Costo-Eficacia de los Programas de Lactancia Materna - Conceptos Básicos**
Margaret Phillips (ISTI/LAC HNS)

B. PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

10:00 **Informes de los Países de la Región sobre la Eficacia y el Impacto de las Intervenciones**

Moderadoras: Chessa Lutter (ISTI/LAC HNS) y Margaret Phillips (ISTI/HNS)

México - Rafael Pérez-Escamilla (ISTI/LAC HNS)

Brasil - Ana Segall (Universidad de São Paulo)

10:45 **Receso**

Honduras - Ada Rivera (Instituto de Seguridad Social de Honduras)

Chile - Silvia Catalán (Universidad Católica de Chile)

Brasil - Tereza Semer (Universidad de Pelotas)

12:30 **Receso**

PROGRAMA
Miércoles 20 de julio de 1994 (continuación)

B. PRESENTACION DE LOS RESULTADOS (continuación)

Moderadora: Keiko Teruya (CLS)

- 1:30 **Factores de Riesgo para el Abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en tres Países**
Rafael Pérez-Escamilla (ISTI/LAC HNS)
- 2:00 **La Cobertura y el Impacto de los Programas de Lactancia Materna**
Chessa Lutter (ISTI/LAC HNS)
- 2:45 **Estimaciones de los Costos y del Costo-Eficacia de los Programas de Lactancia Materna**
Margaret Phillips (ISTI/LAC HNS)
- 3:30 **Receso**

C. INTERVENCIONES COMPLEMENTARIAS

- 3:45 **Intervenciones Relacionadas con las Madres que Trabajan**
Marina Rea (Instituto de Salud, Sao Paulo)
- 4:30 **La Lactancia Materna y la Planificación Familiar**
Clifford Sanders López (Instituto para la Salud Reproductiva, Univ. Georgetown)
Theresa de Vargas y Francisco Sevilla (CEMOPLAF, Ecuador)

D. SINTESIS DE LA SESION PLENARIA

- 5:15 **Implicaciones para las Políticas, los Programas y las Investigaciones sobre la Lactancia Materna**
Jairo Osorno (Asesor Programa Lactancia, Colombia), y
Carlos Monteiro (Universidad de Sao Paulo)
- 6:00 **Receso**
- 8:00 **Presentación de Carteles: Los Programas Nacionales de Lactancia Materna**
- Brasil ■ Chile ■ Ecuador ■ Honduras ■ México

PROGRAMA
Jueves 21 de julio de 1994

E. TRABAJO EN GRUPOS

- 8:00 **Orientación y pautas para grupos de trabajo**
- 8:30 **Actividades en grupos de trabajo**
- Grupo A* **El Aumento de la Cobertura y la Calidad de los Servicios Hospitalarios de Lactancia Materna:** Discusiones relacionadas con la nueva evidencia empírica sobre la eficacia de las estrategias, por ejemplo, las actividades destinadas a grupos específicos de alto riesgo, la capacitación *in situ* y la vigilancia de las tasas de cobertura y calidad.
- Grupo B* **La Estimación de los Costos y el Costo-Eficacia de los Programas Hospitalarios de Lactancia Materna:** Los distintos aspectos y el uso eficaz de los datos sobre la relación entre los costos y la eficacia.
- Grupo C* **La Influencia sobre la Formulación de Políticas y los Cambios Institucionales para Lograr los Objetivos de Promoción de la Lactancia Materna:** Estudios de casos particulares y lecciones aprendidas.
- Grupo D* **Formación del Personal Médico y Enfermeros:** El estudio de LAC HNS/OPS, identificación de los problemas y opciones para fortalecer los planes de estudio y las presentaciones de los materiales de referencia.
- Grupo E* **El Establecimiento de Vínculos entre las Actividades de la Lactancia Materna y las de Planificación Familiar:** Incluye capacitación en la metodología "LAM".
- 12:00 **Receso**
- 1:00 **Visita al Hospital Guilherme Alvaro / Centro de Lactação de Santos (CLS)**
- 3:30 **Continuación de las actividades en grupos de trabajo**
- 6:00 **Receso**

