

713

FN-ABW-676

nd 960427



U.S. AGENCY FOR  
INTERNATIONAL  
DEVELOPMENT



LAC Health  
and Nutrition  
Sustainability

EL ESTADO DE LA  
LACTANCIA MATERNA

EN BOLIVIA:

*PRACTICAS Y*

*PROMOCION*

*Informe Final*

Julio de 1992

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

PN-ABW-676

EL ESTADO DE LA LACTANCIA MATERNA  
EN BOLIVIA:  
PRACTICAS Y PROMOCION

Preparado por:

Dr. Andrés Bartos M.  
Dra. Mary Ruth Horner  
Lic. Gloria Peñaranda N.

Informe Final

julio 1992

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

## INDICE

	Pág
Resumen ejecutivo . . . . .	i
Hoja de calificaciones para el análisis de país en lactancia materna . . . . .	viii
Reconocimientos . . . . .	x
Siglas . . . . .	xi
Lista de cuadros . . . . .	xiii
Introducción . . . . .	1
Métodos . . . . .	2
I. Antecedentes del país . . . . .	5
A. Perfil socio-demográfico . . . . .	5
1. Descripción del país . . . . .	5
2. Factores económicos . . . . .	5
3. Patrones de migración . . . . .	6
4. Transporte y comunicaciones . . . . .	6
5. Estado de la mujer . . . . .	7
B. Estado nutricional, morbilidad y mortalidad . . . . .	7
1. Estado nutricional . . . . .	7
2. Mortalidad . . . . .	10
3. Morbilidad . . . . .	12
C. Anticoncepción y fecundidad . . . . .	12
1. Fecundidad . . . . .	12
2. Tasa de prevalencia de anticoncepción . . . . .	12
Conclusiones . . . . .	15
II. Naturaleza y magnitud del problema de las prácticas inadecuadas de lactancia materna . . . . .	16
A. Perfil general de la lactancia materna . . . . .	16
1. Perfil nacional . . . . .	16
2. Diferencias regionales y entre zonas rurales y urbanas . . . . .	17
3. Efectos de la situación socio-económica . . . . .	18
4. Características de la madre . . . . .	20
5. Iniciación de la lactancia materna . . . . .	20
6. Introducción de líquidos (aparte de la leche materna), semisólidos y sólidos . . . . .	21
B. Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres . . . . .	23
1. Motivos por los cuales se suspende la lactancia . . . . .	23
2. Alimentos complementarios . . . . .	23
3. Dieta de las mujeres que amamantan . . . . .	24
4. Utilización de biberones . . . . .	25
5. Conocimientos acerca de la lactancia materna . . . . .	26

*a*

C.	Conocimientos, actitudes y prácticas de miembros de la familia y de la comunidad . . . . .	27
	Conclusiones . . . . .	28
	Recomendaciones . . . . .	29
III.	Contexto político, financiero y legal . . . . .	31
A.	Políticas de lactancia materna . . . . .	31
1.	Declaraciones de política . . . . .	31
2.	Sistemas de información . . . . .	32
3.	Coordinación - Comité Nacional de Lactancia Materna . . . . .	33
4.	Ejecución de la política . . . . .	33
B.	Políticas relacionadas con la comercialización y promoción de sustitutos de la leche materna . . . . .	35
C.	Mujeres que trabajan . . . . .	35
D.	Financiamiento . . . . .	35
	Conclusiones . . . . .	35
	Recomendaciones . . . . .	36
IV.	Servicios formales de salud . . . . .	38
A.	Patrones de atención prenatal . . . . .	38
1.	Indicadores . . . . .	38
2.	Protocolos . . . . .	40
B.	Patrones de atención del parto . . . . .	41
1.	Indicadores . . . . .	41
2.	Protocolos . . . . .	43
C.	Patrones de atención al niño . . . . .	45
D.	Conocimientos y prácticas del personal de salud . . . . .	45
E.	Integración de la promoción de la lactancia en los servicios de salud . . . .	47
F.	Planificación familiar . . . . .	48
G.	Organizaciones no gubernamentales . . . . .	48
	Conclusiones . . . . .	49
	Recomendaciones . . . . .	50
V.	Servicios tradicionales de salud . . . . .	52
A.	Patrones de atención prenatal . . . . .	52
B.	Patrones de la atención del parto . . . . .	52
C.	Patrones de atención del postparto . . . . .	54
	Conclusiones . . . . .	54
	Recomendaciones . . . . .	55
VI.	Programas de capacitación para proveedores de atención de la salud . . . . .	56
A.	Proveedores formales de atención de la salud . . . . .	56
B.	Capacitación de proveedores tradicionales de atención de salud . . . . .	59

Conclusiones . . . . .	59
Recomendaciones . . . . .	60
<b>VII. El trabajo de la mujer y sistemas de apoyo . . . . .</b>	<b>61</b>
A. Descripción del trabajo de la mujer . . . . .	61
B. Ejecución y utilización de la política nacional . . . . .	62
1. Licencia de maternidad . . . . .	62
2. Licencia materna en el lugar de trabajo . . . . .	62
C. Agricultura y otros trabajos del sector no formal . . . . .	63
D. Grupos de mujeres . . . . .	64
Conclusiones . . . . .	65
Recomendaciones . . . . .	66
<b>VIII. Comercialización de sucedáneos de la leche materna, suplementos, alimentos de destete, biberones y chupones o chupetes . . . . .</b>	<b>68</b>
A. Política nacional . . . . .	68
B. Reglamentación de la distribución . . . . .	68
C. Regulación de la promoción . . . . .	69
Conclusiones . . . . .	69
Recomendaciones . . . . .	70
<b>IX. Lactancia materna y promoción apropiada del destete mediante información, educación y actividades de comunicación . . . . .</b>	<b>71</b>
A. Esfuerzo general de comunicación sobre la lactancia materna . . . . .	71
1. Observaciones generales . . . . .	71
2. Organizaciones específicas . . . . .	72
B. Regulaciones y políticas de comunicación . . . . .	74
C. Actividades específicas de IEC . . . . .	74
1. Medios masivos de comunicación . . . . .	74
2. Comunicación interpersonal o cara a cara . . . . .	74
3. Centros de documentación . . . . .	75
Conclusiones . . . . .	75
Recomendaciones . . . . .	76
<b>Bibliografía . . . . .</b>	<b>77</b>

Anexos

1. Lista de Personas Entrevistadas
2. Diez pasos hacia una feliz lactancia natural
3. Resumen de actividades de COTALMA
4. Política de aceptación, distribución y uso de productos lácteos en programas de alimentación para refugiados
5. Programa de Promoción y Protección de la Lactancia Materna (Resumen)

C

## RESUMEN EJECUTIVO

El fomento de la lactancia es una estrategia importante para reducir la mortalidad infantil. Para elaborar un programa en este campo, el primer paso es evaluar la situación nacional. Esta evaluación de las actividades de lactancia en Bolivia fue solicitada por la oficina de la USAID en Bolivia, a través de contratos con MotherCare y el Proyecto de Sostenibilidad en Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe (LAC HNS). Su objetivo fue examinar la información disponible e identificar factores de apoyo, obstáculos y campos que requieren acción inmediata.

El equipo de trabajo estaba constituido por el Dr. Andrés Bartos, médico pediatra y coordinador de COTALMA, Dra. Mary Ruth Horner, nutricionista y consultora del grupo Manoff y de MotherCare, y la Lic. Gloria Peñaranda, Jefe de enfermeras del Hospital del Niño y Secretaria ejecutiva de COTALMA. El Dr. Bartos y la Lic. Peñaranda fueron contratados como consultores en el marco del contrato con el Proyecto LAC HNS, de URC/ISTI.

La evaluación duró tres semanas (del 5 al 23 de agosto de 1991), habiendo comenzado el trabajo dos miembros locales del equipo una semana antes para identificar fuentes de información, ponerse en contacto con ellas y recolectar materiales.

La metodología de trabajo se basó en la guía para un análisis preliminar del país en materia de actividades y prácticas que respaldan la lactancia materna, preparada por Marcia Griffiths, de MotherCare. El equipo examinó las fuentes de información, realizó entrevistas y visitas en el terreno en La Paz, así como visitas a Cochabamba y Santa Cruz. Los miembros del equipo trabajaron en conjunto para examinar la información; dividieron los capítulos de la guía entre ellos para preparar un primer borrador que luego examinaron en grupo; los resultados y recomendaciones se prepararon en forma conjunta.

Las conclusiones y recomendaciones que siguen se presentan en el orden del resto de los capítulos de este documento.

## CONCLUSIONES

### Indole y magnitud del problema de las prácticas inadecuadas de lactancia materna

El hecho de que la duración general de la lactancia materna es bastante prolongada en Bolivia refleja un entorno que apoya esta práctica. Aproximadamente el 71 % de los niños siguen siendo amamantados a los 12 meses de edad. Sin embargo, prevalecen y son fuertes las influencias negativas que afectan una lactancia materna fructífera, exclusiva y prolongada, aún en zonas rurales. Ha habido una disminución documentada de la prevalencia y duración de la lactancia materna en Bolivia durante la década pasada.

Como la lactancia materna está bastante generalizada en Bolivia, es fácil para muchos llegar a la conclusión de que no es necesario preocuparse por ello. Sin embargo, la práctica creciente de reemplazar en forma necesaria y prematura la lactancia materna exclusiva con lactancia

materna parcial coloca a muchos lactantes en alto riesgo de diarrea, infecciones respiratorias o agudas, malnutrición, y por consiguiente, muerte. En contraste con la práctica recomendada por la OMS/UNICEF de lactancia materna exclusiva universal en los lactantes de 4 a 6 meses de edad, apenas la mitad de los niños de cuatro meses de edad y menores de esa edad en Bolivia son amamantados exclusivamente. Una práctica común en dicho país que interrumpe la lactancia materna exclusiva, es la introducción temprana de las infusiones (por ejemplo, el mate de anís), en especial en biberón. La lactancia materna exclusiva subóptima no se ha estudiado bien, ya que con frecuencia constituye un fenómeno en cierta manera oculto que se vuelve cuantificable mediante investigaciones destinadas explícitamente a indagar sobre estas tendencias sutiles en el comportamiento materno. Se necesita más investigación para documentar factores positivos y negativos que ejercen influencia en la lactancia materna exclusiva en Bolivia para diseñar estrategias eficaces de intervención.

En general, las madres parecen comprender bastante bien la importancia de la lactancia materna, pero carecen de confianza en sí mismas, información adecuada y apoyo firme para tratar los problemas. En particular, la influencia y la función negativa del personal de salud no informado se destaca a través de las explicaciones que las madres dan de sus prácticas de lactancia materna. Si bien las diferencias regionales y culturales en materia de práctica de lactancia materna son grandes en Bolivia, una madre que tiene problemas en amamantar a su hijo, no importa dónde viva, es muy vulnerable a la utilización de los sucedáneos de la leche materna como solución a corto plazo que reduce su cantidad de leche y el deseo de su bebé de ser amamantado.

Uno de los factores que se considera importante para prevenir la infección y establecer la lactancia materna es dar al recién nacido el pecho lo antes posible después del nacimiento. En Bolivia, esta práctica todavía no es generalizada. Los datos del Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (1981) señalan que las madres que comenzaron a amamantar dentro de las horas siguientes al nacimiento tendían a amamantar a sus hijos durante más meses que las que iniciaron la lactancia materna más tarde.

Las madres de las zonas urbanas, las provenientes de clases sociales más elevadas y las que tienen un nivel más alto de educación tienden a amamantar menos a sus hijos y practican lactancia materna parcial más temprano que otras madres. Estas prácticas de lactancia materna urbana son bien conocidas y emuladas en el sector rural, y por consiguiente tienen una influencia negativa mucho más allá de su punto de origen geográfico. La comprensión de los factores que subyacen las diferencias regionales culturales en las prácticas de lactancia materna es importante para diseñar posibles intervenciones.

Cabe señalar que la lactancia exclusiva como método natural de espaciamiento de los nacimientos ha gozado de una mayor aceptación por parte de la Iglesia Católica. Como los servicios de planificación familiar ahora están más disponibles para las mujeres, éstas pueden planear mejor y espaciar sus embarazos. La lactancia materna exclusiva tiene una función importante que desempeñar en el espaciamiento de los hijos y ahora se puede discutir más abiertamente el tema.

## Contexto político, legal y financiero

El marco legal --que incluye reglamentación con respecto a licencias pre y post natal, una hora de receso para amamantar y guarderías institucionalizadas-- es favorable pero el resultado de estas reglamentaciones no es nada considerable, por un lado porque no son suficientes pero sobre todo debido a que su aplicación es limitada.

El Código Boliviano que reglamenta la comercialización de los sucedáneos de la leche materna fue aprobado por el Ministerio de Salud pero carece del poder de una ley nacional real. El Ministerio de Salud ha elaborado recientemente normas para la lactancia materna, que si bien contribuyen a un entorno favorable para ello, padecen de insuficiente difusión y aplicación.

Una influencia negativa sobre la lactancia materna en el marco del sistema de Seguridad Social es la disposición según la cual las madres reciben un "subsidio por lactancia" de alimentos que incluyen leche en polvo, a partir del quinto mes del embarazo hasta el primer cumpleaños del hijo. El proyecto de múltiples fines BOL/PMA 2801 (MPSSP 1990) también ofrece raciones de alimentos durante los últimos cinco meses del embarazo y los primeros cinco meses del puerperio; estas raciones también incluyen leche en polvo. Estas asignaciones pueden inducir a las nuevas madres a utilizar la leche donada para alimentar directamente por biberón a los recién nacidos en detrimento de la lactancia materna, en vez de consumir la leche ellas mismas para mejorar su situación nutricional, que es la intención.

No existe entidad importante --ya sea gubernamental, no gubernamental, multilateral o bilateral-- que tenga un programa específico o un presupuesto dedicado a la lactancia materna. No obstante, cada vez se está prestando mayor atención nacional e internacional al tema, que hace hincapié en la posibilidad de obtener fondos para más intervenciones que aborden los problemas de la lactancia materna. Un factor muy positivo es el grupo local voluntario denominado COTALMA (Comité Técnico de Apoyo a la Lactancia Materna), compuesto por 16 graduados de Wellstart. Desde su formación en 1989 este grupo ha participado activamente en la promoción de la lactancia materna, concentrándose especialmente en capacitar a los profesionales de salud de Bolivia.

## Servicios formales de salud

Se ha identificado que los trabajadores de salud de todos los niveles y asociados con todo tipo de instituciones son personas que tienen una gran influencia negativa en la lactancia materna. Si bien no se supone que el comportamiento de los trabajadores de salud hacia las mujeres embarazadas y que amamantan sea malicioso de manera alguna, las dificultades en abordar su conocimiento inadecuado, su actitud incorrecta y su falta de experiencia positiva con respecto a la lactancia materna deben tomarse muy en serio.

Las prácticas negativas en la mayoría de los hospitales (tanto públicos como privados) interfieren con el inicio fructífero de la lactancia materna y por consiguiente afectan seriamente las posibilidades de la madre de amamantar. Los directores de hospital ejercen considerable

influencia en el apoyo que se otorga o que no se otorga a la lactancia materna. En su mayor parte, los profesionales de salud que trabajan en el sector privado no se ven afectados por las normas de lactancia materna emitidas por el Ministerio de Salud.

Como resultado de estos factores inherentes al sector de la salud, cualquier falta de confianza en la capacidad de una madre de amamantar a su hijo se ve reforzada por la falta de información y de apoyo adecuados.

La práctica de colocar a las madres y a los recién nacidos en la misma habitación prevalece en los hospitales, pero es solamente una de las numerosas condiciones necesarias para un buen inicio de la lactancia materna. Algunos hospitales modelos existen para prácticas específicas relacionadas con la lactancia, habiendo recibido la influencia particularmente de empleados que son miembros de COTALMA. Estos hospitales son el Hospital San Gabriel, con su programa de asesoramiento prenatal, tres hospitales con programas de "madres canguro" para bebés prematuros y el Hospital de Niños con su innovador método de guardería infantil.

En este último caso, el personal femenino está autorizado a traer a su recién nacido al trabajo y a atenderlo en su lugar de trabajo, ya que no existe una guardería propiamente dicha. Los resultados han sido sumamente positivos: los bebés son amamantados y todos han seguido bastante saludables y las madres muestran una mayor eficiencia y dedicación al trabajo con reducido ausentismo. El Hospital de Niños también tiene una clínica de lactancia materna, estimula a las madres a que se queden a dormir con sus hijos enfermos y tiene una unidad dedicada a la capacitación en programas de atención primaria, como el control de las enfermedades diarreicas graves, las infecciones respiratorias agudas y al fomento del crecimiento y el desarrollo normales.

#### Servicios tradicionales de salud

La mayoría de los partos en Bolivia tienen lugar en el hogar, sin contar con la ayuda de un trabajador de salud capacitado. Un nuevo programa del Ministerio de Salud está diseñado para capacitar a los esposos y a otros miembros de la familia en técnicas de parto limpio.

#### Programas de capacitación para proveedores de atención de la salud

Debido a la función que desempeña el personal de salud en influir en las prácticas de lactancia materna, debe realizarse un gran esfuerzo para capacitar a este personal en el manejo adecuado de la lactancia. Afortunadamente en Bolivia ya existen muchos elementos clave para un programa de capacitación de ese tipo. Las actividades del COTALMA son testimonio de que la capacitación puede contribuir a cambiar el comportamiento de instituciones en su totalidad y de los profesionales de la salud asociados con dichas instituciones. Sin embargo, para que el COTALMA pueda ampliar sus esfuerzos de manera seria, debe obtener apoyo financiero y debe estar registrada y reconocida legalmente por el Gobierno de Bolivia.

El programa actual de estudios universitarios para las profesiones de la salud no respaldan la lactancia materna. No obstante, la Universidad Mayor de San Andrés proporciona un ejemplo positivo que ha demostrado que cambiar el programa de estudios para apoyar la lactancia materna no es una tarea desmesurada.

### El trabajo de la mujer y sistemas de apoyo

La existencia de leyes que estipulen licencia de maternidad, tiempo compensatorio para amamantar y ayuda en materia de guardería infantil es una condición necesaria pero no suficiente para apoyar la lactancia materna. Estas leyes necesitan aplicarse y las mujeres que se pueden beneficiar de ellas deben estar facultadas para defender sus derechos al respecto. Tradicionalmente las costumbres bolivianas no apoyan los derechos de la mujer; sin embargo, fuerzas provenientes de varios sectores están abordando este tema, inclusive el programa de guardería infantil modelo del Hospital de Niños y las organizaciones no gubernamentales (ONGs) internacionales y bolivianas que se dedican a apoyar a la mujer. Los numerosos grupos formales e informales de mujeres que existen en Bolivia proporcionan un considerable potencial para introducir información y capacitación adecuada en el manejo de la lactancia materna.

### Comercialización de sucedáneos de la leche materna

Las actividades de comercialización de los vendedores al detalle de sucedáneos de la leche materna son ocultas y eficaces. El Código de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna puede ser un instrumento útil, pero en su forma actual tiene suficientes resquicios como para no poder cumplir su propósito. Su difusión y el conocimiento de su contenido son muy limitados y carece de mecanismos de aplicación legal. La vigilancia de su cumplimiento es casi inexistente.

### Actividades de información, educación y comunicación

Fuera del sector salud, la difusión de información sobre la lactancia materna no es generalizada en Bolivia. Sin embargo, los intereses comerciales en promover los sucedáneos de la leche materna, el biberón y otros productos que no favorecen la lactancia materna están aumentando a medida que el país se vuelve más urbano y más experto en el uso de tecnologías complejas de comunicación.

El PROCOSI (Programa de Coordinación en Supervivencia Infantil) proporciona un ejemplo positivo de la elaboración coordinada de materiales didácticos por parte de sus miembros que son organizaciones voluntarias privadas y el Ministerio de Salud. El PROCOSI y sus colaboradores recientemente produjeron un manual popular para capacitación de trabajadores de salud en el terreno sobre los aspectos básicos del manejo de la lactancia materna. Toda nueva actividad para elaborar más materiales debería incluir un análisis de los materiales del proyecto Buena Madre y la experiencia de comienzos de los años ochenta.

La situación relativamente favorable de la lactancia materna en Bolivia --en comparación con otros países de América Latina-- en principio puede parecer un motivo para no otorgar prioridad a las medidas en los campos de protección y promoción de la misma. No obstante, existe inquietud con respecto a la situación actual ya que se ha documentado una disminución considerable; todo indica que si no se toman medidas inmediatas y serias, esta tendencia será exacerbada, interfiriendo con los esfuerzos para reducir la morbilidad y mortalidad infantil. No obstante, existe un clima favorable para la acción, fomentado por las actividades del COTALMA y los modelos institucionales como el Hospital de Niños en La Paz. Este es el momento propicio para actuar, cuando el daño todavía es limitado y por consiguiente reversible. Además de los recursos humanos y de infraestructura que ya se mencionaron, existe la voluntad política en el país así como el apoyo de fuentes internacionales y de varias entidades de ayuda.

## **RECOMENDACIONES**

La práctica de lactancia prolongada en zonas rurales (particularmente de los altiplanos) debe ser protegida. Deben realizarse investigaciones operativas que permitan conocer aspectos antropológicos y den pautas para proponer cambios de conocimientos, actitudes y prácticas que interfieran con la lactancia materna óptima. Estas investigaciones deben incluir al marido -que es la persona que asiste la mayoría de los partos- y a la comunidad. Algunas cuestiones prioritarias son las siguientes: la falta del uso del calostro, el comienzo tardío de la lactancia materna, el uso de biberones, las razones de fondo y la motivación potencial para cambiar el destete temprano o muy tardío y la prevalencia y duración de la lactancia materna exclusiva.

Con el fin de proporcionar una estructura administrativa nacional para nuevas actividades de apoyo a la lactancia materna se debería reactivar el Comité Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna (COTALMA). Este grupo debería seguir tratando de conseguir financiamiento para mantener sus actividades de fomento de la lactancia materna, en particular en lo que se refiere a sensibilizar y capacitar al personal de salud. Las normas nacionales de lactancia materna del Ministerio de Salud deberían examinarse y difundirse con la intención de asegurar su adopción y aplicación a niveles operativos. Si se distribuye leche en polvo como parte de programas de ayuda alimentaria a mujeres y niños, debería hacerse de conformidad con las normas establecidas por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), que han sido adoptadas por el Programa Mundial de Alimentos.

Debería elaborarse una estrategia para fomentar exámenes de los programas de estudio y su contenido en la educación de ciencias de la salud. Al mismo tiempo, se deberían elaborar e implantar programas de educación continua para funcionarios en servicio, los que se concentrarían en la necesidad de extender la lactancia materna exclusiva y de capacitar a los trabajadores de salud para tratar en forma más eficaz los obstáculos con que se encuentran las mujeres para la lactancia. Las prácticas positivas de lactancia materna que actualmente se hallan presentes en las instalaciones de salud deberían reforzarse. Los "Diez pasos hacia una feliz lactancia natural" (OMS/UNICEF 1989) pueden proporcionar la base para el desarrollo de políticas específicas de hospitales, programas de capacitación y actividades de seguimiento.

El Código de Comercialización para Sucedáneos de la Leche Materna, en su versión actual, merece ser revisado para luego buscar su aprobación en instancias legales, difundir su contenido y reforzar grupos de vigilancia. La vigencia del Comité Nacional de Fomento a la Lactancia Materna es importante para estos propósitos.

La estrategia y las acciones deben ser inmediatas, aprovechando la coyuntura actual, en la cual las condiciones del país son favorables y existe apoyo tanto nacional como internacional para desarrollarlas. El esfuerzo requerido en este momento para lograr resultados favorables es con toda seguridad menor que el que se necesitará en unos pocos años más.

**HOJA DE CALIFICACIONES PARA EL ANALISIS DE PAIS  
EN LA LACTANCIA MATERNA  
BOLIVIA**

Instrucciones: Sírvasse calificar cada componente en términos de programas de lactancia materna o de madres que amamantan.

**AREA 1      Antecedentes del país**

A.      Perfil socio-demográfico: no se califica

	<b>Alta</b>		<b>Baja</b>	
B.      Mortalidad	①	2	3	4 5
			<b>Bajo</b>	<b>Alto</b>
C.      Anticonceptivos	1	②	3	4 5

**AREA 2      Naturaleza y magnitud de problemas de prácticas inadecuadas de lactancia materna**

	<b>Inadecuada</b>		<b>Optima</b>	
A.      Prácticas de lactancia materna	1	2	3	④ 5
			<b>No se apoya</b>	<b>Se apoya mucho</b>
B.      Conocimiento y actitudes de las madres	1	2	③	4 5
C.      Conocimientos, actitudes y prácticas de los miembros de la familia y de la comunidad	1	2	③	4 5

**AREA 3      Entorno político, legal y de trabajo**

	<b>No se apoya</b>		<b>Se apoya mucho</b>	
A.      Política nacional de lactancia materna	1	②	3	4 5
B.      Reglamentación de la comercialización y promoción de los sucedáneos de la leche materna	1	②	3	4 5
C.      Ambiente y trabajo de la mujer	1	②	3	4 5
D.      Grupos de apoyo a la mujer	1	2	③	4 5

**AREA 4      Servicios de salud**

	<b>No se apoya</b>		<b>Se apoya mucho</b>	
A.      Servicios formales de salud				
1. Atención prenatal	①	2	3	4 5
2. Partos en hospitales/clínicas	1	②	3	4 5
3. Atención inmediata del puerperio y del lactante	1	2	③	4 5
4. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud	1	②	3	4 5
5. Integración del fomento de la lactancia materna en los programas de salud	1	②	3	4 5

<b>B. Proveedores tradicionales de atención de la salud</b>	<b>No se apoya</b>		<b>Se apoya mucho</b>
1. Atención prenatal	1	2	3 4 5
2. Partos	1	2	3 4 5
3. Atención del puerperio	1	2	3 4 5
4. Asociación profesional	1	2	3 4 5

**AREA 5 Programas de capacitación**

	<b>No bien desarrollados</b>		<b>Muy bien desarrollados</b>
A. Proveedores formales de atención de la salud	1	2	3 4 5
B. Practicantes tradicionales	1	2	3 4 5

**AREA 6 Actividades de información, educación y comunicación**

	<b>No se apoya</b>		<b>Se apoya mucho</b>
A. Esfuerzo general	1	2	3 4 5
	<b>Estricta</b>		<b>Relajada</b>
B. Reglamentación y política	1	2	3 4 5

	<b>No bien desarrollados</b>		<b>Muy bien desarrollados</b>
C. Actividades específicas:			
Medios masivos de comunicación	1	2	3 4 5
Comunicación interpersonal	1	2	3 4 5
Centros de distribución de información	1	2	3 4 5

<b>AREA 7</b>	<b>Financiamiento local y ayuda de donantes</b>	1	2	3	4	5
<b>TOTAL:</b>	<b>TODAS LAS SECCIONES</b>					<b>54</b>

Máximo total posible: 130

## RECONOCIMIENTOS

Muchas personas y organizaciones diferentes han contribuido a llevar a cabo con todo éxito la evaluación de la lactancia materna en Bolivia. En particular, los coautores desean expresar su reconocimiento al equipo que llevó a cabo la primera evaluación en la República Dominicana en junio y julio de 1991. Esas personas --Marijke Velzeboer, Josefina Coen, Argentina de Chávez y Magdalena Fischer-- fueron las primeras en aplicar en el terreno la Guía para el Análisis Preliminar de País de las Actividades y Prácticas de Apoyo a la Lactancia Materna. Su experiencia y su informe proporcionó un punto de referencia crítico para el equipo que posteriormente fue a Bolivia.

Otras personas que proporcionaron apoyo valioso al equipo y/o comentarios sobre los numerosos borradores del informe son: Mary Ann Anderson, Oficina de Salud/AID; Marcia Griffiths, Grupo Manoff; Blanca Gumucio, MotherCare/Bolivia; Lani Márquez y José Mora, LAC HNS; y Mellen Tanamly, AID/LAC/DR/HPN.

