

DESARROLLO DE PROGRAMAS MODELOS DE EDUCACION Y CAPACITACION

Rolando Cerezo Mulet
INCAP, Guatemala

Publicación INCAP CE/059

Antecedentes. La comunidad

Guatemala ocupa una extensión territorial de 108,889 kilómetros cuadrados. Políticamente se divide en 22 departamentos que a su vez se subdividen en municipios. Los departamentos se agrupan en ocho regiones, según su nivel de desarrollo socio-económico.

En 1990, la población guatemalteca era de 9.197,345 habitantes¹ con una tasa de crecimiento anual de 2.8%. Más del 60% de la población radica en áreas rurales y en comunidades de menos de 2,000 habitantes. El analfabetismo en adultos alcanza al 52%; el 1% de los pobladores tiene acceso al agua potable.

Aunque en las últimas décadas los principales indicadores de morbilidad y mortalidad han disminuído y se ha constatado un ligero aumento en la esperanza de vida (63.4 años), desde el punto de vista de la salud la población está desprotegida, pues sólo el 34% de los habitantes tiene acceso a sus servicios; en 1992, por ejemplo, más de 6.1 millones de habitantes no tendrán acceso a ellos.²

El segmento de población más expuesto es el materno-infantil, que representa el 65% del total. Un 20% de esta población lo constituyen mujeres en edad fértil; los niños menores de cinco años son el 18%. De ahí que la cobertura que el Ministerio de Salud debe proporcionar cubriría a dos millones de mujeres en edad reproductiva y a 1.43 millones de niños entre cero y cinco años. La falla en esta cobertura ha hecho que la tasa de mortalidad materna sea de más de 22 por cada 10,000 nacimientos; que únicamente el 34% de los partos sea atendido por personal de salud y que 34% de los bebés nazca con bajo peso: <2500 gramos. El 62% de las madres no tiene acceso a control prenatal (este servicio es todavía menos frecuente entre las mujeres residentes en el área rural). Más del 70% de los nacimientos es atendido por comadronas.³ Además, el porcentaje de niños que reciben lactancia materna exclusiva los seis primeros meses es muy bajo (<5%), aunque el 74% permanece con dicha lactancia hasta el primer año de edad.⁴ El 34% de los niños tendrán bajo peso al llegar a los cinco años y 97 de cada 1000 habrán fallecido antes de alcanzar esa edad. El 31% de las muertes infantiles ocurre dentro de los primeros 28 días de vida. Los problemas se complican aún más por el subregistro de datos, la falta de una historia perinatal adecuada, los malos sistemas de referencia, la falta de recursos para manejar partos de alto riesgo y las permanentes barreras culturales y geográficas.

¹ SEGEPLAN, 1991.

² PNUD, Desarrollo Humano: Informe 1991.

³ SEGEPLAN, 1991.

⁴ CONAPLAM, 1991.

Los hospitales

1. Hospital del Seguro Social

En Guatemala, el régimen de seguridad social forma parte de la red hospitalaria de la región I metropolitana del país, junto con los hospitales del Ministerio de Salud Pública. El Seguro Social es único y obligatorio; se basa en los principios más amplios y modernos que rigen la materia. Su objetivo final es el de brindar protección a la población del país mediante los recursos provenientes de contribuciones proporcionales a los ingresos, y distribuir beneficios a los derechohabientes o familiares dependientes.⁵

El Hospital de Gineco-obstetricia del Seguro Social es un hospital-maternidad de referencia para los casos de alto riesgo obstétrico que llegan a las consultas externas de las unidades periféricas que carecen de hospitalización. Está diseñado para dar atención de tercer nivel contando con los servicios y el equipo indispensables. Atiende a mujeres embarazadas de entre 15 y 45 años; cuenta con 185 camas y su ocupación promedio es del 60%. Se atiende un promedio anual de 15,000 consultas prenatales nuevas, 5,300 consultas postnatales y 2,100 de orientación familiar. De las pacientes, 4% es menor de 18 años; 88% tiene entre 18 y 35 años y 8% es mayor de 35 años.⁶