***** CENA BRASILEIRA Y ESPECTÁCULO CULTURAL *****

PROGRAMA
Viernes 22 de julio de 1994

- 8:30 **Continuación de las actividades en grupos de trabajo**
Enfoque en la finalización de las ponencias para la sesión plenaria vespertina.
- 12:30 Receso
- 1:30 **F. SESION PLENARIA: PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS INFORMES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO**
- Grupo A* **El Aumento de la Cobertura y la Calidad de los Servicios Hospitalarios de Lactancia Materna**
- Grupo B* **La Estimación de los Costos y el Costo-Eficacia de los Programas Hospitalarios**
- Grupo C* **La Influencia sobre la Formulación de Políticas y los Cambios Institucionales**
- 3:00 Receso
- 3:15 *Grupo D* **Formación del Personal Médico y Enfermeros**
- Grupo E* **La Lactancia Materna y la Planificación Familiar**
- 4:15 **SESION DE CLAUSURA**
- Los representantes de la USAID, la OMS/OPS, el UNICEF, y representantes del Brasil, Chile, el Ecuador, Honduras y México.
- Moderadores: José Mora (ISTI/LAC NHS) y Jayme Murahovschi (CLS)

ANEXO C
LISTA DE PARTICIPANTES

LISTA DE PARTICIPANTES

BRASIL

Sra. Jennifer Adams
Oficial de HPN
USAID/Brasilia
SES Quadra 801 Lote 3
Brasilia, D.F., Brasil
Teléfono: 011-55-61-225-8607
Fax: 011-55-61-225-9136

Sra. Zuleica Albuquerque
Consultora Nacional en Salud Nutricional
Oficina Panamericana de Salud
Escritorio Regional de Brasil
Sector de Embaxaidas Norte Lote 19
Brasilia, D.F.
CEP 70800-400, Brasil
Teléfono: 011-55-61-312-6515
011-55-61-312-6513
Fax: 011-55-61-321-1922

Sra. Maria Vilma Alonso
Trabajadora Social
Centro de Lactancia de Santos
Rua Osvaldo Cruz, 197
Santos, SP
CEP 11045, Brasil
Teléfono: 011-55-132-33-2323
Fax: 011-55-132-34-3672

Dr. José Arthur Alves
Pediatra
Centro de Lactancia de Santos
Rua Osvaldo Cruz, 197
Santos, SP
CEP 11045, Brasil
Teléfono: 011-55-132-33-2323
Fax: 011-55-132-34-3672

Dr. Paulo Eduardo Baldin
Pediatra
Centro de Lactancia de Santos
Rua Osvaldo Cruz, 197
Santos, SP
CEP 11045, Brasil
Teléfono: 011-55-132-33-2323
Fax: 011-55-132-34-3672

Sra. Maria Umbelina B. da Silveira Melo
Coordinadora del Programa de Lactancia Materna
Secretaría de Salud de Bahía - SESAB
Ladeira do Arco, 71, Barbalho
Salvador, Bahia, Brasil
Teléfono: 011-55-71-241-5275
011-55-71-370-4151
Fax: 011-55-71-371-4302
011-55-71-371-0627

Dr. Lais Graci Bueno
Pediatra
Centro de Lactancia de Santos
Rua Osvaldo Cruz, 197
Santos, SP
CEP 11045, Brasil
Teléfono: 011-55-132-33-2323
Fax: 011-55-132-34-3672

Dr. David Capistrano
Mayor
Pca. Mauá, s/num. 1o Andar Centro
11013 Santos, SP
Brasil
Teléfono: 011-55-132-35-5443
Fax: 011-55-132-35-1334

Dra. Elizabeth Sotto de Oliverira
Psicóloga
Centro de Lactancia de Santos
Rua Osvaldo Cruz, 197
Santos, SP
CEP 11045, Brasil
Teléfono: 011-55-132-33-2323
Fax: 011-55-132-34-3672

Dra. Márcia de Machado
Coordinadora Banco de Leche
Maternidade Escola Assis Chateaubriand
Rua Coronel Nunes de Melo S/N
Bairro Rodolfo Teófilo
Fortaleza, CE
Brasil
Teléfono: 011-55-85-243-7669
011-55-85-281-1900 ext. 226
Fax: 011-55-85-281-2886