## LISTA DE SIGLAS

ACNUR	Alto Comisionado de la Naciones Unidas para los Refugiados
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BLS	Baseline Survey (Encuesta de línea de base)
CCH	Community and Child Health Project (Proyecto de Salud Infantil y Comunitaria)
CAP	Conocimientos, actitudes y prácticas
CED	Control de enfermedades diarreicas
CIDEM	Centro de Información y Desarrollo de la Mujer
CIES	Centro de Investigación y Educación Sexual
CINCO	Centro de Investigación y Consultoría
CONAPO	Consejo Nacional de Población
COTALMA	Comité Técnico de Apoyo a la Lactancia Materna
DIU	Dispositivo intrauterino
EDA	Enfermedades Diarreicas Agudas
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ENPV	Encuesta Nacional de Población y Vivienda
FNUAP	Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población
IBFAN	International Baby Food Action Network
IMR	Infant Mortality Rate (Tasa de Mortalidad Infantil)
INAN	Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición

INE	Instituto Nacional de Estadísticas
IRA	Infecciones respiratorias agudas
ISTI	International Science and Technology Institute
MPC	Ministerio de Planificación
MPSSP	Ministerio de Previsión Social y Salud Pública
NCHS	National Center for Health Statistics (Centro Nacional de Estadísticas de Salud)
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OVP	Organizaciones voluntarias privadas
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PROCOSI	Programa de Coordinación en Supervivencia Infantil
SVEN	Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nutricional
TBA	Traditional Birth Attendant (Partera Tradicional)
UMSA	Universidad Mayor de San Andrés
URC	University Research Corporation
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

## LISTA DE CUADROS

### Página

Cuadro 1	Prevalencia de la desnutrición (puntaje $Z \leq 2$ S.D.) por características demográficas y socioeconómicas, 1989 . . . . .	9
Cuadro 2	Causas de mortalidad infantil, 1989. . . . .	11
Cuadro 3	Porcentaje de niños menores de cinco años de edad con diarrea o tos y problemas de respiración durante las dos últimas semanas, 1989 . . . . .	13
Cuadro 4	Porcentaje de madres amamantando, en amenorrea de postparto y no susceptibles a embarazo, 1989 . . . . .	14
Cuadro 5	Porcentaje de niños que siguen siendo amamantados por grupo de edad y lugar de residencia, 1980 . . . . .	17
Cuadro 6	Distribución de niños (%) por comunidad y primer alimento recibido como recién nacido, 1991 . . . . .	21
Cuadro 7	Edad mediana (meses) en la cual los niños reciben líquidos que no sean la leche materna y alimentos sólidos, 1991 . . . . .	22
Cuadro 8	Motivos para suspender totalmente la lactancia materna, según lo notificado por la madre, 1984 . . . . .	23
Cuadro 9	Alimentos apropiados para las mujeres que amamantan, 1981 . . . . .	24
Cuadro 10	Distribución porcentual de nacimientos que ocurrieron en los últimos cinco años por tipo de persona que proporciona la atención prenatal, de acuerdo con las características de la madre, 1989 . . . . .	38
Cuadro 11	Porcentaje de mujeres que asistieron a programas de atención prenatal en cuatro distritos de salud, 1991 . . . . .	39
Cuadro 12	Distribución porcentual de mujeres que asistieron a programas de atención prenatal en cuatro distritos de salud por motivo de asistencia, 1991 . . . . .	40
Cuadro 13	Lugar del parto por características socioeconómicas, 1989 . . . . .	42

## INTRODUCCION

Las características bioquímicas e inmunológicas de la leche materna hacen de ella un alimento insustituible durante los primeros 2 años de vida del niño, la succión frecuente de la lactancia produce un período infertil que puede prolongar el espacio intergenésico a 18 meses o más, constituyendo el único método de planificación familiar verdaderamente natural.

La lactancia natural reduce la morbimortalidad infantil, su protección y promoción constituyen por lo tanto un elemento importante en programas de supervivencia infantil.

El contacto físico frecuente entre la madre y el bebé estimula la relación madre-niño, disminuyendo el riesgo de abandono o maltrato infantil, favoreciendo el desarrollo psicosocial del niño y de la madre. La lactancia precoz favorece la contracción uterina post-parto y disminuye la pérdida de sangre. La involución uterina y el retorno al estado pre-gravidez se aceleran en madres que amamantan a sus hijos.

Finalmente debemos mencionar que la leche materna es el alimento más económico y efectivo en la lucha contra la desnutrición del niño de corta edad, hecho de especial importancia en países en vías de desarrollo como el nuestro, con elevadas tasas de desnutrición infantil y limitaciones en la disponibilidad de alimentos de bajo costo y elevado valor nutricional. La promoción de la lactancia materna también tiene un efecto positivo en las divisas, ya que reduce la necesidad de importar los productos y materiales necesarios para la alimentación por biberón.

Debido a la función crítica de la lactancia materna en la salud materno-infantil, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) publicó su Estrategia para la lactancia materna (USAID, 1990) y solicitó que el personal de las Misiones, junto con sus homólogos de los países, examinaran la estrategia de lactancia materna del país y los medios para fortalecerla. La Oficina de Salud de la USAID en Washington respalda a las Misiones y a los países en estas actividades de revisión a través del contrato con MotherCare. La evaluación a nivel de países de la situación de la lactancia materna constituye un primer paso para la elaboración de un plan integral del país. MotherCare en colaboración con otros grupos, ha producido una Guía para el Análisis Preliminar de País de las Actividades y Prácticas de Apoyo a la Lactancia Materna (Griffiths, 1991). Los resultados de la evaluación inicial de país permitirán a MotherCare examinar y revisar minuciosamente la Guía.

Además de MotherCare, estas evaluaciones que se llevaron a cabo en América Latina cuentan con el apoyo de la Oficina para América Latina y el Caribe de Salud, Población y Nutrición (LAC/DR/HPN) mediante su contrato con el Proyecto de Sostenibilidad en Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe (LAC HNS). Una de las actividades de este contrato es respaldar el desarrollo de programas nacionales sobre lactancia materna, que a su vez ayudarán a mantener mejoras generales en la supervivencia infantil y en la planificación familiar.

La primera evaluación de país que empleó la Guía tuvo lugar en la República Dominicana en junio y julio de 1991. La segunda tuvo lugar en Bolivia en agosto de 1991 a solicitud de la Oficina de Salud y Recursos Humanos de la USAID/Bolivia, que constituye el tema de este informe.

Las actividades de promoción de la lactancia materna en Bolivia se han incorporado a programas nacionales de salud y nutrición, en particular con relación al control de enfermedades diarreicas. Además, varias organizaciones no gubernamentales (ONGs) y organizaciones voluntarias privadas (OVPS), con el apoyo de la USAID, están fomentando la lactancia materna a través de sus programas.

Otro grupo importante en Bolivia es el Comité Técnico de Apoyo a la Lactancia Materna (COTALMA). Este grupo fue fundado en 1989 por 16 profesionales de salud de Bolivia que asistieron a un curso de manejo de la lactancia en Wellstart, San Diego, California, EE.UU., en 1988. Hasta la fecha, el COTALMA se ha concentrado principalmente en la capacitación de profesionales de salud en zonas urbanas importantes para lograr cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con la lactancia materna.

Una mayor atención a la lactancia materna es una intervención que puede mejorar el estado de salud deficiente y la supervivencia de la mayoría de los lactantes y niños en Bolivia. Afortunadamente, en la actualidad existen el reconocimiento generalizado y el interés de los efectos positivos de la lactancia materna por parte del gobierno, a través de su Ministerio de Previsión Social y Salud Pública (MPSSP), por parte de organizaciones no gubernamentales locales e internacionales, de entidades donantes bilaterales y multilaterales y de profesionales clave de salud en COTALMA que trabajan en los sectores público y privado. Este entorno positivo para la promoción de la lactancia materna proporcionó un marco de apoyo a las actividades que se llevaron a cabo durante la evaluación nacional.

El objetivo de esta evaluación en Bolivia fue: proporcionar un resumen de la situación y de los programas actuales (lo que se conoce o que puede documentarse con facilidad), identificar factores que apoyan la lactancia materna o que son obstáculos a la misma e indicar las brechas que requieren medidas inmediatas y directas o mayor investigación.

## METODOS

El equipo que realizó la evaluación estuvo compuesto por las siguientes personas: Dr. Andrés Bartos, pediatra, ex-director de la División de Salud Maternoinfantil del Ministerio de Salud, graduado de Wellstart y director del COTALMA; Dra. Mary Ruth Horner, nutricionista y consultora para MotherCare/Grupo Manoff, y Lic. Gloria Peñaranda, Jefa de Enfermería del Hospital de Niños de La Paz, Secretaria Ejecutiva del COTALMA y también graduada de Wellstart. El Dr. Bartos y la Lic. Peñaranda fueron contratados como consultores del proyecto LAC HNS de URC/ISTI.

Los dos miembros locales del equipo, el Dr. Bartos y la Lic. Peñaranda, pasaron la primera semana (del 29 de julio al 2 de agosto) recolectando documentos pertinentes, comunicando informalmente a funcionarios clave del MPSSP y a otros profesionales de salud la tarea de evaluación y obteniendo sugerencias sobre otras organizaciones y particulares con los que deberían ponerse en contacto.

El equipo completo trabajó junto del 5 al 23 de agosto de 1991. La Guía de lactancia materna (Griffiths, 1991) y la experiencia de la evaluación en la República Dominicana sirvieron como puntos de partida. En primer lugar el equipo examinó la Guía y elaboró una lista de fuentes (documentos, personas e instituciones específicas) de las cuales se podría obtener información para cada sección y subsección. Posteriormente se programaron entrevistas con funcionarios del gobierno, de ONGs, de OVPs y del sector privado de salud y desarrollo.

Con el fin de complementar las actividades en La Paz, el equipo visitó las instalaciones de salud en Cochabamba y Santa Cruz. Se escogieron estas dos ciudades debido a que representan zonas ecológicas diferentes de Bolivia, accesibilidad, conocimiento previo de instituciones clave y facilidad de acceso a ellas, presencia de colegas que facilitan el acceso a áreas pertinentes de la instalación, presencia del personal de salud que había asistido al curso de capacitación sobre lactancia respaldado por el COTALMA en La Paz y en Santa Cruz, el interés de visitar PROSALUD, una organización de cinco años que realiza experimentos con varias formas de atención de salud de financiamiento propio.

En Cochabamba, el equipo visitó cuatro instalaciones de salud: la Maternidad Germán Urquidi (del principal hospital del MPSSP de la ciudad, con aproximadamente 3.000 nacimientos en 1990), dos hospitales de Seguridad Social (Caja Nacional de Salud, con aproximadamente 2.500 nacimientos en 1990) y Caja Petrolera de Salud, con aproximadamente 500 nacimientos en 1990) y un hospital privado (Albina Patiño). En Santa Cruz, se realizaron visitas a PROSALUD (a la sede y los centros de salud Villa El Carmen y La Cuchilla, cada uno con aproximadamente un nacimiento por día), la sección de maternidad del principal hospital del MPSSP (Maternidad Percy Boiand con aproximadamente 700 nacimientos al mes en los primeros seis meses de 1991) y un centro de salud periurbano del MPSSP (Centro de Salud Villa Santa Rosita, con aproximadamente tres a cuatro nacimientos al mes).

En La Paz el equipo visitó la Fundación San Gabriel (aproximadamente 1.300 nacimientos en 1990). Véase el Anexo 1 que contiene una lista de las personas contactadas en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz.

El equipo evaluó dos estrategias básicas para obtener información pertinente a la evaluación. Una opción fue dividir el equipo de conformidad con los criterios acordados y dedicarse a tópicos específicos individualmente, luego proporcionar al resto del equipo un resumen de la información recogida. La otra opción fue, en lo posible, que todo el equipo leyera la misma información de antecedentes y participara en conjunto en todas las entrevistas y visitas a los lugares.

El equipo escogió la última opción, es decir, cubrir todos el mismo material, entrevistas y visitas a los lugares en forma conjunta. La desventaja de esta estrategia fue que la evaluación no tuvo una gran profundidad como hubiera sido en el otro caso; pero las ventajas compensaron con creces esta aparente deficiencia. En primer lugar, el equipo tuvo un conjunto común de conocimientos disponible sobre el cual basar sus discusiones y del cual obtener conclusiones y recomendaciones que representaran un consenso. En segundo lugar, el hecho de que tres personas participaran en una entrevista o en una visita al lugar ayudó a conservar la memoria del equipo sobre esa experiencia mediante discusiones posteriores y reflexión conjunta. Y por último, si bien el equipo participó en forma conjunta en las entrevistas y las visitas, cada miembro del mismo realizó observaciones por separado y tuvo opiniones específicas que agregaron amplitud y profundidad a la experiencia común.

Para facilitar la preparación del primer borrador del informe, la guía se dividió entre los miembros del equipo. Los borradores de cada capítulo se discutieron entre los miembros del equipo y posteriormente se realizaron revisiones. Las conclusiones y recomendaciones fueron preparadas por sección, primero por el autor y luego revisadas por el grupo. Las conclusiones generales se elaboraron después de una discusión conjunta del equipo.

En la última semana, el equipo contó con la asistencia de la Dra. Marina F. Rea, Oficial Médico, Programa de Control de las Enfermedades Diarreicas, OMS, Ginebra, y la Dra. Melba F. de Borrero, del Programa de Control de Enfermedades Diarreicas, OPS, Washington, D.C., EE.UU. Participaron en entrevistas con el IBFAN y con el Director General de Salud MPSSP, y examinaron las actividades de gestión de la lactancia en varias instalaciones de salud en La Paz.

Los resultados de todo el proceso de evaluación y las conclusiones se abordaron con representantes de la USAID/Bolivia, la OMS y la OPS, que se mencionaron anteriormente.

## I. ANTECEDENTES DEL PAIS

### A. PERFIL SOCIO DEMOGRAFICO

#### 1. Descripción del País

Bolivia está situada en la zona tropical de América del Sur. Incluye tres regiones geográficas: los altiplanos (16% de la superficie), los valles (19%) y los llanos (65%). La población estimada para 1988 es de 6,4 millones de habitantes según datos de la Encuesta Nacional de Población y Vivienda, Instituto Nacional de Estadística, 1989 (ENPV 1989), 51% habita en zona urbana. El mayor ritmo de crecimiento de la población urbana (4,15% en comparación a 1,54% rural) indica que la población rural que comprende 49% de la población, constituirá un 38% en el año 2000. Respectivamente el 38% y el 42% habita en los altiplanos y los valles y el 20% restante en los llanos.

Del punto de vista étnico, existe gran diversidad. Los grupos Aymara y Quechua predominan en los altiplanos y valles: en la primera región 19% de mujeres en edad fértil hablan Aymara y 11% Quechua, en la segunda región 27% de ellas hablan Quechua (Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1989 - ENDSA 1989)<sup>1</sup>. En los llanos viven otros grupos étnicos, pero constituyen un porcentaje reducido de la población del país. En su mayor parte, las poblaciones Aymara y Quechua han conservado su idioma, sus costumbres y creencias a pesar de la predominancia de la cultura ladina en Bolivia. Si bien estos diferentes grupos culturales viven en relativa armonía unos con otros bajo un sistema político nacional, las poblaciones indígenas mantienen su integridad cultural y se resisten a la asimilación por la mayoría.

La tasa de analfabetismo en mayores de 15 años es de 18,9%: 7,8% en zonas urbanas y 31,1% en rurales (ENPV 1989). Los datos de la ENDSA 1989 para mujeres en edad fértil sin instrucción indican 17,5%: 8,1% en zona urbana y 31,5% en zona rural. Existen diferencias regionales importantes, así el porcentaje de mujeres en edad fértil sin instrucción es de 20,3 en el altiplano, 19,1 en los valles y 8,5 en los llanos.

#### 2. Factores Económicos

El ingreso promedio per cápita es de US\$570 (Situación de los niños del mundo, 1991, UNICEF). La tasa de crecimiento anual del producto nacional bruto recientemente pasó de una cifra negativa (-3% en 1985) a una positiva (+2,5% en 1989), y la proyección para 1991 es de 3,5%. Sin embargo, el porcentaje de crecimiento del Producto Interno Bruto disminuyó en la

---

<sup>1</sup> La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) se llevó a cabo entre febrero y julio de 1989 por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Se entrevistaron a 7.923 mujeres de 15 a 49 años en una muestra nacional. Las entrevistas con las madres proporcionaron información relacionada con la salud de 5.192 niños menores de cinco años.

última década. La inflación ha sido bastante constante en los últimos años y se proyecta que será de 15% en 1991. El salario mínimo es aproximadamente US\$35 al mes y existen elevadas tasas de desempleo y subempleo. Las estadísticas de las fuentes gubernamentales oficiales presentan un cuadro diferente, ya que notifican que desde mediados de 1990 hasta mediados de 1991 las tasas de desempleo disminuyeron de 11,5% a 8,0%.

La economía no formal constituye un aspecto significativo que debe considerarse en la interpretación de las cifras. Morales (1984) estima que el 80% de la población se encontraba por debajo de la línea de pobreza, teniendo en cuenta los ingresos económicos y el costo de los gastos familiares. La política económica de los últimos años ha logrado una reducción de las tasas de inflación y ha permitido el crecimiento económico en algunos sectores, pero no ha logrado reducir la brecha entre ricos y pobres. Por el contrario, es probable que esta brecha se haya ensanchado.

El porcentaje del presupuesto nacional asignado a salud es de 3,6% aproximadamente. La mayor parte constituye aporte al sistema de seguridad social y sueldos de personal. El presupuesto para infraestructura, equipamiento e insumos proviene de organismos de cooperación internacional en casi su totalidad.

En lo que respecta a la fuente de servicios de salud de la población, del 20 al 30% cae bajo el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública (MPSSP), 20% bajo la Seguridad Social y 20% bajo organizaciones no gubernamentales y organizaciones voluntarias privadas (ONGs y OVPs), principalmente en las zonas rurales. Un considerable porcentaje de la población carece de acceso a servicios de salud. Los servicios privados ofrecen una cobertura escasa pero en la actualidad es objeto de debate el tema de la "privatización".

### **3. Patrones de Migración**

Existe como en todos los países una migración interna del campo hacia la ciudad, traducida en un mayor crecimiento de la población urbana que la rural. Igualmente, existe migración de las zonas "altas" hacia los llanos, particularmente hacia el departamento de Santa Cruz y su capital Santa Cruz de la Sierra.

Por otra parte existe una migración no cuantificada hacia países vecinos, la cual depende de las condiciones económicas y de trabajo de los diferentes países.

### **4. Transportes y Comunicaciones**

Las carreteras asfaltadas se limitan a la línea troncal La Paz-Oruro-Cochabamba-Santa Cruz. El resto de las carreteras no están asfaltadas y por lo tanto son poco transitables en la época de lluvias (diciembre a marzo). La red ferroviaria -destinada al transporte de minerales- funciona en los altiplanos y parte de los valles. En la zona de los llanos, los medios de transporte más utilizados son el fluvial y el aéreo.

El medio de comunicación más importante es la radio. Según la ENDSA 1989, 34,2% de los hogares del país tienen radio, 53,1% en zonas rurales versus 15,5% en urbanas. Sin embargo, en términos de población, las cifras son probablemente mayores debido al uso de radios portátiles. En total 2,7% de los hogares tienen televisión (4,8% en zonas urbanas y 0,6% en rurales). El 50% de los hogares en zonas urbanas compran el periódico por lo menos una vez por semana, comparado con 9% en las rurales.

## **5. Estado de la Mujer**

Un resultado de la crisis económica ha sido la creciente participación activa de la mujer en el apoyo económico de la familia. La tasa de alfabetización de la mujer, 65%, casi iguala a la de alfabetización nacional, que es 73%. Algunas mujeres trabajan en sectores formales de la economía y un grupo mayor en el sector informal. Además cumplen su papel tradicional en los quehaceres del hogar y son responsables del cuidado de los niños.

Existen varias organizaciones de mujeres. Un ejemplo lo constituyen los Clubes de Madres, que se han originado a través de donaciones de alimentos. Dichas donaciones constituyen, en muchos casos, la única razón de la persistencia de esos grupos desvirtuando los propósitos y objetivos finales.

La mujer ocupa, sin embargo, un lugar secundario en la sociedad, reflejado en su escasa representatividad en los niveles de decisión. Frecuentemente se le discrimina en el mercado laboral ya que su productividad es percibida como inferior por el hecho de existir leyes que permiten licencia (reducida por cierto) en caso de embarazo, parto y lactancia.

## **B. ESTADO NUTRICIONAL, MORBILIDAD Y MORTALIDAD**

### **1. Estado Nutricional**

Los datos de la ENDSA 1989 (peso/edad, talla/edad y peso/talla según patrones de NCHS/OMS/CDC) se presentan en el cuadro 1. Los datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nutricional (SVEN) de 1989 (Dirección Nacional de Nutrición y Alimentación, MPSSP), están de acuerdo con los de la ENDSA 1989, e identifican como zona de mayor riesgo a los altiplanos situados al sur de La Paz. La zona de los valles es intermedia y la mayor parte de los llanos constituye zona de riesgo relativamente menor.

Los datos del cuadro 1 reflejan un perfil general de desnutrición crónica. La prevalencia de la emaciación es baja, mientras que el crecimiento retardado es muy elevado. El porcentaje relativamente alto de niños que ya están clasificados como de crecimiento retardado antes de cumplir su primer año de vida puede deberse a varios problemas, entre ellos el bajo peso al nacer (los nacimientos prematuros o el tamaño pequeño para la edad de gestación afectan a aproximadamente 15% de todos los nacimientos), la inadecuada lactancia materna durante los

primeros seis meses y/o suplementos inapropiados (o cese prematuro) de la lactancia materna en el segundo semestre del primer año.

El considerable aumento de la prevalencia de niños con peso inferior al normal en el segundo año de vida refleja muy probablemente lo inadecuado de la dieta durante el período de destete, que luego constituye déficit de crecimiento permanente, en especial en la talla. Además de los efectos de la edad y del destete en la desnutrición, otros factores de riesgo son los intervalos de nacimiento inferiores a 48 meses, la residencia en zonas rurales y un bajo nivel de educación de la madre. Todos estos resultados señalan que los programas de vigilancia del crecimiento podrían desempeñar una función importante en la detección precoz de los obstáculos al crecimiento y en las subsiguientes intervenciones para ayudar a las madres a proporcionar a sus hijos pequeños una dieta adecuada.

## CUADRO 1

### PREVALENCIA DE LA DESNUTRICION (PUNTAJE $Z \leq 2$ S.D.) POR CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIOECONOMICAS

BOLIVIA 1989

	<u>PESO/EDAD</u> (Peso bajo)	<u>TALLA/EDAD</u> (Crecimiento retardado)	<u>PESO/TALLA</u> (Emaciación)
<b>SEXO</b>			
Masculino	15,0	40,2	1,7
Femenino	11,7	36,3	1,5
<b>EDAD DEL NIÑO</b>			
3-5 meses	1,5	7,6	2,8
6-11 meses	8,6	20,3	1,2
12-23 meses	19,1	42,4	2,1
24-36 meses	12,1	50,7	1,0
<b>INTERVALO DE NACIMIENTO</b>			
Menos de 24 meses	16,9	43,8	1,2
24-35 meses	14,0	42,2	2,0
36-47 meses	13,9	44,0	0,9
48 y más meses	9,3	28,7	1,7
<b>ZONA DE RESIDENCIA</b>			
Urbana	10,7	31,5	1,2
Rural	15,9	45,0	2,0
<b>REGION DE RESIDENCIA</b>			
Altiplano	13,4	44,0	1,6
Valle	16,1	40,7	1,5
Llano	9,5	21,4	1,7
<b>EDUCACION DE LA MADRE</b>			
Ninguna	23,1	56,0	2,8
1-5 años	13,1	41,9	1,1
6-8 años	11,3	29,7	1,0
9 y más años	6,6	19,9	2,2
<b>TOTAL</b>	<b>13,3</b>	<b>38,2</b>	<b>1,6</b>

Fuente: ENDSA 1989

## 2. Mortalidad

Si bien la mortalidad infantil en Bolivia ha venido disminuyendo en forma sostenida durante la última década, sigue siendo la más elevada del continente americano. Las cifras que se notifican giran alrededor de 100 fallecimientos de lactantes por mil nacidos vivos. El UNICEF, en su Informe Estado Mundial de la Infancia 1991, notifica 105; SVEN 1989 notifica 102, y ENDSA 1989 notifica 96. La dispersión, no obstante, es amplia. Por lo tanto, se estima que en ciertas regiones al norte de Potosí, la tasa de mortalidad de lactantes es superior a 300. El ENDSA 1989 notifica 172 por mil nacidos vivos como la tasa de mortalidad infantil correspondiente a niños menores de 5 años de edad. En el cuadro 2 se presentan las causas más frecuentes de fallecimiento en niños de menos de cinco años de edad.

Entre las características maternas biológicas relacionadas con la tasa de mortalidad infantil, una tasa más elevada se observó entre niños de madres de menos de 20 y más de 35 años de edad (ENDSA 1989). Otros factores clave incluyen un intervalo corto entre nacimientos (tasa de mortalidad infantil = 154 para los niños con hermanos de menos de dos años de edad en comparación con una tasa de mortalidad infantil = 43 para niños con hermanos de cuatro años o más de edad) y la secuencia de nacimientos (la mortalidad es más alta después del cuarto hijo).

La enfermedad diarreica es la causa directa número uno de fallecimientos de los lactantes bolivianos en su primer año de vida. Constituye el 52,2% de la tasa de mortalidad infantil (cuadro 2) y sigue siendo la principal causa de fallecimiento de los niños menores de cinco años de edad. Las infecciones respiratorias agudas constituyen la segunda causa más prevalente de fallecimiento durante el primer año y en especial durante el primer mes de vida.

Algunos estudios informan una contribución más elevada de la mortalidad neonatal dentro del escenario de mortalidad infantil. El Plan Nacional de Supervivencia para el Desarrollo de Lactantes y la Salud Materna (MPSSP 1990) señala que la mortalidad neonatal "puede representar entre el 35 y 50%" de la mortalidad infantil. Una elevada tasa de mortalidad en los partos en el hogar se ha atribuido a "negligencia" y "descenso de la temperatura" del bebé al que se deja solo hasta que salga la placenta (por lo general una larga demora). No se usa oxitocina ni se coloca al niño al pecho para acelerar el proceso de salida de la placenta.

## CUADRO 2

### CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL, 1989

Distribución porcentual de fallecimientos entre niños nacidos en los cinco años precedentes a la encuesta, por edad al fallecimiento, de acuerdo a las principales causas de fallecimientos (informes de las madres)

Principal causa de fallecimiento (según la madre)	Edad al fallecimiento			Total de fallecimientos
	Menos de un mes	1 a 11 meses	12 meses o más	
Problemas de nacimiento	32,9	3,8	0,5	13,3
Preinatero	7,7	0,0	0,0	2,7
Tétano	5,7	2,0	1,9	3,3
Anomalías congénitas	1,0	1,1	0,0	0,8
Diarrea	13,1	39,1	63,8	35,7
Enfermedad respiratoria	17,2	25,7	15,9	20,5
Sarampión	0,2	2,1	1,2	1,2
Otras infecciones	3,1	1,3	1,7	2,0
Otras enfermedades	4,0	4,4	3,1	4,0
Accidentes	7,9	8,4	4,8	7,4
No se proporcionó causa	7,4	12,1	6,8	9,2
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: ENDSA 1989

### **3. Morbilidad**

En lo que se refiere a morbilidad, la mayoría de estudios señala a las enfermedades diarreicas como primera causa y a las infecciones respiratorias como segunda, tanto en el primer año de vida como en el período entre los 2 y los 5 años. Según informe verbal de la jefatura del programa de infecciones respiratorias agudas (IRA) del MPSSP, las IRA son la mayor causa de visitas médicas, pero constituye en su mayor parte IRA leve y por lo tanto su contribución a mortalidad infantil es menor.

La cobertura de inmunización para niños de menos de cinco años de edad ha venido aumentando gradualmente en la última década, pero en comparación con otros países latinoamericanos sigue siendo bastante baja: 41%. Se estima que el uso de la terapia de rehidratación oral es de 34%.

Las enfermedades más comunes, según informes del Ministerio de Salud, varían de acuerdo con la edad del niño. En niños menores de un año de edad, prevalecen las infecciones gastrointestinales (39%), seguidas por las infecciones respiratorias (27,6%). En el cuadro 3 se describe el porcentaje de niños menores de cinco años de edad con diarrea o tos durante las dos últimas semanas.

## **C. ANTICONCEPCION Y FECUNDIDAD**

### **1. Fecundidad**

La tasa general de fecundidad es de 4,9 (ENDSA 1989), 4,0 en zonas urbanas y 6,4 en zonas rurales. Desde los años cincuenta, la tasa de fecundidad ha permanecido relativamente estable (la cifra oficial de la Dirección Nacional Maternoinfantil del MPSSP fue 6,25) hasta el período 1980-1984. Se ha registrado una disminución considerable desde 1985. Las organizaciones de planificación familiar han expresado dudas sobre la validez de las cifras más recientes ya que sus programas tienen una cobertura nacional baja. Sin embargo, otros factores pueden haber contribuido a la disminución de la fecundidad.

### **2. Tasa de prevalencia de anticoncepción**

El 73% de la mujeres encuestadas por la ENDSA conoce algún método anticonceptivo, el 67% conoce algún método moderno; los más conocidos son: el hormonal (píldora), el dispositivo intrauterino (DIU) y la esterilización. Entre los métodos tradicionales (57% conoce alguno); el más conocido es la abstinencia periódica. En relación al uso, los métodos tradicionales son utilizados más frecuentemente que los modernos. El cuadro 4 muestra el porcentaje de madres no susceptibles a embarazo según meses desde el último parto. Al leer el cuadro 4, el denominador de las columnas tituladas "amamantando", "en amenorrea" y "en abstinencia" es el número de niños encuestados. El denominador de la última columna, "no susceptible" es un valor ponderado, teniendo en cuenta los otros datos.

En cuanto al uso de métodos, 20% de todas las mujeres (30% de las casadas o en unión) usan algún método. Los métodos modernos son utilizados por 8% de todas las mujeres (12% de las casadas o en unión). El más frecuente es el DIU usado por 3,1% del total de mujeres y 4,8% de mujeres casadas o en unión). Los métodos tradicionales son utilizados más frecuentemente; el más utilizado es la abstinencia (10,6% de todas las mujeres y 16,1% de las casadas) (ENDSA 1989).