Un estudio⁷ reveló que 35% de las mujeres no tuvo ningún control prenatal antes del séptimo mes de embarazo; que 48% tuvo su primer control prenatal entre el tercero y séptimo mes, y que solamente 17% tuvo control prenatal en el primer trimestre del embarazo. El riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal, así como el bajo peso al nacer, aumentan significativamente en mujeres sin control prenatal.⁸

Las mujeres atendidas en el control prenatal son aptas para un control voluntario si ellas y/o sus esposos han estado empleadas al menos durante los tres meses anteriores. Los beneficios, establecidos desde 1964, incluyen: atención médica, hospitalización, cuidados preventivos, transporte del hospital a la casa después del parto y suplemento alimentario; las mujeres que trabajan tienen derecho a una licencia de 30 días antes del parto y de 45 días posteriores a él. Se programan 14 visitas prenatales para cada mujer que se atiende en el Seguro Social: una cada mes en los primeros seis -y normalmente a partir del segundo mes de gestación en que acuden- y semanalmente durante el último mes de la gestación. Desafortunadamente, menos del 20% de las mujeres aprovecha este recurso.

2. Hospital Roosevelt

El Hospital Roosevelt es un hospital nacional perteneciente a la red hospitalaria del Ministerio de Salud Pública. Cuenta con los servicios indispensables para dar atención gratuita en una parte de la zona metropolitana del país. Cualquier persona puede acudir a solicitar sus servicios.

La maternidad del Hospital Roosevelt, de tercer nivel de atención, sirve de referencia a los centros de salud del primero y segundo niveles, en donde se realizan los controles

⁵ IGSS, Informe de Labores, 1990.

⁶ Cerezo R, Guat Pediatr 1987, 9:42.

⁷ Kestler E, Rev Col Med Guat 1986, 35:91.

⁸ Cerezo R, Rev Lat Perinatol 1989, 9:35.

renatales. Cuenta con 180 camas hospitalarias; su ocupación es del 85%. Atiende un promedio de 2,300 consultas prenatales nuevas por año.⁹ El 10% de sus pacientes es menor de 18 años, el 80% está entre los 18 y 35 años; un 10% es mayor de 35 años.¹⁰ Los datos del Hospital señalan un bajo porcentaje de pacientes (<5%) que tuvieron su control prenatal en el primer trimestre del embarazo; la cobertura total de control prenatal llega al 18%.

La consulta externa de la maternidad atiende únicamente casos de alto riesgo obstétrico referidos por los centros de salud periféricos, con un promedio de atención de 1,500 casos nuevos por año.

Programas docentes

Los Hospitales Roosevelt y del Seguro Social están integrados al programa docente de las universidades San Carlos de Guatemala y Francisco Marroquín. Poseen programas de residencia para Pediatría y Obstetricia que duran tres años. También han iniciado un posgrado en Neonatología con duración de dos años. En la actualidad, el Seguro Social no contempla programas docentes para estudiantes de medicina.

Servicios específicos de maternidad y para recién nacidos

Hospital del Seguro Social

El Hospital de Obstetricia del Seguro Social atiende un promedio anual de 15,000 partos, de los cuales 2,500 (17%) se resuelven por operación cesárea. Un 5% de los nacimientos ocurre cuando han transcurrido menos de 37 semanas de gestación; 9% nace con bajo peso y un 1% con retardo del crecimiento intrauterino.¹¹ Desde hace 12 años existe el alojamiento conjunto madre-niño, el área de transición en labor y partos y el banco de leche materna. La Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal cuenta con personal médico y de enfermería capacitados, cuatro neonatólogos, un médico en entrenamiento de post-gradado y diez médicos residentes de Pediatría.