Dra. Elvira Dória de Menezes
Coordinadora
Programa de Lactancia Materna
Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición
Ministerio de Salud
SEP Norte Q510 Conj. A GTAM
Brasilia, D.F.
CEP 70750-530, Brasil
Teléfono: 011-55-61-273-1517
Fax: 011-55-61-347-0074
011-55-61-347-6538

Dr. Ricardo Hayden
Director
Hospital Guilherme Alvaro
Rua Oswaldo Cruz, 197 Boqueirão
Santos, SP
CEP 11045-101, Brasil
Teléfono: 011-55-132-34-3672

Dr. Cláudio Macirovitch P. Henriques
Secretaría de Salud de Santos
Ave. Dr. Cláudio Luiz da Costa, 280
Santos, SP
CEP 11075-100, Brasil
Teléfono: 011-55-132-34-5993

Dra. Elizeth Junqueira
Coordinadora Programa de Asistencia para
Niños y Adolescentes
Secretaría de Salud de São Paulo
Rua Enéias Carvalho Aguiar,
188 5o Andar Cerqueira César
São Paulo, SP
CEP 05403-000, Brasil
Teléfono: 011-55-11-851-5700
011-55-11-851-5156
Fax: 011-55-11-853-4700

Dr. Sergio Kabbach
Obstetra
Centro de Lactancia de Santos
Rua Osvaldo Cruz, 197
Santos, SP
CEP 11045, Brasil
Teléfono: 011-55-132-33-2323
Fax: 011-55-132-34-3672

Dr. Marcus Renato L.N. de Carvalho
Profesor de Pediatría PRAIL-LAC (PACED-
OPS) UFRJ
Rua General Polidoro 20808
Rio de Janeiro, RJ
CEP 22280-00, Brasil
Teléfono: 011-55-021-235-7460
Fax: 011-55-021-270-2193

Elides Antonio Lima
Trabajadora Social
Centro de Lactancia de Santos
Rua Osvaldo Cruz, 197
Santos, SP
CEP 11045, Brasil
Teléfono: 011-55-132-33-2323
Fax: 011-55-132-34-3672

Dr. José Martins Filho
Rector UNICAMP
Universidad Estatal de Campinas
Ciudad Universitaria Zeferino Vaz - Oficina
del Rector
Campinas, SP
CEP 13083-000, Brasil
Teléfono: 011-55-192-39-13001
011-55-192-39-8341
Fax: 011-55-192-39-4717

Dra. Beatriz Camargo Meloni
Psicóloga
Centro de Lactancia de Santos
Rua Osvaldo Cruz, 197
Santos, SP
CEP 11045, Brasil
Teléfono: 011-55-132-33-2323
Fax: 011-55-132-34-3672

Dr. Carlos Monteiro
Universidad de São Paulo
Facultad de Salud Pública
Rua Dr. Arnaldo, 715
São Paulo, SP
CEP 01246-904, Brasil
Teléfono: 011-55-11-851-5233
011-55-11-864-6068
Fax: 011-55-11-852-9630

Sr. Jayme Murahovschi
Director
Centro de Lactancia de Santos
Rua Osvaldo Cruz, 197
Santos, SP
CEP 11045, Brasil
Teléfono: 011-55-132-33-2323
Fax: 011-55-11-881-5609

Dr. Ernesto Nascimento
Pediatra
Centro de Lactancia de Santos
Rua Osvaldo Cruz, 197
Santos, SP
CEP 11045, Brasil
Teléfono: 011-55-132-33-2323
Fax: 011-55-132-34-3672

Dr. Rui de Paiva
Secretaría de Salud de Guarujá
Rua Mário Ribeiro, 261 Centro
Guarujá, SP
CEP 11410-900, Brasil

Sra. Giselle Panigassi
Rua Alferedo Bueno, 1244
Jaguariúna, SP
CEP 13820, Brasil
Teléfono: 011-55-192-67-1035

Sra. Eny Ramos
Enfermera
Centro de Lactancia de Santos
Rua Osvaldo Cruz, 197
Santos, SP
CEP 11045, Brasil
Teléfono: 011-55-132-33-2323
Fax: 011-55-132-34-3672

Dra. Marina Rea
Instituto de Salud
Rua Santo Antônio 590
São Paulo, SP
CEP 01314, Brasil
Teléfono: 011-55-11-34-3801
Fax: 011-55-11-35-2772
011-55-11-64-5235

