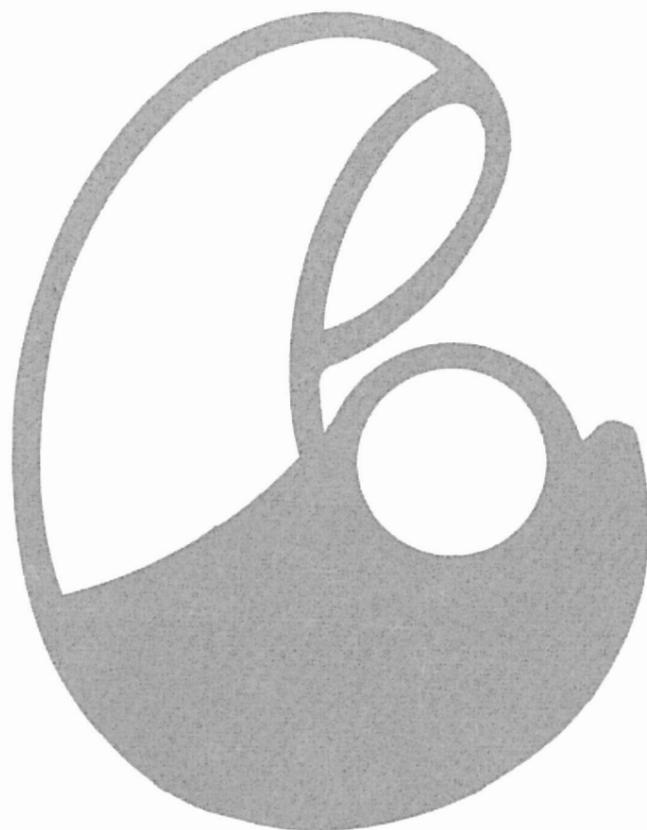


Esp
INCAP
DCE
005

*Revisión Histórica del
Proyecto para la Promoción
de la Lactancia Materna en Panamá*



Proyecto de Comunicación en Nutrición
realizado por la
Academia para el Desarrollo Educativo
para USAID, Oficina de Nutrición

**Revisión Histórica
del Proyecto para la Promoción
de la Lactancia Materna
en Panamá***

Dra. Sandra L. Huffman

**Centro para la Prevención
de la Desnutrición Infantil**

y la

Universidad de Johns Hopkins

1991

PROYECTO DE COMUNICACIÓN EN NUTRICIÓN

**Academia para el Desarrollo Educativo
1255 23rd Street, N.W.
Washington, DC 10037**

Proyecto financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Dependencia para la Ciencia y la Tecnología, Oficina de Nutrición, según Contrato No. DAN-5113-Z-00-7031-00, con financiamiento de la Oficina para Latinoamérica y el Caribe de la AID, PIO/T No. 597-0000-3-7653041.

* Traducido al español por el Dr. Mauricio Calderón. Revisado en la Oficina de Editorial e Informes de la Coordinación de Información y Comunicación del INCAP.

ÍNDICE

	Página
AGRADECIMIENTOS	v
RESUMEN EJECUTIVO	1
I. ANTECEDENTES	5
II. EL PROYECTO	9
III. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL PROYECTO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA	9
A. CAPS DE PROFESIONALES	10
B. CAPS DE MADRES ASISTENTES A CONSULTORIOS DE SALUD	10
C. ENCUESTAS SOBRE PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA	11
D. ENCUESTAS SOBRE EL COMPONENTE DE LA MUJER TRABAJADORA	11
E. ENCUESTAS HOSPITALARIAS	11
IV. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS	12
A. ACTIVIDADES NACIONALES	12
1. Capacitación	12
2. Medios de comunicación	12
B. ACTIVIDADES REGIONALES	13
1. Capacitación regional	16
2. Estrategias regionales por región	17

3.	Impacto regional: resultados de encuestas hospitalarias	28
C.	ACTIVIDADES DE OTROS GRUPOS	33
D.	BANCOS DE LECHE	34
E.	EL COMPONENTE DE LA MUJER TRABAJADORA	37
F.	CENTRO DE INFORMACIÓN PROLACMA	41
V.	ASPECTOS FINANCIEROS DEL PROYECTO	41
VI.	CONCLUSIÓN	43
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45

Apéndices

Apéndice 1	Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas de obstetras
Apéndice 2	Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas de pediatras
Apéndice 3	Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres trabajadoras

Cuadros

- Cuadro 1.** Prácticas de lactancia materna en Panamá por regiones, 1984-85
- Cuadro 2.** Personal capacitado en talleres regionales de lactancia materna y gastos asociados a los mismos
- Cuadro 3.** Número de personas que recibieron educación en lactancia materna
- Cuadro 4.** Cantidad de biberones de 2 onzas, preparados para recién nacidos en dos hospitales de Coclé, Panamá
- Cuadro 5.** Cantidad de biberones preparados con fórmula infantil, en el Hospital José Domingo de Obaldía, David, Chiriquí
- Cuadro 6.** Fórmula láctea para recién nacidos y biberones comprados por el Hospital Regional Santiago Veraguas
- Cuadro 7.** Tiempo transcurrido entre el parto y la primera lactada, según el tipo de parto
- Cuadro 8.** Cantidad de biberones preparados con fórmula infantil, en el Hospital Santo Tomás, Ciudad de Panamá, 1980-85
- Cuadro 9.** Bancos de leche establecidos en Panamá por el Proyecto
- Cuadro 10.** Distribución láctea de los bancos de leche, según información de encuestas hospitalarias
- Cuadro 11.** Grupos participantes en talleres para mujeres trabajadoras
- Cuadro 12.** Costo del Proyecto para la Promoción de la Lactancia Materna en Panamá

Figuras

- Figura 1.** Prácticas de alimentación de infantes en el área urbana de Panamá
- Figura 2.** Guías internacionales sobre prácticas óptimas de lactancia materna
- Figura 3.** Mapa de Panamá
- Figura 4.** Duración promedio de la lactancia materna en Panamá en 1979 y 1984/85

LISTA DE ABREVIATURAS

AED	Academy for Educational Development (Academia para el Desarrollo Educativo)
AID	Agencia para el Desarrollo Internacional
APHA	American Public Health Association (Asociación Americana de Salud Pública)
COIF	Centros de Orientación Infantil
CSS	Comisión del Seguro Social
DINNFA	Dirección Nacional del Niño y la Familia
DRU	Departamento de Relaciones con el Usuario
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
IRA	Infección Respiratoria Aguda
LAC	Latin America and Caribbean (AID Regional Bureau) --Oficina Regional de la AID para Latinoamérica y el Caribe
MS	Ministerio de Salud
OPS	Oficina Panamericana de la Salud
PROLACMA	Proyecto Panameño de Promoción de Lactancia Materna
ROCAP	Regional Office for Central America and Panama of USAID --Oficina Regional de la AID para Centroamérica y Panamá
SMI	Salud Materno-Infantil
UJH	Universidad de Johns Hopkins
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

AGRADECIMIENTOS

La información utilizada en la presente evaluación se obtuvo básicamente de informes redactados por el Ministerio de Salud de Panamá, División de Salud Materno-Infantil. Quisiéramos expresar nuestro agradecimiento al Dr. Max Ramírez, Director del Programa Infantil del Ministerio de Salud de Panamá en 1987. El Dr. Ramírez ejercía como Coordinador del Proyecto para la Promoción de la Lactancia Materna en Panamá y gracias a su apoyo y orientación, el personal del ministerio obtuvo información para las encuestas de prácticas hospitalarias.

El Dr. Carlos Samayoa, funcionario del INCAP, se desempeñaba como consultor externo del proyecto al momento de esta investigación. La atención prestada por él a los componentes evaluativos del proyecto, así como su contribución a la presente revisión fueron de suma importancia.

La información proporcionada por los autores de los informes regionales en el taller de evaluación final son de valor incalculable. Así mismo, las discusiones con miembros de los grupos regionales sobre el componente de la mujer trabajadora y otros aspectos del proyecto fueron sumamente útiles.

También quisiera agradecerle a Elena Brineman y Melody Trott de la Oficina Regional de la AID para Centroamérica y Panamá (ROCAP) y a Julie Klement (Oficina de la AID para Latinoamérica y el Caribe) todo el apoyo que me brindaron durante la evaluación. También agradezco profundamente a Elizabeth Rasmuson por los análisis realizados con los datos de las encuestas hospitalarias.

Finalmente quiero patentizar mi reconocimiento especial a Margaret Parlato y Julia Rosenbaum del Proyecto de Comunicación en Nutrición (PCN) de la Academia para el Desarrollo Educativo por su contribución técnica a la estructura y revisión del presente documento. Gracias también a Edwin Tout, Shannon Fagan, Ximena Sheehy-Downey, y Clara Olaya por su cuidadosa edición, a Diane Foster del PCN por la supervisión de las revisiones editoriales y la producción del documento, y a María Claudia de Valdenbro por el diseño gráfico de la carátula. La autora queda igualmente agradecida con Thomas Park y Mary Ellen Tanamly, quienes revisaron el documento, y aportaron recomendaciones muy acertadas.

La Oficina de Salud Internacional de la Universidad de Johns Hopkins y el Centro para la Prevención de la Desnutrición Infantil prepararon el presente informe a través de un subcontrato con el Proyecto de Comunicación en Nutrición de la Academia para el Desarrollo Educativo. La preparación del informe recibió financiamiento de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Oficina para Latinoamérica y el Caribe.

RESUMEN EJECUTIVO

Las encuestas nacionales realizadas en Panamá a fines de los años 70 y a principios de los 80 determinaron la existencia de períodos relativamente cortos de lactancia materna y, especialmente, de lactancia materna exclusiva. En 1980, únicamente el 16% de los infantes de menos de dos meses de edad eran amamantados en forma exclusiva.

Las repercusiones sanitarias de dicho patrón de amamantamiento instaron a la creación del Proyecto para la Promoción de Lactancia Materna (PROLACMA) en Panamá, elaborado por la Comisión Nacional para la Promoción de la Lactancia Materna. El financiamiento del proyecto estuvo a cargo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y su dirección bajo el Ministerio de Salud (MS), con asistencia técnica del Instituto de Nutrición e Centro América y Panamá (INCAP) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Operó de septiembre de 1983 a diciembre de 1987.

El diseño del Proyecto para la Promoción de la Lactancia Materna en Panamá contempló su ejecución a través de las comisiones locales intersectoriales en 11 regiones de Panamá. Las actividades del mismo incluyeron:

- capacitación de profesionales de la salud y educación al público sobre las bondades de la lactancia materna;
- establecimiento de bancos de leche en hospitales en las seis regiones;
- promoción de la lactancia materna en mujeres trabajadoras;
- difusión de información a través de PROLACMA, el afiliado local de La Leche League; y
- ejecución de campañas en los medios de comunicación masiva.