Desde hace cinco años, la mortalidad neonatal temprana ha permanecido en nueve por cada 1,000 nacidos vivos, cifra que es la más baja de todo el país.¹² Hace siete años que existe una clínica de seguimiento para niños de muy bajo peso al nacer (<1500 gms.); ahí se sigue su evolución clínica, crecimiento y desarrollo. Con el programa "Madre canguro", que existe hace dos años, se ha beneficiado el pronóstico y duración de la lactancia materna en los niños. Tres miembros del personal son egresados del programa Wellstart.

Hospital Roosevelt

La maternidad del Hospital Roosevelt atiende un promedio anual de 13,000 partos; de ellos, 2,500 (20%) se resuelven por operación cesárea. Un 8% de los nacimientos ocurre antes de

⁹ Departamento de Estadística, 1991.

¹⁰ Departamento de Estadística, 1991.

¹¹ Cerezo R, Rev Lat Perinatol 1987, 7:166.

¹² Estadística UCIN, 1991.

las 37 semanas de gestación; 13% nace con bajo peso y 18% tiene retardo del crecimiento intrauterino.¹³

Hace 15 años que existe el alojamiento conjunto madre-niño, el área de transición en labor y partos y el banco de leche materna. La mortalidad neonatal actual es de 16.5 por 1,000 nacidos vivos. Desde hace varios años existe una Clínica de control del niño sano, e incluso el programa "Madre canguro" existe hace tres años.

Cuadro 1

Descripción de los Hospitales

	Hospital Roosevelt	Hospital del Seguro Social
Número de camas maternidad	185	180
Porcentaje de ocupación	85%	85%
No. consultas prenatales anuales	2,600	10,500
Promedio del control prenatal	18%	70%
Número de partos por año	13,000	15,000
Porcentaje de cesáreas	20%	17%
< 37 semanas	8%	5%
Bajo peso al nacer	13%	9%
Retardo crecimiento intrauterino	18%	11%
Mortalidad neonatal	16.5 X 1,000	9 X 1,000
Alojamiento conjunto	Sí	Sí

¹³ Estadística UCIN, 1991.

**Situación actual de las prácticas de lactancia materna
en el Hospital de Obstetricia del
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social**

La descripción de la situación de lactancia materna está basada en los Diez pasos para una lactancia materna exitosa propuesta en la Declaración Conjunta de la OMS y UNICEF (1989).

Paso	Norma	Situación actual
1. Disponer de una política escrita sobre la lactancia materna que se haga del conocimiento del personal de salud sistemáticamente.	Normas básicas para promover la lactancia materna.	Se trabaja para poner en vigor las normas básicas de promoción de la lactancia materna.
2. Capacitar al personal de salud para permitir que la política se ponga en práctica.		Se han impartido cursos esporádicos para capacitar al personal de atención prenatal principalmente sobre lactancia materna.
3. Informar a todas las mujeres embarazadas de los beneficios que ofrece a lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.	Instruir a las madres sobre la superioridad de la leche materna en relación a cualquier otro alimento, y sobre sus ventajas nutricionales, dietéticas, económicas, anti-infecciosas y emocionales. Concientizarlas de que la práctica de la lactancia natural es benéfica para ellas y sus hijos.	Las educadoras para la salud imparten enseñanza sobre lactancia materna a las madres que acuden al control prenatal. Utilizan folletos y rotafolios de CONAPLAM, aunque no cubren a la totalidad de las madres.
4. Ayudar a las madres para que inicien la lactancia en la media hora que sigue al parto.	Colocar al niño al seno inmediatamente después del parto o en el curso de la primera media hora después del nacimiento.	Hay un período de transición de dos horas, por lo que es hasta después de ese lapso que el niño recibe su primer

5. Mostrar a las madres la manera de dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia, incluso si han de separarse de sus hijos.

6. Dar a los recién nacidos la leche materna exclusivamente evitando cualquier otro alimento o bebida, a no ser que estén medicamente indicados.