Dr. Adhemar Arthur Reis
Secretaría de Salud de Sao Vicente
Ave. Antônio Emmerich, 84
São Vicente, SP
CEP 11300, Brasil
Teléfono: 011-55-132-67-6020

Sra. Maria Tereza Sanches
Fonoaudióloga
Centro de Lactancia de Santos
Rua Osvaldo Cruz, 197
Santos, SP
CEP 11045, Brasil
Teléfono: 011-55-132-33-2323
Fax: 011-55-132-34-3672

Dr. Mario Santoro Jr.
Presidente Sociedad Brasileira de Pediatría
Rua Visconde de Silva, 52 Conj. 503-504
Botafogo
Rio de Janeiro, RJ
CEP 22271-090, Brasil
Teléfono: 011-55-21-286-2789
Fax: 011-55-21-286-5867

Sra. Marinalva Santos
Enfermera
Centro de Lactancia de Santos
Rua Osvaldo Cruz, 197
Santos, SP
CEP 11045, Brasil
Teléfono: 011-55-132-33-2323
Fax: 011-55-132-34-3672

Dra. Ana Segall Correa
Profesora de Epidemiología
Universidad de Campinas
UNICAMP/FCM/DMPS
Cidade Universitaria Barão Geraldo
Campinas, SP
Brasil
Teléfono: 011-55-192-39-8650 (W)
011-55-192-55-2672 (H)
Fax: 011-55-192-39-3185

Sra. Leila Soares Seiffert
Centro de Referencia de Curitiba
Banco de Leite Humano
Rua General Carneiro, 181, Centro
Curitiba, PR
Brasil
Teléfono 011-55-41-264-5862
Fax: 011-55-41-413-4103

Sra. Tereza Semer
Pediatria
Centro de Lactancia de Santos
Rua Osvaldo Cruz, 197
Santos, SP
CEP 11045, Brasil
Teléfono: 011-55-132-33-2323
Fax: 011-55-132-34-3672

Sra. Vilneide Serva
Centro de Referencia de Recife
Rua Guimaraes Peixoto, 185 Apto. 601
Tamarineira, Recife, PE
CEP 52051-200, Brasil
Teléfono: 011-55-81-221-2832

Dr. Natal Silva
Obstetra
Centro de Lactancia de Santos
Rua Osvaldo Cruz, 197
Santos, SP
CEP 11045, Brasil
Teléfono: 011-55-132-33-2323
Fax: 011-55-132-34-3672

Dr. Paulo Silva
Pediatria
Centro de Lactancia de Santos
Rua Osvaldo Cruz, 197
Santos, SP
CEP 11045, Brasil
Teléfono: 011-55-132-33-2323
Fax: 011-55-132-34-3672

Dr. Admilson Viana Soares
Secretaría de Salud de Cubatão
Ave. Martins Fontes, 132 Vila Nova
Cubatão, SP
CEP 11510-039, Brasil
Teléfono: 011-55-132-62-6360
Fax: 011-55-132-61-1873

Sra. Maria Telles
Rua Coração da Europa #1395
São Paulo, SP
CEP 01314-020, Brasil
Teléfono:
Fax: 011-55-11-284-2862

Dra. Keiko Teruya
Subdirectora
Centro de Lactancia de Santos
Rua Osvaldo Cruz, 197
Santos, SP
CEP 11045, Brasil
Teléfono: 011-55-132-33-2323
Fax: 011-55-132-34-6776
011-55-132-34-3672

Dra. Zinda Arus Veumann
Coordinadora Nacional de CNBB
Pasotral de Criança
Rua Pasteur, 279
Curitiba, PR
CEP 80250-902, Brasil
Teléfono:
Fax: 011-55-41-224-6986

CHILE

Dr. René Castro Santoro
Encargado Programa de Salud Materna y Perinatal
Ministerio de Salud McIver 541 4to Piso
Santiago, Chile
Teléfono: 011-56-2-639-4001
Fax: 011-56-2-638-2238

Dra. Silvia Catalán Mora
Pediatra
Pontificia Universidad Católica de Chile
Monseñor Edwards 2428 La Reina
Santiago, Chile
Teléfono: 011-562-226-4457
Fax: 011-562-811-1443