### CUADRO 3

#### PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD CON DIARREA O TOS Y PROBLEMAS RESPIRATORIOS DURANTE LAS DOS ULTIMAS SEMANAS

BOLIVIA 1989

	DIARREA	TOS CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS
<b>SEXO</b>		
Masculino	27,5	21,0
Femenino	28,7	19,8
<b>EDAD DEL NIÑO</b>		
Menos de 6 meses	24,7	22,9
6 a 11 meses	39,4	25,9
12 a 23 meses	41,4	26,0
24 a 36 meses	28,8	19,2
36 a 47 meses	20,8	17,9
48 a 59 meses	14,9	13,5
<b>ZONA DE RESIDENCIA</b>		
Urbana	28,1	21,2
Rural	28,1	19,6
<b>REGION DE RESIDENCIA</b>		
Altiplano	27,0	17,0
Valle	29,2	14,5
Llano	29,2	35,6
<b>EDUCACION DE LA MADRE</b>		
Ninguna	28,9	17,3
1 a 5 años	30,6	22,0
6 a 8 años	27,0	24,5
9 años o más	22,3	17,2
<b>TOTAL</b>	<b>28,1</b>	<b>20,4</b>

Fuente: ENDSA 1989

#### CUADRO 4

PORCENTAJE DE MADRES AMAMANTANDO, EN AMENORREA DE POSTPARTO Y NO SUSCEPTIBLES A EMBARAZO SEGUN NUMERO DE MESES TRANSCURRIDOS DESDE EL ULTIMO PARTO

BOLIVIA 1989

Meses	Amamantando	En Amenorrea	En Abstinencia	No Susceptibles
<2	92,0	96,7	86,1	99,2
2-3	91,8	85,1	47,3	88,6
4-5	83,6	73,3	29,1	78,4
6-7	83,6	65,0	20,6	71,9
8-9	83,1	60,8	12,7	64,6
10-11	77,1	54,6	11,9	56,4
12-13	66,7	39,0	11,7	44,2
14-15	64,8	25,6	8,6	30,7
16-17	45,2	13,4	8,8	20,8
18-19	36,9	15,1	8,5	22,0
20-21	29,2	13,3	12,1	22,2
22-23	22,6	3,1	3,8	7,0
24-25	12,4	1,9	7,5	9,0
26-27	7,1	2,0	5,1	7,1
28-29	3,3	0,3	6,0	6,3
30-31	3,0	1,3	4,3	4,3
32-33	1,9	0,3	5,3	5,6
34-35	1,5	0,3	4,3	4,7
Total	45,0	30,3	15,6	35,5
Promedio	16,2	11,0	6,1	13,4

Fuente: ENDSA 1989

De todas las fuentes públicas y privadas para la obtención de anticonceptivos (píldora, condones, diafragmas o inyecciones), las dos de uso más frecuente son los médicos privados y las farmacias. Más del 70% de las mujeres obtuvieron la píldora o el condón en una farmacia o en un consultorio médico privado. Los hospitales públicos y privados constituyeron aproximadamente del 20 al 25% de las fuentes de diafragmas e inyecciones. Casi el 70% de los DIU se obtuvo a través de visitas médicas privadas. En 1990 por primera vez el Ministerio de Salud incluyó el tema de la planificación familiar en sus normas nacionales (MPSSP 1990) en forma explícita y también estableció aproximadamente 10 centros en el país a través de los cuales los servicios de planificación familiar estaban a disposición de la población usuaria. Estos acontecimientos se facilitaron a través de la reducción de la resistencia por parte de la Iglesia Católica al tema de la planificación familiar. No obstante, la cobertura general de los servicios de planificación familiar del país sigue siendo muy baja.

Si bien las mujeres demuestran gran interés en conocer y emplear métodos tradicionales y modernos, en el último caso el esposo es un obstáculo considerable. Desde el punto de vista del varón, el uso de métodos modernos permite a la mujer tener relaciones extramatrimoniales y la no procreación se considera un fracaso desde el punto de vista social.

Un 30 a 40% de las mujeres percibe la lactancia como un método natural de espaciamiento intergenésico, e indica que esa es la razón para mantener una lactancia prolongada (más de 2-3 años en algunos casos). Sin embargo, pocas de estas mujeres, y los trabajadores de salud que las asesoran, están conscientes del hecho de que la fecundidad vuelve una vez que la lactancia materna ya no es exclusiva.

## CONCLUSIONES

Al realizar comparaciones de los datos estadísticos económicos de Bolivia con el resto de América Latina continuamente se ve que Bolivia se encuentra entre los países más pobres, si no es en realidad el más pobre de la región. Las estadísticas clave de salud, como la tasa de mortalidad infantil y las tasas de desnutrición en niños de edad preescolar, también confirman esta situación y pintan un cuadro lúgubre de la población general.

La situación de la mujer es uniformemente baja entre los varios grupos étnicos en Bolivia, en términos de su nivel educativo y sus oportunidades económicas. Si bien en la última década las mujeres han aumentado su conocimiento de métodos anticonceptivos, siguen viéndose impedidas de actuar en base a este conocimiento y a su propia motivación para planear y espaciar sus hijos.

Los grupos indígenas de habla aymara y quechua constituyen una presencia étnica significativa en la población boliviana. Su aislamiento geográfico y social en general del resto del país inhibe su asimilación a la cultura ladina que es más prevalente. Padecen en forma desproporcionada de falta de acceso a servicios, al igual que lo que sucede con la mayoría de los bolivianos que se hallan por debajo de la línea de pobreza. Las características positivas de la situación general en Bolivia son una estructura política relativamente estable, ausencia de disturbios civiles, y redes de transporte y comunicaciones que funcionan, conectando a las principales zonas de población del país.

## II. NATURALEZA Y MAGNITUD DEL PROBLEMA DE LAS PRACTICAS INADECUADAS DE LA LACTANCIA MATERNA

### A. PERFIL GENERAL DE LA LACTANCIA MATERNA

Los datos que se presentan en esta sección proporcionan un perfil general de las prácticas de lactancia materna en Bolivia, empleando los resultados obtenidos en los últimos diez años. En lo posible, los datos son desagregados por variables de interés, por ejemplo, edad, región geográfica y residencia en zonas rurales o urbanas. Los datos adicionales que ayudan a interpretar estos resultados se presentan en las secciones B y C.

#### 1. Perfil nacional

Las estadísticas de lactancia materna que representan a todo el país se obtienen de la Encuesta de Demografía y Salud de 1989 (ENDSA). Divididos en tres grupos de edad para niños de 0-14 meses de edad, estos datos presentan el siguiente perfil:

<u>Niños de 0-4 meses de edad</u>	<u>%</u>
Lactancia materna exclusiva	55
Lactancia más agua	4
Lactancia más otros alimentos	38
Recibieron alguna lactancia materna	97
<u>Niños de 7-11 meses de edad</u>	39
Lactancia más sólidos (no biberón)	24
Lactancia (no sólidos)	15
No amamantados	
<u>Niños de 12-14 meses de edad</u>	
Todavía amamantados	71

En comparación con los datos de un estudio importante realizado en 1980 (Vera, 1981), los resultados actuales del ENDSA indican una disminución general en el término medio de la duración de la lactancia materna en los últimos nueve años:

<u>Grupo de edad</u>	Año (% amamantado)	
	<u>1980</u>	<u>1989</u>
6 a 11 meses	91	82
12 a 23 meses	55	45
24 a 35 meses	7	5

Los datos más desagregados del estudio de ENDSA se presentaron en el Capítulo I, sección C, cuadro 4, que muestra los porcentajes de niños amamantados en intervalos de dos meses.

## 2. Diferencias regionales y entre zonas rurales y urbanas

En el siguiente cuadro de Vera, 1981, se presentan las grandes diferencias geográficas en prácticas de la lactancia materna en Bolivia.

### CUADRO 5

PORCENTAJE DE NIÑOS QUE SIGUEN SIENDO AMAMANTADOS POR GRUPO DE EDAD Y LUGAR DE RESIDENCIA, 1980 (N = 1633)

<u>Residencia</u>	<u>Edad del niño</u>			<u>Total</u>
	<u>6-11</u>	<u>12-23</u>	<u>24-35</u>	
<u>Urbana</u>				
La Paz	85,0	63,0	6,0	46,0
Cochabamba	82,0	23,0	0,0	28,0
Santa Cruz	44,0	24,0	1,0	20,0
<u>Rural</u>				
Altiplano	96,0	70,0	9,0	54,0
Valle	86,0	39,0	5,0	39,0
<u>Llano</u>	<u>84,0</u>	<u>39,0</u>	<u>4,0</u>	<u>35,0</u>
TOTAL	91,0	55,0	7,0	46,0

En general, la prevalencia de la lactancia materna es más elevada en el altiplano, intermedia en los valles y más baja en los llanos. En cada sección del país, la prevalencia de la lactancia materna es más elevada en las zonas rurales que en las urbanas.

Estos efectos de regiones geográficas y de residencia rural-urbana se confirman mediante los datos más recientes del ENDSA (1989) que se presentan en términos de duración media de la lactancia materna:

<u>Característica</u>	<u>Duración media de la lactancia materna</u> (meses)
<u>Zona de residencia</u>	
Urbana	15,4
Rural	18,1
<u>Región de residencia</u>	
Altiplano	19,7
Valle	16,4
Llano	13,2

Los datos de un estudio realizado en 1990 de 703 madres en ocho zonas urbanas (Bartos, 1990-a) reflejan las mismas tendencias regionales que las presentadas más arriba según los datos del ENDSA, pero una duración mucho más corta de la lactancia materna que la media de 15,4 meses en la zonas urbanas. Según la submuestra de madres que ya habían dejado de amamantar, los resultados por región son los siguientes:

<u>Región</u>	<u>Duración media de la lactancia materna</u> (meses)	<u>Tamaño de la muestra</u>
Altiplano	11,0	103
Valle	7,0	102
Llano	4,0	93

### 3. Efectos de la situación socioeconómica

En 1981, el INAN estudió el efecto de la situación socioeconómica en la duración de la lactancia materna en tres ciudades principales que representan tres zonas geográficas de Bolivia:

Duración media de la lactancia materna (meses)  
Situación socioeconómica (N)

<u>Ciudad</u>	<u>Baja</u>	<u>Media más baja</u>	<u>Media más alta</u>
<u>Altiplano</u>			
La Paz	11,5 (176)	9,2 (55)	6,6 (76)
<u>Valle</u>			
Sucre	10,3 (125)	8,0 (62)	5,5 (76)
<u>Llano</u>			
Trinidad	9,3 (119)	8,8 (45)	3,9 (36)

Para cada ciudad, la duración media de la lactancia disminuye con las mejoras de la situación socioeconómica. Y como se indicó anteriormente, la duración media de la lactancia también tiende a disminuir de los altiplanos a los valles y de éstos a los llanos.

Los datos más recientes (Bartos, 1990-a) también muestran el mismo efecto de la situación socioeconómica en la lactancia materna. Todos los niños de este estudio eran menores de 24 meses de edad. El grupo rural consiste en madres que realmente viven en zonas rurales pero que acudieron a un centro urbano para recibir atención de salud en el momento en que se estaba llevando a cabo el estudio.

Porcentaje de madres que amamantan

<u>Situación socioeconómica o zona de residencia</u>	<u>Tamaño de la muestra</u>	<u>%</u>
Rural	78	62,8
Periurbana	125	58,4
Urbana		
Ingreso bajo	204	67,2
Ingreso medio	296	51,4

#### 4. Características de la madre

Otras variables importantes relacionadas con la duración de la lactancia materna son la edad de la madre y su nivel de educación.

##### a. Edad

Los datos del estudio del INAN de La Paz, Sucre y Trinidad (Vera, 1981) indican una tendencia general en las tres ciudades a una lactancia más larga por parte de las madres de mayor edad. Estos resultados son confirmados por los datos de Bartos (1990-a) que indican una marcada tendencia de las madres de más edad en zonas urbanas a amamantar por períodos de tiempo más largos. Bartos halló una duración media de la lactancia de 4,2 meses entre las madres de 15 a 19 años de edad, contrastando con 9,0 meses entre las de 35 a 39 años de edad.

Por el contrario, los únicos datos del ENDSA en relación con la edad de la madre indican que la duración media de la lactancia materna por parte de madres de menos de 30 años de edad es de 16,2 meses y para las mayores de 30 años es de 16,1 meses.

##### b. Educación de la madre

Los datos del ENDSA señalan una correlación negativa entre el nivel de educación de la madre y la duración de la lactancia materna. Para las madres analfabetas, el número medio de meses de lactancia fue 20,6; para las madres con uno a cinco años de educación, 18,3 meses; para las madres con seis a ocho años, 16,0 meses; y para las que tenían nueve o más años de educación, 11,7 meses. Un resultado interesante de los datos de Vera (1981) fue que en las zonas rurales dispersas el nivel de educación de la madre no tenía efecto alguno en la duración de la lactancia.

#### 5. Iniciación de la lactancia materna

Uno de los factores que se considera importante para establecer la lactancia materna es llevar al recién nacido al pecho lo más pronto posible después del nacimiento. En Bolivia esta práctica todavía no está generalizada. Los datos del INAN (Vera, 1981) indican que las madres que iniciaron la lactancia a las pocas horas del nacimiento tendían a amamantar a sus hijos durante más meses que las madres para las cuales se demoró el inicio de la lactancia. Los resultados combinados para las ciudades de La Paz, Sucre y Trinidad indican lo siguiente:

<u>Horas de puerperio cuando se inició la lactancia</u>	<u>Duración de la lactancia (meses)</u>	<u>N</u>
1 a 4	11,4	82
5 a 6	10,3	55
7 a 12	9,3	99
13 a 24	9,5	304
25 y más	8,8	179

En el estudio del COTALMA (Bartos 1991-b), solamente el 9,7% de las 300 madres entrevistadas iniciaron la lactancia en los 30 primeros minutos después del nacimiento. Los resultados del estudio de CARE del distrito rural de Iscayachi en Tarija (CARE, 1991) proporcionan explicaciones de la demora en el inicio de la lactancia materna. Esta muestra consistió en 42 mujeres cuyo hijo más pequeño había nacido y fallecido entre enero de 1989 y diciembre de 1990.

Veintiuna de estas madres no comenzaron la lactancia hasta 12 horas después del nacimiento. La razón más frecuente de la demora era "el calostro es malo para el bebé" (38,1%), seguido de "el bebé no quería ser amamantado" (28,6%), luego "la madre no tenía leche" (23,8%) y finalmente, "el bebé estaba enfermo" (9,5%). Estos resultados indican que la fuerte tendencia a demorar la lactancia materna es una práctica que debería modificarse para reflejar mejor la recomendación internacional (OMS, UNICEF, USAID) de iniciar la lactancia materna dentro de la hora siguiente al nacimiento.

## 6. Introducción de líquidos (aparte de la leche materna), semisólidos y sólidos

En Bolivia una costumbre generalizada es dar mate de anís al recién nacido, como primer líquido aun antes de la leche materna. El motivo de dar esta infusión es "limpiar el estómago". Si bien muchas madres siguen esta práctica, no implica el inicio del proceso de destete. A veces las madres introducen el mate al recién nacido por el motivo especial mencionado sin intención de seguir dándole este mate u otros líquidos que no sean la leche materna en los meses siguientes.

Los datos que ilustran este fenómeno provienen de un estudio de base de cuatro comunidades rurales en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz (CCH, 1991-a). Con frecuencia se les da una variedad de líquidos a los recién nacidos antes de la leche materna.

### CUADRO 6

#### DISTRIBUCION DE NIÑOS (%) POR COMUNIDAD Y PRIMER ALIMENTO RECIBIDO COMO RECIEN NACIDO, 1991

	Ayo-Ayo	Samaipata	Sacaba	Totora
1. Leche materna	75	41	75	77
2. Infusiones	12	41	5	4
3. Leche en biberón	6	14	10	4
4. Agua	0	2	9	13
5. Otros	6	2	1	3

Estos datos indican que del 23% (Totora) al 59% (Samaipata) de los recién nacidos no recibían leche materna como primer líquido. En esta muestra rural los resultados demuestran la fuerte práctica cultural de dar infusiones a una edad muy temprana y también la tendencia negativa alarmante hacia la alimentación por biberón. Muchas madres creen que el calostro no es beneficioso para el niño. Por otra parte, las madres de este estudio que si dieron el calostro, lo hicieron para "limpiar el estómago del bebé". Este último grupo respondió que no había recibido información especial de ninguna persona sobre la importancia del calostro.

Los datos del COTALMA (Bartos 1991-b) indican que durante la estadía en el hospital solamente el 56% de los recién nacidos recibieron leche materna exclusivamente, 20% recibieron fórmulas y 24% recibieron agua azucarada y otros líquidos.

A continuación se presentan datos adicionales del CCH (1991-a) los cuales ilustran que en las comunidades rurales estudiadas prevalece la práctica de alimentación mezclada temprana. Los líquidos que no sean la leche materna se comienzan a dar entre 1 y 3,5 meses, los sólidos se introducen poco tiempo después, entre 3,4 y 5,5 meses.

#### CUADRO 7

##### EDAD MEDIANA (MESES) EN LA CUAL LOS NIÑOS RECIBEN LIQUIDOS QUE NO SEAN LA LECHE MATERNA Y ALIMENTOS SOLIDOS, 1991

	Ayo-Ayo	Samaipata	Sacaba	Totora
1. Líquidos	3,5	1,0	3,3	3,0
2. Alimentos sólidos	5,5	4,0	4,9	3,4

Los datos del ENDSA (1989) indican que, a los 3 ó 4 meses, solamente el 42,7% de los bebés son amamantados exclusivamente. La edad mediana para la introducción de líquidos suplementarios es 3,3 meses. La tendencia en zonas urbanas es hacia una suplementación aún más temprana: en el estudio de Bartos (1990-a), el 63% de las madres comenzó a dar otro tipo de leche al recién nacido a los cuatro meses de edad y el 75% lo hizo a los 6 meses.

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

Gran parte de los datos que describen las prácticas de lactancia materna se han presentado en la sección A. En esta sección, además de prácticas adicionales, se proporciona información sobre el conocimiento y las actitudes de las madres.

### 1. Motivos por los cuales se suspende la lactancia

En el cuadro siguiente se presentan datos del estudio del INAN (según lo notificó Murillo, 1984) que indican una serie de motivos por los cuales las madres de la muestra dejaron de amamantar a sus hijos más pequeños menores de tres años de edad.

#### CUADRO 8

##### MOTIVOS PARA SUSPENDER TOTALMENTE LA LACTANCIA MATERNA, SEGUN LO NOTIFICADO POR LA MADRE, 1984

<u>Motivo</u>	<u>%</u>
Era la época adecuada	24,8
Leche insuficiente	17,8
Nuevo embarazo	13,0
Enfermedad (de la madre o del niño)	10,8
Ordenes del médico	9,2
El bebé se negó a tomar el pecho	8,2
No amamantaron nunca	6,6
Empleo de la madre	5,8
Otros	<u>3,8</u>
Total	100,0

En el estudio de Bartos (1990-a), el motivo principal que se mencionó para suspender la lactancia materna fue leche insuficiente (40%). Los motivos más frecuentes siguientes a ésta fueron el empleo de la madre y el consejo del médico.

### 2. Alimentos complementarios

En la sección A.6 anterior se presentó una reseña de la introducción de líquidos distintos de la leche materna. A continuación se presenta una descripción de los alimentos que se les da a los niños pequeños como parte del proceso de destete, correspondiente a las tres regiones principales de Bolivia (MPC, 1981).

En el altiplano, los niños de 6 a 9 meses de edad básicamente consumen carbohidratos y cereales, como papa, arroz, sopa de yuca y agua de harina de maíz como alimentos suplementarios. El consumo de proteínas (carne, huevos) y vitaminas es muy bajo.

En cuanto a la "frecuencia de alimentación", la mitad de las respuestas afirman alimentar al niño tres veces, un 38% dos veces al día. En general, la frecuencia aumenta con la edad del niño. En cuanto a la calidad de la alimentación complementaria, los datos indican que no está adecuadamente balanceada, ya que el consumo de productos de origen animal, de frutas, verduras y grasas es sumamente bajo y el de leguminosas es prácticamente nulo.

En la región de los valles, las sopas de arroz y fideos aparecen como la alimentación complementaria por excelencia en casi todos los grupos de edad. Igualmente, el té y el café son ampliamente consumidos en estas edades.

El 14% de las respuestas respecto a la alimentación complementaria de niños entre los 6 y los 9 meses, indica que proviene de la yuca y el maíz; el 9% de la carne y solo el 4% de los huevos y las frutas.

Según las encuestas realizadas en la región de los llanos, la alimentación complementaria de los niños entre los 6 y los 9 meses consiste básicamente en sopas de fideo y arroz (17% de las respuestas corresponden a este tipo de alimentación). El 15% señalan té o café y el 10% pan. El consumo de arroz y fideos en preparaciones sólidas también tiene importancia en este grupo de edad (11%).

Los datos de Bartos (1990-a) indican que el 42% de las madres comenzó a introducir alimentos suplementarios a los cuatro meses de edad y el 80% a los seis meses.

### 3. Dieta de las mujeres que amamantan

En el mismo estudio del Ministerio de Planificación (MPC, 1981), se les preguntó a las madres sobre los alimentos apropiados para las mujeres que estaban amamantando. Los resultados se presentan en el siguiente cuadro:

#### CUADRO 9

##### ALIMENTOS APROPIADOS PARA LAS MUJERES QUE AMAMANTAN, 1981 (porcentaje de respuestas)

<u>Alimentos</u>	<u>Altiplano</u>	<u>Valle</u>	<u>Llano</u>
Sopa de verduras o a base de cereales	36,4	18,5	8,5
Sopa de carne	36,4	39,0	2,6
Carne, pescado, leche, queso, huevos	6,6	14,1	40,6
Sólidos	15,4	12,3	10,4
Líquidos	---	---	6,0

En el altiplano el mayor porcentaje de respuestas respecto a la alimentación apropiada para madres lactantes corresponde a los caldos de verduras y cereales (más del 36%) y un porcentaje similar para caldos de carne. En segundo lugar, con el 15% de respuestas, están las preparaciones sólidas y carbohidratos (chuño, pan, maíz, yuca, papa, arroz, fideos). Solo el 7% de las respuestas indicaron alimentos de alto valor proteínico, como carne, leche, huevos, queso, y pescado. El consumo de verduras y frutas tiene poca importancia para las encuestadas y representa el 0,2% y el 1,4% de las respuestas respectivamente.

En la región de los valles, el caldo de carne aparece como el alimento más adecuado para la madre lactante; representa el 39% de las respuestas. Luego se citan los caldos de verduras y cereales, con el 14%. Los líquidos importantes para las mujeres que amamantan no se mencionan ni en el altiplano ni en los valles, apenas 6,0% en los llanos.

Los resultados obtenidos en los llanos son muy diferentes en cuanto a la alimentación apropiada para madres lactantes. En esta zona, los alimentos más citados, que corresponden al 40% de las respuestas son: carne, pescado, leche y queso; las verduras constituyen el 14% y el mismo porcentaje se encuentra en la "comida corriente". Los "caldos" alcanzan solo el 11%, o sea que dejan de tener la importancia que tienen en el altiplano.

#### **4. Utilización de biberones**

Los datos del estudio de base de CCH (1991-a) que se presentan en la sección A.6 reflejan el sorprendente uso de biberones en las zonas rurales. De 4% (Totorá) a 14% (Samaipata) de los recién nacidos recibieron su primer alimento en forma de leche en un biberón. Además, algunos de los recién nacidos que recibieron infusiones (matecitos) como su primer alimento (de 4 a 41% de la muestra total) también lo recibieron a través de un biberón, mientras que el resto lo recibió con cuchara.

Otros datos recientes de la parte norte de Potosí y la parte adyacente del sur de Cochabamba reflejan prácticas similares en el uso de biberones en las zonas rurales (PROANDES, 1990). Una característica bien conocida de esta zona es su extrema pobreza. El uso de biberones se registró en 14% en Potosí y 31,8% en Cochabamba.

En el estudio de PROANDES, se les preguntó a las madres quién les había aconsejado usar biberones. La respuesta más común fue "por idea propia" (52,4% en Potosí y 75,6% en Cochabamba), seguido de "un miembro de la familia o un amigo" (19,0% en Potosí y 22,0% en Cochabamba) y luego "un profesional de salud" (28,6% en Potosí y 2,4% en Cochabamba). Se puede suponer con bastante certeza que solamente una minoría muy pequeña de estos casos realmente necesitaba el biberón. Estos resultados indican la urgente necesidad de información sobre el manejo fructífero de la lactancia materna y los riesgos que conlleva el uso de biberones.

## 5. Conocimientos acerca de la lactancia materna

El estudio de Bartos (1990-a) incluyó información sobre el conocimiento de las madres con respecto a ciertos aspectos de la lactancia materna. En resumen, estos resultados fueron los siguientes:

- el 33% de las madres sabía que la lactancia materna exclusiva debe durar de 4 a 6 meses;
- el 13% respondió que la lactancia materna debe durar 24 meses;
- el 66% sabía que el calostro se debe dar al recién nacido;
- el 33% sabía que la lactancia materna exclusiva es eficaz como método anticonceptivo;
- y el 16% de las madres sabía que no es necesario suspender la lactancia materna en caso de quedar embarazada nuevamente.

Estas tasas relativamente elevadas de conocimiento preciso sobre la lactancia materna pueden atribuirse en parte a las características de la muestra, ya que el 89% eran de zonas urbanas y tenían un número promedio ( $\pm$ D.E.) de 9 años de escolaridad ( $\pm$ 5).

Otros datos recientes sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre la lactancia materna se presentan en un estudio realizado en 1990 de mujeres rurales en Santa Cruz (Frias et al., 1990). Este estudio empleó el "procedimiento de evaluación rápida" e incluyó 17 mujeres en dos pueblos muy pequeños. Los niños en este estudio todos eran menores de dos años de edad.

Un resumen de los resultados indicó lo siguiente:

- el 94% daba infusiones (en biberón) a los recién nacidos antes de comenzar la lactancia materna; el 41% indicó que el motivo de ello era "para limpiar el estómago del bebé" y una proporción igual citó la falta de leche materna;
- los motivos para suspender la lactancia materna fueron: enfermedad de la madre (29%), enfermedad del niño (29%), trabajo (6%), otros motivos (12%) sin respuesta (24%);
- los primeros alimentos que deberían darse al bebé eran: sopa (76%), puré (29%), fruta (23%), café y huevo (12%), el alimento de la familia (6%) y no sabían (12%);
- el 59% de las madres indicó que la leche materna era suficiente para el bebé y el 41% indicó lo contrario;
- la duración del tiempo que se consideró adecuado para la lactancia materna fue de 9 meses (12%), 12 meses (29%), más de 15 meses (23%), hasta el próximo embarazo (6%) y hasta que el bebé camine (29%);

- los métodos que se dieron para suspender la lactancia materna fueron los siguientes: separar al niño de la madre (70%), negarse a darle el pecho y darle comida en lugar de ello (18%), aplicar un líquido especial al pecho (6%), y esconder el pecho (6%), y
- los alimentos especiales de destete fueron: café, galletas, sopa de arroz y fruta (29%), leche de cabra (6%) y no sabían de ninguno (65%).

En 1986, el UNICEF y el Centro de Investigación y Consultoría (CINCO) colaboró en un estudio de 425 mujeres de todos los niveles socioeconómicos en La Paz. Algunos de los conceptos que se investigaron fueron sobre la lactancia materna. Cuando se les preguntó cuál era el propósito del calostro, la mayoría de las madres (31,1%) no sabía y solamente el 20,9% sabía que era alimento.

A estas madres también se les preguntó cuánto tiempo debería amamantarse al niño. Las respuestas fueron: 18,6% durante 6 meses, 55,8% durante 12 meses y 25,2% por no más de 12 meses.

Cuando se les preguntó cuáles eran las indicaciones para suspender la lactancia materna, la mayoría de las mujeres (56,2%) dijo que no conocía ninguna, el 17,6% respondió "enfermedad de la madre" y el 16,0% respondió "nuevo embarazo".

El hecho de que la mayoría de estas madres dijera que no conocía ninguna razón para suspender la lactancia materna no equivale necesariamente a haber dicho "no existe razón". No obstante, es más probable que las madres que dieron esta respuesta amamanten a sus hijos durante un período prolongado de tiempo ya que no ven motivo aparente para no hacerlo.

Los datos presentados en esta sección indican que las madres en Bolivia están mal informadas sobre varios aspectos de la lactancia materna. Las intervenciones para mejorar su conocimiento tendrán que identificar las fuentes de información de las madres como parte de una campaña educativa.

### **C. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE MIEMBROS DE LA FAMILIA Y DE LA COMUNIDAD**

La función del padre (o del compañero varón) en la estructura social familiar es similar en Bolivia a la de otros países latinoamericanos. Una interesante excepción a este marco general es la función que los padres tienen en el momento del nacimiento. Según se indica en el Capítulo IV, el padre es la persona que más probablemente ayude en el nacimiento cuando tiene lugar en el hogar. Por este motivo, el MPSSP ha elaborado materiales educativos sobre el parto limpio y un conjunto de equipo que está destinado a ayudar al personal que no sea el de salud, a asistir en los nacimientos. También en el Capítulo IV se describe la influencia del padre en comparación con la de personas que dan consejos a las madres sobre la introducción de otros leches al recién nacido.

Otros miembros de la familia, en particular la suegra, siguen teniendo considerable influencia en las madres, en especial en las que tienen su primer hijo. La familia extendida es crítica para ayudar a proporcionar cuidado infantil para las madres que no pueden o no quieren llevar a sus hijos al trabajo. En zonas en las que los miembros adultos de la familia extendida no pueden cuidar al bebé, se le deja al cuidado del hermano o la hermana mayor. Además de verse privado de la leche materna, este lactante es muy probable que esté sujeto a sucedáneos inadecuados durante la ausencia de la madre.

Sigue siendo una práctica común en zonas rurales que un recién nacido sea amamantado por una pariente o amiga de la familia si por algún motivo la madre muere o no está presente por otras razones.

## CONCLUSIONES

Muchos de los resultados que se presentan en la Sección A son muy positivos para la situación de la lactancia materna en Bolivia, por ejemplo, la gran mayoría de las mujeres amamantan a sus hijos y muchas de ellas lo hacen hasta bien entrado el segundo año de vida. No obstante, hay fuertes factores negativos que afectan esta situación. La proporción de niños que recibe el mayor beneficio está disminuyendo, es decir, los que son exclusiva o casi exclusivamente amamantados durante los primeros seis meses de vida y los que son amamantados más allá de esta edad a medida que reciben alimentos suplementarios. Las tendencias negativas que han sido documentadas en Bolivia son similares en varias maneras a las que se ven en otros países de América Latina: una disminución general en la prevalencia y duración de la lactancia materna, en especial en zonas urbanas; relaciones inversas entre la lactancia materna y la clase social y educación de la madre; introducción temprana de otros líquidos, especialmente al nacimiento, y marcadas diferencias regionales y culturales.