7. Facilitar la cohabitación de madres e hijos durante las 24 horas del día.

Instruir a la madre sobre:

- la necesidad de un ambiente tranquilo para amamantar;
- las técnicas y posiciones adecuadas para iniciar y mantener la lactancia exclusiva;
- las ventajas de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes;
- la extracción manual de la leche si la madre debe separarse del niño por alguna razón, para asegurar que la leche se siga produciendo.

Como parte de la orientación a las madres, informar acerca de las desventajas para la lactancia materna del suministro de agua, dextrosa y fórmulas lácteas en biberón.

Crear los mecanismos necesarios para un alojamiento conjunto madre-niño después del parto.

alimento de la madre en la sala de alojamiento conjunto. Un 15% de los niños pasan de dos a siete horas en una habitación de transición mientras se desocupan las camas.

Médicos y enfermeras imparten enseñanza individual a las madres en el posparto. Existe un lactario de leche humana, pero falta fortalecer en las madres la educación sobre cómo mantener su ciclo de producción cuando se separan de sus hijos.

Los recién nacidos normales amamantan de sus madres; a los de alto riesgo se les complementa con fórmula si la leche recolectada en el lactario resulta ser insuficiente.

El período de transición va de dos hasta cuatro horas. Enseguida pasan al alojamiento conjunto (24 horas en la cama de la madre). Esta situación ocurre desde 1976.

8. Fomentar la lactancia natural conforme se requiera.

Permitir y fomentar una lactancia al seno de libre demanda, sin horarios rígidos diurnos o nocturnos.

Se orienta a las madres a practicar lactancia sin horarios.

9. No dar a los niños alimentados al pecho chupones artificiales.

A los recién nacidos de alto riesgo se les da fórmula en biberón.

10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural.

No existen grupos de apoyo que promuevan, fomenten u orienten sobre la importancia de la lactancia materna.

**Actividades por realizar
y necesidades de apoyo para establecer
una lactancia materna exitosa en el
Hospital de Obstetricia del IGSS**

Paso	Actividades por realizar	Necesidades de apoyo
1	<ul style="list-style-type: none">- Adoptar como política institucional las normas básicas de promoción de la lactancia materna.- Desarrollar un programa general institucional de lactancia materna, en coordinación estrecha con el personal y con su participación.- Desarrollar un plan interno sobre seguimiento.	<ul style="list-style-type: none">- Lograr que las autoridades del IGSS se responsabilicen por el apoyo y monitoreo; dar seguimiento a la adopción y cumplimiento de las normas básicas mediante las respectivas instancias de supervisión.

- | | | |
|---|--|--|
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar un programa sistemático de capacitación sobre lactancia materna, lactancia y trabajo, riesgos del biberón y metodologías educativas apropiadas. - Con personal del hospital, realizar periódicamente actividades de análisis y seguimiento del cumplimiento de las normas. | <ul style="list-style-type: none"> - Poner en vigor el programa (por parte del personal del hospital). - Asistencia técnica y capacitación específica. - Material educativo de apoyo. - Que las varias jefaturas y el personal interno realicen las actividades y seguimiento. |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> - En la consulta prenatal, intensificar la educación de las madres embarazadas sobre lactancia materna, lactancia y trabajo y riesgos del biberón. | <ul style="list-style-type: none"> - Que el personal de la consulta prenatal elabore un programa sistemático de educación con la participación de médicos y enfermeras. - Asistencia técnica - Material educativo. |
| 4 | <ul style="list-style-type: none"> - Poner en vigor el apego inmediato en sala de partos. - Reducir el período de transición al mínimo indispensable. - Fomentar el traslado inmediato del niño al alojamiento conjunto. | <ul style="list-style-type: none"> - Monitoreo de la acción. - Asistencia técnica. - Información científica. - Realizar la transición conjunta. - Equipamiento de la sección. |
| 5 | <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar un programa educativo sobre lactancia materna para madres en el postparto. - Reforzar en las madres de niños en alto riesgo la información para mantener su ciclo productivo de leche. | <ul style="list-style-type: none"> - Asistencia técnica. - Material educativo de apoyo a las madres. - Seguimiento a la actividad de parte de las autoridades. |
| 6 | <ul style="list-style-type: none"> - Optimizar el uso del lactario. - Concientizar a las madres de los niños de alto riesgo acerca de la importancia de su leche. - Educar a las madres sobre la extracción periódica de su leche para mantener la producción. - Aprovechar la leche extraída a las madres de post-cesáreas. | <ul style="list-style-type: none"> - Lograr la participación de todo el personal y no sólo de las encargadas del lactario. - Permitir el alojamiento conjunto de los niños de séptico. |
| 7 | <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer el alojamiento conjunto hasta su máxima utilización en la relación madre-niño. - Reforzar los procesos educativos a ese nivel. | <ul style="list-style-type: none"> - Material educativo de apoyo. - Colocar en alojamiento conjunto a los niños de séptico. - Seguimiento por parte de las autoridades. |