Componentes del Proyecto

La cantidad y tipo de actividades del proyecto variaron según la región. La mayoría de las intervenciones locales, no obstante, se basaron en la capacitación de profesionales de la salud y en el estímulo de cambios a nivel de prácticas hospitalarias. En todo el país se realizaron seminarios y talleres nacionales, regionales y locales. La capacitación contó con personal de hospitales y de consultorios en cada región. La mayoría de las actividades en comunicación se efectuaron a nivel local y regional, con la intención de educar al público en general sobre la

importancia de la lactancia materna. Los materiales promocionales empleados incluyeron afiches, folletos, cuñas de radio y carteleras.

La capacitación del personal de salud hizo hincapié en las normas nacionales sobre alojamiento conjunto (de la madre y el recién nacido después del parto) y el uso restringido de biberones en las salas postparto. Los supervisores controlaron dichas prácticas en sus visitas de campo. En muchos hospitales, los cambios de prácticas hospitalarias y la mayor disponibilidad de bancos de leche se asociaron a un menor uso de fórmulas lácteas. Un centro informativo instalado por el proyecto proporcionó apoyo técnico limitado a la capacitación y a las actividades de comunicación, produciendo, a su vez, algunos materiales didácticos.

El Componente de la Mujer Trabajadora

Si bien es cierto que la ley panameña respalda la lactancia materna en mujeres de la clase trabajadora, es frecuente que los problemas de este grupo poblacional se mencionen como una de las razones por las que la lactancia materna en Panamá tiene promedios de duración tan cortos. El proyecto se propuso caracterizar los problemas de la mujer trabajadora en lo que respecta a la lactancia, procediendo posteriormente a elaborar soluciones para los mismos. Entrevistas a más de 1,000 trabajadoras revelaron que raramente se cumple la legislación que reglamenta el permiso de maternidad, los recesos laborales para amamantamiento y las salas cuna en el lugar de trabajo.

El componente del presente proyecto que enfoca la lactancia materna y la mujer trabajadora, es uno de los primeros en examinar este tema. Los hallazgos del proyecto recalcan la necesidad de capacitar a profesionales de la salud y a madres primigestas sobre métodos para mantener la producción láctea cuando las madres se separan del lactante. Otra necesidad identificada fue determinar si el cumplimiento de las leyes que dictan recesos laborales para amamantamiento y salas cuna en el lugar de trabajo incrementaría las tasas de lactancia entre mujeres trabajadoras y, por otra parte, identificar formas de estimular tal cumplimiento.

Resultados del Proyecto

Impacto sobre la lactancia materna

Análisis comparativos de datos a nivel nacional procedentes de las encuestas nacionales de 1979 y 1984-85 sugieren que el período promedio de lactancia materna pueda haber aumentado de 9.5 a 10.1 meses. Esta tendencia se manifestó especialmente en las áreas urbanas, donde el período promedio aumentó de seis a casi ocho meses. Hacemos la observación que como los datos de 1984-85 se obtuvieron paralelamente a la ejecución del proyecto --y no una vez terminado el

mismo--, es difícil determinar si los aumentos encontrados están directamente relacionados con el proyecto en sí.

En algunas regiones, evaluaciones pequeñas encontraron mejoras sustanciales en las prácticas hospitalarias e incrementos subsiguientes en las tasas y períodos de duración de la lactancia materna.

En Coclé, a manera de ejemplo, se realizó una encuesta de fichas clínicas de niños que asistieron a la consulta de niño sano en el transcurso de los mismos tres meses en 1984 y en 1986. Se determinó que la proporción de lactantes entre los dos y cuatro meses de edad con lactancia materna exclusiva aumentó de 30 a 57%.

Los registros de un hospital en David, Chiriquí, indicaron una disminución sustancial en la cantidad de biberones preparados. Dicho cambio estuvo en congruencia con un incremento en el alojamiento conjunto y con el establecimiento de un banco de leche.

Impacto sobre las prácticas hospitalarias

En 1987 el Ministerio de Salud encuestó 21 hospitales de toda la nación con miras a evaluar el impacto del proyecto sobre las prácticas en dichos centros. Encontró que de 1984 a 1987 se había concretado un cambio sustancial en las prácticas hospitalarias relacionadas con la lactancia materna. El alojamiento conjunto aumentó y la lactancia materna recibió un impulso mayor de parte de los profesionales de la salud. Por el contrario, el uso habitual de fórmulas lácteas en los hospitales disminuyó, así como el uso de glucosa y oxitocina, y los intervalos transcurridos entre el parto y primera lactada. Entre los principales promotores para dichos cambios se identificaron los siguientes: comprensión más profunda de los beneficios de la lactancia materna, cumplimiento de las normas, mejor supervisión y capacitación.

Costos del Proyecto y Ahorros Hospitalarios Derivados del mismo

La USAID proporcionó EUA\$720,000.00 para el proyecto de cuatro años de duración. Los fondos en su mayoría fueron destinados a actividades regionales de capacitación. Las actividades del proyecto contribuyeron a reducir los gastos hospitalarios, disminuyendo el uso de fórmulas lácteas, oxígeno y oxitocina. Datos de los dos hospitales en Coclé indicaron que el proyecto significó una economía de aproximadamente EUA\$800.00 - 1250.00/año/hospital.

En este tipo de programa siempre es difícil calcular plenamente el ahorro en término de costos, ya que las bondades de las prácticas mejoradas de lactancia materna también se traducen en menores tasas de morbilidad y mortalidad, las que igualmente se asocian a una economía real.

Finalmente, los ahorros a nivel comunitario y en el hogar son difíciles de cuantificar y trascienden el alcance del presente proyecto.

Conclusión

El proyecto tuvo un enfoque regional, por lo que podría considerarse único en su género. Las actividades se planificaron y ejecutaron independientemente en cada región, permitiendo una flexibilidad sustancial en los programas. Las actividades regionales gozaron del respaldo proporcionado por las normas nacionales de lactancia materna. Si bien es cierto que ya existían normas como las de alojamiento conjunto y el uso restringido de biberones, el programa contribuyó a garantizar que el personal de supervisión verificara el seguimiento de dichas prácticas y estimulara su cumplimiento con entusiasmo.

También es posible que el establecimiento de bancos de leche en seis regiones haya contribuido a reforzar el comportamiento fomentado por las actividades de capacitación y los cambios en las prácticas hospitalarias.

I. ANTECEDENTES

Existen muy pocos proyectos promocionales de lactancia materna a nivel nacional, que hayan tenido una evaluación consecuente de sus componentes exitosos. La presente revisión pretende combinar datos de diversas fuentes con el fin de evaluar el impacto del Proyecto para la Promoción de la Lactancia Materna en Panamá.

Dicho proyecto recibió financiamiento de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). La asistencia técnica para evaluar el impacto del proyecto procedió de diversas fuentes. Los administradores del proyecto redactaron informes trimestrales y dos consultores del Proyecto PRITECH (Polly Harrison y Peter Spain) realizaron una evaluación a mitad del período. Chloe O'Gara, especialista en lactancia materna de la Oficina de Nutrición de la AID, realizó varias visitas de campo para evaluar el proyecto. PRITECH contrató los servicios de una consultora externa, la Dra. Sandra Huffman, para apoyar técnicamente dicha evaluación. El Ministerio de Salud (MS) organizó un taller de evaluación que incluyó conferencias de los directores del proyecto sobre cada uno de los componentes del mismo.

Los directores del proyecto planificaron varios estudios específicos con el objetivo de evaluar el impacto de componentes individuales del mismo. Sin embargo, debido a numerosos problemas, incluyendo disturbios políticos, muchas de esas evaluaciones ya planificadas no pudieron ejecutarse o analizarse. Por consiguiente, después del Taller Nacional de Evaluación se realizó una serie de encuestas hospitalarias.

El Dr. Samayoa, administrador del proyecto de parte del INCAP, y la Dra. Huffman realizaron una visita de una semana a Panamá. En el viaje visitaron Coclé y obtuvieron algunos de los datos sobre estudios de caso utilizados en el presente informe. Además, se diseñó un cuestionario con el MS sobre cambios de prácticas hospitalarias para evaluar el impacto regional del proyecto.

Ante el cúmulo de fuentes de información descritas con anterioridad y con la intención de aprovecharlas, la oficina de la AID para Latinoamérica y el Caribe (LAC) solicitó al Proyecto de Comunicación en Salud de la Academia para el Desarrollo Educativo (AED) una revisión histórica del Proyecto para la Promoción de la Lactancia Materna en Panamá. A su vez, la AED se abocó a la Universidad de Johns Hopkins y al Centro para la Prevención de la Desnutrición Infantil, colaboradores en Proyectos de Comunicación en Nutrición, para que redactaran la presente revisión, en vista de que ellos ya tenían conocimiento del proyecto.

El Proyecto para la Promoción de la Lactancia Materna en Panamá surgió como una reacción a la preocupante situación de la lactancia materna en el país: tasas bajas y períodos de corta duración. Comparaciones de estudios nacionales en 1976 y 1979 (Millman, 1986) habían arrojado una leve baja en la proporción de niños amamantados. Las áreas rurales manifestaban

los descensos más pronunciados, cayendo la proporción de niños amamantados de 81 a 73% al mes de edad y de 47 a 42% a los 12 meses de edad. Por otra parte, en las áreas urbanas los períodos de lactancia eran bastante cortos: en 1976 únicamente el 48% de las mujeres amamantaba hasta fines del primer mes, cayendo al 45% en 1979. En 1976 la proporción de mujeres lactando a los 12 meses postparto era del 12%, y en 1979, del 13%.