Los factores relacionados con los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres y de otros miembros de la unidad familiar o de la comunidad que apoyan (A) la lactancia materna y los que representan obstáculos (O) en este aspecto son los siguientes:

A: La lactancia materna es una práctica de amplia aceptación en todos los estratos de la cultura boliviana; sigue siendo muy prevalente en zonas rurales en los altiplanos en general, y la mayoría de las mujeres en estas zonas tiende a amamantar por lo menos durante un año y muchas lo hacen hasta bien entrado el segundo año. Con respecto a estas mujeres el desafío no es estimular la lactancia materna (ya que es bastante prevalente), sino proteger el deseo y la capacidad de amamantar y hacerlo exclusivamente en los primeros 4 a 6 meses.

En los valles y los llanos, la prevalencia y la duración de la lactancia materna ha sufrido más que en el altiplano. En aquellas zonas, se necesitan intervenciones para proteger y para estimular la lactancia materna.

A: Muchas mujeres creen que la leche materna es gratis y conveniente, un punto de vista que es positivo para las madres que absolutamente no pueden costearse fórmulas para lactantes ni los otros elementos (por ejemplo, biberones, agua y fuente de energía) que se necesitan para darlas.

O: Algunas prácticas negativas son en realidad muy racionales para las mujeres durante el parto y la lactancia, por ejemplo, poner al bebé a un lado luego de un nacimiento en el hogar mientras se espera que salga la placenta; tirar el calostro porque la madre no cree que sea bueno para el recién nacido.

A: Muchas personas que trabajan para modificar estos hábitos negativos saben que se necesita investigación cualitativa para entender los comportamientos primero y luego elaborar alternativas viables para las mujeres; demostrar el valor de una alternativa para las mujeres es un método de enseñanza eficaz.

O: Miembros de la familia que están mal informados pero tienen buenas intenciones que convencen a la madre de que debería introducir otros líquidos y/o alimentos porque, según creen, ella no tiene suficiente leche.

O: La introducción temprana generalizada del mate de anís y de otras infusiones y líquidos debilita la lactancia materna exclusiva.

O: En algunas cuestiones importantes, por ejemplo, la introducción del biberón, muchas mujeres al parecer toman la decisión por sí mismas sin buscar consejo necesariamente. La presencia de biberones en su comunidad puede sugerir que esto es lo normal (si bien no necesariamente lo correcto) que se debe hacer.

O: La tendencia natural de que las personas (en este caso, las niñas y mujeres) quieran imitar las prácticas de las mujeres de situación socioeconómica más elevada, con el resultado de que existe una creciente tendencia a introducir biberones y leche en polvo y a comenzar a dar alimentos complementarios demasiado temprano.

O: La práctica común de introducir antes de los 4 a 6 meses alimentos suplementarios de poca densidad calórica y de bajo contenido de proteína afecta negativamente la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional de los niños pequeños.

## RECOMENDACIONES

Donantes, ONGs y OVPs:

1. Las investigaciones de operaciones pueden ayudar a determinar qué prácticas de lactancia materna son más susceptibles al cambio y, lo que es igualmente importante, los sentimientos de las mujeres sobre su propia imagen y la justificación de sus prácticas. Debido a la función

importante del esposo o compañero varón en el momento del nacimiento, estas investigaciones deberían incluir este grupo especial. Entre las prácticas que deberían recibir atención prioritaria figuran las siguientes: introducción demorada de la lactancia materna, no utilizar el calostro, introducción muy temprana de infusiones y otros líquidos, uso de biberones y momento inapropiado (demasiado temprano o demasiado tarde) para introducir los alimentos de destete.

Gobierno, donantes, ONGs y OVPs:

1. La práctica de la lactancia materna prolongada en comunidades rurales con escaso acceso a servicios de salud formales debe protegerse. El personal de salud y los responsables de tomar decisiones deben reconocer que, si bien la lactancia materna es prácticamente generalizada en Bolivia y bastante prolongada, existen tendencias peligrosas que están erosionando esta situación que una vez fue muy positiva. Hay numerosas acciones muy específicas que se pueden llevar a cabo en este punto que respaldarían los deseos, la confianza, la capacidad y las oportunidades de las madres de amamantar. Por ejemplo:

- Los trabajadores de salud necesitan ser informados adecuadamente sobre la relación entre la lactancia materna y la fecundidad.
- Los trabajadores de salud necesitan una mejor educación sobre la disponibilidad y el uso de anticonceptivos para el espaciamiento de los nacimientos.
- Los trabajadores de salud necesitan estar capacitados en conocimientos prácticos de ayudar a las madres a solucionar sus problemas con la lactancia.

Si bien puede ser difícil para el gobierno, los donantes, las ONGs y las OVPs hacer que la lactancia materna sea de máxima prioridad, es preciso que entiendan que es posible abordar con eficacia algunas de las tendencias actuales negativas con inversiones relativamente moderadas de recursos. La motivación de actuar ahora debe ser generada por el entendimiento de que será más eficaz en función de los costos realizar estas inversiones en el futuro cercano en lugar de esperar que la situación se vuelva más alarmante. Si bien muchos de estos grupos están conscientes de la importancia de la lactancia materna y la fomentan en cierto modo en su programación, todavía se necesita que por lo menos un grupo pueda ser considerado como el defensor nacional principal de la lactancia materna. Dicho grupo necesita personal calificado, recursos financieros, motivación y respeto para poder cumplir con su mandato con la amplitud y la profundidad necesarias de actividades.

En los siguientes capítulos se presentarán detalles más específicos sobre la índole y la magnitud del apoyo y de los obstáculos a la lactancia materna que se identificaron anteriormente en las conclusiones de este capítulo, junto con recomendaciones específicas.

### **III. CONTEXTO POLITICO, FINANCIERO Y LEGAL**

#### **A. POLITICAS DE LACTANCIA MATERNA**

##### **1. Declaraciones de política**

Muchas personas e instituciones entrevistadas no perciben que exista un problema real en Bolivia con la lactancia materna, en particular en las zonas rurales y especialmente en comparación con otros países de la región. Esta percepción puede explicar el hecho de que no haya una política definida sobre la lactancia materna. Hay leyes destinadas a proteger a las embarazadas y a las que están amamantando, que estipulan licencia prenatal y post-natal (45 días cada una) y la de licencia para amamantar (una hora por día se da a las mujeres que se hallan en el puerperio hasta el primer cumpleaños del niño). La verdadera aplicación de estas reglamentaciones depende en gran medida de un acuerdo entre el empleador y el empleado. En la mayoría de los casos, las mujeres embarazadas no utilizan plenamente su derecho a la licencia prenatal y post-natal debido al temor de perder su trabajo o de ser transferida a un puesto más bajo con salarios más bajos. Lo mismo sucede con el tiempo que se da para amamantar.

Antes de 1985, el sistema de Seguridad Social proporcionaba suplementos alimentarios a las mujeres embarazadas y que estaban amamantando. Desde entonces, la política nacional revisada estipula que todos los empleadores son responsables directos de proporcionar los siguientes suplementos, en efectivo o en especie:

- durante los últimos cinco meses del embarazo, tres latas de dos kilos de leche en polvo, cinco pedazos de queso y dos kilos de sal yodada por mes (por valor aproximado de US\$32,43), y

- durante los primeros 12 meses de lactación cuatro latas de dos kilos de leche en polvo entera y dos kilos de sal yodada por mes.

Estos últimos alimentos están destinados a suplementar la lactancia materna pero no se proporcionan instrucciones específicas. Por lo general se cree que muchas mujeres venden la leche en polvo, que se fabrica en Bolivia bajo la marca PIL. Dada la existencia de este programa y de otros que distribuyen leche en polvo a las mujeres embarazadas y/o en lactación, el gobierno debería adoptar e implantar normas pertinentes que han sido emitidas por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR 1989) sobre el tema. Estas normas, que han sido aprobadas por el Programa Mundial de Alimentos, el UNICEF y la OMS, fueron elaboradas específicamente para los programas de alimentación a los refugiados, pero son igualmente pertinentes para los tipos de programas de distribución de leche que se hallan en Bolivia. En el Anexo 4 se presenta una copia de estas normas.

A los empleados del sistema de Seguridad Social mismo se les proporciona su suplemento en especie, llegando aproximadamente a 180 empleados al año. No se cuenta con datos disponibles

sobre otros empleadores. Se sospecha que hacen caso omiso de la ley o que proporcionan efectivo en lugar del suplemento mismo.

El Plan Nacional (MPSSP 1990) contempla un capítulo sobre lactancia materna y nutrición del niño en su segunda impresión (la primera impresión de tiraje más limitado no incluía dicho capítulo). Tiene en cuenta algunas de las recomendaciones incluidas en el documento de la declaración conjunta OMS/UNICEF de 1989: Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Natural conocida también como "Diez pasos hacia una feliz lactancia natural" (Véase el Anexo 2): indicación de ventajas y de cómo iniciar una lactancia exitosa en el período prenatal, inicio precoz (en la primera hora de vida) de la lactancia, alojamiento conjunto y lactancia a libre demanda. También señala un período de 4 a 6 meses de lactancia exclusiva y recomienda mantenerla (con suplementos) "por lo menos hasta el año de vida, de ser posible hasta los dos años" (MPSSP 1990 pág. 137).

En la sección relativa a la atención prenatal, no se menciona la lactancia materna. Se hace referencia a ella en las secciones sobre atención durante el parto (si bien no aparece en el resumen de tareas de acuerdo al nivel de complejidad) y al puerperio.

En el capítulo relativo al crecimiento y desarrollo, se mencionan los siguientes factores de riesgo: suspensión de la lactancia antes de 12 meses de edad (MPSSP 1990, página 131; la recomendación internacional es 24 meses) y la introducción de suplementos (destete) luego de seis meses. No se menciona el destete temprano como un posible factor de riesgo. El Plan de Acción (MPSSP 1990, páginas 144-149) recomienda que los trabajadores de salud averigüen y den consejo sobre la lactancia materna exclusiva a los 4 a 6 meses y con suplementos hasta los 24 meses. No se incluyen normas claras sobre los tipos de alimentos para el destete.

Las secciones sobre enfermedad diarreica grave e infección respiratoria aguda enfatizan a la lactancia en la prevención así como en las medidas generales de tratamiento, las recomendaciones son congruentes con las "prácticas ideales de lactancia materna" (Anexo 2). La sección sobre centros de leche y de "chicolac" indica el margen de edad de ocho meses a seis años; el objetivo de estos centros es contribuir a mejorar el estado nutricional. La actividad consiste en proveer un vaso de leche o "chicolac" (preparado de leche y chocolate) y una unidad de pan o pan de maíz a cada uno de los participantes.

Como regla general, las instalaciones de atención de la salud (hospitales, maternidades, centros de salud) no tienen su propia política sobre lactancia materna y la aplicación de las normas nacionales es limitada (véase el Capítulo IV).

## **2. Sistemas de información**

La información disponible proviene de investigaciones realizadas por grupos independientes, de la investigación del INAN 1981 y de los datos de la ENDSA 1989. No se incluye la lactancia

como parte integral del sistema de información de actividades del Ministerio, ni existe presupuesto asignado para investigación sobre el tema.

### **3. Coordinación - Comité Nacional de Lactancia Materna**

En febrero de 1983 se conformó el Comité Nacional de Fomento a la Lactancia Materna con el objetivo de elaborar el Reglamento de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, basado en el Código Internacional aprobado en 1981 por la Asamblea Mundial de Salud. Una vez cumplido su objetivo (véase la Sección VIII) dejó de funcionar. Autoridades de la Dirección de Atención a las Personas del Ministerio de Salud (incluye la antigua Dirección de Salud Maternoinfantil) tienen predisposición para reanudar las actividades del Comité, esto permitiría no solamente gestionar la aprobación del Código a nivel del Parlamento, sino también la revisión de normas nacionales, objetivos y actividades de protección y promoción de la lactancia natural.

No existe un "Programa Nacional" o un componente explícito de protección y promoción de lactancia materna, ni presupuesto asignado para acciones específicas. Existen dos corrientes de pensamiento sobre el tema: la predominante es evitar crear una multiplicidad de programas verticales (entre los que se incluiría lactancia materna como "programa" o "componente") e incluir acciones dentro de componentes o programas establecidos. La otra postura concuerda en que una política nacional sin un programa diluye las medidas destinadas a proteger y promover la lactancia materna, puesto que no se proporciona capacitación específica sobre la materia ni se hace hincapié en la aplicación de las normas nacionales en ninguna de las secciones específicas del MPSSP. El último enfoque propone reforzar un componente nacional con algunos objetivos específicos, un presupuesto e indicadores que permitan actividades de seguimiento y evaluación.

### **4. Ejecución de la política**

Más de la mitad del personal de salud desconoce las normas nacionales de lactancia materna y por lo tanto no las aplica. El Ministerio ha propuesto un programa para difundir las normas con capacitación, pero esto todavía no se ha puesto en ejecución y por consiguiente no puede ser evaluado. El personal médico ejerce sus cargos por un período corto en los centros de salud de distrito y de zona, disminuyendo de este modo el efecto de la capacitación a menos que ésta se proporcione en forma continua.

En una evaluación recientemente realizada (Bartos 1991-b) se observó que únicamente el 50% de madres que había asistido a control prenatal recibió alguna indicación sobre las ventajas de la lactancia materna o sobre cómo iniciarla exitosamente. El porcentaje de madres que ha dado a luz recientemente y que ha recibido indicaciones precisas sobre la duración de la lactancia y el destete fue inferior al 50%. Aproximadamente el 10% de las madres de este grupo comenzó a amamantar durante la primera media hora de vida y, en total, 38% había iniciado durante la

primera hora. El alojamiento conjunto es de rutina en la mayoría de los servicios, pero el conocimiento de los trabajadores de salud sobre la lactancia materna es limitado.

Aunque los organismos donantes manifiestan gran interés sobre el tema, su presupuesto y apoyo depende sin embargo de requerimientos específicos. En ausencia de un plan o programa coherente o integrado, las acciones son más bien dispersas y su eficacia difícil de evaluar. La OPS provee esencialmente asistencia técnica en el país, y su apoyo económico es limitado. Varias agencias como el UNICEF, la USAID, el UNFPA, el BID y el Banco Mundial, etc. cubren los requerimientos económicos, de equipamiento e insumos para ejecución de programas y actividades, además de asistencia técnica.

Las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) que trabajan en el sector salud enfatizan la lactancia en sus programas, y existe buena predisposición para apoyarla aún más. En algunos casos es evidente que se requiere mayor información científica para mejorar los mensajes. Por ejemplo una persona responsable de una ONGs tenía el concepto que la lactancia provee protección contra infecciones después de los ocho meses, pero ya no tiene valor nutricional y que en presencia de un nuevo embarazo debe suspenderse.

La Sociedad Boliviana de Pediatría es muy activa en temas de supervivencia infantil, incluso la lactancia materna, la cual fue analizada como tema oficial en las Jornadas Nacionales llevadas a cabo en Oruro en 1990, ocasión en la que se realizó un curso de post-grado con participación de la Dra. Audrey Naylor y la Lic. Elizabeth Creer de Wellstart (San Diego, EE.UU.). Las presentaciones serán publicadas en un número suplementario de la Revista de la Sociedad de Pediatras dedicado exclusivamente al tema de lactancia. La Sociedad ha co-auspiciado varios cursos destinados a personal de salud.

El Comité Técnico de Apoyo a la Lactancia Materna (COTALMA), constituido por graduados de Wellstart ha organizado varios cursos para profesionales de salud, que han permitido lograr algunos cambios en las prácticas y rutinas hospitalarias, además de otras actividades que apoyan directa o indirectamente la lactancia. (Ver Anexo 3).

**B. POLITICAS RELACIONADAS CON LA COMERCIALIZACION Y PROMOCION DE SUSTITUTOS DE LA LECHE MATERNA (véase Capítulo VIII)**

**C. MUJERES QUE TRABAJAN (véase el Capítulo VII)**

**D. FINANCIAMIENTO**

Si bien no existe un presupuesto asignado específicamente para actividades de promoción y protección de la lactancia, tanto en lo que corresponde al presupuesto nacional como a la cooperación, las actividades de comunicación, información y educación de los diferentes componentes incluyen mensajes sobre lactancia materna. Las agencias de cooperación están dispuestas a dar mayor apoyo económico en la medida que se presenten propuestas concretas.

## **CONCLUSIONES**

Véase el final del Capítulo VII (El trabajo de las mujeres y los sistemas de apoyo) que contiene conclusiones sobre las políticas que se refieren a la mujer; véase el final del Capítulo VIII (Comercialización de los sucedáneos de la leche materna) que contiene conclusiones sobre las políticas relativas a la comercialización de los sucedáneos de la leche materna.

Los factores que apoyan (A) el contexto político, financiero y legal de la lactancia materna y los que representan obstáculos (O) en esta actividad son los siguientes:

### Factores políticos y legales:

A: El Código Boliviano (sobre la comercialización de los sucedáneos de la leche materna) se aprobó en 1984; un comité interdisciplinario (Comité Nacional para la Promoción de la Lactancia Materna) trabajó con todo éxito para lograr este fin.

O: El Código Boliviano fue aprobado por el Ministerio de Salud, pero no es ley nacional; necesita ser revisado para restringir mejor las actividades de las empresas comerciales. El comité interdisciplinario se desbandó después de que el código fue aprobado.

A: El MPSSP estableció recientemente, por primera vez en Bolivia, un conjunto de normas nacionales sobre la lactancia materna.

O: Estas normas nacionales son incompletas y no hacen hincapié en la educación para la lactancia materna ni en la capacitación en atención prenatal, ni proporcionan normas sobre el destete. Si bien su existencia constituye un factor positivo, las normas todavía no representan una política nacional sobre la lactancia materna.

La implantación de las normas nacionales a nivel operativo es deficiente, dada la falta de difusión y conocimiento de las mismas, la falta de capacitación teórica y práctica del personal de salud.

O: Las normas nacionales no incluyen políticas relativas a la distribución gratuita de leche en polvo, proveniente ya sea de fuentes nacionales o internacionales, para mujeres embarazadas y lactantes y/o niños en edad preescolar. Cuando esta leche se prepara en forma inadecuada y se administra a un niño no destetado, los resultados son muy perjudiciales al proceso de lactancia materna y a la salud del niño.

#### Factores financieros:

O: Si bien existen normas nacionales, no se ha realizado seguimiento de las mismas mediante la creación de un programa nacional de lactancia materna con objetivos claros y, en consecuencia, no se ha asignado un presupuesto gubernamental para actividades específicas.

O: No existe un sistema multisectorial de información sobre actividades de lactancia materna más allá de los sistemas que mantienen las entidades multilaterales, las OVPs o las ONGs.

O: Ninguna entidad bilateral o multilateral tiene un programa específico solamente para la lactancia materna en Bolivia.

A: Sin embargo, algunas de estas entidades están dispuestas a respaldar solicitudes para actividades específicas relacionadas con la lactancia materna.

A: La OMS, la OPS y el UNICEF en la actualidad otorgan a la lactancia materna una prioridad más elevada en sus programas internacionales, ya sea como una intervención importante en sí misma (el UNICEF) o como un medio efectivo de combatir la diarrea (la OMS y la OPS).

A: La Oficina de Salud de la USAID, Washington, D.C. recientemente ha obtenido financiamiento (aproximadamente de US\$20 a 30 millones) para programas de apoyo a la lactancia materna en todo el mundo. La USAID/Bolivia está muy interesada en abordar los problemas de salud y nutrición y solicitó esta evaluación de la lactancia materna para proporcionar insumo a su planificación.

## **RECOMENDACIONES**

Gobierno, donantes, ONGs y OVPs:

1. Reavivar, reautorizar y reorganizar el Comité Nacional de Promoción de la Lactancia Materna e incluir en su agenda los siguientes temas de alta prioridad:

- a. Examen y revisión de las normas nacionales para incluir criterios sobre asesoramiento, seguimiento, evaluación y supervisión;
- b. Elaborar estrategias para promover la difusión y aplicación de las normas;
- c. Promover actividades de investigación operativa para establecer prioridades para la acción;
- d. Asegurar contenidos de capacitación mínimos y coherentes para el personal de salud y los participantes no profesionales;
- e. Elaborar un plan de acción para la creación de una ley nacional que fomente y apoye la lactancia materna;
- f. Adoptar la política de aceptación, distribución y uso de productos de leche en los programas de alimentación a los refugiados, del ACNUR (ver Anexo 4) en lo que respecta al suministro y distribución de leche en polvo por parte de donantes internacionales y locales en Bolivia.

## IV. SERVICIOS DE SALUD FORMALES

### A. PATRONES DE ATENCION PRENATAL

#### 1. Indicadores

Más de la mitad de las mujeres entrevistadas por el ENDSA que dieron a luz durante los últimos cinco años no recibieron ningún tipo de atención prenatal (cuadro 10).

**CUADRO 10**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE NACIMIENTOS QUE OCURRIERON EN LOS**  
**ULTIMOS CINCO AÑOS POR TIPO DE PERSONA QUE PROPORCIONA**  
**LA ATENCION PRENATAL, DE ACUERDO CON LAS**  
**CARACTERISTICAS DE LA MADRE**

BOLIVIA 1989

Características de la madre	No recibieron atención	Médico	Enfermera	Partera	Otro
<b>EDAD DE LA MADRE</b>					
Menos de 30 años	49,6	46,3	2,8	1,1	0,1
30 años o más	56,9	38,1	2,0	1,1	1,0
<b>ZONA DE RESIDENCIA</b>					
Urbana	35,8	61,2	1,1	1,3	0,2
Rural	69,1	25,0	3,6	1,0	0,8
<b>REGION DE RESIDENCIA</b>					
Altiplano	59,6	36,5	2,1	1,2	0,3
Valle	51,0	43,3	3,1	1,0	0,3
Llano	40,8	54,9	3,2	1,2	0,4
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>					
Ninguna educación	81,5	12,7	2,8	1,1	1,5
Educación básica	61,8	21,7	3,0	1,6	0,44
Intermedia	35,6	61,8	1,7	0,8	0,0
Media o más	12,5	85,6	1,1	0,2	0,2
<b>TOTAL</b>	<b>53,0</b>	<b>42,5</b>	<b>2,4</b>	<b>1,1</b>	<b>0,5</b>

Fuente: ENDSA 1989.

El proyecto CCH investigó varios aspectos de la educación en salud y de la atención de la salud en los distritos en los que se ejecutó el proyecto: Ayo-Ayo, Samaipata, Totorá y Sacaba (CCH 1991-b). Se realizaron encuestas de mujeres en edad de procrear con hijos menores de cinco años de edad, del personal de salud y de autoridades municipales de las comunidades en las cuales se había llevado a cabo una encuesta de base (CCH 1991-a).

El número total de mujeres entrevistadas fue: 72 en Ayo-Ayo, 80 en Sacaba, 83 en Totorá y 114 en Samaipata. Los datos obtenidos con respecto al control prenatal se describen en el cuadro 11.

### CUADRO 11

#### PORCENTAJE DE MUJERES QUE ASISTIERON A PROGRAMAS DE ATENCION PRENATAL EN CUATRO DISTRITOS DE SALUD, 1991

Distrito	Asistieron	No asistieron	Total
Ayo-Ayo	17	83	100
Sacaba	39	61	100
Totorá	51	49	100
Samaipata	49	51	100

Fuente: CCH 1991.

Los resultados coinciden con los del estudio de base, salvo en el caso de Totorá, en el que la encuesta indica que solamente el 27% asistió a programas de atención prenatal, en comparación con 51% en la encuesta de base. Esta encuesta muestra que la asistencia en general es más elevada entre mujeres de menos de 20 años de edad (44%). Entre las que tienen de 20 a 24 años de edad fue de 24% y entre las que tienen 25 a 29 fue 32%.

Las 141 madres que acudieron en busca de atención prenatal mencionaron diferentes razones por las cuales lo hicieron (Cuadro 12).

## CUADRO 12

### DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES QUE ASISTIERON A PROGRAMAS DE ATENCION PRENATAL EN CUATRO DISTRITOS DE SALUD POR MOTIVO DE ASISTENCIA, 1991

Distrito	Mejorar la salud	Problemas con el embarazo	Sugerencias del personal de salud	Número de madres
Ayo-Ayo	66	26	8	12
Sacaba	48	32	20	31
Totora	76	19	5	42
Samaipata	29	53	18	56

Fuente: CCH 1991.

Las 207 madres que no recibieron atención prenatal citaron en su mayor parte que "no era necesario". Su idea es que la atención solo es necesaria cuando ocurren problemas con el embarazo. La falta de acceso y de confianza fueron otras razones. Esto último refleja prejuicios culturales de la población encuestada y las características profesionales del personal de salud.

## 2. Protocolos

Las Normas del Ministerio de Salud (MPSSP 1991) incluyen 21 tareas que deben realizarse en las diferentes consultas del control prenatal. No se especifica el examen de mamas ni la consejería en lactancia como parte de las mismas y, en los lugares visitados, se observó que el examen de mamas es excepcional y la consejería sobre lactancia no muy frecuente. Una causa probable es la falta de conocimientos sobre el tema por parte del personal de salud y otra es (a pesar del escaso cumplimiento de las normas en términos generales) la ausencia de una guía específica en las mismas.

En una encuesta realizada en julio de 1991 (Bartos 1991-b) en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, de las 300 madres a quienes se les dio de alta, 50% indicó que les hablaron sobre las ventajas de la lactancia materna y 45% que les dieron indicaciones acerca de la lactancia exitosa antes de salir del hospital.

La norma nacional recomienda vigilar el estado nutricional de la madre durante el control prenatal, mediante medición de peso y talla en cada una de las consultas. Sin embargo, no existen materiales para consejería en nutrición en la mayoría de los consultorios de atención

prenatal. La prevención de la anemia se realiza mediante la administración de hierro y ácido fólico. Como se menciona en el Capítulo III, algunos empleadores proporcionan a las madres leche en polvo como parte del subsidio de lactancia materna; las madres que asisten a los servicios del Ministerio de Salud lo reciben como parte del Proyecto 2801 del Programa Mundial de Alimentos.

El Hospital San Gabriel de La Paz ha adquirido una merecida reputación positiva con su atención a las mujeres embarazadas. Los funcionarios del hospital han determinado que los pediatras tienen un interés y una apertura mayor de capacitación en el manejo de la lactancia apropiada que lo que tienen los obstetras. Por lo tanto, contrariamente a la práctica tradicional, son los pediatras de San Gabriel los encargados de dar la orientación prenatal sobre la lactancia materna a las embarazadas. Además, se les informa también sobre los servicios de planificación familiar que proporciona el hospital.

A pesar de estas prácticas muy positivas, los funcionarios del hospital mencionan que el cambio de personal es un desafío constante, ya que siempre hay empleados nuevos que tienen que ser capacitados en los diferentes aspectos de la atención prenatal, del parto y postnatal apropiada. Otra dificultad con que se enfrenta el hospital San Gabriel es que algunas de las mujeres embarazadas que acuden allí para tener sus hijos no han recibido asesoramiento prenatal apropiado. Por consiguiente, el personal tiene que vérselas con conocimiento incorrecto, actitudes inadecuadas y prácticas negativas que estas mujeres traen consigo.

## **B. PATRONES DE ATENCION DEL PARTO**

### **1. Indicadores**

Se estima que aproximadamente el 25% de todos los partos del país tienen lugar en instituciones. Algunos de los factores probables que influyen en esta baja cobertura son accesibilidad, costo, capacidad de resolver problemas, satisfacción con la atención recibida y respeto a las tradiciones culturales de la mujer embarazada. En el cuadro 13 se muestra la prevalencia de los partos en el hogar en comparación con las instalaciones de salud y las variaciones debidas a las características demográficas y socioeconómicas.

La mayoría de los partos institucionales tienen lugar en establecimientos del Ministerio de Salud, en segundo lugar en los de la Seguridad Social y un número reducido en clínicas privadas. Las cifras correspondientes a atención de parto por médico (Cuadro 13), reflejan la atención hospitalaria y su distribución. En efecto, los partos institucionales son atendidos por médico, ya que no existen enfermeras-parteras que ejerzan su profesión en el sistema hospitalario.

Los porcentajes de parto por cesárea son generalmente más elevados en el sector privado. A nivel institucional se pueden estimar cifras entre 15 y 20% para los altiplanos y valles y superiores a 30% en el llano (Bartos 1990-b). Los centros de salud de "PROSALUD" (Santa Cruz de la Sierra) atienden únicamente partos normales; aquellas madres con complicaciones,

### CUADRO 13

LUGAR DEL PARTO POR CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS  
 Porcentaje de nacimientos en los cinco años precedentes a la encuesta que tuvieron lugar en una instalación de salud y porcentaje de partos en el hogar (con y sin la ayuda de un auxiliar de salud), por características socioeconómicas

BOLIVIA 1989

Características	Partos en una instalación de salud			Partos en el hogar				
	Pública	Privada	Total	Auxiliar de salud <sup>2</sup>	Sin auxiliar de salud	Total	Otros	No Infor- mado
<b>RESIDENCIA</b>								
Urbana	42,3	15,9	58,2	4,6	34,9	39,5	1,9	0,4
Rural	13,6	4,6	18,3	5,3	74,6	79,9	0,8	1,0
<b>REGION</b>								
Altiplanos	21,4	8,7	30,0	5,0	63,1	68,1	1,2	0,7
Valles	28,9	10,0	39,0	4,7	54,1	58,9	1,3	0,9
Llanuras	39,5	13,3	52,8	5,2	39,6	44,8	1,6	0,8
<b>EDUCACION DE LA MADRE</b>								
Ninguna	7,2	0,4	7,6	3,6	87,0	90,6	0,8	1,0
1 a 5 años	21,7	4,7	26,5	5,8	65,5	71,3	1,2	1,0
6 a 8 años	46,7	11,8	58,5	5,5	34,2	39,7	1,7	0,1
9 o más	50,4	32,5	82,9	4,1	10,7	14,8	1,8	0,5
<b>TOTAL</b>	<b>27,5</b>	<b>10,1</b>	<b>37,6</b>	<b>5,0</b>	<b>55,4</b>	<b>60,4</b>	<b>1,3</b>	<b>0,7</b>

Fuente: ENDSA 1989

<sup>2</sup> Médico, enfermera o partera empírica capacitada.

o que requieren cesárea son referidas al Hospital de Maternidad Percy Boland. En el estudio arriba mencionado (Bartos 1990-b), se encontró una importante asociación entre tipo de parto y duración de lactancia materna. El promedio de duración de lactancia fue de 5 meses para niños nacidos por cesárea versus 9 meses para los de parto vaginal. Se atribuye esta diferencia a un mayor período de separación madre-niño y el consiguiente uso del biberón en los primeros días de vida.