- | | | |
|----|---|--|
| 8 | <ul style="list-style-type: none"> - Reforzar en las madres la importancia de la lactancia sin horarios (de día y de noche). - Reforzar los procesos educativos a ese nivel. | <ul style="list-style-type: none"> - Material educativo de apoyo. - Seguimiento para la acción. |
| 9 | <ul style="list-style-type: none"> - Suprimir el uso rutinario de biberones y la fórmula como técnica de alimentación. - Educar al personal de salud y a las madres sobre el riesgo del uso de biberones. - Uso de otras alternativas (goteros, etcétera). | <ul style="list-style-type: none"> - Material educativo de apoyo. - Seguimiento para la acción. - Asistencia técnica. - Capacitación específica. |
| 10 | <ul style="list-style-type: none"> - Crear grupos de apoyo a la lactancia materna, utilizando la estructura institucional. - Sistematizar la referencia. | <ul style="list-style-type: none"> - Por parte de CONAPLAM y de La Liga de la Leche. - Asistencia técnica |

**Situación actual de las prácticas de lactancia materna
y sus posibles soluciones en el
Hospital Roosevelt**

Cuidados mínimos

Problema	Posible solución
Retraso en el alojamiento conjunto (pasan varias horas antes de que el niño sea puesto junto a la madre).	<ul style="list-style-type: none"> - Promover que la madre y el niño inicien su relación inmediatamente después del parto. - Asistencia técnica.
Al llegar con su madre, el niño permanece dormido varias horas porque ya ha recibido fórmula.	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar biberones. - Ayudar a la madre para que inicie la lactancia cuando le baja la leche, especialmente para que el calostro se asimile.
El niño no tiene hambre o no quiere mamar. No responde al estímulo de succión.	<ul style="list-style-type: none"> - Alojamiento conjunto. - Asistencia técnica.

Al estar en observación por ictericia o algún otro problema el niño es separado de la madre. La lactancia se ve afectada.

- Orientar a la madre respecto a la importancia de su permanencia en el hospital el mayor tiempo posible.

Cuidados intermedios

Problema	Posible solución
Los niños en fototerapia lactan poco, lo cual favorece la ingesta de agua y fórmula.	<ul style="list-style-type: none">- Orientar a la madre para que permanezca más tiempo dentro del hospital.- Asistencia técnica.- Material educativo de apoyo.
Necesidad de apoyo a las madres cuyos niños son aislados por infecciones.	<ul style="list-style-type: none">- Disponer de un lugar más cómodo y adecuado para que las madres amamenten.- Apoyo del personal.
La madre recibe al niño tarde o ya alimentado.	<ul style="list-style-type: none">- Enfatizar la importancia de la lactancia materna.- Material educativo de apoyo.- Asistencia técnica.
Las madres tienen poca, mala o nula información acerca de los verdaderos problemas de sus hijos, lo que hace aumentar su angustia.	<ul style="list-style-type: none">- Orientación adecuada a la madre por parte del personal médico.- Asistencia técnica.