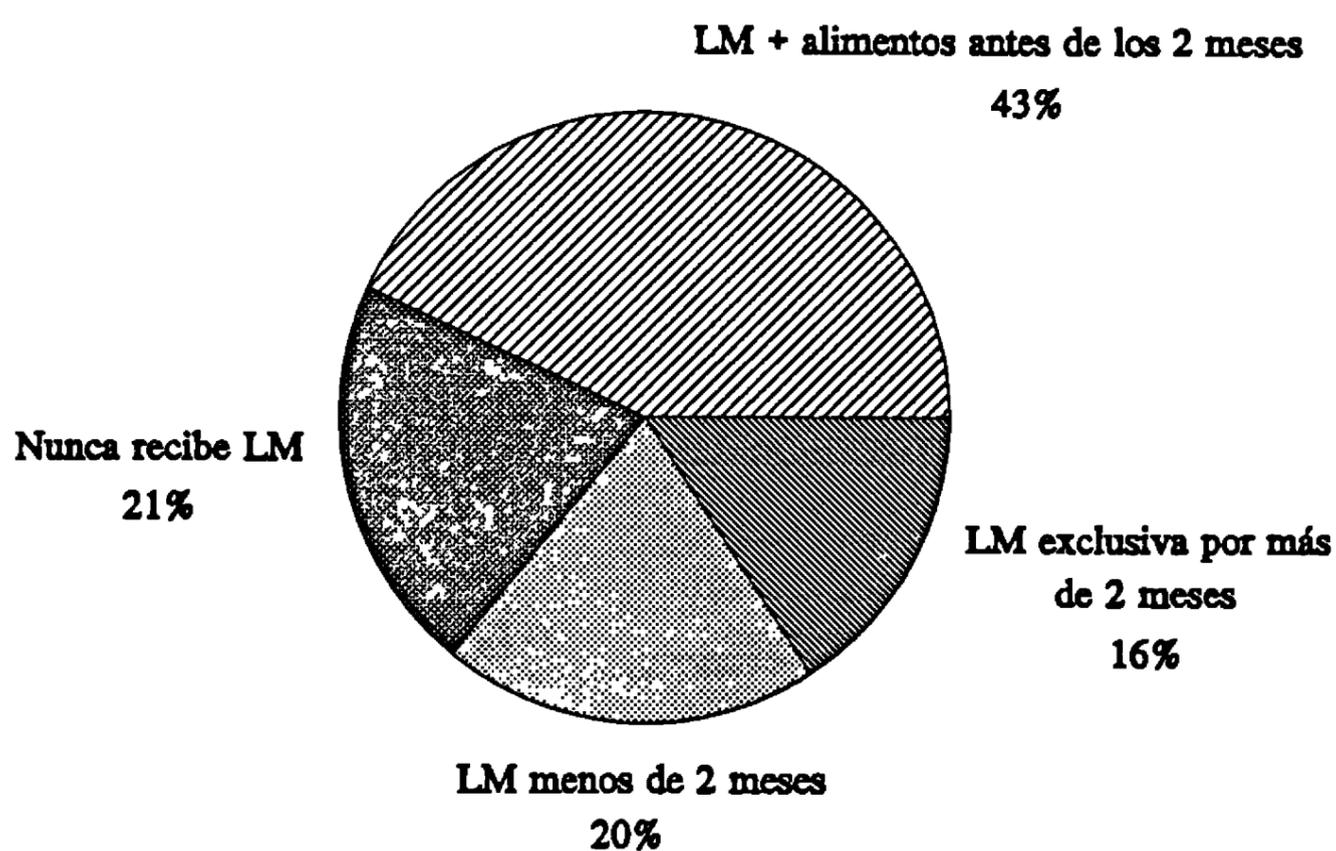
La Encuesta Nacional de Nutrición realizada en 1980 constató tasas sumamente bajas de lactancia materna exclusiva. Únicamente el 16% de los infantes eran amamantados por más de dos meses (Figura 1) (Franklin y Harrell, 1983). En el mismo estudio, Ramírez (1987) publicó que a más del 90% de los infantes se les administraba agua en los primeros dos meses de vida; 77% de ellos la recibían ya en el primer mes. La edad promedio a la que se iniciaba la administración de agua era de 9 días, oscilando entre 3 y 30 días según la región de Panamá. A manera de comparación, la Figura 2 presenta un bosquejo de pautas internacionales para madres e instituciones sobre las prácticas óptimas de la lactancia materna.

Los resultados de estos estudios causaron preocupación en los círculos de profesionales de la salud. Ya en el decenio de los 70 se sentía la necesidad de crear un Proyecto Nacional para la Promoción de la Lactancia Materna en Panamá. Las normas sobre prácticas hospitalarias para promover la lactancia materna se establecieron en este país, en 1975. El PROLACMA, afiliado panameño a La Leche League, se estableció en 1978. En 1979-1980, la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) financió un programa pequeño destinado a incrementar las tasas de lactancia materna en un centro de salud en Betania, un suburbio de la Ciudad de Panamá. Se realizaron diversos seminarios nacionales sobre lactancia materna, incluyendo uno auspiciado por FLACSO en 1979 en Panamá, el Seminario sobre Lactancia Materna y Nutrición Infantil, apoyado por la AID en Honduras, y otro organizado por el INCAP en la Isla de Contadora, Panamá, en abril de 1983.

En septiembre de 1983, la AID comenzó a financiar el Proyecto para la Promoción de Lactancia Materna en Panamá con la intención de promover esta práctica en el país. El proyecto fue coordinado por la Comisión Nacional para la Promoción de la Lactancia Materna y ejecutado por el MS con fondos y asistencia técnica proporcionados y administrados por el INCAP a través de la oficina de la OPS en Panamá.

Figura 1

Prácticas de Alimentación Infantil Panamá, Area Urbana



LM = Lactancia Materna

Referencia: Franklin, D. y Harrell, L. (1983). *Costs and Determinants of Infant Feeding Practices*. Sigma One Corporation. Raleigh, North Carolina

Figura 2

**RECOMENDACIONES A HOSPITALES SOBRE
POLÍTICAS DE LACTANCIA MATERNA
para infantes normales nacidos a término**

Todos los centros o instituciones que presten servicios de maternidad y de atención a recién nacidos deben:

- ◆ Contar con una política escrita sobre lactancia materna dada a conocer habitualmente a todo el personal de salud.
- ◆ Capacitar a todo el personal en las destrezas necesarias para implementar dicha política.
- ◆ Informar a todas las embarazadas de las bondades de la lactancia materna y de cómo administrarla.
- ◆ Contribuir a que las madres inicien el amamantamiento a más tardar media hora después del parto.
- ◆ Enseñarles a las madres a amamantar y a cómo mantener la lactancia, incluso cuando tengan que separarse de sus niños.
- ◆ Aparte de la leche materna, no suministrarle al recién nacido ningún alimento o líquido, a menos que exista orden médica para ello.
- ◆ Aparte de la leche materna, no suministrarle al recién nacido ningún alimento o líquido, a menos que exista orden médica para ello.
- ◆ Practicar el alojamiento conjunto las 24 horas, es decir, permitir que madre y niño permanezcan juntos.
- ◆ Estimular la lactancia materna por demanda.
- ◆ No proporcionar a los lactantes tetillas artificiales (también llamados chupetes y chupones).
- ◆ Promover grupos de apoyo a la lactancia materna, refiriendo a los mismos, a las madres egresadas del hospital.

**RECOMENDACIONES A MADRES SOBRE
CONDUCTAS DE LACTANCIA MATERNA**

- ◆ Inicie la lactancia materna tan pronto como nazca el niño, preferiblemente inmediatamente después del parto.
- ◆ Déle el pecho al niño en forma exclusiva durante los primeros 4-6 meses de vida.
- ◆ A los 4-6 meses, cuando introduzca alimentos suplementarios, primero dé el seno y después el alimento.
- ◆ Continúe dando de mamar por un mínimo de dos años.
- ◆ Déle el pecho al niño cada vez que tenga hambre, día y noche.
- ◆ Continúe amamantando aunque el niño o usted estén enfermos.
- ◆ No use biberones, ni chupetes, ni ningún otro pezón artificial.
- ◆ Coma y beba en cantidades suficientes para satisfacer su hambre.

Fuente: *OMS/UNICEF Joint Statement, Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services*, OMS, Ginebra, 1989.

Fuente: *Guidelines for Breastfeeding in Family Planning and Child Survival Programs*. Institute for International Studies in Natural Family Planning, Georgetown University, Washington, D.C., 1990.

II. EL PROYECTO

En un principio, el Proyecto para la Promoción de la Lactancia Materna en Panamá estuvo bajo la dirección de la Comisión Nacional para la Promoción de la Lactancia Materna y bajo la coordinación del Viceministro de Salud. La comisión estuvo compuesta por representantes del MS, de la Comisión del Seguro Social, del Ministerio de Trabajo y Asistencia Social, de las sociedades panameñas de pediatría, obstetricia, ginecología y odontología, de PROLACMA y de la Universidad de Panamá. El proyecto trató de aumentar tanto la incidencia como la duración de la lactancia materna en las mujeres panameñas.

La comisión constituyó una fuerza importante que brindó al proyecto el apoyo político inicial requerido para obtener financiamiento y lograr la participación de todos los grupos interdisciplinarios necesarios. Posteriormente, el MS, que debía ejecutar el proyecto, asumió la coordinación. La comisión, no obstante, continuó desempeñando un papel importante, proporcionando asistencia para supervisar las actividades del proyecto y contribuyendo a implementar diversas fases del mismo.

El diseño del proyecto planteó su ejecución en 11 regiones del país a través de comisiones locales intersectoriales. Las actividades del proyecto incluyeron:

- educar al público y capacitar a los profesionales;
- establecer bancos de leche en hospitales de seis regiones;
- desarrollar el componente de la mujer trabajadora a través de la Comisión del Seguro Social;
- difundir información a través de PROLACMA, la organización privada de apoyo a la lactancia materna, e
- implementar campañas en los medios de comunicación.

III. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL PROYECTO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

En un principio, el proyecto contempló diversas metodologías de evaluación para determinar su impacto. Dichas metodologías incluían pruebas *a priori* y *a posteriori* de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de los profesionales de la salud y de madres de niños pequeños que acudieran a los consultorios, así como encuestas basales y de seguimiento de mujeres postparto

y de mujeres trabajadoras.¹ Si bien ninguna de ellas pudo completarse debido a problemas políticos en el país, las encuestas planificadas se discuten a continuación para ilustrar el tipo de evaluaciones que podrían utilizarse en programas de esta índole.

Para compensar la brecha en el plan evaluativo propuesto, hubo necesidad de diseñar un postproyecto de evaluación que dependió de encuestas hospitalarias a profesionales de la salud.

A. CAPs de los profesionales

Se planificó evaluar el efecto de la capacitación sobre los CAPs de los médicos a través de dos encuestas a pediatras y obstetras, una antes y otra después del proyecto. El primer cuestionario se distribuyó en el Congreso de Pediatría de 1984, pero sólo 20 de los asistentes lo llenaron. También se enviaron cuestionarios a pediatras que trabajaban en el MS y en la CSS (Comisión del Seguro Social), obteniendo una respuesta igualmente mínima.

Ante estas circunstancias hubo necesidad de cambiar la estrategia para el acopio de datos. Se decidió que un entrevistador visitaría todos los centros de salud y policlínicas de la Ciudad de Panamá, entregaría el cuestionario al médico y esperaría a que lo llenara. Los retrasos ocasionados por el cambio de estrategia y la rotación de entrevistadores determinaron que la encuesta de CAP no pudiera terminarse sino hasta en 1986. Como para esa fecha el programa ya tenía dos años de haber comenzado, la encuesta no podía cumplir con las funciones de datos de línea basal. Las pre- y postpruebas se llegaron a estandarizar con base en la pre-postprueba central y los resultados se analizaron a nivel local, enviándose posteriormente a la oficina central. Sin embargo, el hecho que cada localidad usara puntajes diferentes, no notificara respuestas específicas dadas a las preguntas y tampoco guardara las pruebas en sí, condicionó que esta encuesta tuviera una utilidad limitada para evaluar el efecto de la capacitación. Aún con todo, en algunas regiones las respuestas sí apuntan hacia posibles cambios derivados de la capacitación.