Sr. Juan Ilabaca Mendoza
Asesor en Nutrición
Servicio de Salud Metropolitano Sur
Santa Rosa #3453 San Miguel
Santiago, Chile
Teléfono: 011-562-551-4607
011-562-551-7533
Fax: 011-562-551-8666

COLOMBIA

Dr. Jairo Osorno
Asesor
Programa de Lactancia
Alcaldía Municipal de Cali
Carrera 16A #43-58
Bogota, Colombia
Teléfono: 011-571-288-5015
Fax: 011-571-212-1686

ECUADOR

Sra. Teresa de Vargas
Directora Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar
Esmeraldas 712 Y Guayaquil
Quito, Ecuador
Teléfono: 011-593-2-518-122
011-518-2-513-161
Fax: 011-593-2-582-435

Dr. Francisco Sevilla
Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar
Esmeraldas 712 Y Guayaquil
Quito, Ecuador
Teléfono: 011-593-2-513-161
Fax: 011-593-2-582-435

ESTADOS UNIDOS

Dr. Thomas Bossert
Director
LAC HNS
1129 20th Street N.W. Suite 801
Washington, D.C. 20037
U.S.A.
Teléfono: 202-466-3318
Fax: 202-466-3328

Sra. Linda Bruce
Asesora en Capacitación
WELLSTART
3333 K Street N.W. Suite 101
Washington, D.C. 20007
U.S.A.
Teléfono: 202-298-7979
Fax: 202-298-7988

Sra. Judy Canahuati
Asesora en Desarrollo Comunitario
WELLSTART
3333 K Street N.W.
Washington D.C. 20007-3545
U.S.A.
Teléfono: 202-298-7979
Fax: 202-298-7988

Dra. Dora Gutiérrez
Consultora
Tufts University BFHI
126 Curtis Street
Medford, MA 02173
U.S.A.
Teléfono: 1-617-628-500 x2290
011-574-311-1775
Fax: 1-617-627-3887
011-574-266-0890

Dra. Chessa Lutter
Consultora
LAC HNS
5024 Newport Avenue
Bethesda, MD 20816
U.S.A.
Teléfono: 301-229-9526
Fax: 202-298-7988

Sra. Sylvia Megret
Asesora de Programas
LAC HNS
1129 20th Street N.W. Suite 801
Washington, D.C. 20036
U.S.A.
Teléfono: 202-466-3318
Fax: 202-466-3328

Dr. José Mora
Subdirector
LAC HNS
1129 20th Street N.W. Suite 801
Washington, D.C. 20037
U.S.A.
Teléfono: 202-466-3318
Fax: 202-466-3328

Dr. Rafael Pérez-Escamilla
Consultor
LAC HNS
Universidad de Connecticut
Departamento de Nutrición
Storrs, CT 06269-4017
U.S.A.
Teléfono: 1-203-486-0122
Fax: 1-203-486-3674

Sr. Clifford Sanders
Director de Programas
Georgetown University Institute for
Reproductive Health
2115 Wisconsin Ave. 6th Floor
Washington, D.C. 20007
U.S.A.
Teléfono: 202-687-1392
Fax: 202-687-6846

Dra. Tina Sanghvi
Asesora en Nutrición
LAC HNS
1129 20th Street N.W. Suite 801
Washington, D.C. 20037
U.S.A.
Teléfono: 202-466-3328
Fax: 202-466-3328

Sra. Janine Schooley
Directora Asociada
WELLSTART
4062 First Avenue
San Diego, CA 92103
U.S.A.
Teléfono: 1-619-295-5192
Fax: 1-619-294-7787

Dr. E. Néstor Suárez-Ojeda
Asesor Regional MCH
Organización Mundial de la Salud
525 23rd Street N.W.
Washington, D.C. 20037
U.S.A.
Teléfono: 202-861-3262
Fax: 202-861-8463

Sra. Gail Woodward-López
Coordinadora de Proyecto
WELLSTART
4062 First Avenue
San Diego, CA 92103
U.S.A.
Teléfono: 1-619-295-5192
Fax: 1-619-294-7787

HONDURAS

Dr. Benjamín Abdu
Coordinador Centro de Capacitación
Hospital Nacional Mario Calarino Rivas
San Pedro, Sula Honduras
Teléfono: 011-504-522-241
Fax: 011-504-581-930