Alto riesgo

Problema	Posible solución
Desintegración del equipo de apoyo de la lactancia materna.	<ul style="list-style-type: none">- Organizar seminarios para orientar al personal.- Asistencia técnica.- Material de apoyo.

niño recibe fórmula especial prematuros, y aunque éste es el curso que la madre conoce, su acceso a él hace surgir un mensaje: la fórmula hace de peso al niño y la leche ma lo hace bajar.

Material educativo usado para ir a las madres tiene mensajes que originan efectos negativos en la madre respecto a la lactancia natural.

- Evitar este doble mensaje.
- Permitir a la madre mayor oportunidad para amamantar a su bebé. Enseñar la importancia de estimular el reflejo de succión.

- Revisar el material educativo.
- Material de apoyo.
- Asistencia técnica.
- Realizar seguimiento para la acción.

seguimiento

Problema	Posible solución
Aislamiento de la madre estimula la lactancia y ocasiona ansiedad y desesperación.	<ul style="list-style-type: none"> - Aislar únicamente los casos que realmente lo ameriten. - Permitir que las madres permanezcan con sus bebés el mayor tiempo posible. - Material educativo de apoyo. - Asistencia técnica.
Al ir a sus bebés, las madres experimentan sentimientos negativos, que son desfavorables a la lactancia.	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar los casos para definir aquéllos que realmente ameriten separación. - Ofrecer asesoría a las madres respecto a técnicas de extracción manual de leche.
Al carecer de información adecuada sobre lactancia materna, las madres pierden su leche.	<ul style="list-style-type: none"> - Asesorar a las madres sobre técnicas de la extracción manual. - Dar asesoría técnica al personal. - Ofrecer cursos de capacitación.

Problema	Posible solución
Hay pocas donadoras y existe una limitada recolección de leche.	<ul style="list-style-type: none">- Realizar una campaña de información del lactario entre el personal hospitalario.- Reacondicionar otros sitios para realizar la extracción de leche.- Asistencia técnica.- Material educativo de apoyo.- realizar seminarios y conferencias.
Limitados recursos para el banco.	<ul style="list-style-type: none">- Buscar alternativas a través de la reorganización del personal.- Integrar grupos de apoyo.- Buscar el apoyo de organismos internacionales.



Sesión de preguntas y respuestas

Pregunta

¿Qué cambio en las estructuras físicas es necesario para una relación temprana madre-hijo?

Respuesta

No es necesario ningún cambio en las áreas físicas, salvo algunos pocos que son importantes, en primer lugar, porque se ha incrementado la transición conjunta. En todos los hospitales de Guatemala y en algunos de América Central hay transición neonatal; al niño lo separan de la madre dos horas para estabilizarlo, para pesarlo y medirlo, y no es sino hasta que la madre vuelve a su cama que le dan al niño, con lo que se pierden dos o tres horas de contacto temprano. Si se lograra cambiar esa estructura -que no implicaría necesariamente la modificación de aspectos muy arraigados en los hospitales- lo que se puede lograr es que el niño permanezca con su madre después del parto en una área de transición conjunta.

Pregunta

¿A qué atribuyen la alta incidencia de recién nacidos de bajo peso?

Respuesta

En Guatemala, la alta incidencia de bajo peso al nacer y retardo del crecimiento intrauterino obedece principalmente a la desnutrición materna.