B. CAPs de madres asistentes a consultorios de salud

En el momento de obtener la información sobre los CAPs de los médicos, también se entrevistó a las madres que se encontraban en los centros de salud para determinar si cambiaban sus prácticas de destete y de lactancia materna como resultado del proyecto. Las entrevistas se realizaron en 1985 y 1986 en las principales áreas metropolitanas e incluyeron a 150 mujeres en los centros del MS en la Ciudad de Panamá, 150 en los centros de la CSS en la Ciudad de Panamá, 150 en David (Chiriquí) y 150 en Colón, donde los servicios de salud del MS y de la

¹

El Proyecto de Comunicación en Nutrición de la AED tiene copias disponibles en caso usted desee solicitar una.

CSS se prestan en los mismos centros. El INCAP realizó los análisis estadísticos correspondientes. Esta investigación posee una utilidad limitada, porque no hubo ninguna otra encuesta de seguimiento y porque adolece de los mismos retrasos encontrados en la de los CAPs a profesionales.

C. Encuestas sobre prácticas de lactancia materna

Los Centros para el Control de Enfermedades planificaron junto con el MS, una Encuesta Nacional sobre Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar a ejecutarse en 1984, que incluiría preguntas sobre prácticas de lactancia materna. Dicha encuesta constituiría una línea basal para el proyecto. En algunas áreas se realizó hasta en 1985, fecha para la cual algunas actividades del proyecto ya se habían iniciado.

La encuesta basal incluiría una segunda encuesta de seguimiento para el Programa de Supervivencia Infantil de Panamá. Problemas políticos, sin embargo, obstaculizaron estas buenas intenciones y la encuesta de seguimiento nunca llegó a realizarse. Así fue que problemas políticos y disturbios socioeconómicos de 1987 a 1990 hicieron difícil evaluar los cambios en las prácticas de la lactancia materna en ese período.

D. Encuestas sobre el componente de la mujer trabajadora

Se realizaron encuestas basales tanto de trabajadoras que participaron en talleres realizados para sindicatos, como de mujeres que trabajaban fuera de sus casas. Si bien el INCAP practicó un análisis de los datos allí generados, tampoco se llegó a realizar ninguna encuesta de seguimiento. Por ende, es imposible evaluar el impacto del proyecto sobre las prácticas de lactancia materna de las mujeres trabajadoras.

E. Encuestas hospitalarias

En la segunda mitad de 1987, el MS realizó encuestas sobre las prácticas hospitalarias de 21 hospitales ubicados en las 11 regiones del proyecto. De esta forma, se recolectó información sobre la situación antes de 1984 (retrospectivamente) y la de 1987. También se recabó información de personal diverso que recibió capacitación e información de apoyo sobre la lactancia materna. Dichas encuestas, conjuntamente con la visita de campo realizada por la Dra. Huffman y el Dr. Carlos Samayoa, Administrador del Proyecto de parte del INCAP, proporcionaron la mayor parte de los datos de evaluación presentados en este informe.

IV. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

A. Actividades nacionales

1. Capacitación

En 1984 se realizaron dos seminarios nacionales sobre capacitación, con la asistencia de representantes de cada región. Se contó con la participación de trabajadores de la salud, personal de hospitales y consultorios, miembros de los Ministerios de Empleo, Agricultura y Educación, extensionistas y administradores de programas. Las conferencias estuvieron a cargo de profesionales del INCAP, quienes también entregaron materiales para la capacitación.

Estos y otros talleres posteriores ilustraron las bondades de la lactancia materna, entregaron información técnica sobre la misma, así como sobre las edades apropiadas para el destete, y recalcaron en la necesidad de un amamantamiento de mayor duración. Se dio a conocer información que explicó el impacto de las prácticas hospitalarias sobre la lactancia materna. Sin embargo, se incluyó muy poca capacitación para el manejo clínico de problemas de la lactancia.

2. Medios de comunicación

El componente de los medios nacionales de comunicación sufrió retrasos en el proyecto porque el MS tuvo problemas contractuales con una agencia de este tipo. Después de intentos fallidos por negociar la ejecución de la campaña con otras entidades gubernamentales y universidades, el MS acudió a los servicios de organismos privados. Si bien la legislación gubernamental requería tres cotizaciones, sólo se entregaron dos.

El problema se resolvió y la campaña en los medios nacionales de comunicación comenzó a fines de 1986, dos años después de iniciado el proyecto. Enfocó la lactancia materna como una actividad atractiva y positiva. En vista que la mayoría de las madres en Panamá ya estaban comenzando a dar de mamar, este enfoque pareció inadecuado (O'Gara, 1986). La campaña, que incluyó cuñas de radio y de televisión, no se coordinó con las otras actividades del proyecto. Quedó aislada, apoyando mensajes sobre educación y capacitación. No se cuenta con datos disponibles que permitan evaluar su cobertura. Por otra parte, varias campañas regionales por los medios de comunicación tuvieron más éxito. A manera de ejemplo, las provincias de Chiriquí, Coclé y Varaguas, así como la Ciudad de Colón, realizaron campañas radiales a nivel local que supieron integrarse a las otras actividades regionales, como los bancos de leche, contribuyendo a consolidarlas (O'Gara, 1986).

B. Actividades regionales

El Proyecto para la Promoción de la Lactancia Materna en Panamá estuvo compuesto primariamente de actividades regionales. En cada región se estableció una comisión intersectorial que generalmente se reunía una vez al mes como mínimo a planificar las actividades del mismo. En algunas regiones, por ejemplo en Panamá Este, la comisión incorporó únicamente a representantes de los Ministerios de Salud y Educación. En otras regiones, como Chiriquí y Colón, también incluyó a representantes del Ministerio de Agricultura y Trabajo.

Hubo variaciones en los tipos de actividades realizadas en cada región. Algunas personas responsables de las actividades del MS o de las actividades para la lactancia materna fueron más activas que otras. Obviamente, las regiones que pudieron planificar más actividades también fueron las que tuvieron gastos más elevados.

La División de Salud Materno-Infantil (SMI) del MS, en colaboración con las Comisiones de la Lactancia a nivel regional, realizaron las actividades regionales. Las operaciones de este tipo incluyeron el diseño y producción local de materiales didácticos y promocionales, así como la elaboración y ejecución de actividades con los medios de comunicación, incluyendo programas radiales, afiches y folletos. Algunos materiales se produjeron en idiomas locales. Además, algunas regiones realizaron investigaciones sobre las prácticas de lactancia materna y los factores asociados a las mismas. Las regiones urbanas generalmente presentaron tasas más bajas y períodos promedio de amamantamiento más cortos. El Cuadro 1 muestra los resultados de una encuesta de 1984-85 que permiten ilustrar las diferencias regionales mencionadas (Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar, 1986). Los patrones de lactancia ya mencionados, las diferencias étnicas y lingüísticas a nivel regional, así como los diferentes tipos de personal, resaltan la importancia del enfoque regional del proyecto. La Figura 3, un mapa de Panamá, visualiza las regiones en discusión.

La oficina central del MS en la Ciudad de Panamá hizo los desembolsos para las actividades regionales. Los programas regionales presentaban sus propuestas de actividades planificadas y la OPS proporcionaba el pago por adelantado. La Comisión Nacional para la Promoción de la Lactancia Materna supervisó las actividades y la División de SMI del MS dirigió la mayoría de esfuerzos y aprobó la asignación de recursos.

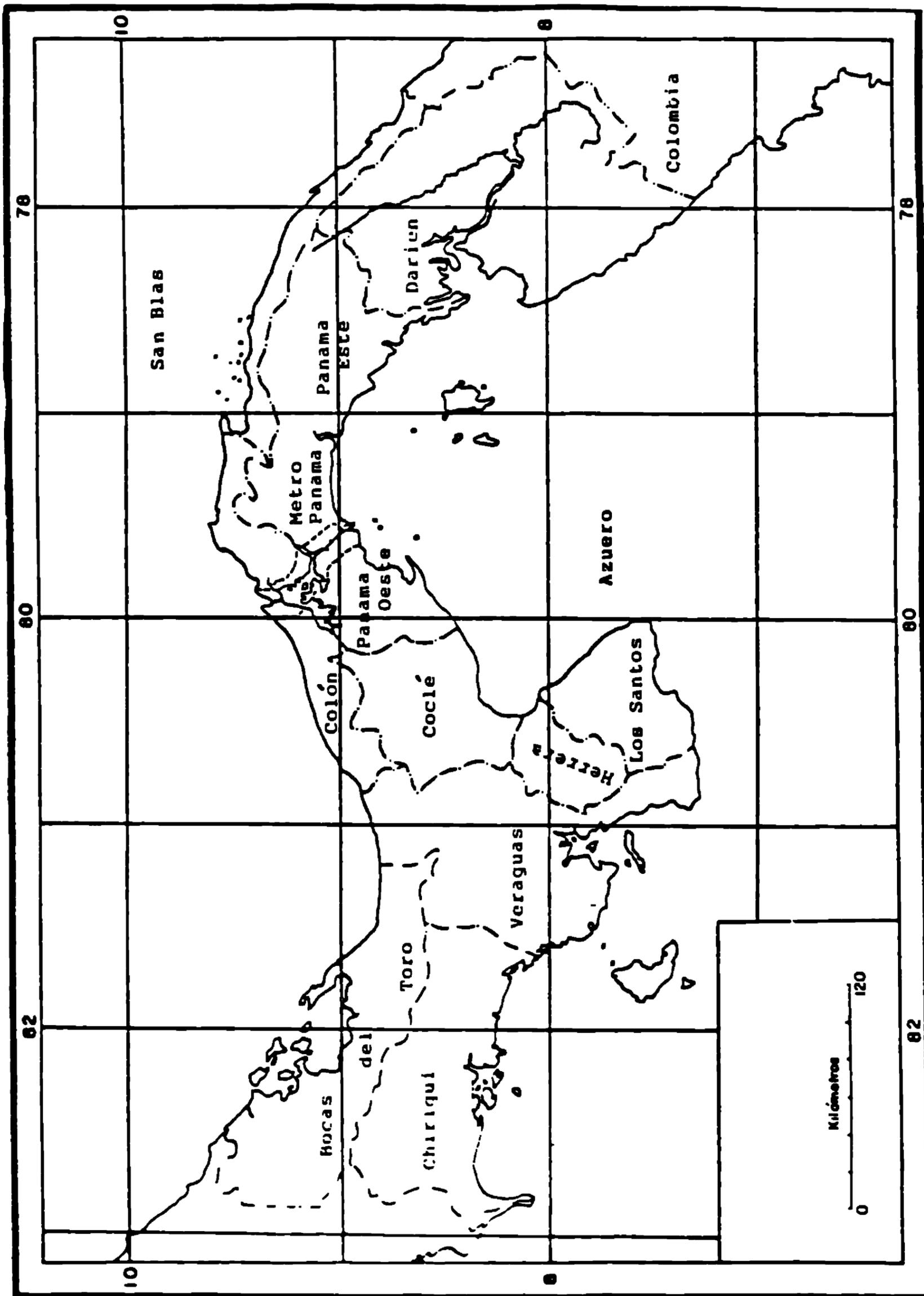
El personal del MS a nivel local elaboró las propuestas regionales del proyecto. Los representantes de la oficina central del MS se reunieron todos los años con cada director regional para planificar todas las actividades de la División de SMI. En esas reuniones los representantes sugerían actividades para promocionar el programa. La propuesta en sí para realizar actividades era bastante simple: descripción en una hoja de las actividades planificadas con un presupuesto para cada una de ellas. No se rechazó ninguna propuesta, pero no se le daba seguimiento a menos que la región presentara propuestas específicas de actividades en la reunión anual. La propuesta era requisito para el desembolso.