Dr. Carlos Beniaton
Director Región Sanitaria III
Ministerio de Salud Pública
5 Calle #218 24 Avenida
San Pedro Sula, Honduras
Teléfono: 011-504-522-309
Fax: 011-540-521-882

Dr. Samuel Dickerman
Asesor Residente
WELLSTART
P.O. Box 1717
San Pedro Sula, Honduras
Teléfono: 011-504-579-869
011-504-521-320
Fax: 011-504-581-930

Dra. Virginia Espinoza Figueroa
Ministerio Salud Pública
3a Calle 4a Ave.
Tegucigalpa, Honduras
Teléfono: 011-504-222-402
Fax: 011-504-380-984

Dr. Alvaro González Mármol
Ministerio de Salud
Avenida Cervantes 4ta Calle
Tegucigalpa, Honduras
Teléfono: 011-504-373-441
Fax: 011-504-385-864

Dr. Jorge Higuero Crespo
Región Sanitaria Metropolitana
Ministerio de Salud
3a Morazán 2do Piso Centro Dr. Alonso Suazo
Tegucigalpa, Honduras
Teléfono: 011-504-327-920
Fax: 011-504-327-920

Dra. Ada Rivera
Jefe de Departamento
Instituto Hondureño de Seguridad Social
Carretera a Puerto Contes
Tegucigalpa, Honduras
Teléfono: 011-504-534-162
011-504-534-013
Fax: 011-504-581-930

INGLATERRA

Sra. Margaret Phillips
Consultora
LAC HNS
3 Birch Close Milton Road
Cambridge, Inglaterra
Teléfono: 011-44-223-424-268
Fax: 011-44-223-424-268

MEXICO

Dr. Arturo González Pineda
Consultor
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
Paseo de la Reforma #645
Lomas de Chapultepec
Ciudad de México, México
Teléfono: 011-525-202-3233
Fax: 011-525-520-0527

Sr. Daniel Gutiérrez
Consultor en el área Materno-infantil
y Planificación Familiar
Organización Panamericana de la Salud
OPS/OMS
Avenida de las Palmas #530
Colonia Lomas de Chapultepec
México CP 11000, México
Teléfono: 011-525-202-8200
011-525-202-0395/1472
Fax: 011-525-520-8868

Dr. Adolfo Hernández Garduño
Secretario Ejecutivo
Centro Nacional de Lactancia Materna
Hospital General México
Dr. Balmis #148 Colonia de los Doctores
México CP 6720, México
Teléfono: 011-525-578-4213
011-525-761-3735
Fax: 011-525-520-0527
011-525-578-4213

Sra. Patricia Hernández Penta
Jefe de Departamento de Economía de la Salud
Instituto Nacional de Salud Pública
Avenida Universidad #655
Santa María Ahuacatitlán Cuernavaca
Morelos CP 62508, México
Teléfono: 011-53-73-11-011 ext. 2651
Fax: 011-52-73-11-1156

Dra. Aurora Martínez González
Representante Oficial
Secretaría de Salud
San Pablo #13 Colonia Centro
Deleg. Cuauhtemoc
México CP 06090, México
Teléfono: 011-525-522-8166
Fax: 011-525-522-8421

Dr. Armando Montaña
Hospital General de México
Aniceto Ortega #821-301
Ciudad de México, México
Teléfono: 011-525-559-2328
011-525-875-0314
Fax: 011-525-520-0527
011-525-559-0987

Dr. Luis Salmón Rodríguez
Jefe de Pediatría
Hospital General de México
Dr. Balmis #148
Colonia Doctores Deleg. Cuauhtemoc
Ciudad de México, México
Teléfono: 011-525-578-4213
Fax: 011-525-520-0527
011-525-578-4213

SUIZA

Sra. Felicity Savage King
Organización Mundial de la Salud
Suiza
Teléfono:
Fax: 011-41-22-791-0746

URUGUAY

Sra. Cecilia Muxi
Coordinadora Regional
PRAIL/CLAP
Hospital de Clínicas Piso 16
Casilla de Correos 627
Montevideo Uruguay
Teléfono: 011-598-2-47-2929
Fax: 011-598-2-47-2593