En algunos centros médicos como el de Maternidad Natalio Aramayo de La Paz, la estadía hospitalaria (después del parto) es de 24 horas o menos en caso de parto normal y de 48 a 72 horas en caso de cesárea. En general hay una tendencia a reducir la estadía en la mayoría de los centros públicos (no así en los privados, en los cuales rutinariamente las madres permanecen 3 días si el parto es vaginal y 5 si es cesárea).

Se estima la incidencia de bajo peso al nacer (menos de 2.500 g) alrededor de 14-15%; sin embargo, algunos centros de maternidad importantes como "Germán Urquidí" de Cochabamba informan cifras inferiores a 6%.

## **2. Protocolos**

No existen protocolos o normas de lactancia materna en los hospitales diferentes de la norma nacional (MPSSP 1990). Generalmente el personal no conoce el contenido de la mencionada norma y no se encuentran fácilmente ejemplares en las instituciones.

Es común el uso de oxitócicos y ergometrina para la prevención de hemorragia postparto, tanto en primíparas como en multíparas. En un estudio inédito sobre prácticas de hospitales públicos y privados, el 85% de la muestra respondió que se usaba rutinariamente la ergometrina. Este medicamento también puede obtenerse sin receta. Dado que el uso rutinario de la ergometrina es un impedimento a la producción de leche materna, es preciso establecer una política explícita con respecto a la disponibilidad y al uso de este medicamento.

Se estima que 80% de las instituciones públicas y privadas practican el alojamiento conjunto. Irónicamente, en algunos hospitales, la falta crítica de cunas y/o colchones para ellos obliga a las madres a mantener a sus recién nacidos en la misma cama que ellas. Sin embargo, existe una separación inicial madre-niño, generalmente más prolongada en caso de cesárea y lógicamente en caso de complicaciones maternas o del recién nacido. A nivel privado, el alojamiento conjunto depende del criterio del médico tratante y de la solicitud de la madre. En la evaluación de prácticas hospitalarias (Bartos 1991-b) se observó un inicio de lactancia en la primera hora de vida en 38% de los casos. Esto representa ciertamente un avance en relación a las rutinas aplicadas en años anteriores, que consistían en una separación de 4 a 6 horas, la indicación médica del pediatra señalaba iniciar la alimentación con suero glucosado luego de un período de ayuno de 6 horas, y posteriormente ofrecer lactancia materna o sucedáneos de leche materna. Esta indicación por parte de los pediatras se realiza cada vez menos. Sin embargo se constató que las propias madres compran biberones y administran "mate de anís" o sucedáneos de leche materna (particularmente en Cochabamba y Santa Cruz) hasta el momento de la "bajada

de leche". No existe ninguna regulación en aquellos pabellones de maternidad que prohíba la introducción de biberones y sucedáneos de leche materna por parte de las madres.

El alojamiento conjunto es una práctica importante de los hospitales para apoyar la lactancia materna, pero hay muchas prácticas que un hospital puede o no puede apoyar, independientemente de la de colocar a madre e hijo en la misma habitación. Algunas de estas otras prácticas son: tener una lámpara de calor al lado de la cama en la que la madre da a luz, de modo que se pueda limpiar al bebé allí mismo y luego ponerlo al pecho lo más pronto posible; las políticas que respaldan la lactancia materna en el caso de los nacimientos por cesárea y prematuros; permitir a una madre que amamanta quedarse con su hijo enfermo; permitir a las empleadas que están amamantando que traigan a sus bebés al trabajo; estimular a que las madres expriman la leche para bebés prematuros o recién nacidos enfermos y prohibir a las madres y a otros miembros de la familia que traigan biberones al hospital para el recién nacido.

Si bien existe gran preocupación entre aquellos interesados en la protección-promoción de la lactancia natural por la tendencia general de las madres a no utilizar el calostro y administrar mates en los primeros días, no existen estudios que demuestren que esta práctica interfiera significativamente con la lactancia materna o que favorezca las infecciones. Existe la posibilidad que esta costumbre, interpretada como cultural y ancestral, haya tenido su inicio en la recomendación institucional rutinaria de administrar soluciones de dextrosa al recién nacido antes de iniciar la lactancia natural.

Aun en casos de alojamiento conjunto, si el bebé llora, es frecuente que el personal le ofrezca sucedáneos "porque la leche de la madre no es suficiente", reforzando así el temor de la madre de no tener bastante leche o que la calidad de la misma es dudosa. Esta práctica interfiere por lo tanto con el éxito y la prolongación de la lactancia materna.

En la encuesta realizada en julio de 1991 (Bartos 1991-b), el 56% de las madres entrevistadas indicó que su niño recibió únicamente leche materna durante la estadía hospitalaria; el resto recibió sucedáneos (20%) o agua azucarada u otros líquidos (24%).

Si bien no existen bancos de leche en Bolivia, varios pabellones de maternidad utilizan leche materna extraída de la propia madre para alimentar a bebés prematuros o aquellos con patología que impide la succión al seno materno. Se prefiere la extracción manual, existen algunas extractoras manuales en el comercio, pero la disponibilidad de extractoras mecánicas está limitada a dos centros en La Paz: Maternidad Natalio Aramayo y Hospital del Niño (Consultorio de Lactancia Materna de COTALMA).

Existe un "Programa Canguro" en el Hospital San Gabriel, en el Centro de Salud N°1 (MPSSP) de La Paz, en la Maternidad Germán Urquidi (MPSSP) de Cochabamba y en un centro de la ciudad de Oruro. En el momento de esta evaluación se está implementando uno similar en la Maternidad Natalio Aramayo (MPSSP) de La Paz. El programa consiste en promover el alta precoz de aquellos recién nacidos de bajo peso que tienen buenas condiciones generales, con lactancia exclusiva. El UNICEF ha apoyado esta actividad permitiendo la capacitación de

algunos pediatras en Colombia. Si bien la experiencia es limitada, los resultados son positivos y este programa debería ampliarse a otros centros del país.

### **C. PATRONES DE ATENCION AL NIÑO**

Las Normas y el Plan de Acción (MPSSP 1990) en lo referente al componente de crecimiento y desarrollo y aplicación del Carnet de Salud Infantil no especifican el número de controles que debe tener el niño en el primer año de edad y en el período posterior. Las curvas de peso/edad utilizadas en el Carnet de Salud y en el Sistema de Vigilancia Epidemiológico Nutricional (SVEN) corresponden a las del NCHS (los percentiles 3 de niñas y 50 de varones del NCHS constituyen la curva inferior y superior del carnet, respectivamente).

La Sociedad Boliviana de Pediatría (A. Bartos, comunicación personal) está realizando un estudio sobre curvas de crecimiento en niños menores de 6 meses con lactancia exclusiva. La Dra. Ana María Aguilar (graduada de Wellstart) coordina el trabajo a nivel nacional. Los resultados serán presentados en Sucre, con ocasión del Congreso Nacional de Pediatría (septiembre de 1991). El patrón de crecimiento en estos niños refleja una curva "S" más elevada que la norma de referencia en los primeros 3 a 4 meses, luego disminuye por debajo de ese nivel por un corto período de tiempo y luego aumenta a partir de entonces. Este período de aparente crecimiento levemente más lento en los niños amamantados es el motivo por el cual algunos pediatras recomiendan la introducción temprana de la leche y los alimentos suplementarios.

En un estudio (Bartos 1990-a), se observó en la población encuestada (703 madres) que los productos de la leche se introdujeron en promedio a los 3,7 meses de edad y los alimentos suplementarios a los 4,1 meses de edad. Las dos razones más importantes que dan las madres por el destete y por la introducción de los productos lácteos fueron "falta de leche materna" y recomendaciones del médico (en ese orden). Las recomendaciones médicas se observaron en niños de menos de 6 y 4 meses de edad, lo que sugiere la falta de conocimiento de las normas nacionales y/o la falta de conocimiento y capacitación para ayudar a las madres a amamantar con todo éxito. Las recomendaciones nacionales (MPSSP 1990) hacen hincapié en la lactancia materna exclusiva durante los primeros 4-6 meses de vida, y la introducción de apropiados alimentos de destete después de ese período, siguiendo con la lactancia materna durante el primer año y de ser posible durante el segundo.

### **D. CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DEL PERSONAL DE SALUD**

Ha habido creciente interés en cuestiones de lactancia materna en los últimos años. La información de la que se dispone cada vez más ha tenido un efecto positivo sobre los conocimientos. No obstante, esta información es parcial y no está organizada adecuadamente. La gran mayoría del personal de salud del MPSSP (representando todos los niveles de personal de salud y todas las disciplinas relacionadas: médicos (especialmente ginecólogos, obstetras y pediatras), enfermeras, nutricionistas y farmacéuticos) no están bien informados sobre la

lactancia materna y no están interesados en el hecho de que la disminución de la lactancia materna esté directamente relacionada con las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad de lactantes y niños. Su influencia y falta de información cubre muchas esferas: por ejemplo, si la madre debería tener un parto por cesárea o no, los factores que determinan el suministro de leche de una madre, las contraindicaciones para la lactancia materna (por ejemplo, enfermedad del niño o embarazo o enfermedad de la madre), la duración del tiempo que la madre debe amamantar y qué, cuándo, cómo y por qué deberían introducirse otros líquidos y/o alimentos.

El director de un Hospital que cuenta con servicio de maternidad, indicó que conoce todas las ventajas de la lactancia y por lo tanto la promueve; sin embargo, se observó que no existe alojamiento conjunto, la separación madre-niño después del parto es prolongada, cuentan con lactario y casi todos los bebés reciben leche u otras sustancias en biberón durante su estadía hospitalaria. El personal de enfermería (enfermeras y auxiliares) recurre frecuentemente al uso del biberón cuando la madre experimenta dificultades con la lactancia. Sin embargo, al ser interrogadas, indican sin excepción que la leche materna es mejor. Ninguna de las madres que utilizan los servicios de esa institución recibió orientación sobre lactancia en el período prenatal.

Por otra parte, el personal de dos centros del sistema "PROSALUD" (Santa Cruz) que asistió a un curso de COTALMA, ha cambiado la rutina de atención: no se ofrecen biberones a los recién nacidos, se practica el alojamiento conjunto y lactancia exclusiva a libre demanda, además de impedir la introducción de biberones por parte de las madres o familiares. Sin embargo, un profesional enfatizó el hecho que ya no se ofrece "mate de anís" porque se explicó en el curso que ello no es necesario, pero si ofrece ocasionalmente agua hervida: la intención del mensaje del curso era evitar el uso del biberón, pero la interpretación fue otra. Esto señala la necesidad de revisar los mensajes y realizar seguimiento del desempeño del personal capacitado.

En el Hospital del Niño de La Paz, -que cuenta con cinco médicos y una enfermera graduada de Wellstart- se promueve que el personal femenino que tiene un niño en edad de lactancia acuda al trabajo con el niño y mantenga así la lactancia. El Hospital no cuenta con una guardería y se mantiene a los niños en cualquier ambiente disponible. Se ha observado menor ausentismo, mejor dedicación al trabajo y ninguno de esos niños tuvo una infección u otra patología.

En caso de problemas relacionados con la lactancia materna, como el hecho de que el niño no suba lo suficientemente de peso, oclusión de la mama, ruptura del pezón, etc., no hay suficientes personas calificadas con el conocimiento o la experiencia adecuados para solucionarlos. Es necesario contar con grupos de apoyo como Liga de la Leche. Sin embargo, es importante capacitar al personal de salud para que éste adquiera las capacidades necesarias para manejar estas situaciones con todo éxito. Es común que, al no poder resolver los problemas de la lactancia materna, el personal de salud recomiende el uso de biberones y de sucedáneos de la leche materna.

Si bien la experiencia en capacitación es aún limitada, se observa un cambio favorable en las actitudes y prácticas del personal de salud que ha asistido a los diferentes cursos organizados por COTALMA. Ello a su vez ha significado un cambio en las rutinas hospitalarias. En la medida

que esto ocurre también en Hospitales de enseñanza, la experiencia de los estudiantes de Ciencias de la Salud que realizan sus prácticas en dichos centros ya se ve modificada, lo que refuerza el efecto positivo de los cambios curriculares.

## **E. INTEGRACION DE LA PROMOCION DE LA LACTANCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

En la actualidad el MPSSP no cuenta con un programa de apoyo a la lactancia materna. Históricamente, este programa de lactancia materna estaba a cargo de la División de Nutrición y luego pasó a la División Maternoinfantil. Sin embargo, cuando la División Maternoinfantil se incorporó a la nueva sección de Atención a las Personas, se dejó la lactancia materna como programa específico. Sigue habiendo coordinación deficiente entre la División de Nutrición y las secciones separadas que comprenden la Atención a las Personas.

Pero en el lado positivo, el Director General actual del MPSSP y su Director de Atención a las Personas apoyan mucho la lactancia materna. Las Normas Nacionales para la Supervivencia Infantil (MPSSP 1990) incluyen lactancia materna, al igual que algunos de los materiales didácticos del MPSSP. Además, el MPSSP cuenta con funcionarios competentes que trabajan en programas específicos (por ejemplo, control de enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, educación en nutrición) que están conscientes de la importancia de la lactancia materna. Sin embargo, no fue posible determinar hasta qué punto el personal del MPSSP realmente fomenta la lactancia materna en su trabajo diario.

El grado de cumplimiento de los "diez pasos hacia una feliz lactancia natural" (véase el Anexo 2) es parcial. Sin embargo, con un programa estructurado de capacitación es completamente factible lograr su aplicación completa en varios de los centros de maternidad. Como factores que favorecen este aspecto podemos mencionar la práctica cada vez mayor de alojamiento conjunto, la tendencia reciente de no ofrecer soluciones en biberones, y una predisposición por parte del personal de promover la lactancia. La principal barrera es la falta de conocimientos sistematizados incluyendo destrezas que permitan solucionar problemas cuando éstos se presentan.

No existe un sistema de información, seguimiento, evaluación y supervisión específico sobre el tema.

En el sistema privado predomina el concepto que la decisión sobre las rutinas de atención dependen del médico tratante y de los deseos de las madres. Por lo tanto no hay esfuerzos por aplicar normas en las maternidades privadas. La aplicación de los "diez pasos" será por consiguiente más difícil de lograr en dicho sistema.

## **F. PLANIFICACION FAMILIAR**

Durante muchos años, la Iglesia Católica prohibió efectivamente todos los métodos artificiales de planificación familiar. Además, a fines de los años sesenta, el rumor generalizado de que los voluntarios del Cuerpo de Paz estaban fomentando la esterilización creó un clima sumamente sensible sobre el tema. Como resultado combinado de estos dos factores, se les prohibió a las ONGs en sus convenios legales que trabajaran en planificación familiar hasta hace poco.

La planificación familiar ahora se incluye en las normas del MPSSP (a partir de 1990) y por lo menos 10 Unidades Sanitarias están proporcionando información y servicios. Se les permite a las ONGs trabajar en este campo en coordinación con el MPSSP, si bien muchas de ellas todavía se muestran renuentes. En general, el clima es más propicio para la discusión sobre la ejecución de proyectos de planificación familiar que lo que era posible en las últimas décadas. La función de la lactancia materna de estos proyectos es muy importante debido a que puede promoverse como un buen método natural de planificación familiar, mientras se practique exclusivamente. No se cuenta con datos disponibles para evaluar las nuevas actividades de planificación familiar de las 10 unidades sanitarias del MPSSP.

Si bien los anticonceptivos por vía oral son utilizados solamente por un pequeño porcentaje de mujeres bolivianas, cabe señalar que en la actualidad, no se consiguen en Bolivia las pastillas de progestina solamente. Debido a que son compatibles con la lactancia materna (y los anticonceptivos orales que ahora se consiguen en Bolivia no lo son), el programa de la FNUAP-OPS que importa anticonceptivos debería hacer que se consigan en Bolivia las pastillas de progestina sola o de bajas dosis de estrógeno.

## **G. ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES**

Las organizaciones no gubernamentales (ONGs) cuentan con una cobertura relativamente limitada en sus actividades de salud y a veces no colaboran bien con el MPSSP. Desde el punto de vista de éste, las ONGs tienen mayores recursos, con frecuencia desafían la autoridad del MPSSP y crean otras dificultades debido a que sus convenios legales se realizan con el Ministerio del Exterior y no con el MPSSP.

No obstante, el MPSSP reconoce que las ONGs ayudan a extender la cobertura de los servicios de salud, con frecuencia a zonas rurales bastante dispersas y de difícil acceso. Las ONGs trabajan directamente con muchos promotores de salud a nivel local y muchos de éstos se consideran autoridades en el campo de la salud en sus comunidades. Las ONGs están trabajando con mayor ahínco para colaborar con el MPSSP, como lo prueban los esfuerzos recientes realizados por CARE, CODETAR y la Unidad Sanitaria en Iscayachi, así como el ejemplo proporcionado por los funcionarios del proyecto Concern que están ubicados en las oficinas de la Unidad Sanitaria en tres departamentos.

Las encuestas y los informes de las ONGs constituyen fuentes valiosas de información sobre lo que está sucediendo con respecto a cuestiones de salud en las zonas rurales y periurbanas. Por

ejemplo, MotherCare está utilizando investigación cualitativa con las madres para fomentar cambios positivos en prácticas de lactancia materna, trabajando con Save the Children en Inquisivi y un grupo de las ONGs locales en Cochabamba.

Sin embargo, lo que no es de sorprender, hay informes que presentan contradicción entre la información que están proporcionando las ONGs sobre la lactancia (como "correcta") y la que proporcionan a las madres otro personal de salud y sus familiares (como "incorrecta"). Los resultados que se describieron anteriormente en esta sección sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los trabajadores de salud ciertamente indican un grave problema de personal de salud mal informado. Sin embargo, la información proporcionada para esta sección no especificó si el problema era más prevalente para los trabajadores de salud que trabajan para las ONGs u otras instituciones.

## CONCLUSIONES

Los factores relacionados con los servicios formales de salud que son de apoyo (A) a la lactancia materna y los que representan obstáculos (O) en esta esfera son los siguientes:

A: El MPSSP tiene nuevas normas para la lactancia materna incluidas en las normas nacionales para todas las actividades del mismo. Estas normas sobre lactancia materna no son completas, pero son apropiadas.

O: Estas normas no son para nada bien conocidas por los funcionarios del MPSSP y, cuando las conocen, no siempre las entienden ni las siguen.

O: No existe un programa real para lactancia materna en el MPSSP ni tampoco existe integración de lactancia materna en otros programas de salud que sean claramente evidentes en amplitud y profundidad.

O: Las prácticas negativas en la mayoría de los hospitales (públicos y privados) interfieren con el inicio fructífero de la lactancia materna y por consiguiente afectan seriamente las oportunidades de la madre de amamantar de todos modos. La explicación más común que da el personal de salud por estas prácticas negativas es su falta de conocimiento y experiencia sobre el manejo adecuado de la lactancia y su compromiso al mismo.

O: Los médicos privados y las clínicas privadas no están reglamentados por ninguna entidad, por consiguiente sus prácticas negativas son difíciles de modificar.

O: En instituciones gubernamentales y no gubernamentales, el director del hospital tiene considerable influencia, independientemente de la existencia de las normas del MPSSP sobre la lactancia materna. Por lo tanto, aun en el caso de que hubiera personal comprometido a la lactancia materna, el hospital en general puede no apoyarla plena o parcialmente, dadas las actitudes personales del director.

O: Como regla general, la mayoría del personal de salud, independientemente del nivel o de la experiencia profesional, no sabe cómo resolver los problemas más comunes de lactancia materna. La principal excepción a esta regla la constituye el grupo de graduados de WellStart y los que posteriormente han sido capacitados por ellos.

O: El alojamiento conjunto es muy popular en Bolivia y es muy importante para respaldar la lactancia materna. Sin embargo, esta práctica no es la respuesta a muchos de los problemas de lactancia materna, ya que constituye solamente una de las numerosas condiciones en el hospital para un inicio fructífero de la lactancia materna. Aun en los casos en que se practica el alojamiento conjunto, hay muchas otras prácticas de hospital que deben respaldar la capacidad y el deseo de una madre de amamantar a su recién nacido. Los programas para fomentar la lactancia materna deben estar conscientes del potencial de que los administradores de hospital y otros crean que una política de alojamiento conjunto por sí sola es todo lo que necesita para ayudar a las madres a aprender a manejar la lactancia materna.

A: Existen modelos positivos de hospital para prácticas específicas relacionadas con la lactancia materna, incluido el hospital San Gabriel para asesoramiento prenatal, tres hospitales con programas de "madre canguro" para bebés prematuros y el hospital de niños con su innovador método de guardería infantil.

O: Las madres rara vez tratan de conseguir la atención de profesionales de salud capacitados para la atención prenatal y cuando lo hacen la promoción de la lactancia materna normalmente no constituye parte de la conversación.

O: Muchas mujeres en zonas rurales no tienen acceso a instalaciones de salud para atención prenatal, del parto y del puerperio; la referencia de casos de alto riesgo es imposible.

A: El conocimiento y las prácticas inadecuadas del personal de salud (con respecto a la lactancia materna) y las instalaciones equipadas en forma insuficiente que existen en las zonas rurales no conducen a proporcionar una experiencia agradable para las mujeres embarazadas o lactantes, por lo tanto ellas no acuden a estas instalaciones de salud. Este factor se considera positivo, puesto que ni el personal ni las instalaciones en esta zona están preparados para respaldar la lactancia materna.

## **RECOMENDACIONES**

### **Gobernantes y donantes:**

1. Seguir fomentando y apoyando la práctica del alojamiento conjunto y ayudar a las instituciones y a los trabajadores de salud a apreciar y a actuar según el conocimiento de que esta práctica en sí misma constituye tan solo un aspecto del método integral para el inicio fructífero de la lactancia materna.

2. Fomentar el desarrollo y la aplicación de normas de lactancia materna de conformidad con los "diez pasos" y con las normas nacionales (que a su vez deberían ser revisadas).
3. Establecer un sistema de supervisión, vigilancia y seguimiento para la aplicación de las normas mencionadas.
4. Poner fin al uso profiláctico de rutina de la ergometrina.
5. Hacer que se consigan en Bolivia anticonceptivos orales de progestina sola y de baja dosis de estrógeno.

ONGs y OVPs:

1. Participar en la elaboración de las normas de lactancia materna y su fomento y aplicación entre el personal de salud de las ONGs y OVPs.

## **V. SERVICIOS TRADICIONALES DE SALUD**

### **A. PATRONES DE ATENCION PRENATAL**

Estudios recientemente realizados (ENDSA 1989) muestran que más de la mitad de los nacimientos ocurridos en los cinco años precedentes a la encuesta no recibieron ningún tipo de atención prenatal. El diagnóstico realizado por el CCH (1991-b) indica que entre el 10% y el 30% de las madres recibieron atención prenatal; las que no asistieron señalaron que no había necesidad. Las que sí asistieron mencionaron la necesidad "de estar en buena salud" y un menor porcentaje, problemas de parto.

Existen en Bolivia parteras empíricas tradicionales, pero su acción se limita a la atención del parto, su participación en la atención prenatal es escasa tanto en las zonas urbanas como en las rurales (véase la sección IV). Algunas de estas parteras empíricas han participado en programas de capacitación ofrecidos por el MPSSP, las ONGs y OVPs, pero aquellas a las que se ha llegado son relativamente pocas en número y no lo han sido en forma regular. No hay parteras en Bolivia. Muchas personas, en especial en las zonas rurales y descendientes de grupos indígenas autóctonos, tienen sistemas de creencias que incorporan cuestiones de salud a los conceptos más amplios de la tierra y del universo. Estas personas tienden a depender de curanderos, herbalistas u otros "hombres y mujeres sabios" conocidos de la localidad para cualquier consejo que necesiten sobre la salud personal. Por consiguiente, en estas zonas, la necesidad percibida de "medicina moderna" y sus practicantes es muy baja.

### **B. PATRONES DE LA ATENCION DEL PARTO**

Los datos del ENDSA para 1989 certifican que los partos en los hogares siguen siendo la principal estrategia de parto adoptada por la población en Bolivia. Por consiguiente, las funciones principales las desempeña alguna combinación de miembros de la familia, parteras empíricas u otras auxiliares de parto, personal de la salud y la mujer embarazada misma. Un total de 60,4% de los partos tienen lugar en los hogares en comparación con 37,6% en instalaciones de salud.

Los porcentajes de parto domiciliario son superiores en zonas rurales. Los datos de la encuesta de línea de base (BLS) (CCH 1991-a) indican porcentajes de 94% para atención domiciliaria del parto en Ayo-Ayo, 83% en Totorá, 74% en Sacaba y 63% en Samaipata. Las razones indicadas por las madres en Ayo-Ayo, Totorá y Sacaba señalan una preferencia por la atención por parte de un familiar. En Samaipata por el contrario, la preferencia por parte de un familiar o la partera es similar, la accesibilidad a centros de salud se indica en porcentajes semejantes. En los cuatro distritos el costo de la atención no es una causa importante de la falta de utilización de servicios de salud en los partos.

El esposo y otros familiares atienden la mayoría de partos domiciliarios. La partera atiende un porcentaje bajo. La BLS (CCH 1991-a) señala un comportamiento diferente en Samaipata, donde más del 40% de los partos son atendidos por médico y 34% por parteras. Por esta razón el marido y la partera empírica son considerados como recursos humanos de apoyo a los servicios de salud, una vez capacitados, para extender la cobertura del parto limpio.

En la actualidad hay 1.200 parteras empíricas tradicionales capacitadas en diferentes tópicos de salud. Reconociendo el hecho de que la mayoría de los partos en Bolivia tienen lugar en el hogar, el MPSSP ha elaborado un programa de capacitación para esas personas (parteras empíricas o parientes u otras personas) que asisten al nacimiento. Los objetivos de esta capacitación son mejorar el conocimiento y la capacidad de los auxiliares en realizar un parto limpio y cuidar a la madre y al recién nacido en el hogar. Se ha preparado material gráfico, el cual ha sido publicado y distribuido, donde se muestra la manera adecuada de ayudar en un parto. El seguimiento y la supervisión por parte del personal de salud son componentes adicionales de este programa del MPSSP. En forma análoga, la meta es lograr referencias adecuadas y oportunas a los servicios formales en situaciones de riesgo y/o cuando se presentan complicaciones.

El programa abarca cuatro módulos y se presenta en períodos de tres días. Los módulos son los siguientes:

1. Importancia del control prenatal con énfasis en reconocimiento de signos o síntomas de un embarazo o parto de alto riesgo y referencia del mismo al centro de salud o puesto sanitario más próximo.
2. Atención de parto limpio en el hogar para lo cual se les proporciona un paquete mínimo de material cuyo contenido es el siguiente:
  - Un jaboncillo y un cepillo
  - Un cortaúñas
  - Una manta para recibir al niño
  - Un sobre con gasitas, vendajes esterilizados y tijeras para cortar el cordón umbilical
  - Una hoja de afeitar
3. Importancia de la atención del recién nacido, cuidados inmediatos.
4. Control del puerperio.

En cada una de estas unidades se hace énfasis en la importancia de la lactancia materna, aunque no se incluyen actividades como examen de mamas.

El uso de la oxitocina y la ergometrina no se incluye en el programa de capacitación. Sin embargo, como en Bolivia se pueden comprar muchos medicamentos sin receta, es posible que

una partera empírica u otra persona que ayude en el parto pueda obtener y administrar cualquiera de estos dos medicamentos.

Varios profesionales de salud entrevistados mencionaron que con frecuencia al bebé se dejaba de lado inmediatamente después del parto mientras se esperaba la salida de la placenta. Existe una considerable cantidad de mortalidad neonatal temprana atribuible a hipotermia y a otras complicaciones secundarias resultantes de estas formas de ayuda en los partos en el hogar (datos provenientes de un estudio de control de casos realizado por MotherCare en Inquisivi).

En cuanto a las técnicas de lactancia materna, se mantiene el concepto de no administrar el calostro. La primera sustancia ingerida es algún mate (generalmente de anís), aunque también se ha visto que se utiliza en biberón o en taza la orina de un hermano o del propio recién nacido, con el objeto de "limpiar el estómago", evitar que "tenga fiebre en el futuro", o evitar que "coma demasiado". Las parteras tienen escaso conocimiento acerca de cómo resolver problemas de lactancia y en caso de congestión mamaria aconsejan colocar emplastos con algunas hierbas.

### **C. PATRONES DE ATENCION DEL POSTPARTO**

Cuando el parto es asistido por una partera, el postparto es controlado por la misma durante varios días. En algunos casos la partera se queda a vivir en la casa como un miembro más de la familia con el fin de vigilar sobre todo el sangrado y ayudar a la madre con los cuidados del recién nacido. Se recomienda a la madre ingerir líquidos calientes y abundantes para estimular la bajada de la leche. En su generalidad, las parteras no reciben dinero por sus servicios, sino un pago en especie, dependiendo del lugar y de la situación de la madre.