Cuadro 1. Prácticas de lactancia materna en Panamá según región, 1984-1985*

Región	Porcentaje de lactancia materna	Duración promedio (meses)	Porcentaje Urbano
Panamá Metropolitan	94	8.9	90
Panamá Este	92	9.6	18
Panamá Oeste	91	9.1	52
Colón	93	10.1	51
Coclé	96	12.4	25
Chiriquí	94	12.9	36
Bocas de Toro	96	14.9	37
Veraguas	98	15.2	15
Herrera	91	9.0	40
Los Santos	80	4.8	11
Darién	96	14.0	5
San Blas	95	18.1	0

* Tomado de la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar, 1984-85.

Figura 3



1. Capacitación regional

Los representantes de cada región asistieron a los talleres nacionales. Asimismo, organizaron los talleres regionales, con el apoyo de los miembros de la Comisión Nacional. Se crearon comisiones regionales que generalmente incluyeron personal de supervisión regional del MS. Si bien el MS central distribuyó diapositivas a las regiones para apoyar los seminarios de capacitación, sus planes de distribuir materiales didácticos se vieron frustrados al quebrar la compañía privada que había sido contratada para imprimirlos. Los problemas legales derivados de ello retrasaron la producción de dichos materiales. Ante esta circunstancia, los grupos locales se vieron forzados a elaborar sus propios materiales.

Cuadro 2. Personal capacitado en talleres regionales de lactancia materna y gastos asociados a los mismos

Región	Número de reuniones	Número de participantes	Costo
Coclé	14	2185	\$27,301
Colón	1	17	1,146
Bocas de Toro	2	65	2,001
Chiriquí	13	1080	24,678
Darién	2	72	2,386
Ciudad de Panamá	46	2617	81,207
Panamá Oeste	3	186	1,829
Panamá Este	4	201	4,581
Azuero	4	163	2,622
San Blas	ND	ND	ND
Veraguas	ND	ND	ND
TOTAL	75	4401	147,751

ND = No disponible. Datos financieros tomados de memorándums internos del INCAP, 1988.

El cuadro 2 cuantifica el personal capacitado en los talleres regionales, especificando los fondos desembolsados para dichos talleres. Se deduce que los presupuestos varían sustancialmente según región, lo que se explica parcialmente por el hecho que la cantidad de personas atendidas también varía. Panamá Metropolitana, por ejemplo, tiene la población más elevada de todas las regiones y, por ende, una de las tasas de mayor gasto.

El personal que asistió a los talleres regionales también organizó los seminarios locales. Otras actividades de capacitación incluyeron seminarios para pediatras, obstetras, personal administrativo, estudiantes universitarios y personal de consultorios y hospitales. Otras actividades regulares de capacitación que enfocaron componentes sanitarios, incluyendo salud escolar, enfermedades infecciosas, diarreas, educación sexual y monitoreo del crecimiento, también incorporaron información sobre lactancia materna.

El Cuadro 3 detalla el número de panameños que recibieron pláticas educativas. Los datos se basan en informes regionales. Si bien éstos están incompletos, indican que más de 49,000 personas recibieron información a través de las actividades regionales y que más de 4,000 miembros del personal de salud recibieron capacitación en los talleres regionales. Asimismo, otros trabajadores de la salud recibieron capacitación a través de actividades locales, tales como capacitaciones *in situ* y orientaciones de personal.

2. Estrategias regionales por región

Cada región presentó informes de sus actividades en el Taller Nacional de Evaluación en junio de 1987. Esta información, resumida a continuación, y los datos de encuestas hospitalarias regionales ilustran la gama de actividades desplegadas en algunas regiones. La Dra. Huffman y el Dr. Samayoa visitaron hospitales en Penonomé y Agua Dulce, Coclé, hallazgos que se discuten detalladamente más adelante. Coclé fue una de las pocas regiones en donde se obtuvieron datos para evaluar el impacto de las actividades del proyecto sobre las prácticas de amamantamiento.

Coclé

En 1980 la región de Coclé contaba con 141,000 habitantes, de los cuales 25% residía en áreas urbanas (Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar, 1986). El 46% de los partos fueron atendidos por profesionales de la salud. En Coclé, el proyecto se inició en marzo de 1984. La comisión regional se organizó con miembros del sector salud y de los Ministerios de Agricultura, Educación y Trabajo. El proyecto se alineó fuertemente con la oficina regional del MS y constituyó parte de su programa básico de salud.

Se capacitó a más de 2,000 miembros del personal y se obtuvo la participación de más de 5,000 personas en los seminarios de capacitación. Las pruebas pre y postcapacitación pasadas de 1984 a 1986 evidenciaron una mejora promedio del 20% en lo que respecta a conocimientos.

La Dra. Huffman y el Dr. Samayoa, administrador del proyecto de parte del INCAP, visitaron dos hospitales regionales con la intención de evaluar las actividades del proyecto.

Cuadro 3. Cuantificación de personas que recibieron educación en lactancia materna

Región	Año	1984	1985	1986	1987	Total
Coclé		ND	788	4,539	ND	5,327
Colón		3,400	3,615	3,396	ND	10,411
Bocas del Toro		ND	ND	ND	185	185
Chiriquí		6,290	468	3,877	ND	10,635
Darién		ND	ND	ND	ND	ND
Ciudad de Panamá		ND	ND	ND	ND	5,076
Panamá Oeste		ND	ND	ND	ND	90
Panamá Este		3,569	7,085	5,916	ND	16,570
Azuero		ND	ND	ND	ND	ND
San Blas		ND	ND	ND	ND	ND
Veraguas		ND	ND	ND	ND	ND
TOTAL						48,294

Tomado del Taller Nacional de Evaluación, 1987, Informes trimestrales, 1983, 1984, 1985, 1986.
ND = No disponible.

Visita al Hospital de Penonomé

El proyecto capacitó a todos los obstetras, tres enfermeras obstétricas, dos de los tres pediatras y una enfermera pediátrica del Hospital de Penonomé. Tres de las ocho enfermeras auxiliares también recibieron capacitación.

Los datos sobre prácticas de lactancia materna se recolectaron en tres meses (mayo, junio, julio) de 1984, 1985 y 1986. Constituyeron una muestra aleatorizada de un tercio de todos los niños entre dos y cuatro meses de edad que asistieron a consulta del niño sano en Penonomé. La encuesta basal encontró que antes del proyecto, los recién nacidos se alojaban en una guardería aislada. En las primeras cuatro horas de vida no se les administraba nada por vía oral. En las siguientes cuatro, recibían agua con dextrosa cada dos horas. Posteriormente, recibían fórmula láctea por otras ocho horas. Las madres egresaban a las 24 horas postparto. Encuestas de seguimiento determinaron que la proporción de niños con lactancia materna exclusiva aumentó de 30% en 1984 a 57% en 1986. También se estudiaron las tasas de morbilidad, determinando que en los amamantados exclusivamente, dichas tasas disminuyeron cada año.

Las actividades del proyecto instaron a los hospitales a cambiar sus políticas y prácticas a manera de favorecer la lactancia materna. El Hospital de Penonomé inició el alojamiento conjunto en junio de 1984, sin embargo, los partos por cesárea no se incluyeron debido a limitaciones de espacio y reglamentaciones hospitalarias. Después del parto, los recién nacidos son separados de sus madres media hora (durante el día) y tres horas (durante la noche) para propósitos de examen. Los niños son colocados junto a la cama de su madre en cunitas separadas. A los familiares les está permitido ayudar a la madre en los cuidados del niño. Los recién nacidos no reciben fórmulas y el agua dextrosada se utiliza únicamente en casos problema, tales como abscesos de la mama. Si bien se manifestó el deseo de establecer un banco de leche, la carencia de fondos terminó frustrándolo. Mujeres con partos vaginales normales permanecen en el hospital 24 horas.

Actualmente, el Hospital de Penonomé no cuenta con una guardería para recién nacidos. Los prematuros y los nacidos por cesarotomía permanecen en la sala de cuidados intensivos y son los únicos que reciben fórmulas lácteas. Después de la cesárea, la madre pasa a una sala de cirugía, manteniéndose separada del niño e impidiéndosele tocarlo, porque una vez el neonato sale de la unidad de cuidados intensivos no puede regresar a ella.

La política hospitalaria no permite el ingreso de los recién nacidos en la sala quirúrgica por temor a la contaminación. Cuando se remodele el hospital (para lo cual ya existen planes), las madres postcesárea se colocarán cerca de los infantes. Para ese entonces, tal vez, se permita el alojamiento conjunto.

Visita al Hospital de Agua Dulce

El Hospital de Agua Dulce también ha realizado cambios sustanciales desde que se inició el proyecto en 1984. La encuesta de línea basal antes del proyecto encontró que en el postparto el neonato se separaba 24 horas de su progenitora. Si bien lactaba en ese lapso, el alojamiento conjunto no se permitía hasta después de las 24 horas.

El Hospital de Agua Dulce estableció un banco de leche en 1985. La sala donde se preparaba la fórmula láctea se dividió en dos: una mitad continuó usándose para los mismos propósitos y la otra, para el banco de leche. Una evaluación del uso del banco de leche determinó que la cantidad de biberones preparados disminuyó sustancialmente como resultado de los cambios en las políticas hospitalarias de alimentación infantil y alojamiento conjunto. La cantidad de biberones cayó a un promedio de 60-75% (Cuadro 4) de 1984 a 1986. Los prematuros reciben leche materna donada; los niños a término, lactancia materna a libre demanda. La sala tiene disponible una bomba extractora de leche para las madres con niños enfermos o prematuros. En las primeras dos horas postparto, todos los niños reciben soluciones dextrosadas para descartar problemas gastrointestinales. Los nacidos por vía vaginal se entregan a la madre a las dos horas postparto y los nacidos por sección cesárea, a las 24 horas postparto. Si existe suficiente leche en el banco, ésta se ofrece a los niños nacidos por cesarotomía. Las madres que dan a luz por cesárea se recuperan en la misma sala que las madres que dan a luz por vía vaginal, pero permanecen hospitalizadas 48 horas, mientras que las segundas sólo 24. El alojamiento conjunto de todas las madres y sus niños se inició en junio de 1984.