Pregunta

¿En su calidad de centro sub-regional tienen pensado dar capacitación al resto de los países de América Central o van a limitarse a Guatemala?

esta

entro sub-regional implica que se cubren varios países, en este caso miembros del na INCAP: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y ía.

nta

factible que en vez del centro sub-regional realizaran las actividades en dos hospitales a país con el apoyo del personal técnico capacitado que ya existe en cada uno de esos

esta

que sería un punto importante que debería considerarse, aunque en el diseño del to no se contempló.

ita

es la situación actual de los bancos de leche en Guatemala?

esta

colaboración de la Comisión Nacional de Lactancia Materna y con fondos de UNICEF establecido bancos de leche humana en la mayoría de los hospitales gubernamentales.

ita

se evalúa la lactancia exclusiva a los seis meses? ¿Qué porcentaje de seguimiento

sta

del Programa están bien establecidos los mecanismos de monitoreo y evaluación para ento de los niños en las Clínicas del niño sano.

la

a de que la mayor parte de la morbi-mortalidad infantil ocurre entre poblaciones das que no atienden los hospitales, ¿qué tipo de intervención o actividad piensan para ese sector específicos de la población?

sta

ro capacitará a todo el personal de salud, principalmente a aquéllos que laboran en rales, que surgirán al mismo tiempo como multiplicadores de la capacitación.

a

usted lo demostró es tan difícil poner en vigor las prácticas de lactancia materna en al, ¿cómo piensan realizar la intervención en toda América Central?

ta

ente es difícil efectuar cambios, aunque no son del todo imposibles. Y esto ya lo han do algunas instituciones que dentro de poco estarán listos para considerarse es Amigos del Niño. Estas experiencias nos han sido muy útiles para elaborar los as y hacer intervenciones.

a

raron desventajas al colocar la cuna al lado de la madre? Si fue así, ¿cuáles fueron ventajas?

Respuesta

El alojamiento conjunto debe ser madre e hijo en la misma cama; esto lo hace más efectivo. El problema de espacio también es importante.

Pregunta

¿De qué origen son los recursos para financiar la investigación?

Respuesta

El proyecto original es de INCAP Guatemala. Hacemos uso de su infraestructura, de su espacio físico y de su material educativo. Además, existen apoyos de La Liga de la Leche y de la Comisión Nacional de la Lactancia Materna (CONAPLAM). Al respecto, quiero hacer una salvedad: en Guatemala, CONAPLAM no trabaja con fondos gubernamentales sino con fondos privados. La contribución del gobierno es de solamente el 1%.

Pregunta

Respecto a educación y siendo las coberturas de parto institucional tan bajas, ¿por qué sólo trabajan en hospitales? ¿Existen proyecciones en relación al aspecto educativo?

Respuesta

En su fase inicial, el proyecto contempla establecer el Centro sub-regional en los hospitales del Seguro Social y Roosevelt, que servirán para entrenar al personal de salud que a su vez podrá transmitir conocimientos a las comunidades.

Pregunta

¿La alimentación prelacteal en Guatemala es tradicional? ¿En qué consiste y durante cuántos días o cuántas tomas?

Respuesta

La introducción muy temprana de líquidos y soluciones glucosadas para evitar hipoglucemia es una costumbre muy arraigada, aunque es posible alterarla; ello implica una labor considerable y constante por parte de todos los involucrados del sector salud.

Pregunta

Sin tomar en cuenta los dos hospitales mencionados, ¿cuál es la situación en el resto?

Respuesta

En 1991, el CONAPLAM hizo una evaluación de todos los hospitales nacionales para ver si se estaban cumpliendo los Diez pasos. Actualmente se planean y realizan otras intervenciones concretas.

Pregunta

¿Una "madre donante" es la que dona leche para su propio hijo, o más bien la que lo hace para otros niños?

Respuesta

Los bancos de leche de Guatemala están planeados para ser almacenes de leche humana y distribuirla a los niños que la necesitan.

Pregunta

¿Tienen problemas para convencer al personal (enfermeras) y a los sindicatos de que cambien sus rutinas de trabajo?

Respuesta

Siempre existen problemas para la comunicación de los programas; muchas veces ello ocurre por falta de experiencia o por no dedicarnos tiempo completo a ello. Sin embargo, dentro del proyecto se contempla capacitar en metodología de la comunicación. En cuanto a los sindicatos, nunca han constituido un obstáculo para la lactancia materna.