### **CONCLUSIONES**

Los factores relacionados con los servicios tradicionales de salud que son de apoyo (A) a la lactancia materna y los que representan obstáculos (O) en este campo son los siguientes:

O: La mayoría de los partos en Bolivia tienen lugar en el hogar y por lo tanto están fuera del alcance del sistema formal de salud. Si bien hay parteras empíricas, y un considerable número de ellas están capacitadas, la cobertura que proporcionan es limitada puesto que es más probable que el esposo u otros miembros de la familia proporcionen ayuda en el parto. En estas condiciones, el acceso de una mujer a atención adecuada prenatal o del puerperio por parte del personal capacitado de salud es sumamente limitada. Además, desde la perspectiva opuesta, la dificultad de comunicarse con la mayoría de los ayudantes de parto, que son bien intencionados pero con frecuencia no están bien informados, presenta un desafío considerable al sistema formal de salud.

A: El MPSSP ha emprendido un programa para capacitar a las parteras empíricas, los esposos y otros miembros de la familia en técnicas de parto limpio. Este programa también se puede utilizar para introducir mensajes que refuercen la lactancia materna temprana y exclusiva.

## **RECOMENDACIONES**

1. Si bien en las comunidades rurales es común la lactancia materna prolongada, existen algunas prácticas negativas que tienen un efecto perjudicial en el inicio, la frecuencia y la duración de la misma. Es necesario identificar estas prácticas negativas y desarrollar intervenciones para modificar las que se relacionan con los partos en el hogar y atención antes y después del mismo proporcionada por personas que no sean profesionales de salud. Como muchas personas en estas comunidades rurales no tienen acceso a los servicios formales de salud, es preciso desarrollar y/o activar otras redes y canales con el fin de informar y capacitar no solamente a las mujeres rurales sino a sus esposos, otros miembros de la familia y miembros de la comunidad que desempeñan funciones clave en el nacimiento y posterior cuidado del niño.
2. Deberían incluirse a las ONGs, clubes de madres, comités locales de salud y trabajadores de salud (por ejemplo, parteras empíricas) en los programas de capacitación de la comunidad, dadas las funciones que desempeñan en proporcionar acceso a información y servicios de salud para las mujeres rurales en ausencia del MPSSP.

## **VI. PROGRAMAS DE CAPACITACION PARA PROVEEDORES DE ATENCION DE LA SALUD**

### **A. PROVEEDORES FORMALES DE ATENCION DE LA SALUD**

La atención a los embarazos, partos o a recién nacidos se realiza a varios niveles. En los puestos de salud, la atención la proporciona un auxiliar de enfermería; en un puesto médico la proporciona un médico, una enfermera o un auxiliar de enfermería y en el centro de salud u hospital el ginecólogo-obstetra, el pediatra y la enfermera.

La educación universitaria ha sido deficiente en lo que respecta a la lactancia materna, en especial en la Escuela de Medicina, pero también y en menor medida en las Escuelas de Enfermería y Nutrición.

La primera actividad realizada por el COTALMA para tratar este problema fue un seminario-taller universitario realizado en La Paz en octubre de 1990 para profesores de tres universidades del país en las que se enseñan ciencias de la salud (La Paz, Cochabamba y Sucre) y de la División de Postgrado en Santa Cruz. El objetivo del seminario fue el de ayudar a los profesores participantes a elaborar modificaciones en sus programas de estudio, que se tratarían y aprobarían en cada uno de los centros de enseñanza. Estos cambios estaban destinados a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de los futuros profesionales de la salud sobre la lactancia materna y a restar énfasis a la información relacionada con el uso de fórmulas para lactantes.

Las conclusiones a las que se llegaron al final del seminario-taller fueron las siguientes:

- Que las escuelas de medicina a niveles de no graduado, graduado y posgraduado no aplican criterios uniformes para enseñar lactancia materna y de ahí la urgente necesidad de modificar los programas académicos para incluir cuestiones similares, objetivos, contenidos, metodologías, recursos didácticos y evaluaciones.
- Que las escuelas de enfermería siempre han considerado las cuestiones de lactancia materna en sus programas maternoinfantiles en el contexto de la salud de la comunidad, si bien podrían mejorarse ciertos contenidos.
- Que los programas de estudio en las escuelas de nutrición por lo general incluyen contenido apropiado sobre lactancia materna e integración con los temas de nutrición.

Las recomendaciones fueron las siguientes:

- Revisar los programas de estudio sobre lactancia materna para que sean más precisos y coherentes; aprobar los temas propuestos en el seminario como base

para incluir lactancia materna en la capacitación a nivel graduado en los campos de pediatría y obstetricia-ginecología y en los estudios de postgrado de medicina.

- En los programas de capacitación para residentes, reforzar el conocimiento teórico y práctico; llevar a cabo reseñas bibliográficas e investigaciones sobre prácticas de lactancia materna en la comunidad, hospitales y clínicas y preparar una monografía.
- En los programas para no graduados, aumentar las horas de crédito dedicadas a la lactancia materna y reducir las dedicadas a sucedáneos de la leche materna.
- En enfermería y nutrición, revisar el contenido de los programas de estudio.

De acuerdo con las declaraciones formuladas por el Dr. Oscar Sandoval Morón, Profesor de Pediatría de la Universidad Mayor de San Andrés, (UMSA, La Paz) luego del seminario-taller, el programa de estudio ha sido modificado en la Escuela de Medicina de la UMSA. Ahora, de las 60 horas dedicadas a pediatría, el 10% se dedica a temas de lactancia materna, es decir, 6 horas, en contraste con el programa anterior en el cual solamente una hora se dedicaba a la lactancia materna y 4 a sucedáneos de la leche materna. Esto constituye un primer resultado positivo del taller. Se debería realizar un seguimiento de las otras universidades.

Con respecto a los programas de residentes y graduados, el contenido de la enseñanza depende de la aptitud del instructor, así como de las prácticas del hospital, que ya están experimentando cambios positivos en apoyo a la lactancia materna. El asesoramiento sobre técnicas de lactancia materna, etc. se incluye en la maternidad Natalio Aramayo y en el Hospital de Niños que son centros formales de enseñanza. En este último, hay un programa de vigilancia del crecimiento así como otros programas de supervivencia del niño, todos los cuales apoyan la capacitación práctica a niveles no graduado y graduado. En las otras universidades tienen lugar actividades similares, si bien en menor medida.

Gracias al apoyo de la USAID, un equipo multidisciplinario de pediatras, obstetras-ginecólogos, médicos de salud pública y enfermeras de varias instalaciones de salud de La Paz viajaron a San Diego, California en diciembre de 1988 para participar en un curso de dos semanas de duración en el programa de lactancia materna WellStart. A su regreso, este grupo creó el Comité Técnico de Apoyo a la Lactancia Materna (COTALMA) con los objetivos de compartir conocimientos recientemente adquiridos con otros miembros del equipo de salud y de la comunidad, modificando las prácticas de los hospitales a favor de la lactancia materna y estableciendo clínicas de lactancia materna que pudieran ofrecer servicios y capacitación a personal de salud al mismo tiempo. Aproximadamente 400 proveedores de salud han sido capacitados en estos cursos ofrecidos por el COTALMA. (Véase el Anexo 3 que contiene una descripción de las actividades del COTALMA.)

La mayoría de las actividades descritas en el Anexo 3 han sido implantadas sin un presupuesto para estos fines, si bien entidades como la USAID y el UNICEF han proporcionado apoyo

financiero. Un aspecto que merece destacarse es el de la evaluación y supervisión. Como parte de esta consultoría sobre lactancia materna, se realizó una visita a PROSALUD (Santa Cruz). Los entrevistados atribuyeron los resultados positivos observados a un curso dado por el COTALMA en 1990 (véase el Capítulo IV). Se deberían realizar actividades sistemáticas de seguimiento a las desarrolladas por los diferentes equipos que llevaron a cabo la capacitación así como por maestros, para proporcionar apoyo en especial en la presentación de los cursos y apoyo técnico en otro campo.

El COTALMA ha presentado un borrador de propuesta a la Oficina de Nutrición de AID/Washington, para crear un centro de capacitación (Anexo 5) destinado a apoyar prácticas de lactancia materna en las instituciones de enseñanza. El Hospital de Niños de La Paz reúne varias condiciones para este fin: es un hospital universitario con programas de capacitación graduado y no graduado en medicina, así como niveles no graduados en enfermería y nutrición; incluye programas como manejo de la diarrea, infecciones respiratorias agudas, crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, madres acompañantes (para quedarse por la noche con los niños), una clínica de lactancia materna con un promedio de 10 visitas diarias y un Centro de Documentación sobre Lactancia materna. Su entorno positivo para la lactancia materna se confirma por el personal femenino que puede traer al hospital a sus bebés que están siendo amamantados, y lo hacen, si bien no se cuenta con un centro de guardería infantil en el hospital (véase el Capítulo VII).

El equipo del COTALMA ha adquirido su propia experiencia y capacidades, profundizando su conocimiento en diferentes campos tanto a nivel teórico como práctico. Sus calificaciones para proporcionar capacitación están bien documentadas.

En la actualidad no existe una partida presupuestaria exclusiva para capacitación en el MPSSP, lo cual hace que sea difícil elaborar un programa de educación continua para el personal de salud.

Durante el mes de julio de 1991, se llevó a cabo un estudio de prácticas de hospital (Bartos 1991-b) que constituye la base para la elaboración de capacitación sistemática para personal de salud en pabellones de maternidad y también puede servir de base para evaluar --a través de un estudio similar en el futuro-- el efecto de los programas de capacitación en lactancia materna. Los datos preliminares de este estudio se tratan en otras secciones de este documento.

Como se describió anteriormente en los Capítulos IV y V, el porcentaje de partos en el hogar es alto y las personas que ayudan en la mayoría de ellos son el esposo, el compañero u otros parientes. Por lo tanto es importante elaborar una estrategia --mediante el programa de parto limpio, por ejemplo-- para capacitar a este importante recurso en la atención de salud. Investigaciones antropológicas y operativas deberían llevarse a cabo para discernir el motivo de ciertos comportamientos (por ejemplo, administración de infusiones y orina como primer alimento, uso de biberones, etc.) y elaborar programas y capacitación de contenido apropiado para modificar los comportamientos negativos de las poblaciones a las que se quiere llegar.

Los miembros de las clases sociales inferiores tienden a emular el comportamiento de los de las clases más elevadas, y esto es un aspecto importante en la disminución de la lactancia materna en zonas periurbanas y rurales. Algunas prácticas consideradas "tradicionales" --por ejemplo, ofrecer infusiones u otros fluidos en biberón durante los primeros días de vida-- pueden remontarse a previas recomendaciones dadas en el hospital de "probar la tolerancia oral" al dar agua de glucosa, una práctica muy común hasta hace poco. En realidad, los biberones no son un elemento tradicional puesto que éstos se consiguieron solamente a comienzos de este siglo. Dadas estas consideraciones, la capacitación del personal de salud y el consiguiente cambio en los procedimientos hospitalarios deberían tener un efecto positivo en la lactancia materna, no solamente en la pequeña población que tiene acceso al parto en instituciones sino también a un segmento considerable de la misma que sigue la práctica tradicional de partos en el hogar debido a la imitación y a los efectos multiplicadores mencionados anteriormente.

## **B. CAPACITACION DE PROVEEDORES TRADICIONALES DE ATENCION DE SALUD**

Véase la sección V.

## **CONCLUSIONES**

La capacitación del personal de salud es un aspecto prioritario para lograr cambios de actitudes y prácticas no solamente de los servicios de salud sino también de la población en general.

Los factores relativos a los programas de capacitación para proveedores de atención de salud que son de apoyo (A) a la lactancia materna y los que representan obstáculos (O) en este campo son los siguientes:

A: El grupo del COTALMA (compuesto por 16 graduados de WellStart) representa un núcleo suficiente de recursos humanos para llevar a cabo la preparación y la ejecución de un programa integral de capacitación sobre lactancia materna. Hasta la fecha, estos graduados han llevado a cabo numerosas actividades para fomentar, coordinar y dirigir un movimiento en todo el país destinado al apoyo a la lactancia materna en Bolivia y han elaborado una propuesta (todavía no financiada) para seguir la labor.

A: Existe la infraestructura básica para la capacitación: hospitales "modelo", un centro de documentación, materiales didácticos, estructuras administrativas y un núcleo de profesionales (COTALMA) capacitado en manejo de la lactancia.

O: El COTALMA no cuenta con presupuesto operativo, ya que todas sus actividades actuales son manejadas por voluntarios que donan su tiempo y los materiales. Los miembros del COTALMA han tenido éxito en obtener contribuciones en especie, pero para que la organización florezca necesita su propio presupuesto. La falta de un presupuesto se puede notar especialmente en los campos de supervisión, evaluación y seguimiento de las actividades del COTALMA hasta la fecha.

O: En general, los programas para capacitar al personal de salud no son de apoyo: aproximadamente el 90% del programa de estudios de medicina en Bolivia sobre alimentación del lactante es información sobre la preparación de fórmulas.

A: La Universidad Mayor de San Andrés ha cambiado su programa de estudios para estudiantes de medicina: el porcentaje de tiempo que se dedica a la lactancia materna durante la sesión de pediatría ha aumentado considerablemente y ahora es mínimo el tiempo que se dedica a la preparación de fórmulas.

A: La OPS está trabajando con tres escuelas de medicina en Bolivia sobre cambios en los programas de estudio que promoverán mejor el conocimiento y la práctica adecuados de lactancia materna.

## RECOMENDACIONES

Gobierno, ONGs y OVPs:

1. Diseñar y respaldar una actividad de capacitación a nivel nacional para llegar a una amplia gama de personal de salud con aspectos teóricos y prácticos del manejo fructífero de la lactancia materna. Concentrar la primera etapa de este esfuerzo en hospitales de enseñanza de las ciudades más grandes con el fin de crear el potencial de un efecto multiplicador a través del "enfoque de cascada" a la capacitación. Incorporar los recursos del COTALMA a este diseño de capacitación. Dados los recursos que ya existen para este programa, la mayoría del presupuesto sería para gastos operativos, con especial énfasis en supervisión, evaluación y seguimiento.

Gobierno:

1. Las prioridades de capacitación deberían incluir al nuevo personal de salud que ingresa al terreno así como a los ya experimentados.
2. Se debería dar prioridad de capacitación al personal de salud y a los supervisores de programa, pero la comunidad también debería incluirse, teniendo en cuenta la importante función que desempeñan los miembros de la familia en ayudar en los partos en el hogar.

COTALMA:

1. Buscar financiamiento para una evaluación de las actividades de apoyo a la lactancia materna de los 16 graduados de WellStart, desde el momento de la terminación del curso a comienzos de 1989 hasta el presente.
2. En forma análoga, tratar de conseguir financiamiento para una evaluación de las actividades de apoyo a la lactancia materna de las personas que han recibido capacitación en cursos que ha llevado a cabo el COTALMA.

## VII. EL TRABAJO DE LA MUJER Y SISTEMAS DE APOYO

### A. DESCRIPCION DEL TRABAJO DE LA MUJER

La distribución de mujeres empleadas en varios sectores de la fuerza laboral de Bolivia se proporciona a continuación (OPS/OMS, 1985), incluidos datos sobre hombres para la comparación.

<u>Tipo de actividad económica</u>	<u>% de población empleada</u>	
	Mujeres	Hombres
Agricultura, cacería, pesca	26,4	51,9
Manufactura	17,8	12,6
Construcción	0,2	7,2
Comercio, restaurantes, hoteles	17,0	4,3
Transporte, comunicaciones	35,2	15,1
Actividades no bien definidas	2,6	3,9
Personas que buscan su primer trabajo	0,3	0,5

Aproximadamente 66% de las mujeres de Bolivia de más de 25 años de edad están empleadas en trabajos remunerados, según lo indican los siguientes datos (CONAPO, 1989):

<u>Grupo de edad</u>	<u>% de mujeres en la fuerza laboral</u>
15-19	38,4
20-24	53,7
25-29	66,7
30-34	67,2
35-39	69,6
40-44	66,7
<u>45-49</u>	<u>61,5</u>
Total	57,9

Estos datos sugieren que una vez que las mujeres ingresan a la fuerza laboral, se quedan allí sin tener en cuenta que sus hijos sean muy pequeños y requieran algún tipo de cuidado infantil o si son lo suficientemente grandes como para ir a la escuela.

## **B. EJECUCION Y UTILIZACION DE LA POLITICA NACIONAL**

### **1. Licencia de maternidad**

La ley boliviana otorga a la madre 45 días de licencia antes del nacimiento y 45 días después. Según la ley, esta licencia no se puede considerar acumulativa, es decir, si la madre no toma todos los 45 días en el período prenatal no puede agregar los días "no utilizados" a sus 45 días de licencia posterior al parto. En general, hay una mayor oportunidad de negociar la división y duración de la licencia de maternidad en el sector privado si el empleador está dispuesto. Por otra parte, una mujer que trabaja en el sector privado puede verse intimidada por temor a perder su empleo, y por lo tanto tal vez no utilice toda la licencia que la ley le permite.

Algunas mujeres pueden usar la ley para extender su período de licencia de maternidad subestimando a propósito el tiempo que le resta antes del parto e iniciando de este modo sus 45 días de licencia prenatal muy temprano. También es posible extender el período postnatal más allá de los 45 días declarando que el nacimiento del niño tuvo lugar en realidad más tarde que en la fecha que sucedió. El consenso general de las personas entrevistadas es que, para la mayoría de las mujeres, la ley se obedece según está escrita.

### **2. Lactancia materna en el lugar de trabajo**

La ley boliviana estipula que una madre que está amamantando puede tomar una hora durante el día de trabajo para amamantar a su hijo, hasta que el niño, llegue al año de edad. Esta hora de tiempo compensatorio se puede utilizar al comienzo del día o al final, o de cualquier manera que se negocie entre el empleador y el empleado. Desde el punto de vista de estimular una cantidad suficiente de leche materna, esta hora extra en la mañana o al final del día de trabajo es una contribución positiva, si bien pequeña, ya que la madre sigue separada del hijo por lo menos la mayor parte del día de trabajo.

La ley boliviana también estipula que un empleador que tenga 40 o más empleadas mujeres debe proporcionar guarderías para los hijos de éstas que estén en edad preescolar. Solo una pequeña minoría de empleadores, en su mayoría en el sector público, cumplen con esta ley.

En el caso de las mujeres que trabajan en el sector no formal, con frecuencia se ven obligadas a llevar a sus hijos pequeños al trabajo con ellas por falta de acceso a servicios de guardería infantil. Una ventaja de esta difícil situación es que la madre y el niño no se separan y que la lactancia es posible.

Muchas personas entrevistadas (mujeres que trabajan, hombres, profesionales de salud, etc.) expresaron la opinión de que la única manera de proporcionar oportunidades para la lactancia materna a mujeres que trabajan en el sector formal (por ejemplo, en una "institución" ya sea una oficina, fábrica, hospital, etc.) sería crear guarderías infantiles en los lugares de trabajo. Luego dijeron que esta era una remota posibilidad, con o sin la existencia de la ley, dadas las repercusiones financieras que esto constituye para el empleador. Ninguna de estas personas

sabía de ningún empleador que proporcionara otra alternativa para las mujeres que amamantan que no sea la hora extra que se mencionó anteriormente.

Sin embargo, hay un ejemplo de una alternativa que debería estudiarse muy de cerca y publicarse. En el Hospital de Niños de La Paz, en los últimos dos años, las empleadas que tienen un hijo de menos de un año de edad pueden traer al niño al trabajo después de los 45 días de la licencia postparto. Las madres mantienen al hijo con ellas durante el día y por consiguiente pueden seguir amamantando. El niño acompaña a la madre en sus movimientos alrededor del hospital o queda temporalmente al cuidado de una compañera de trabajo.

Los resultados han sido muy positivos: el ausentismo de las nuevas madres se ha reducido, ya que pueden cuidar a sus bebés en el trabajo; las empleadas se pueden concentrar mejor en su trabajo en vez de estar "mirando el reloj" a la espera del momento en que puedan salir, y los bebés son amamantados más que lo que hubieran sido en otras circunstancias. Además, un resultado que sorprende a muchos es que estos bebés siguen siendo bastante saludables, a pesar de estar en el ambiente de hospital, que por lo general se considera malsano.

Las mujeres que trabajan y que creen que han sido objeto de discriminación con respecto a sus derechos a la licencia de maternidad y/o oportunidades de lactancia materna en el lugar de trabajo, tienen poco recurso. Como individuos, saben que cualquier intento de entablar acción judicial es inútil. Es difícil comprobar que un empleador despidió a una mujer o discriminó en su contra porque estaba embarazada, o amamantando o porque quisiera ejercer su derecho a amamantar una vez que regresa al trabajo.

### **C. AGRICULTURA Y OTROS TRABAJOS DEL SECTOR NO FORMAL**

Si bien, a todas las mujeres teóricamente se les otorga licencia de maternidad, tiempo compensatorio para amamantar y ayuda de guardería, según la ley boliviana, no todas pueden ejercer este derecho. En este último grupo se encuentran las mujeres que están desempleadas o que trabajan por su cuenta, por ejemplo, las que labran su propia tierra, las que venden frutas en una esquina en la calle y muchas mujeres que trabajan como empleadas domésticas. La capacidad de estas mujeres de amamantar en forma fructífera se ve perjudicada por su falta de tiempo para descansar antes y después del nacimiento, la necesidad de encontrar a alguien que le cuide al bebé, si no lo pueden llevar al lugar de trabajo y las complicaciones causadas para la madre en caso de tener que llevar al niño al trabajo.

Por otra parte, si el niño está cerca, la madre lo puede amamantar a voluntad. Para las madres en las zonas rurales, esta situación lleva a lactancia materna prolongada y contribuye al resultado de que la mayoría de las mujeres rurales amamantan a sus hijos por lo menos durante un año y muchas de ellas lo siguen haciendo hasta el segundo año.

## **D. GRUPOS DE MUJERES**

Bolivia es bien conocida por sus clubes de madres que prevalecen especialmente en zonas rurales y periurbanas. Muchos de estos clubes han existido por 20 - 30 años. Si bien estos clubes existen por motivos múltiples, la característica más común que se les atribuye es la conexión con los alimentos donados importados. Gran parte de estos alimentos proviene de los Estados Unidos a través de su programa de la Ley Pública 480 y se distribuyen a los clubes de madres por medio de la infraestructura proporcionada por CARITAS. Esta organización no gubernamental en la actualidad trabaja con aproximadamente 2.600 clubes de madres.

Si bien el objetivo general de estos clubes es ayudar a las mujeres en sus esfuerzos por mejorar la vida de sus familias y de sus comunidades, el suministro regular de alimentos donados con frecuencia se ha convertido en la razón de ser de su existencia. Cuando la leche es parte del paquete para las mujeres y/o los niños, su uso inadecuado puede tener efectos negativos en la duración de la lactancia materna y en la salud general de los niños pequeños. Surgen dificultades debido a que, por varias razones, las madres dan la leche a los recién nacidos o a los niños recientemente destetados. En la mayoría de los casos, las condiciones sanitarias inadecuadas en las que se prepara la leche y el desconocimiento de la madre sobre cuánto se le debe dar y a quién, son causas que contribuyen al destete prematuro, diarrea, desnutrición y aun la muerte.

CARITAS se encuentra ahora en el segundo año de un plan quinquenal para discontinuar gradualmente la distribución de alimentos donados a los clubes de madres. La intención es que los clubes mismos sigan existiendo, orientados por los deseos de sus miembros. Es muy pronto para predecir el efecto que este cambio pueda tener en la salud de las mujeres y los niños en los clubes. También existe la posibilidad de que otras organizaciones aumenten su cobertura de alimentos donados a lugares a los que CARITAS ha suspendido esta intervención.

CARITAS es tan solo una de las numerosas ONGs que trabajan con los clubes de madres. Dado el hecho de que esta forma de organización es muy bien conocida en Bolivia, muchas ONGs incluyen clubes de madres en sus estrategias de ejecución. Además de CARITAS algunas ONGs incluyen alimentos donados como parte de su paquete de intervención. Cuando la ONG participa en intervenciones de salud, la lactancia materna puede ser uno de los temas de discusión con las mujeres a través de sus clubes. Sin embargo, en la mayoría de los programas de ONG que se examinaron, la lactancia materna no constituía un tema prioritario, si bien se alentaba en mayor o menor grado en muchos proyectos. (Véanse los comentarios del manual sobre lactancia materna de PROCOSI en el Capítulo IX).

Un acontecimiento reciente en Bolivia que puede tener un efecto positivo en la lactancia materna es la introducción del término "salud reproductiva" en los debates sobre la salud de la mujer y de los niños. El término se considera más aceptable que "planificación familiar" debido a la confusión generalizada y de larga data de la planificación familiar como sinónimo de control de la natalidad. En Bolivia, durante muchos años todo intento de proporcionar servicios de

planificación familiar fue considerado como una fuerza extraña para controlar el crecimiento de la población.

En la actualidad se presta mayor atención a la salud de la mujer como tema digno de consideración en sí mismo, en vez de como parte indirecta del típico paquete de "supervivencia del niño" respaldado por donantes internacionales. Como ejemplo, en el proyecto de MotherCare/Save the Children en Inquisivi, en el departamento de La Paz, se están aplicando recursos específicamente para estudiar los conocimientos, las inquietudes y prácticas de la mujer sobre su propia salud.

Hay ONGs bolivianas que se dedican exclusivamente a las inquietudes de la mujer. Por ejemplo, el CIDEM (Centro de Información y Desarrollo de la Mujer) ha venido trabajando durante ocho años en campos de salud de la mujer, derechos legales, violencia doméstica y promoción de información sobre estos temas. Otras instituciones que proporcionan servicios de planificación familiar y apoyo general para una variedad de temas femeninos son la Fundación San Gabriel y el CIES (Centro de Investigación y Educación Sexual).

El único grupo de apoyo en Bolivia que está dedicado exclusivamente a la lactancia materna es la Liga de la Leche. Se inició a comienzos de la década de los ochenta y ha estado funcionando solamente en La Paz. Este grupo está afiliado con la Liga Internacional de la Leche, que tiene su sede en los Estados Unidos. Su clientela es principalmente mujeres de clases media a alta. Hay reuniones mensuales en las casas de las socias en las que se plantean problemas individuales relacionados con la lactancia materna y se proporciona asesoramiento y apoyo. En la actualidad existen planes de iniciar grupos similares en Cochabamba, Santa Cruz y Sucre.

## CONCLUSIONES

Los factores sobre el trabajo de la mujer, los sistemas que apoyan (A) la lactancia materna y los que representan obstáculos (O) en este campo son los siguientes:

A: La existencia de leyes que estipulan licencia de maternidad, tiempo compensatorio para la lactancia y guarderías infantiles.

O: Bajos niveles de conocimiento de estas leyes por parte de las mujeres que necesitan los derechos que dichas leyes proporcionan. Renuencia de las mujeres a exigir sus derechos por temor a represalias; bajos niveles de cumplimiento de estas leyes, excepto por la licencia de maternidad; falta de sanciones por el incumplimiento.

O: Los empleadores que efectivamente utilizan el argumento del costo de la guardería infantil como excusa para no proporcionar este servicio a sus empleadas.

O: Empleados, particularmente mujeres, que no están bien informadas de sus derechos legales y que no exigen una discusión abierta de las alternativas con sus empleadores.

O: La mayoría de las madres que más necesitan la licencia de maternidad es menos probable que estén empleadas en sectores que proporcionan esta oportunidad.

O: Elevados porcentajes de mujeres en todos los grupos socioeconómicos participan en la fuerza laboral y abandonan la lactancia materna al volver al trabajo luego de completar la licencia de maternidad.

A: La tradición de larga data de los clubes de madres en Bolivia proporciona una infraestructura potencial y en la actualidad está subutilizada para introducir información y crear apoyo sobre lactancia materna.

O: Puede resultar muy difícil transformar la mayoría de los clubes de madres de su orientación como recipientes de alimentos donados para convertirse en apoyo general a las mujeres, cuando lo que se recibe de dicho cambio al parecer es menos tangible.

O: La sociedad no considera a las mujeres amas de casa como miembros plenos de la fuerza laboral; la sociedad (hombres y mujeres) no las apoya como personas empleadas que tienen derechos.

O: Los sentimientos de poca autoconfianza de la mujer afectan su capacidad de iniciar y sostener en forma fructífera la lactancia materna.

A: Existen ONGs bolivianas dedicadas exclusivamente a las inquietudes de la mujer así como el grupo internacional de apoyo a la lactancia materna, La Liga de la Leche, que actualmente está ampliando su programa de La Paz a otras ciudades.

## RECOMENDACIONES

Gobierno, donantes, ONGs y PVOs:

1. Todas las personas e instituciones interesadas en apoyar la lactancia materna en Bolivia deben conocer las actividades de las organizaciones de mujeres (por ejemplo, CIDEM) que están obrando para cambiar leyes específicas en favor de los derechos de ellas. Cuanto más apoyo tengan estos grupos, mayor será su potencial para producir cambios positivos para las mujeres.
2. Promover un diálogo de política sobre la liberalización de la interpretación de la licencia de maternidad de modo que las madres puedan utilizar sus 45 días de licencia prenatal y 45 días de licencia postnatal en una combinación que ellas mismas elijan durante estos dos períodos alrededor del nacimiento del hijo. Considerar el Comité Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna (si se lo reactiva) como agente apropiado para dirigir este diálogo.