Cuadro 4. Cantidad de biberones de 2 onzas, preparados para recién nacidos en dos hospitales de Coclé, Panamá*

Años	Penonomé	Agua Dulce
1984	5,855	9,960
1985	2,956	4,355
1986	1,750	3,694

* Taller Nacional de Evaluación, 1987.

Colón

En 1980 la población de Colón (incluyendo a San Blas) ascendió a 167,000 (Compendio General de Población, 1980). Los profesionales atendieron 80-85% de los partos en la región; 80% de todos los niños nacieron en el hospital regional.

El proyecto de Colón se inició en 1984. Este fue administrado por la comisión intersectorial que incorporó a representantes del sector educativo y de los Ministerios de Trabajo y Salud. La comisión estuvo bajo la dirección del sector salud. Las actividades incluyeron:

- capacitación de equipos de salud de 12 centros de salud y del hospital regional de Colón (se capacitó a más de 450 profesionales),
- elaboración de un programa de promoción y educación para cada sector de salud, y
- establecimiento de un banco de leche en el hospital regional para recién nacidos de alto riesgo.

El componente de medios de comunicación del proyecto reforzó cada uno de los esfuerzos mencionados.

Los seminarios de capacitación incluyeron equipos locales de salud y personal hospitalario. El equipo de salud materno-infantil se reunió mensualmente para coordinar las actividades. El informe de Colón indica que el proyecto recibió poco apoyo de parte de otras instituciones, como la de educación. Los médicos, especialmente los que se desempeñaban en hospitales, tuvieron muy poca interacción con el proyecto.

La encuesta basal en Colón determinó que el alojamiento conjunto se practicaba en el hospital desde 1977, con contacto materno-infantil temprano desde 1982. El proyecto reforzó el alojamiento conjunto, contribuyó a incrementar el número de mujeres lactantes y acortó el espacio de tiempo entre parto y primera lactada. El banco de leche permitió que los prematuros recibieran leche materna en vez de fórmula.

En Colón, en 1986, se efectuaron dos investigaciones que evaluaron las prácticas de lactancia materna. La primera se realizó en 152 mujeres postparto en el hospital regional. La segunda estudió a madres de niños entre cero y cinco años de edad que vivían en una área atendida por un centro de salud (Patricia Duncan). Se buscaba documentar sus actitudes hacia la lactancia materna, sus creencias al respecto, así como generar información a ser utilizada en los programas educativos.

En junio y julio de 1986 se entrevistó a 152 madres de recién nacidos en el hospital de Colón. Sesenta y nueve por ciento había oído hablar del banco de leche y 76% estaría dispuesta a donar leche al mismo. En lo que respecta al inicio del amamantamiento, 91% opinó que debería comenzarse en cuanto naciera el niño; 4% dijo que a los 2-3 días postparto y 5% no sabía cuándo.

En la segunda investigación se seleccionaron 20 familias de una lista aleatorizada de hogares tomados del censo de 1980, con base en la edad del niño más pequeño. De las 20 madres entrevistadas, 14 tenían un niño menor de dos años al mes de junio de 1986. Todas dieron a luz en el hospital e iniciaron el amamantamiento en cuanto se les entregó a su hijo. Dos recién nacidos permanecieron hospitalizados, pero las madres regresaban diariamente al banco a extraerse leche para sus hijos. Todas pensaban que la lactancia materna era lo mejor para sus infantes. El 80%, no obstante, introdujo otros elementos a la alimentación infantil, unas incluso a partir de los dos meses de edad.

Chiriquí

En 1980, la población de Chiriquí ascendió a 287,000, con un 36% residiendo en áreas urbanas (Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar, 1986). Los profesionales del ramo atendieron 30-90% de los partos en la región.

En esta región las actividades del proyecto se iniciaron en abril de 1984. Se constituyó una comisión intersectorial que incluyó miembros de los Ministerios de Educación, Trabajo, Salud y Agricultura, así como la Universidad de Panamá. A fines de 1986, la comisión se dispersó y el proyecto quedó bajo la dirección única del Proyecto de Supervivencia Infantil del MS.

Antes de iniciarse el proyecto, se realizó un estudio sobre prácticas perinatales en el Hospital del Niño en David, el cual terminó de redactarse en junio de 1984. Determinó que:

- los infantes se separaban de las madres durante períodos de transición e inmediatamente después del parto (sin especificar por cuánto tiempo);
- después de la cesárea, las madres se separaban de los niños más de 48 horas;
- los niños recibían biberones con fórmula cuando estaban en observación o en cuidados intensivos;
- los recién nacidos con cuadros patológicos se alojaban en áreas separadas de las salas de parto y de recuperación, y

- las madres no recibían suficiente material educativo sobre la lactancia y los cuidados del neonato.

Dichos resultados condujeron a las siguientes recomendaciones:

- organizar un área contigua a la sala de partos para observar al recién nacido durante el postparto inmediato y otros períodos de transición,
- en casos de cesárea, permitir el alojamiento conjunto en cuanto la madre recupere el conocimiento y desee tener al niño con ella, y
- facilitar la lactancia materna de prematuros y de neonatos que requieran cuidados intensivos. Reorganizar las guarderías de recién nacidos de tal forma que incluyan cuidados intensivos, cuidados intermedios y cuidados mínimos, así como salas de aislamiento en un área contigua.

Al inicio del proyecto, la carencia de alojamiento conjunto se percibía como uno de los principales obstáculos para la lactancia materna. En 1985, después de haberse iniciado el proyecto, el alojamiento conjunto se practicó en el 90% de los partos del Hospital José Domingo de Obaldía y en el 80% de los del Hospital Dionisio Arrocha. A partir de entonces, la mayoría de los infantes son llevados a sus madres una o dos horas postparto, en lugar de mantenerlos separados de ellas hasta su egreso hospitalario, como era la costumbre. Además, comenzó a darse educación a las madres sobre la lactancia materna, aspecto que no se cubría con anterioridad.

El Departamento de Nutrición de un hospital notificó una disminución sustancial del número de biberones preparados, lo que estuvo en congruencia con más alojamientos conjuntos y el establecimiento de un banco de leche (Cuadro 5). El banco se inauguró en el Hospital José Domingo de Obaldía en octubre de 1985 con el apoyo de las Damas Rosadas, las Soroptimistas y el Club Rotario. Actualmente, el banco suministra leche materna a niños prematuros y enfermos.

Durante los primeros cuatro seminarios de 1984, se realizaron pruebas previas y posteriores, capacitándose a 129 profesionales. Estas pruebas mostraron una mejora sustancial en el conocimiento de la lactancia materna. El conocimiento adecuado (sin definición del término "adecuado") aumentó de 30 a 93%, el regular de 7 a 30% y el deficiente de 0 a 40%.

Una encuesta de 1984 examinó las prácticas de lactancia materna en el área de Barú (Taller Nacional de Evaluación, 1987). Los datos demostraron que al mes de edad el 33% de los infantes recibía suplementos de la leche materna; a los tres meses, dicho porcentaje subía a 66%.

La proporción de madres nodrizas con niños de 6 meses de edad fue de 67%, cayendo a 40% en aquéllas que tenían hijos de un año.

Bocas del Toro

En 1980, Bocas del Toro contaba con 53,000 residentes, 37% de los cuales vivían en áreas urbanas (Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar, 1986). Del 25 al 75% de todos los partos fueron atendidos por profesionales de la salud. La comisión intersectorial de Bocas del Toro incluyó a representantes de los sectores sanitario, educativo y laboral, así como a grupos privados de la iglesia católica.

En 1982, el alojamiento conjunto pasó a ser una norma en esta comunidad. Hoy en día, el recién nacido de parto normal se coloca inmediatamente al seno materno. El alojamiento conjunto comienza en cuanto la madre entra a la sala de postparto. Antes de 1982, los niños nacidos por cesarotomía se entregaban a las madres a las 48 horas post procedimiento quirúrgico, pero actualmente, a las 12-24 horas.

Veraguas

En 1980, la población de Veraguas era de 173,000 personas, de las cuales 15% vivía en áreas urbanas (Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar, 1986). Del 30 al 60% de todos los partos fueron atendidos por profesionales de la salud. Las actividades del proyecto comenzaron en agosto de 1984, cuando representantes de los sectores sanitario, educativo y agrícola conformaron una comisión.

En mayo de 1985 se estableció un banco de leche en el Hospital Regional de Santiago. Investigaciones en mujeres egresadas de dicho centro hospitalario mostraron que todas las madres con recién nacidos vivos estaban amamantándolos. Antes del establecimiento del banco, las salas de partos preparaban mensualmente 184 fórmulas. A partir de junio de 1986, no se preparó ninguna más.

Cuadro 5. Cantidad de biberones preparados con fórmula infantil en el Hospital José Domingo de Obaldía, David, Chiriquí*

Año	0 - 4 onzas	5 - 8 onzas
1984	8,087	4,613
1985	6842	608
1986	4,961	41

* *Datos recopilados de las encuestas hospitalarias descritas en el presente informe, 1987.*

Todo esto condujo a una caída gradual en los gastos del departamento lácteo-alimentario. El Cuadro 6 detalla las libras de fórmula y el número de biberones comprados desde 1982, ilustrando el descenso en ambos elementos, consecuencia de los cambios en prácticas de la lactancia. Las pruebas de laboratorio no detectaron ningún microorganismo en la leche materna almacenada en el banco. Tampoco se detectó ninguna contaminación bacteriana en el 95% de las bombas extractoras de leche.

A los niños nacidos por cesárea se les administra soluciones dextrosadas para comprobar su tolerancia. En menos de tres horas postparto se les entrega a sus madres para amamantamiento. El uso de oxitocina se interrumpió en 1984.

Cuadro 6. Fórmula láctea para recién nacidos y biberones comprados por el Hospital Regional Santiago Veraguas*

Año	Fórmula (lb)	Biberones comprados
1982	134	3,339
1983	132	3,299
1984	39	965
1985	18	440
1986	0	0
1987	0	0

* Datos recopilados de las encuestas hospitalarias descritas en el presente informe, 1987.

San Blas

La región de salud de San Blas comprende 365 islas, 49 de las cuales permanecen habitadas. Los estudios realizados de 1972 a 1976 encontraron que la lactancia materna se practicaba universalmente, por lo general hasta los 2-3 años de edad. Cuatro seminarios del proyecto, uno por cada una de las regiones de salud de San Blas, se dirigieron a profesionales de la salud. Se impartieron pláticas a embarazadas, pacientes hospitalizadas y estudiantes.

Se considera que las actividades del proyecto disminuyeron el uso de la oxitocina, fomentaron el inicio temprano del amamantamiento y aumentaron la promoción regular de la lactancia en visitas prenatales, postparto y consultas del niño sano.

Azuero (Herrera y Los Santos)

Azuero tenía una población de 82,000 en 1980, 40% viviendo en áreas urbanas (Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar, 1986). Profesionales del ramo atendieron el 35% de todos los partos.

Antes de 1984, los recién nacidos del Hospital Cecilio Costillero se enviaban a unidades neonatales donde ayunaban seis horas y recibían dos dosis de dextrosa a las horas 9 y 12. El alojamiento conjunto se inició en 1984. Los niños de partos vaginales no se separan de su progenitora; los de cesarotomía se entregan a la madre a las 24 horas. No se les administra ni fórmula, ni agua, ni solución dextrosada. El amamantamiento se inicia en el postparto inmediato; a las madres se les imparten pláticas sobre lactancia materna. Un banco de leche se encarga del suministro para los niños prematuros.

Darién

Darién es una pequeña región rural con 27,000 habitantes, de las que únicamente el 5% vive en áreas urbanas. Si bien el proyecto no estableció ninguna comisión regional, realizó diversos cursos de capacitación. Los cambios atribuidos al proyecto incluyeron la entrega de más información a las madres sobre el amamantamiento y la eliminación de la oxitocina. Parece ser que el alojamiento conjunto ya existía antes del proyecto, pero es posible que haya sido reforzado por las actividades del mismo.

Panamá Este

En Panamá Este, tanto el sector educativo como el sanitario participaron en el programa para promover la lactancia materna. La capacitación a madres se efectuó principalmente a través de pláticas informales en el centro de salud y en la consulta externa del Hospital Chepo. Como resultado de las actividades del proyecto, el Hospital Chepo inició el alojamiento conjunto en enero de 1985. El uso de oxitocina se interrumpió en 1986. Actualmente, no se administra ni fórmula, ni agua, ni solución dextrosada al recién nacido. Los niños de partos vaginales no se separan de sus madres, y los de cesarotomía se separan de ellas únicamente cuatro horas. A las madres se les entrega folletos sobre la lactancia materna y, una vez dadas de alta, se les hace visitas domiciliarias para promover esta práctica.

Los estudios realizados entre profesionales de la salud indican que las prácticas de lactancia materna han mejorado. De 10 enfermeras y 30 médicos entrevistados en 1984, 35% de las primeras y 30% de los segundos dijeron que recomendaban el amamantamiento. Sin embargo, en 1986 el 90% de las enfermeras y el 85% de los doctores lo recomendaron. En 1984 sólo el 10% de 450 madres postparto hospitalizadas dijeron haber recibido indicaciones sobre cómo alimentar a sus niños, mientras que en 1986, el 95% de las interrogadas contestó afirmativamente. Este aumento es una manifestación de las pláticas diarias sobre lactancia materna que el hospital comenzó a dar en 1985.

Con base en estudios de madres que acudieron a la consulta del niño sano se sabe que la duración promedio de la lactancia materna aumentó de 1.5 meses en 1984 a cinco meses en 1986 (Taller Nacional de Evaluación, 1987).

Panamá Oeste

El alojamiento conjunto se adoptó en el Hospital Nicolás Solano después que el proyecto inició sus actividades en 1984. El uso de oxitocina se suspendió en 1985. Antes de esa fecha, madre y niño se separaban durante cuatro horas después del parto, lo que actualmente ya no se practica. Si bien es cierto que hoy en día ya no se administra fórmulas a los recién nacidos, continúa administrándoseles solución dextrosada. No existe un banco de leche porque los prematuros se refieren a hospitales de la Ciudad de Panamá.

Area metropolitana de la Ciudad de Panamá

Hasta la fecha no se han analizado los estudios sobre las actividades del proyecto en la Ciudad de Panamá, por lo que no se cuenta con datos que permitan esclarecer su impacto. Sin embargo, existen algunos datos relacionados con las actividades de los Hospitales del Seguro Social. El principal hospital de Panamá, el Hospital del Niño, constituyó el hospital modelo para el programa. Contaba con un banco de leche ya establecido y alojamiento.

3. Impacto regional: resultados de encuestas hospitalarias

En cada una de las 11 regiones se encuestó de uno a tres hospitales o centros de salud con atención obstétrica. La información así obtenida en 21 encuestas se ingresó en computadora con DBASE III+ y se analizó con el paquete estadístico SPSS-PC. En los casos donde no había datos, los resultados se refieren únicamente a los casos con información.

Capacitación e información

El 70% de los lugares notificaron que al menos una persona del personal integraba la comisión regional para la lactancia materna y el 75% que al menos una había asistido al seminario nacional.

La mayor parte de la información sobre lactancia materna se originó en el INCAP. El 71% de los lugares notificó que recibía ASI (una carta noticiosa del INCAP), el 62% recibía Madres y Niños de APHA y el 48% la revista PROLACMA, publicada como parte del programa nacional.

El 57% de los lugares notificó la distribución de folletos a madres, principalmente de parte del personal hospitalario o del MS. En 20 de los 21 lugares, se expusieron en las paredes de hospitales afiches o murales sobre la lactancia materna. Todas las regiones notificaron falta de material impreso para pláticas y promoción. La mayoría de instituciones resolvieron el problema produciendo sus propios materiales, incluyendo folletos, volantes, afiches, rotafolios e incluso diapositivas. Sólo 15% de los hospitales notificaron que al menos un obstetra, 30% que al menos un pediatra y 40% que al menos un médico general había recibido capacitación en el programa.

A casi todas las regiones les resultó difícil lograr que los médicos participaran en los programas de capacitación. Muchas también comentaron que tuvieron problemas en obtener cooperación de otros sectores, como el educativo y el agrícola.

Cambios en las prácticas hospitalarias

El 80% de las localidades notificaron cambios en las prácticas hospitalarias relacionados con la lactancia materna a partir de 1984. Tanto el personal como las madres notificaron incrementos en las tasas de alojamiento conjunto y en el amamantamiento. Los factores limitantes de ese cambio incluyeron la falta de personal y de apoyo administrativo, las actitudes y creencias de las madres y la renuencia a cambios en los partos por cesárea. Las principales motivaciones para el cambio incluyeron una mayor comprensión de las bondades de la lactancia materna (53% de las localidades), la supervisión y el cumplimiento de las normas (30%) y la capacitación (23%).

El 90% de las localidades tenían alojamiento conjunto; dos no proporcionaron información al respecto. El 29% notificó haber remodelado el edificio hospitalario para facilitar el alojamiento conjunto, lo que generalmente incluyó agrandar el área postparto o quitar cunas. Un 20% de las localidades no contaba con alojamiento conjunto antes del proyecto, pero actualmente sí. Otro 20% que había comenzado dicha práctica con anterioridad manifestó un mayor número de casos. El mayor cambio fue que antes del proyecto, en muchos hospitales, incluso en aquellos con alojamiento conjunto, 33% de los recién nacidos se enviaban a la sala de neonatos, reteniéndolos varias horas antes de regresarlos a sus madres. Después del proyecto, ya no se tendió a separar a los infantes de la madres en el postparto temprano. Además, la educación en lactancia materna se otorgó en la sala de partos.

El apoyo brindado por los directores de personal a las prácticas de lactancia varió según el hospital. El 75% de los directores y administradores hospitalarios estuvieron en favor del cambio; 25% permanecieron neutrales. Los jefes de obstetricia tendieron más a ser neutrales (23%) y negativos (23%) que a apoyar la causa (53%). Los jefes de pediatría tendieron a estar en favor (83%).

Los datos revelaron que en el 50% de las localidades los neonatos nunca recibían agua, pero que en el 25% era algo común. En el 25% restante, el agua se administraba bajo orden médica. Se notificó que las fórmulas lácteas nunca se utilizaban en el 70% de las localidades. Los niños nacidos por cesarotomía recibían fórmula en el 15% de los casos, porcentaje similar al encontrado en los nacidos por vía vaginal.

Con el propósito de verificar los datos notificados en los estudios hospitalarios, los entrevistadores observaron algunas prácticas. En el 30% de las localidades, no se detectó ningún recién nacido tomando biberones con agua. Únicamente en un lugar se detectó un infante tomando uno con leche.

Lactancia materna y tipo de parto

Se hizo acopio de datos del período transcurrido entre el parto y la primera lactada. El Cuadro 7 muestra que en los partos vaginales se tendía a dar el seno mucho más tempranamente que en los partos por cesárea. Algunas veces los niños nacidos por vía vaginal se separaron de las madres por corto tiempo para practicarles un examen físico. Mientras que en el 50% de los casos el neonato no se separó de su progenitora porque el examen se realizó al lado de la madre, en 30% dicha separación duró menos de 30 minutos. Sólo 25% de las madres con sección cesárea no se separaron de su niño para el examen. La mayoría sufrió separaciones de 4 horas o más, probablemente con el infante bajo observación.

De los partos vaginales, el 70% de las madres egresaron del hospital a las 24 horas y el 30% restante a los dos días. El 70% de las madres en las que se practicó cesarotomía fueron dadas de alta a los 3-4 días, 8% a los 4-5 días y 17% a los 6-9 días.

En el 95% de las localidades, los neonatos prematuros o enfermos recibían leche humana, ya sea de sus propias progenitoras o de un banco de leche. Aun cuando la mayoría de localidades no usaba oxitocina, 33% (seis hospitales) sí. Tres hospitales nunca la habían utilizado con anterioridad y uno interrumpió su uso en 1981. Los otros ocho hospitales dejaron de emplearla en 1984.

Cuadro 7. Tiempo transcurrido entre el parto y la primera lactada, según el tipo de parto*

Tiempo transcurrido	Parto por vía vaginal Por ciento	Número de partos	Parto por cesarotomía Por ciento	Número de partos
0 - 15 minutos	65%	13	-	-
15 - 30 minutos	15%	3	8%	1
31 - 60 minutos	5%	1	-	-
1 - 3 horas	10%	2	8%	1
4 - 6 horas	5%	1	23%	3
12 horas	-	-	23%	3
24 horas o más	-	-	38%	5

* Datos recopilados de las encuestas hospitalarias descritas en el presente informe, 1987.