## ONGs:

1. La Liga de la Leche debería coordinar su expansión a otras ciudades con personas y organizaciones de dichas ciudades que también trabajen para apoyar la lactancia materna. Estos conocimientos pueden realizar una contribución considerable a la capacitación de instructores y madres en la solución de problemas prácticos de la lactancia materna.
2. Los miembros del COTALMA deberían tomar la iniciativa para demostrar el sistema de guardería infantil que funciona en el Hospital de Niños de La Paz. Como primer paso, los colegas que ya están respaldando la lactancia materna (por ejemplo, los directores de la Fundación San Gabriel, el CIDEM, La Liga de la Leche, el CIES) deberían ser invitados, a título personal, a visitar el hospital para este fin. Otros medios de dar publicidad a este sistema exitoso son los boletines y revistas profesionales, reuniones y el programa de estudios para la capacitación de profesionales de salud. Además, se podrían ofrecer visitas al hospital de niños como parte del programa cuando profesionales del resto del país (no solamente los del sector salud) se reúnan en La Paz.

## **VIII. COMERCIALIZACION DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA, SUPLEMENTOS, ALIMENTOS DE DESTETE, BIBERONES Y CHUPONES O CHUPETES**

### **A. POLITICA NACIONAL**

La reglamentación de la comercialización de los sucedáneos de la leche materna fue aprobada en 1984 mediante resolución ministerial No. 0067. Su eficacia es limitada porque no es una ley nacional. Su contenido es similar al del código de la OMS y no contempla sanciones en casos de incumplimiento.

Las empresas comerciales hacen un esfuerzo por cumplir con el contenido del código pero lo infringen a través de sus resquicios legales. El cumplimiento depende en su mayor parte de la vigilancia llevada a cabo por grupos que lo conocen y que lo notifican a los importadores cuando se observa su incumplimiento.

### **B. REGLAMENTACION DE LA DISTRIBUCION**

La mayoría de las fórmulas infantiles son importadas: Nan, Nestógeno, Similac, SMA, S-26, Dano, Morinaga, Nur-Soy. El producto nacional es PRELAC. Los productos de Nestlé (Nan, Nestógeno) así como los de Wyeth (SMA, S-26) y Milupa prevalecen en los centros de salud.

El Ministerio de Salud debe aprobar legalmente la importación de los sucedáneos de la leche materna; sin embargo, es el Ministerio de Comercio e Industria el que maneja las importaciones. Un volumen considerable se introduce de contrabando proveniente de países vecinos.

El precio promedio de las fórmulas de leche es de BOL\$24 (US\$6,50) por lata de una libra (en polvo) de la cual se pueden preparar 6,3 libras o 100 onzas a un costo aproximado de BOL\$3,60 (US\$1,00) por día para nutrir adecuadamente a un lactante durante los primeros meses. El costo mensual (BOL\$100 o US\$28) es igual al salario mínimo boliviano y superior a éste a partir del segundo al tercer mes. En consecuencia, algunas personas de bajos ingresos no utilizan los productos debido a que no se los pueden costear, pero al mismo tiempo es un símbolo de nivel social y muchas madres los diluyen con exceso, con las consecuencias nutricionales negativas para el niño.

Se consiguen sucedáneos de la leche materna en todos los centros urbanos y en casi todas las zonas rurales. En las zonas rurales distantes su disponibilidad disminuye.

Las farmacias, las tiendas de alimentos, los supermercados y tiendas especializadas en alimentos venden estos productos. También se los puede encontrar en puestos callejeros, en particular, los que venden bienes de contrabando.

## **C. REGULACION DE LA PROMOCION**

Una encuesta realizada por el IBFAN en La Paz y El Alto (IBFAN 1990) señaló que ninguno de los chupones y chupetes comercializados cumplen con el Código. Además, los paquetes de sucedáneos de la leche materna no cumplen plenamente con las recomendaciones.

Se distribuyen folletos comerciales en particular al personal de salud. No hay indicios de que se den muestras gratis a las madres en pabellones de maternidad públicos o privados, pero en algunas instalaciones privadas se distribuye información. Se ofrecen muestras al personal de salud, así como regalos. Las empresas ofrecen apoyo para reuniones y otros actos profesionales (en particular la Sociedad de Pediatría). Los productos pueden ser introducidos sutilmente; por ejemplo, Dano ofrece caramelos envasados en latas de fórmula.

Nestlé ha preparado afiches publicitarios que fomentan la lactancia materna (en los que el logotipo de la compañía es bien visible) así como afiches sobre el fomento y la preparación de recetas para sucedáneos de la leche materna. Las empresas dan incentivos a las farmacias mediante regalos, documentos, etc., así como ventas a crédito.

Los avisos por televisión constan de leche en polvo o evaporada, pero muestran a los niños de menos de un año de edad utilizando el biberón, práctica que no infringe el código pero es suficientemente sutil y eficaz para promover el uso de biberones e indirectamente de fórmulas de leche.

El Director del Hospital de Niños de La Paz (graduado de WellStart) prohíbe la entrada a vendedores de compañías productoras de leche. No obstante, el Hospital acepta algunas donaciones de Milupa (Pregomina, fórmula hipoalergénica) para tratar a ciertos pacientes.

La impresión y difusión del código ha sido limitada y la mayoría de los profesionales ni siquiera lo conocen. En la encuesta del IBFAN, si bien 37% conocía su existencia solamente el 15% de estos entrevistados pudo explicar su contenido.

## **CONCLUSIONES**

Los factores sobre la comercialización de sucedáneos de la leche materna y productos relacionados que apoyan (A) la lactancia materna y los que representan obstáculos (O) son los siguientes:

A: La existencia del Código Boliviano (véanse las conclusiones del Capítulo III).

O: El Código Boliviano no se conoce bien. También es deficiente en su contenido y por consiguiente permite que las firmas comerciales patrocinen actividades de promoción que perjudican la lactancia materna (véanse las conclusiones del Capítulo III para mayor información).

O: Las firmas comerciales que venden sucedáneos de la leche materna, leche en polvo, biberones, etc., gozan de la ausencia de vigilancia o sanciones gubernamentales por sus actos.

A: Hay grupos como el IBFAN, el COTALMA y la Liga de la Leche que sí vigilan las actividades de las firmas comerciales. Los primeros han producido algunas respuestas positivas por parte de los últimos cuando éstos han sido sorprendidos en actividades ilegales.

## RECOMENDACIONES

Gobierno, donantes, ONGs y OVPs:

1. Adoptar la Política de aceptación, distribución y uso de los productos de la leche en programas de alimentos de refugiados del ACNUR (25 de julio de 1989) en cuanto se aplica al suministro y distribución de leche en polvo por parte de donantes internacionales y locales en Bolivia (véase el Anexo 4).
2. Dar amplia difusión de ejemplares del Código entre el personal administrativo y médico del sector de salud y respaldar las actividades que ayuden a estas personas a comprender y a aplicar sus disposiciones.
3. Fortalecer los grupos de vigilancia como el IBFAN, el COTALMA, La Liga de la Leche, sociedades científicas profesionales y universidades.

COTALMA:

1. Iniciar y coordinar un estudio y revisión críticos del código Boliviano y alentar al Congreso a que lo ratifique como ley.

## **IX. LACTANCIA MATERNA Y PROMOCION APROPIADA DEL DESTETE MEDIANTE INFORMACION, EDUCACION Y ACTIVIDADES DE COMUNICACION**

### **A. ESFUERZO GENERAL DE COMUNICACION SOBRE LA LACTANCIA MATERNA**

#### **1. Observaciones generales**

En la actualidad no existen programas integrales nacionales o regionales de comunicación, ya sean gubernamentales o no gubernamentales, relacionados con la lactancia materna. Además, con excepción de los esfuerzos verticales realizados por la Liga de la Leche y el COTALMA, el tema de la lactancia materna está integrado en otros temas de salud (por ejemplo control de las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, crecimiento y desarrollo, atención pre y postnatal), con varios grados de visibilidad. Para mayores comentarios sobre la integración véase el Capítulo IV.E.

Sobre la base de visitas realizadas en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, los temas más comunes que se presentan en los afiches de las instalaciones de salud fueron el cólera, el control de la diarrea, las infecciones respiratorias agudas, el tabaquismo (en forma de señales de no fumar) y la preparación de alimentos suplementarios para niños pequeños. En los tres primeros casos, los temas parecen reflejar las prioridades actuales del MPSSP (que produjo dichos afiches). En el caso de las señales de no fumar, parecían reflejar la política de la institución en las cuales se encontraban dichos afiches. Por último, los afiches sobre alimentos suplementarios para niños pequeños (casi todos producidos por Nestlé) reflejaban la sostenibilidad del presupuesto de Nestlé para producir estos materiales y la falta de competencia por parte de los productores de otros afiches. Los afiches de Nestlé mencionaban el valor de la lactancia materna, pero en letras pequeñas. Con frecuencia estaban enmarcados con vidrio y un marco de madera sólido que agrega considerablemente a su atractivo y duración.

En pocos lugares, se exhibía el afiche de la Liga de la Leche sobre lactancia materna. Sin embargo, varias de las personas entrevistadas señalaron que no era un afiche efectivo ya que estaba lleno de dibujos demasiado pequeños (la mitad hacia la izquierda) y demasiadas palabras (la mitad hacia la derecha). En varios lugares se exhibieron dos afiches diferentes de UNICEF, pero éstos fueron producidos hace varios años y ya no se consiguen.

En un hospital había dos afiches hechos a mano en la pared de un pabellón de atención del puerperio. La información proporcionada era una lista de recomendaciones sobre la lactancia materna sin dibujos ni diagramas. Por contraste con la mayoría de las instalaciones de salud con poco o ningún material de promoción, la Fundación San Gabriel tiene una sala con una variedad de afiches en las paredes que son atractivos, hechos a mano y producidos en forma masiva, sobre la lactancia materna. Esta sala es utilizada por funcionarios del hospital, inclusive un graduado de WellStart, cuando consulta con madres en sus visitas postnatales.

En lo que respecta a la radio y la televisión no había mensajes sobre la lactancia materna transmitidos en la época en que se realizó esta evaluación. El personal del MPSSP indicó que el costo era el principal obstáculo para utilizar esta forma de promoción de la lactancia materna. Por contraste, muchas personas conocían los mensajes de radio y televisión que promueven el uso de la leche en polvo y de los biberones. Véase el Capítulo III que contiene más detalles sobre este tema.

## **2. Organizaciones Específicas**

En el MPSSP, la responsabilidad de elaborar materiales de promoción y educación se encuentra en la sección de comunicaciones sociales. Este grupo no tiene su propio presupuesto pero proporciona sus servicios a pedido de otros departamentos que pueden financiar los productos deseados. No ha habido producción de materiales específicos sobre lactancia materna en los últimos años puesto que no existe un programa específico sobre el tema en el MPSSP y ningún otro departamento ha solicitado la producción de ningún material o mensaje exclusivamente relacionado con este tema.

Entre los donantes multilaterales, la OPS, la OMS y el UNICEF han respaldado los esfuerzos de la lactancia materna en Bolivia. La ayuda de la OPS se realiza principalmente a través de sus asesores, mientras que la del UNICEF ha sido más amplia. Si bien el UNICEF no tiene un presupuesto específico para actividades de lactancia materna, apoya la producción de materiales de comunicación sobre este tema cuando lo solicitan y aprueban otras organizaciones. La sección de nutrición del MPSSP en la actualidad está elaborando una propuesta para el UNICEF que, entre sus temas prioritarios, incluirá apoyo financiero para materiales de comunicación sobre la lactancia materna.

Como no es de sorprender, las ONGs elaboran sus propios materiales con sus propios recursos. Sobre la base de la información recogida para esta evaluación, no había ejemplos en los que estos materiales proporcionaran información errónea o confusa sobre el tema de la lactancia materna. Esta situación positiva se atribuye más a coincidencia que a una reglamentación específica o a un esfuerzo deliberado por parte de quien sea.

No obstante, existe una buena coordinación de esfuerzos en la producción y uso de materiales sobre la lactancia materna por parte de los miembros del Programa de Coordinación en Supervivencia Infantil (PROCOSI). Un ejemplo es la guía del promotor de salud sobre la lactancia materna producida en julio de 1991. La información incluida es precisa y presenta un formato fácil de leer. Esta guía ha sido distribuida a las 10 organizaciones miembros del PROCOSI y otras 500 copias fueron solicitadas por CCH. La red del PROCOSI comprende 10 organizaciones voluntarias privadas que cuentan con el apoyo de fondos de la USAID para la supervivencia infantil.

Algunas de las otras actividades y materiales preparados por el PROCOSI sobre la lactancia materna incluyen las siguientes:

- integración de temas sobre lactancia materna en las guías de los promotores sobre infecciones respiratorias agudas, control de las enfermedades diarreicas y el programa ampliado de inmunización;
- juegos educativos sobre lactancia materna preparados con el MPSSP con apoyo financiero del UNICEF y el PROCOSI y asistencia técnica del COTALMA;
- un almanaque de registro familiar de acontecimientos clave preparado con asistencia de CARE, que es un calendario con dibujos que ayudan a la madre a registrar las medidas que debe tomar cuando el niño tiene diarrea o una infección respiratoria, o cuando ella introduce nuevos alimentos o lleva al niño para el control del crecimiento. Estos cuatro temas incluyen dibujos sobre lactancia materna. Sobre la base de la experiencia positiva de las fases piloto, hay planes para ampliar el uso de este instrumento.

Otro documento que contiene información correcta y apropiada sobre la lactancia materna es Lactancia materna: Guía para Personal de Salud. Fue adaptado y producido en el Perú por la Academia para el Desarrollo Educativo, la Universidad Peruana Cayetano Heredia, la Asociación Perú-Mujer y el Consejo de Población (Academia para el Desarrollo Educativo, 1989). Se distribuyó al personal de PROSALUD durante su capacitación a cargo de COTALMA y también lo utilizó el CCH.

Si bien las entrevistas se concentraron en materiales recientes sobre la lactancia materna, existe una experiencia previa en educación para la nutrición que merece ser mencionada en este contexto. A comienzos de los años ochenta, el Ministerio de Salud y la USAID/Bolivia colaboraron en el proyecto experimental sobre educación en nutrición por medios masivos de comunicación (que fue conocido localmente como Buena Madre).

Los que diseñaron el proyecto decidieron que todos los esfuerzos tendrían que adaptarse para las tres zonas geográficas y culturales diferentes de Bolivia: los altiplanos, los valles y los llanos. Un paso preliminar fue una amplia investigación de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre la lactancia materna y otros aspectos de la atención infantil. Con esta información a mano, se elaboró una estrategia de educación y comunicaciones que comprendió rotafolios, manuales, afiches, recetas y anuncios por radio e historias, todos ellos específicos para las regiones, sobre la lactancia materna, los alimentos suplementarios, la diarrea infantil y el bocio. Todos los materiales y mensajes se produjeron en aymara, quechua y español.

Una evaluación del proyecto que se realizó en mayo de 1982 determinó que el esfuerzo había tenido éxito y fue recomendado por el seminario sobre nutrición nacional como modelo para la educación no formal sobre la nutrición. Algunos de los profesionales que participaron en este proyecto siguen trabajando en educación para la nutrición en Bolivia, pero ninguno de los entrevistados mencionó este proyecto ni los materiales preparados por el mismo. Dados los recursos invertidos en el proyecto Buena Madre en recolección y análisis de información de base, desarrollo de estrategias y producción y uso de materiales en tres idiomas, parece

apropiado que se le debería prestar seria atención a esta experiencia previa en el curso de la consideración de cualquier nuevo esfuerzo educativo relacionado con la lactancia materna.

Tres de las organizaciones que se visitaron (UNICEF, MPSSP y PROCOSI) cuentan con profesionales entre su personal que son especialistas en comunicaciones. Esto constituye un factor positivo de apoyo a los esfuerzos continuos para fomentar la lactancia materna.

## **B. REGULACIONES Y POLITICAS DE COMUNICACION**

Las actividades de comunicación de las firmas comerciales que venden fórmulas para lactantes y biberones no están reglamentadas en manera alguna por el gobierno (Zubieta et al., 1991). El resultado es más visible en los medios impresos de comunicación. Estas firmas hacen propaganda principalmente en publicaciones científicas, no obstante, sus avisos se prohíben en la Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría. En los Capítulos III y VII figuran más detalles de las reglamentaciones y políticas gubernamentales sobre los productos comerciales para alimentación de lactantes.

Al parecer no existe reticencia general ni prohibición de mostrar el pecho en materiales impresos. Por ejemplo, en el manual de PROCOSI, hay muchos dibujos del pecho, incluso algunos que muestran cómo preparar los pezones para la lactancia.

## **C. ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE IEC**

### **1. Medios masivos de comunicación**

El tema de la lactancia y de los alimentos para lactantes no prevalece en forma abrumadora en los medios masivos. Sin embargo, la aparición en la prensa y en la televisión de madres supuestamente de clase alta con sus bebés y biberones es lo suficientemente generalizada como para causar que los profesionales de salud incluyan esta promoción como una fuerza muy negativa contra la lactancia materna. Además, los dibujos de bebés y biberones en los productos para lactantes que se venden en las tiendas, de todo tamaño, en zonas rurales y urbanas, crean expectativas poco realistas para las madres que no pueden costearse estos artículos para bebés o que no pueden usarlos en forma adecuada.

### **2. Comunicación interpersonal o cara a cara**

En el caso de los profesionales de la salud (de todos los niveles) la comunicación cara a cara con madres o futuras madres, con mayor frecuencia se realiza sin el uso de materiales impresos. Los profesionales dependen de la memoria para proporcionar información sobre la lactancia materna. El contenido de este asesoramiento y su grado de precisión se aborda en el Capítulo IV.

En los grupos de mujeres organizados por las ONGs bolivianas o las OVPs internacionales, es más probable que el promotor de salud sea la persona que tenga la responsabilidad de comunicar información sobre la lactancia materna y, en menor medida, los especialistas de salud empleados por estos grupos.

### 3. Centros de documentación sobre lactancia materna

Casi todas las organizaciones visitadas tenían sus propias bibliotecas o centros de recursos. En La Paz, cabe mencionar particularmente, debido a su cantidad y variedad de materiales relacionados con la lactancia materna, los centros de recursos del proyecto CCH, COTALMA, la OPS, el PROCOSI y el UNICEF.

## CONCLUSIONES

Los factores que apoyan (A) las actividades apropiadas de la información, educación y comunicación para la lactancia materna y el destete y los que representan obstáculos (O) en este campo son los siguientes:

O: La difusión de información sobre la lactancia materna no es generalizada en Bolivia, ni desde el punto de vista positivo (información correcta presentada de manera adecuada a grupos pertinentes) ni negativo (información incorrecta o inadecuada proporcionada en su mayor parte por firmas que venden fórmulas para lactantes o biberones para bebés). Sin embargo, es preciso tomar medidas para tratar de frenar la creciente influencia de los intereses comerciales, ya que ellos están directamente relacionados con la disminución general de la lactancia materna y la introducción inapropiada de alimentos suplementarios.

O: La difusión de información sobre la lactancia materna es restringida. Los graduados de WellStart reciben la suya y el UNICEF, la OPS y el CCH tienen bibliotecas pero muchas otras personas interesadas tienen poco o ningún acceso a información pertinente y actual.

O: Una importante influencia contra la lactancia materna es la tendencia comprensible de la mayoría de la población femenina de aspirar a las prácticas de las mujeres de la clase alta e imitarlas. Este deseo se ve alentado por la directa observación así como por imágenes difundidas a través de todo tipo de medios de comunicación.

A: El PROCOSI proporciona un ejemplo positivo de elaboración coordinada de materiales educativos por parte de sus miembros y el MPSSP. Este sistema podría ser útil para otras organizaciones que preparan materiales para una amplia gama de miembros y temas. El PROCOSI, así como otros grupos visitados, se preocupa de elaborar sus materiales con la colaboración de la población a la que están destinados.

O: No parece haber un uso corriente de materiales preparados por el proyecto Buena Madre, si bien había sido recomendado como un modelo nacional ejemplar.

A: Según lo determinado por el proyecto Buena Madre a comienzos de la década de los ochenta, la radio está bastante generalizada en las zonas rurales y, en 1991, seguía constituyendo un medio potencial de comunicación sobre la lactancia materna.

## **RECOMENDACIONES**

Gobierno, donantes, ONGs y OVPs:

1. Dada la ausencia actual de una estrategia bien formulada de comunicaciones para el fomento y la educación de la lactancia materna, un reactivado Comité Nacional de Fomento de la Lactancia Materna debería considerar este tema como de alta prioridad. Debería examinarse la considerable experiencia de otros países (por ejemplo, la campaña de medios masivos de comunicación del Brasil) así como de Bolivia misma (por ejemplo el proyecto Buena Madre) para incluirlos y adaptarlos en forma apropiada a los planes de comunicaciones de Bolivia. Estos planes deben cumplir dos objetivos: despertar la toma de consciencia generalizada sobre la lactancia materna y crear motivación para un cambio positivo de comportamiento entre varios segmentos de la población.

Toda campaña de medios masivos de comunicación debe considerar la necesidad de reforzar los mensajes mediante comunicaciones cara a cara entre el proveedor de salud (o informante) y la madre (o persona a la cual el mensaje está destinado). Además, toda estrategia de comunicación debe tener en cuenta las características étnicas especiales de Bolivia. Por último, como las prácticas de las madres de clase media y alta con frecuencia son copiadas por las mujeres de niveles más bajos, en la estrategia de comunicaciones, deben incluirse también imágenes positivas del primer grupo sobre la lactancia materna.

## BIBLIOGRAFIA

Academia para el Desarrollo Educativo y Universidad Cayetano Heredia. 1989. Lactancia Materna: Guía para Personal de Salud. Lima: Editorial ARLEQUIM.

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. 24 de julio de 1989. Política de aceptación, distribución y uso de productos lácteos en programas de alimentación para refugiados. ACNUR/10M/88/89 y ACNUR/FOM/76/89. Ginebra: ACNUR.

Barrera, S. 1991. Desarrollo del menor de 3 años: Interacción social y calidad de cuidados. La Paz: Programa de Coordinación en Supervivencia Infantil (PROCOSI).

Bartos, AE. 1990 - a. Lactancia Materna 1990. Influencias socioculturales. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría Vol 30 (Suplemento) 1991: En prensa.

Bartos, AE. 1990 - b. Lactancia Materna 1990. Influencias del sector salud. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría Vol. 30 (Suplemento) 1991: En prensa.

Bartos, AE. 1991 - a. Breastfeeding Promotion and Protection Program. Bolivia. Draft. La Paz: Comité técnico de apoyo a la lactancia materna (COTALMA).

Bartos, AE. 1991 - b. Prácticas hospitalarias y lactancia materna (Informe Preliminar). COTALMA-UNICEF.

Canahuati, J. 1985. Recommendations for a Bolivian breastfeeding promotion program. Bolivia, 19-31 August, 1985. International Nutrition Communication Service. Newton, Massachusetts: Education Development Center, Inc.

CARE. 1991. Análisis estadístico de mortalidad neo-natal. Datos no publicados. La Paz: CARE.

Centro de Investigación y Consultoría (CINCO) y UNICEF. 1986. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la lactancia materna. La Paz, Bolivia: CINCO y UNICEF.

Community and Child Health Project (CCH). 1991 - a. Presentación de resultados encuesta de línea de base 1990. Proyecto de salud infantil y comunitaria (CCH). La Paz: MPSSP-USAID/ Bolivia.

Community and Child Health Project (CCH). 1991 - b. Diagnóstico sobre capacitación en salud. Proyecto de salud infantil y comunitaria (CCH). La Paz: MPSSP-USAID/Bolivia.

Consejo Nacional de Población (CONAPO). 1989. Mujer, trabajo y reproducción humana, en tres contextos urbanos de Bolivia. 1986-1987. CONAPO y The Pathfinder Fund. La Paz: Artes Gráficas Latina.

Frias, E. de y col. 1990. Estudio sobre prácticas en lactancia materna en zonas rurales. Community and Child Health Project (CCH). La Paz: MPSSP-USAID/Bolivia.

Gelbard, A. y Barragan, L. 1991. Policy implications of the 1989 Bolivia DHS presented at the DHS World Conference, August 5-7, 1991, Washington, D.C.

Griffiths, M. 1991. Guía para el análisis preliminar de país de las actividades y las prácticas de apoyo a la lactancia materna. Borrador. Circulación restringida. The Manoff Group. Compilado para: MotherCare. Arlington, Virginia: John Snow, Inc.

Howard-Grabman, L., Guzmán A., Rosso P., Taylor P., Trott M. 1990. Assessment report and proposal for MotherCare project in Cochambamba, Bolivia. In-Country Visit July 8-27, 1990. Trip Report Number 4. Arlington, Virginia: John Snow, Inc.

Hurtado, L. 1989. Lactancia materna en nuestro medio. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría 28: 9-30. La Paz, Bolivia.

Instituto Nacional de Estadística (INE). 1989. Bolivia, Encuesta Nacional de Población y Vivienda 1988. La Paz: INE.

Instituto Nacional de Estadística (INE) e Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc. (IRD). 1990. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1989 (ENDSA). La Paz, Bolivia y Columbia, Maryland: INE e IRD.

Koblinsky, M., Taylor P. 1989. Towards improving maternal and neonatal health and nutrition. Trip Report, La Paz, Bolivia, June 1-8, 1989. MotherCare Project. Arlington, Virginia: John Snow, Inc.

Ministerio de Previsión Social y Salud Pública (MPSSP). 1990. Plan Nacional de Supervivencia - Desarrollo Infantil y Salud Materna. Manual de normas y procedimientos. La Paz, Bolivia: MPSSP.

Morales, R. 1984. Desarrollo y Pobreza en Bolivia. Análisis de la situación del niño y la mujer. UNICEF. La Paz: Talleres Gráficos Mundy Color S.R.L.

MPSSP/UNICEF/USAID. 1990. Los talleres regionales de producción de materiales educativos en salud: Un recurso metodológico ante un desafío cultural. Oriente, Valle, Altiplano. Documento Preliminar. La Paz: MPSSP y UNICEF y USAID.

MPSSP/UNICEF/USAID. 1990. Anexo II. Compendio de documentos correspondiente al 2do. taller regional de producción de materiales educativos para la salud. Valle. Tema: Alimentación y Nutrición. Del 7 al 18 de Mayo, 1990. Sucre - Yotala - Bolivia. La Paz: MPSSP y UNICEF y USAID.

Morales, A. y Rocabado, F. 1987. Bolivia 1987: Análisis de la situación del niño y la mujer. Resumen. La Paz, Bolivia: UNICEF.

Murillo, de la G. A. 1984. Situación de la lactancia materna en Bolivia. Revista de la Sociedad Boliviana de Ginecología y Obstetricia 7(2): 5-13. La Paz, Bolivia.

Naylor, A. 1990. Professional Education and Training for Trainers. Int J Gynecol Obstet 31 (supl 1): 25-27.

Organizacion Mundial de la Salud (OMS)/UNICEF. 1989. Protección, promoción y apoyo a la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Declaración conjunta OMS/UNICEF. Ginebra.

Programa de Coordinación en Supervivencia Infantil (PROCOSI). 1991. Lactancia materna. 3 - Serie guías de capacitación para promotores y R.P.S. La Paz: PROCOSI.

UNICEF. 1991. Estado Mundial de la Infancia 1991. New York: UNICEF.

UNICEF-COTALMA. 1991. Situación de la lactancia materna en Bolivia. La Paz, Bolivia: UNICEF y COTALMA.

United States Agency for International Development. 1990. Breastfeeding for Child Survival Strategy. Washington, D.C.: USAID.

Vera, R., Villaseca, F., Alliaga, A. y col. 1981. Situación de la lactancia materna en zonas urbanas de Bolivia. Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN). La Paz, Bolivia: INAN.

Wolowyna, O. y Pinto, G. 1990. Sobrevivencia Infantil en Bolivia. CONAPO. La Paz, Bolivia: Artes Gráficas Latina.

**ANEXO 1**

**LISTA DE PERSONAS ENTREVISTADAS**

## ANEXO 1

### LISTA DE PERSONAS ENTREVISTADAS

#### La Paz

##### A.I.S. (Acción Internacional por la Salud)

Dra. Norma Murillo Q., Calle Loayza - Esq. Camacho, Edif. Mcal. de Ayacucho - 7mo. Piso Of. 705, La Paz. Tel: 371596.

##### CARE Internacional-Bolivia

Frank Sullivan, Director y Gerardo Romero G., Gerente de Proyecto, Av. 14 de Septiembre 5369, Obrajés, La Paz. Tel: 786341.

##### C.C.H. (Proyecto de Salud Infantil y Comunitaria, MPSSP y USAID/Bolivia)

Dr. Alvaro Muñoz-Reyes N., Director Ejecutivo, Ms. Rita Fairbanks, Sub-directora, Lic. Elizabeth de Frías, Consultora y Dr. Jorge Velasco, Consultor Educación en Salud, Calle Goitia 142, Sopocachi, La Paz. Tel: 325384; Fax: 591-2-391503.

##### CIES (Centro de Investigación y Educación Sexual)

Lic. Luisa Rada, Directora, Galería Colonial Calle Colombia, 257, Sopocachi, La Paz. Tel: 390011.

##### CIDEM (Centro de Información y Desarrollo de la Mujer)

Carola Muñoz Vera, Directora General, Calle Aspiazú No. 736, Sopocachi, La Paz. Tel: 374961.

##### Fundación San Gabriel

Dra. Liselotte de Barragán, Directora Ejecutiva y Dr. Luis Montaña, Médico Pediatra, Villa Copacabana, Av. Tito Yupanqui, La Paz. Tel 331114.

##### La Liga de la Leche

Dra. Carola Beck, Directora, Tel 791699.

##### MotherCare

Lic. Lisa Howard-Grabman, Coordinadora de Programas, 20 de Octubre 2463, Sopacachi, La Paz. Tel: 325514.(entrevistada en Washington, D.C.) y Patricia Taylor, Director of Long Term Projects, MotherCare, John Snow Incorporated, 1616 N. Ft. Myer Drive, Arlington, VA 22209, USA (entrevistada en La Paz).

##### MPSSP (Ministerio Previsión Social y Salud Pública)

Lic. Ana María P. de Villarreal, Jefe Nacional del Dpto. de Comunicación Social, Capitán Ravelo 2199, Tel: 390846.

Dirección de Atención a las Personas:

Dra. Martha Mejía, Jefe Nacional de Salud Infantil; Dra. Miriam López, Jefe Nacional de Control de Enfermedades Diarréicas; Dra. Marcia Ramirez, Jefe Programa Nacional de Crecimiento y Desarrollo; Dr. Alberto de la G. Murillo, Jefe Programa de Salud Materna; Enf. Norma Quispe Jefe Nacional de Enfermería en Materno Infantil; Unidad desconcentrada del MPSSP, Capitán Ravelo 2199, Sopocachi, La Paz. Tel: 375479

Lic. Albina Torrez, Jefe Departamento de Nutrición, Dirección de Atención a las Personas, MPSSP. Edificio La Lotería. Tel: -375479

Escuela Nacional de Salud Pública, Enf. Juana de Rojas, Directora del Curso de Auxiliares de Enfermería.

OPS (Organización Panamericana de la Salud)

Dr. Germán Perdomo Córdoba, Representative; Dr. Daniel Gutierrez, Consultor. Edificio Foncomin, 3er piso, 20 de Octubre 1903, Sopocachi, La Paz. Tel: 371644.

PROCOSI (Programa de Coordinación en Supervivencia Infantil)

Lic. Susana Barrera, Directora de la Unidad de Comunicación y Educación y Dra. Ana María Aguilar Liendo, Jefe de la Unidad de Salud, Lisímaco Gutierrez (Pasaje 490, No 4), Sopocachi, La Paz. Tel: 342509.

Radio Color F.M. 101, Sistema Radiofónico San Gabriel

Lic. Lucía Sauma Patiño, Directora, General Lanza 2001, Casilla 4792, La Paz. Tel: 368121.

SAVE the Children

Dra. Lila Céspedes Claire, Asesora Proyecto MotherCare, Pedro Salazar 517, La Paz. Tel: 325011; Fax: 391455.

UNICEF

Dr. Guido Cornale, Oficial de Salud y Lic. Magaly de Yale, Oficial de Nutrición, Plaza 16 de Julio No. 280, Obrajes, La Paz. Tel: 786577; Fax: 786327.

UMSA (Universidad Mayor de San Andrés), Facultad de Medicina

Dr. Oscar Sandoval Morón, Jefe Cátedra de Pediatría, Av. Saavedra. Tel 375385-390222

USAID/Bolivia

Mr. Charles Llewellyn, Asesor en Salud Pública y Dra. Elba Mercado, Coordinadora de Proyectos, Edificio Banco Industrial, piso 6, Av. 16 de julio, Sopocachi, La Paz. Tel: 320262; Fax: 391552.

## Cochabamba

Hospital, Caja Nacional de Salud

Dr. Edmundo Sánchez, Cirujano Pediatra, Dra. Magaly Zubieta, Pediatra.

Hospital Caja Petrolera de Salud

Dr. Roberto Ewell, Director.

Hospital Albina Patiño. (Fundación Simon I. Patiño)

Dr. Pierre Leonard, Director; Dr. Max Sánchez, Jefe de Enseñanza, Dr. Mario Bustos, Médico Pediatra.

Maternidad Germán Urquidi (MPSSP)

Dr. Alfredo López Siles, Jefe Servicio de Pediatría, Dres. Nelson Vega, Rubén Arandia y Gonzalo Moscoso, Pediatras. Av. Aniceto Arce, Cochabamba. Tel: (042)-28109.

## Santa Cruz

Centro de Salud Villa Santa Rosita (MPSSP)

Dr. José Roca, Director. María Terrazas, Auxiliar de Enfermería.

Maternidad Percy Boland (MPSSP)

Enf. Isabel Mejía de Yabeta, Supervisora.

## PROSALUD

Lic. Martha Mérida, Directora de Capacitación, Av. Isabel la Católica 810, Santa Cruz.  
Tel: 349477; Fax: 336823.

Centro de Salud Villa el Carmen (PROSALUD)

Dr. Oscar Quiroga, Director, Dr. Walter Pacheco, Ginecólogo, Ibis Chumacero, Auxiliar de Enfermería.

Centro de Salud La Cuchilla (PROSALUD)

Dr. Jorge Escalante, Director; Dr. Freddy Filipovic, Ginecólogo; Lic. Mercedes Avalos, Enfermera; Telma Claudio, Auxiliar de Enfermería.



ANEXO 2

DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL

84

## ANEXO 2

### DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL

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

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

**ANEXO 3**

**RESUMEN DE ACTIVIDADES DE COTALMA**

### ANEXO 3: RESUMEN DE ACTIVIDADES DE COTALMA

COTALMA: Comité Técnico de Apoyo Técnico a la Lactancia Materna

Fué creado en 1989, por 18 profesionales graduados de Wellstart - San Diego, California EEUU.

En 1989 realizó las siguientes actividades:

- Participación en el Comité Nacional de Lactancia Materna del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública
- Elaboración de normas de lactancia materna hospitalarias, distribuidas a hospitales a través de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud.
- Participación en los Cursos de Atención Integral a Menores de cinco años en coordinación con el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública
- Participación en cuatro Cursos de Formación de Auxiliares de Enfermería de la Escuela Nacional de Salud Pública y de la Escuela María Inmaculada del Hospital Juan XXIII
- Organización y ejecución de cursos sobre Lactancia Materna para:
  - personal de diferentes niveles del Hospital del Niño
  - personal de Enfermería del Hospital San Gabriel y Seguro Universitario
  - Enfermeras Profesionales del Centro de Salud La Paz
  - Personal de Enfermería del Hospital Metodista y Clínica Modelo (Caja Bancaria Estatal de Salud)

En 1990 realizó las siguientes actividades en orden secuencial:

Enero: Curso sobre Lactancia Materna en la ciudad de Santa Cruz, organizado por la Sociedad de Pediatría para médicos, enfermeras, y auxiliares de enfermería (75 participantes).

Febrero: Elaboración de material educativo para area rural en la ciudad de Sucre. Dra. C. Casanovas.

- Abril: Curso en la ciudad de Santa Cruz organizado por Prosalud para 70 profesionales, en el cual se aplicó un pre- y post-test de conocimientos cuyo resultado es el siguiente:  
 Pretest - 14% respuestas correctas  
 Post-test - 70% respuestas correctas
- Mayo: Curso para 22 medicos residentes de pediatria y 4 medicos residentes de Ginecologia-Obstetricia del Ministerio de Prevision Social y Salud Publica y de la Caja Nacional de Salud.
- Junio: Evaluacion rápida en el distrito de Samaipata del departamento de Santa Cruz con CCH y USAID. Lic. G. Peñaranda.
- Julio: Participación, Jornadas Medicas en el Hospital san Gabriel.
- Agosto: Participacion Curso Pediatria en el Hospital Albina Patiño, Cochabamba
- Octubre: Seminario Taller para 70 Docentes de las Facultades de Medicina, Carrera de Enfermeria y de Nutricion. La Paz, Sucre y Cochabamba
- Octubre: Curso de Capacitación destinado a personal en nivel operativo de las ciudades de Cochabamba, Santa Cruz, Sucre, Oruro y La Paz (30 Participantes)
- Octubre: Jornadas Pediátricas en la ciudad de Oruro y Curso de Post-grado sobre Lactancia Materna con participación de Dra. Audrey Neylor y Lic. Elizabeth Creer

En el curso del presente año (1991) y hasta la fecha:

- Enero: Réplica del curso de Capacitación (de Octubre 1990) en la ciudad de Santa Cruz para personal de la Maternidad Percy Boland, Hospital Petrolero, Hospital Japonés, Hospital de la Caja Nacional de Salud. (Coordinadora, Dra. Dolly Montañó).
- Febrero: Elaboración de un proyecto de programa de capacitación en lactancia materna para personal de salud.
- Julio: Encuesta sobre practicas Hospitalarias. Dr. Barros con apoyo de UNICEF.
- Julio: Participacion Curso de Lactancia Materna para Enfermeras Profesionales, organizado por el Colegio Departamental de Enfermeras. La Paz

Agosto: Participación en el Diagnóstico de la Situación Actual de la Lactancia Materna en Bolivia. USAID, OMS y OPS. MotherCare, Dr. Bartos, Lic. Peñaranda.

**ANEXO 4**

**POLITICA DE ACEPTACION, DISTRIBUCION Y USO DE PRODUCTOS LACTEOS EN  
PROGRAMAS DE ALIMENTACION PARA REFUGIADOS**

ANEXO 4

OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA  
REFUGIADOS (OACNUR)

GINEBRA

Memorando Interno No. 38/89  
Memorando a las Oficinas de los Países No. 76/89

Para: Todos los funcionarios de la OACNUR en la sede y en los países

De: El Alto Comisionado Encargado

Ref: 593

Fecha: 25 de julio de 1989

Asunto: Política de aceptación, distribución y uso de productos lácteos en programas de alimentación para refugiados

---

1. El documento adjunto de políticas provee instrucciones para el control del uso de productos lácteos en programas para refugiados. Por la presente le estamos solicitando que efectúe una evaluación de los programas de ayuda para refugiados en su país y promueva los cambios más adecuados para garantizar el uso inocuo de los productos lácteos en todos los programas apoyados y coordinados por la OACNUR.
2. Estas instrucciones han sido respaldadas por las Oficinas de Nutrición y de Ayuda Alimentaria de la Organización Mundial de la Salud y por el UNICEF. El Programa Mundial de Alimentos está de acuerdo con su aplicación. Las instrucciones deben cumplirse en forma inmediata.
3. Esta política se deriva de la preocupación acerca del incremento en el uso de leche en polvo (especialmente de donación) en los programas para refugiados. Se ha comprobado que la leche en polvo aumenta el riesgo de enfermedad en los niños pequeños que viven en ambientes insalubres. Aún más, desestimula la lactancia materna y promueve en cambio el uso de alimentación artificial a biberón, con serias repercusiones para la salud de los niños pequeños.
4. Sabemos que hay catorce países en donde la leche en polvo o de fórmula se distribuyen actualmente como parte de raciones generales o de alimentación a grupos: Argelia, Angola, Costa Rica, Djibouti, Etiopía, Honduras, Hong Kong, Irán, Malasia, Pakistán (repatriados afganos), Somalia, Sudán, Swazilandia y Vietnam. Hay necesidad de revisar la composición de las raciones alimentarias en estos y en otros países que distribuyen leche en polvo en las raciones generales, y se deben buscar substitutos nutricionalmente comparables.

5. Se deberá hacer una evaluación formal de los logros en el primer trimestre de 1990.

## Problemas relacionados con el uso inocuo de productos lácteos en programas de alimentación para refugiados

### 1. Introducción

Los productos lácteos, especialmente la leche en polvo, se han convertido en alimentos comunes de donación en programas de ayuda de emergencia. Debido a la evidencia disponible sobre los riesgos para la salud asociados con la distribución y el uso indiscriminado de leche en polvo en programas de alimentación para refugiados, se ha tomado la decisión de adoptar una política en este sentido (ver párrafos 6.1 a 6.6 para las pautas específicas).

### 2. Definición

Para los efectos de esta política, el término "producto lácteo" se refiere a todos los productos no frescos de leche tales como las leches en polvo, evaporadas, condensadas y las modificadas, incluso las fórmulas infantiles.

### 3. Valor nutricional de la leche

- 3.1. En general, la leche es una excelente fuente de aminoácidos esenciales (proteínas), calcio, vitamina B, y varios microelementos. Es una fuente limitada de hierro; en efecto inhibe la absorción del hierro de otros alimentos, y prácticamente no contiene vitamina C. A menos que se fortifique, cuando se ha descremado no contiene vitamina A.
- 3.2. La leche materna es insustituible como un alimento completo e higiénico para el crecimiento saludable de los niños y constituye una base biológica y emocional única para la salud tanto del niño como de la madre. Además, las propiedades anti-infecciosas de la leche materna ayudan a proteger a los niños contra enfermedades y existe una relación importante entre la lactancia materna y el espaciamiento de los embarazos.
- 3.3. La leche materna por sí sola satisface los requisitos nutricionales del niño por lo menos durante los primeros cuatro meses y con frecuencia hasta los seis meses. Después de esta edad se necesitan otros alimentos para complementar la lactancia materna con el fin de satisfacer las necesidades de energía y otros nutrientes. Idealmente, como todavía ocurre en muchas culturas tradicionales, la lactancia materna se deberá continuar por el mayor tiempo posible, aún hasta el segundo año de vida.

- 3.4. Los requisitos nutricionales por kilogramo de peso son considerablemente mayores en los niños pequeños que en los adultos. Existen también importantes diferencias cualitativas en los requisitos de energía y nutrientes que se relacionan con las necesidades nutricionales de los niños o con sus características fisiológicas particulares. Los productos lácteos como la leche en polvo, pueden ayudar a cubrir estos requisitos si se usan inocuamente. En programas de alimentación para refugiados, la forma más segura de usar productos lácteos en polvo es mezclándolos con harinas de cereales.
- 3.5. La leche rara vez es parte de la alimentación de los adultos entre los refugiados, con excepción de pastores nómadas que dependen del ganado para cubrir sus necesidades nutricionales. Una transición alimentaria es parte del proceso de adaptación de estos grupos en los programas de refugiados, y la leche en polvo descremada no puede considerarse nutricionalmente equivalente con la leche fresca de origen animal que es el componente tradicional de la ingesta alimentaria de estos grupos.

#### 4. Resumen de los riesgos para la salud asociados con el uso de productos lácteos en polvo en programas para refugiados

##### Problemas de contaminación

- 4.1. En los campamentos de refugiados, los suministros de agua son generalmente inadecuados tanto cualitativamente como cuantitativamente. El agua insuficiente implica que los recipientes y utensilios utilizados para mezclar la leche están con frecuencia sucios, haciendo muy probable la contaminación secundaria. La leche en polvo que se reconstituye con agua contaminada es un medio ideal para la proliferación de bacterias patógenas.
- 4.2. El sistema inmunológico de un niño menor de dos años no está todavía completamente desarrollado y por consiguiente resiste menos que el adulto los efectos de la alta contaminación bacteriana de los alimentos. Los resultados inevitables de la ingesta de leche contaminada son la diarrea aguda y la deshidratación y ambas patologías contribuyen a la desnutrición.

##### Problemas con la reconstitución

- 4.3. La alimentación de los niños con leche en polvo sobre-diluida como la principal fuente alimentaria resulta en ingesta nutricional deficiente y contribuye a la desnutrición. Por otro lado, los niños que se alimentan con leche en polvo muy concentrada pueden enfermarse seriamente debido a las concentraciones peligrosamente altas de sodio y proteína, pudiendo ocurrir falla renal y muerte.

- 4.4. Las diferentes marcas de leches en polvo vienen con diferentes instrucciones para su preparación que rara vez se encuentran en un idioma comprensible para los refugiados. Así mismo, las posibilidades de instrucciones apropiadas y supervisión de la preparación son muy limitadas en estas circunstancias, especialmente en la fase de emergencia. Solamente estas actividades ocupan el tiempo limitado de los trabajadores de salud que necesitan dedicarse a las necesidades urgentes de educación en salud.

#### Intolerancia a la lactosa

- 4.5. Mientras los niños son completamente destetados, secretan la enzima digestiva lactasa que se requiere para la digestión de la lactosa de la leche materna. Sin embargo, cuando se suspende la lactancia materna, la enzima deja de producirse en muchos individuos en poblaciones que no están acostumbradas a consumir leche. Si se da leche a personas que no secretan lactasa se produce diarrea por intolerancia a la lactosa.

#### Alimentación infantil

- 4.6. Se han documentado bien los riesgos asociados con el uso de productos lácteos en la alimentación infantil. La OACNUR respalda la política de la Organización Mundial de la Salud sobre la alimentación infantil inocua y apropiada, especialmente mediante la protección y promoción de la lactancia materna y el estímulo al uso oportuno y correcto de alimentos complementarios. La utilización de productos lácteos en programas para refugiados debe hacerse de conformidad con esta política.
- 4.7. Es razonable suponer que los riesgos normales asociados con el uso de sustitutos de la leche materna se incrementan considerablemente en las condiciones de los refugiados. Es difícil evitar el uso de la leche en polvo como un sustituto de la leche materna cuando se distribuye en forma seca y no mezclada como parte de raciones generales o en programas de alimentación.

#### 5. Estudios sobre el uso de leche en polvo en refugiados

- 5.1 Solo dos epidemiológicos objetivos se han efectuado hasta ahora sobre los efectos de la leche en polvo en los refugiados. El primero, efectuado por Bennet y colaboradores en 1961 en Uganda<sup>4</sup>, encontró que la tasa de desnutrición fue dos veces mayor entre los niños menores de dos años que recibieron leche en polvo en comparación con los casos en donde se disponía de leche fresca de vaca y no se distribuyó leche en polvo. Entre los niños de tres años de edad, el 10% de los que recibieron leche en polvo se desnutrieron en comparación con prácticamente ninguno en el otro grupo.

---

<sup>4</sup> Bennet et al. Refugees from Rwanda in Uganda (1961)

- 5.2. En un estudio reciente sobre los riesgos de la distribución de leche en polvo en Pakistán<sup>5</sup>, se probaron muchas muestras de leche reconstituída y se encontró que el 75% tenía conteos de gérmenes aeróbicos patogénos que sobrepasaban los límites permitidos. Fue muy evidente la contaminación secundaria durante la manipulación de los recipientes después de que se hervía el agua utilizada en la reconstitución.
- 5.3. Así mismo, aproximadamente el 36% de las personas que respondieron la encuesta dijeron que utilizarían leche en polvo para alimentar a los niños amamantados, mientras que el 60% dijeron que darían leche en polvo a los niños menores de cinco años. De las 114 personas que respondieron a la encuesta y que estaban usando leche en polvo como sustituto de la leche materna, el 48% utilizaban biberón y tetina o chupo.
- 5.4. Se necesitan datos más ilustrativos y sistemáticos sobre los efectos de la distribución de leche en polvo tanto en programas de emergencia como en los de desarrollo. No obstante, la información disponible hasta ahora indica claramente la necesidad de regulación sistemática y restricciones a la distribución y uso de este tipo de alimento.

## 6. Pautas para el uso inocuo de productos lácteos

- 6.1. La leche en polvo, tanto la descremada como la completa, se puede usar en forma reconstituída siempre que pueda mezclarse cuidadosa e higiénicamente en un ambiente supervisado para consumo inmediato en el mismo sitio. Los programas de alimentación directa deben ejecutarse en áreas cerradas donde se pueda supervisar a los beneficiarios y prevenir la salida de leche reconstituída.
- 6.2. En un ambiente como éste, la leche en polvo descremada se debe mezclar siempre con aceite para proporcionar suficiente energía. Tanto la leche en polvo descremada como la completa deben prepararse con azúcar para aumentar su contenido energético y mejorar su aceptabilidad.
- 6.3. En la mayoría de los casos, las leches en polvo descremadas o completas pueden distribuirse para ser consumidas fuera del sitio de distribución solamente si se han mezclado previamente con harinas de cereales. El pan fortificado, las tortillas y los purés preparados con leche son alimentos nutricionalmente valiosos. Una vez que la leche en polvo entra a formar parte de alimentos homeados o fritos que permanecen secos, el riesgo de contaminación debido a la leche misma es mínimo. La adición de leche en polvo a los alimentos homeados también ayuda a mantener su frescura. El posible mal uso de la leche en polvo en la alimentación infantil se puede prevenir si se mezcla con harina de cereales en un sitio central antes de su distribución a los beneficiarios.

---

<sup>5</sup> DSM Safety and Distribution Study, Pakistan. World Food Programme. Pilgrim Associates (1987)

- 6.4. La única posible excepción a esto será la distribución a grupos que tradicionalmente han usado la leche como un componente central de su alimentación (por ejemplo, las poblaciones nómadas). En estos casos, debe vigilarse su uso apropiado y si se tiene alguna indicación de que la leche se está usando como sustituto de la leche materna (por ejemplo, en biberones), su distribución se debe descontinuar.
- 6.5. La distribución de leches de fórmula se debe desestimular en los programas para refugiados, aún en casos de dificultades para la lactancia. La relactación debe intentarse mediante el cuidado y el estímulo a la madre biológica. Si esto falla, la alimentación por nodriza debe considerarse como una primera alternativa, y aún estimularse mediante retribuciones en especie en caso necesario.
- 6.6. Cuando la leche materna no está disponible, se debe ofrecer un sustituto adecuado, junto con instrucciones claras sobre la mezcla adecuada y la alimentación con taza y cuchara para quienes necesitan utilizarlo. Los biberones y tetinas o chupos no deben usarse en ningún caso. No se deben dar fórmulas infantiles a niños de seis meses de edad o mayores; por el contrario, se deben dar instrucciones sobre las prácticas de destete más apropiadas para este grupo de edad.

#### **POLITICAS DE LA OACNUR EN RELACION CON LA ACEPTACION, DISTRIBUCION Y USO DE PRODUCTOS LACTEOS<sup>6</sup> EN PROGRAMAS DE ALIMENTACION PARA REFUGIADOS**

1. La OACNUR aceptará, suministrará y distribuirá donaciones de productos lácteos solamente si pueden utilizarse bajo estricto control y en condiciones higiénicas, por ejemplo, para consumo inmediato en un ambiente supervisado.
2. La OACNUR aceptará, suministrará y distribuirá productos lácteos solamente cuando los reciba en polvo. La OACNUR no aceptará productos lácteos líquidos o semilíquidos, incluyendo leche evaporada o condensada.
3. La OACNUR aceptará, suministrará y distribuirá leche en polvo solamente si ha sido fortificada con vitamina A.
4. La OANCUR apoya el principio general de dar preferencia a fuentes de proteína como las leguminosas, la carne o el pescado sobre la leche en polvo en las raciones de los programas. La OACNUR considera que la leche en polvo previamente mezclada

---

<sup>6</sup> Incluye todos los productos lácteos no frescos tales como leches en polvo, evaporadas, condensadas y leches modificadas, incluyendo las fórmulas infantiles.

centralmente con harina de un cereal apropiado y azúcar es útil en la alimentación de los niños pequeños, especialmente si se prepara con aceite.

5. La OACNUR promoverá la distribución de leche en polvo para consumo fuera del sitio de distribución solamente si se ha mezclado previamente con harina de un cereal apropiado, y solamente cuando sea culturalmente aceptable. La única excepción a esta regla puede ser cuando la leche forma parte esencial de la alimentación tradicional (por ejemplo, en poblaciones nómadas) y puede usarse sin peligro.
6. La OACNUR apoyará la política de la Organización Mundial de la Salud sobre una alimentación inocua y apropiada para los lactantes y niños menores, particularmente mediante la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna y el estímulo al uso oportuno y adecuado de alimentos complementarios en los programas para refugiados.
7. La OACNUR desestimulará la distribución y uso de sustitutos de la lactancia materna en programas para refugiados. Cuando dichos sustitutos sean absolutamente necesarios, se entregarán con instrucciones claras para su mezcla adecuada y para la alimentación con taza y cuchara.
8. La OACNUR tomará todas las medidas posibles para desestimular activamente la distribución y el uso de biberones y tetinas o chupos artificiales en los programas para refugiados.
9. La OACNUR recomendará que cuando se suministren donaciones de leche en polvo para programas de refugiados, se solicite a los donantes contribuciones en efectivo destinadas específicamente a cubrir los costos operacionales relacionados con el uso inocuo del alimento.

**ANEXO 5**

**PROGRAMA DE PROMOCION Y PROTECCION DE LA LACTANCIA MATERNA  
(RESUMEN)**

AB

**BREASTFEEDING PROMOTION AND PROTECTION PROGRAM****BOLIVIA****I INTRODUCTION**

The advantages of breastfeeding over artificial feeding are well known. They include reduced infant mortality and morbidity, improved infant nutrition, birth spacing, uterine involution, reduced post-partum bleeding, psychological advantages for mother and baby and economic advantages.

There is, however, a trend of decline in both prevalence and duration of breastfeeding throughout the world. Bolivia is no exception. This trend is more apparent in urban areas, due to the inclusion of mothers in the working force, the influence exerted by the most affluent urban mothers as role models, promotion of breast milk substitutes, and inadequate attention to breastfeeding and lactation management by health personnel. A survey done by the Bolivian Pediatric Society, presented at the October 1990 National Meeting, showed that due to poor knowledge of mothers, weaning was started before 4 months in more than 50% of cases and that the average duration of breastfeeding was less than 11 months. There was a negative association between duration of breastfeeding and prenatal care, hospital deliveries and cesarean sections, suggesting that mothers with greater contact with health institutions are more likely to breastfeed for shorter periods of time.

The urban population in Bolivia comprises more than 50% of the total, and its rate of growth is greater than that of the rural population. If no action is taken at the present time, there will be a marked reduction in the practice of breastfeeding that will negatively affect the efforts to reduce the high infant mortality rates, as well as infant nutritional status.

Several international agencies and governments have recently recognized the need to promote and protect breastfeeding. The World Summit on children held in New York (September 30, 1990), and the Innocenti Declaration (Florence, Italy, Aug 1, 1990) are examples of that recognized need.

In 1989, an organization for the promotion of breastfeeding was constituted in La Paz, Bolivia, under the name of "Comité Técnico de Apoyo a la Lactancia Materna" (COTALMA) by 16 health professionals from La Paz that had attended a lactation management course at Wellstart, in San Diego, California, USA. The organization has focused primarily on education of health professionals to bring about changes in attitudes and practices related to human lactation, and has participated as a recognized institution in the National Breastfeeding Committee (Maternal and Child Health Division, Ministry of Health). Over a period of two years, COTALMA has organized more than 12 courses, seminars and workshops, primarily in La Paz, but also in Santa Cruz, Oruro and Cochabamba, reaching over 200 health professionals. In October 1990 a one week course was organized for health professionals from four cities in addition to La Paz (Santa Cruz, Cochabamba, Oruro and Sucre) in order to motivate the creation of regional groups that will in turn be active in breast protection and promotion activities. Simultaneously, a seminar for university professors at the three universities where health sciences are taught, and for professors involved in post-graduate training, was held. There is a strong commitment to modify the curricula at these universities in order to include basic and scientific concepts of lactation. These activities were funded by USAID and UNICEF; Audrey Naylor, MD, DrPH and Elizabeth Creer FNP, MPH, from Wellstart were faculty, along with members of COTALMA. A course in human lactation was held as part of the National Pediatric meeting (Jornadas Nacionales de Pediatría) with Dr. Naylor as guest speaker. In January 1991, a three day course on human lactation was organized by the team from Santa Cruz that attended the one week course held in October 1990 in La Paz, for approximately 50 health professionals from different institutions. As part of the course, field visits to the major maternity hospitals were performed, including lectures and informal discussions with personnel involved in perinatal care.

99

**COTALMA has developed a Lactation Clinic within the Pediatric Hospital in La Paz, which along with the library and slide collection, constitute a resource center in Bolivia for lactation management training.**

**In January 1991 COTALMA received a formal request to write the section on national breastfeeding guidelines of the revised (second) edition of the National Health Plan (Plan de Salud Nacional) of the MOH.**

**The activities developed so far by COTALMA have encountered two main obstacles: 1) members of the group have other responsibilities and can work on lactation promotion and training in limited periods of time and 2) there are no regular funds available to develop activities.**

**The following proposal focuses on breastfeeding management training through the establishment of a National Lactation Training Center. It also takes into account issues such as social marketing and clinical research in aspects related to breastfeeding. Supervision, monitoring and evaluation constitute another important area of the program.**

## II PROGRAM GOAL AND OBJECTIVES

### PROGRAM GOAL

Promote and protect breastfeeding particularly in urban and periurban areas, in order to both improve infant nutrition and contribute to an overall reduction in infant morbidity and mortality rates.

### GENERAL OBJECTIVES:

1. At the end of the program period (5 years), the National Lactation Training Center will have provided Training in Lactation Management to 150 health professionals (trainers). It is expected that these professionals will in turn provide courses and training to 2500 health professionals, in different areas of the country.
2. The program will contribute to achieve significant changes in selected health centers' routines through the teams trained at the National Training Center. It is expected that 80% of participating hospitals will apply at least 50% of the "ten steps"<sup>1</sup> in their maternity services.
3. At the end of the program, the number of mothers from participating Hospitals fully<sup>2</sup> breastfeeding at the time of discharge will increase by 50% in relation to the present number as determined by a base line study.
4. The program will contribute to the integration of breastfeeding in the curricula of health sciences schools throughout the country.

### SPECIFIC OBJECTIVES

1. Establish within 6 months of the beginning of the program a National Lactation Training Center.
2. Provide ten two-week courses for 15 participants from hospitals from different regions of the country, two courses per year.
3. Provide a workshop for University professors, and develop strategies for an effective integration of breastfeeding in the curricula of health sciences schools.
4. Develop a social marketing strategy for promotion and protection of breastfeeding in health services where there is prenatal care as well as labor and delivery.
6. Promote clinical research on breastfeeding practices in Bolivia.

---

<sup>1</sup> Protecting, promoting and supporting breast-feeding: The special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF Statement. WHO Geneva, 1989. (See annex)

<sup>2</sup> Full breastfeeding includes exclusive and almost exclusive breastfeeding; exclusive means "no other liquid or solid is given to the infant"; almost exclusive means: "vitamins or juice given no more than once or twice per day, not more than 1-2 swallows".

From: Institute Issues Report #4, Report of a Meeting on Breastfeeding Definitions Held by the Interagency Group for Action on Breastfeeding, Hosted by UNICEF, April 28, 1989.