Impacto sobre la lactancia materna

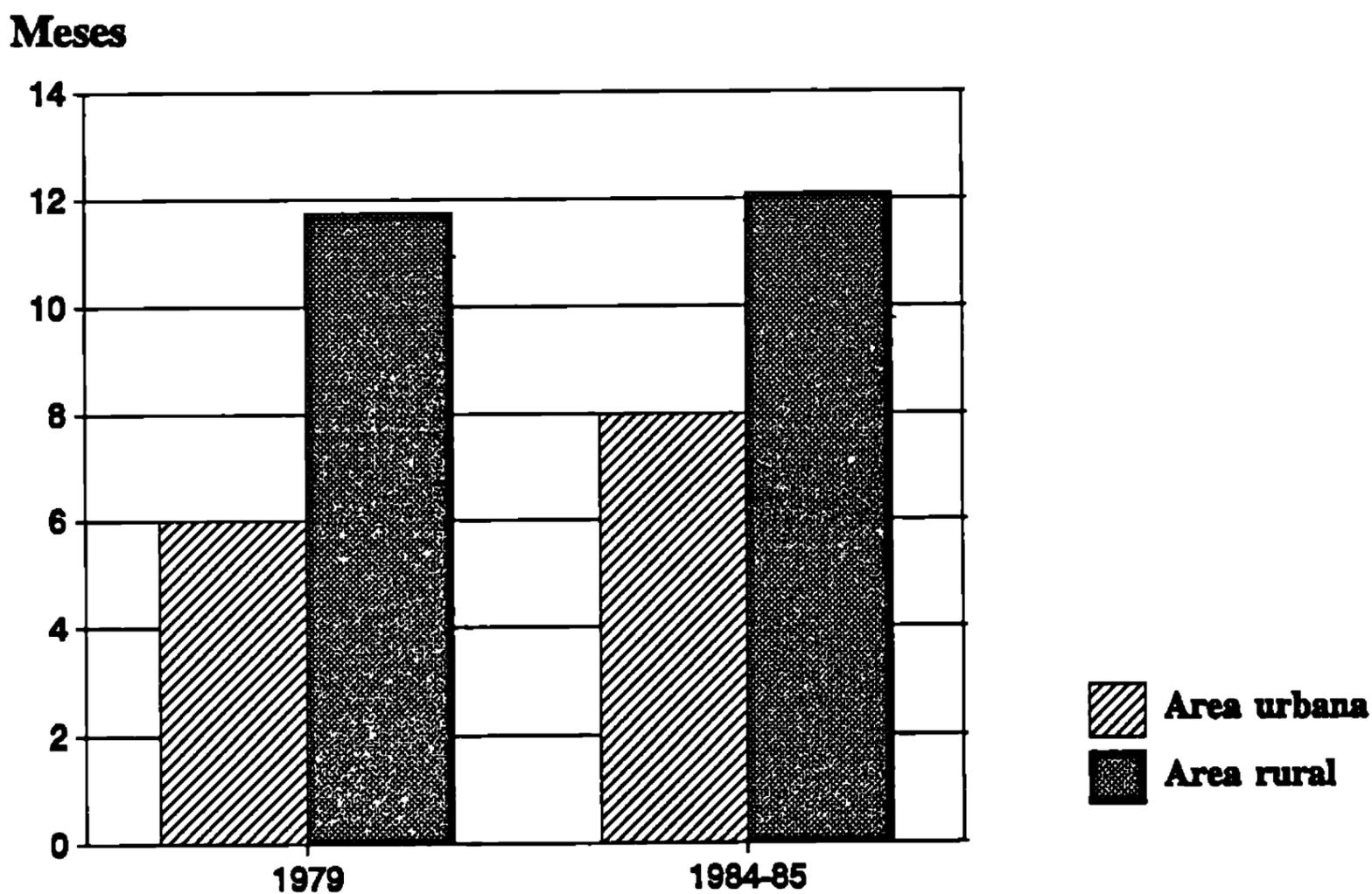
La comparación de datos de las encuestas nacionales de 1979 y 1984-85 sugiere que la duración promedio de la lactancia materna posiblemente haya aumentado de 9.5 a 10.1 meses (Figura 4). Esta tendencia se manifestó tanto en áreas urbanas como rurales. Sin embargo, como los datos de 1984-85 se obtuvieron en el transcurso del proyecto y no al final del mismo, es difícil determinar si estos cambios están directamente relacionados con el proyecto.

La información contenida en los informes finales que presentó cada región y en las encuestas hospitalarias ilustra el efecto que tuvo el enfoque regional sobre el programa de promoción de la lactancia materna. Generalmente, muchos miembros de la comisión regional también eran miembros del personal hospitalario y participaron intensamente en las actividades del proyecto. La mayoría había recibido capacitación en un seminario regional o nacional.

El foco regional constituyó un aspecto importante del proyecto. Otro aspecto crítico fue el hecho que el programa respaldó el cumplimiento de las normas de la lactancia. Si bien dichas normas (es decir, el alojamiento conjunto y el uso restringido de biberones) ya estaban establecidas, el programa contribuyó a garantizar que los supervisores verificaran el seguimiento de las mismas y que, en caso que no se practicaran, instaran a su cumplimiento.

Figura 4

Duración promedio de la lactancia materna en Panamá,
1979 y 1984/85



Referencia: *Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar (1986)*. Departamento de Estadística, Departamento Materno-Infantil, Ministerio de Salud, Panamá y Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia.

C. Actividades de otros grupos

Además de los programas regionales, otros grupos también realizaron actividades de capacitación y promoción. Estas incluyeron proyectos organizados por la Comisión del Seguro Social (CSS), la Universidad de Panamá y el Ministerio de Trabajo y Asistencia Social.

Comisión del Seguro Social

Dentro de cada región, con la excepción de la Ciudad de Panamá, el sistema de salud del seguro social está íntimamente ligado con el MS. Los servicios de ambos se brindan en los mismos consultorios y hospitales. En la Ciudad de Panamá, el CSS opera policlínicas separadas y también el Complejo Hospitalario Metropolitano que atiende a trabajadores y familias afiliadas al Sistema del Seguro Social.

El sistema del Seguro Social realizó 12 seminarios para capacitar a 408 profesionales de la salud entre 1984 y 1986. Los pacientes que asistieron a las policlínicas y visitaron el hospital (salas de obstetricia y de postparto) también recibieron clases sobre lactancia materna. El Hospital Metropolitano en Panamá estableció un banco de leche en junio de 1985.

En 1985 y 1986 la CSS realizó diversas investigaciones de su población atendida, con el objeto de evaluar conocimientos y prácticas sobre lactancia de las embarazadas, mujeres postparto y madres de niños que consultan las clínicas del niño sano.

El personal de la CSS entrevistó a aproximadamente 1,000 embarazadas de seis policlínicas. El 73% había recibido algún tipo de información sobre lactancia en las visitas prenatales. Casi 50% había discutido el tema con las enfermeras, mientras que solamente 10% lo había discutido con el médico. El 99% de las entrevistadas tenía intención de amamantar. No se observó ninguna diferencia entre mujeres trabajadoras y no trabajadoras.

El estudio de caso del hospital de la CSS obtuvo resultados sorprendentes. Muchas prácticas hospitalarias siguen sin corregir. Aun cuando dicho hospital posee alojamiento conjunto, madre y niño están juntos hasta pasadas 4-6 horas postparto. Aunque pareciera que la lactancia materna ha aumentado, las fórmulas lácteas y las soluciones dextrosadas se continúan administrando a infantes nacidos por cesárea, reuniéndose con sus madres hasta las 12-24 horas postparto.

Universidad de Panamá

La Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá comenzó a trabajar con el Proyecto para la Promoción de la Lactancia Materna en Panamá en noviembre de 1984. Los catedráticos universitarios trabajaron en la comisión intersectorial y coordinaron y participaron en seminarios de capacitación.

Además, se realizaron tres estudios en la universidad, dos de los cuales se utilizaron para tesis: "Efectos de la lactancia materna en el crecimiento y desarrollo de niños amamantados en el área de Juan Díaz: Factores que influyen en la lactancia de un grupo de madres primerizas en Panamá" y "El banco de leche: una estrategia para alimentar a infantes."

Ministerio de Trabajo y Asistencia Social

El Ministerio de Trabajo y Asistencia Social realizó programas de capacitación para sus trabajadores y el público en general. Las capacitaciones alcanzaron a un total de 77 miembros del personal de la DINNFA (Dirección Nacional del Niño y la Familia) y maestros del COIF (Centros de Orientación Infantil), así como otras 411 personas, incluyendo grupos de mujeres trabajadoras y padres de niños en el COIF.

D. Bancos de leche

Aparentemente, la Secretaría de los Bancos de Leche de la Comisión Nacional se constituyó en uno de los sectores más activos de la Comisión. Seis bancos de leche --dos ubicados en grandes áreas metropolitanas (Ciudad de Panamá y Colón) y cuatro en pequeñas áreas semiurbanas--, se establecieron a manera de centros piloto. El primero se estableció en el Hospital del Niño en la Ciudad de Panamá en 1983 con la intención de reducir los costos relacionados con la preparación de fórmulas para el consumo hospitalario. Se convirtió en un modelo para los otros bancos de leche iniciados por el proyecto.

El Hospital del Niño está afiliado al Hospital General Santo Tomás. La unidad de maternidad en el Hospital Santo Tomás atiende el 20% de todos los partos en Panamá (unos 12,000 al año). Los neonatos prematuros y enfermos se atienden al otro lado de la calle, en el Hospital del Niño, mientras que los niños sanos se quedan con sus madres en el Hospital Santo Tomás. El hospital recibe apoyo financiero del MS, la CSS y el sector privado.

El banco de leche en el Hospital del Niño se convirtió en un recurso para todos los bancos de leche del proyecto. El Director de Nutrición, responsable del banco de leche, participó en la Comisión Nacional. El hospital no recibió ningún financiamiento del proyecto. El Hospital del

Niño ha publicado datos comparativos entre el uso de fórmula infantil y leche materna del mismo banco, que demuestran ahorros sustanciales con esta última. Los ahorros probablemente se debieron a cambios en las prácticas hospitalarias y en el banco de leche (Cuadro 8).

En Panamá hay 11 hospitales del MS/CSS, en seis de los cuales el proyecto estableció bancos de leche (Cuadro 9). Panamá Este y Panamá Oeste, ambos cercanos a la ciudad del mismo nombre, no establecieron bancos porque la mayoría de sus infantes prematuros se refieren a la Ciudad de Panamá. En San Blas, un Centro de Salud cumple las funciones de hospital; la población indígena practica universalmente la lactancia materna. Actualmente el hospital de Bocas del Toro está solicitando ayuda para iniciar su propio banco.

Al momento de establecer los bancos de leche, cada hospital recibió un refrigerador, dos bombas, equipo de oficina, biberones, juegos de adaptadores para las bombas de leche, cronómetros y vestimentas para las madres. Algunas veces se concedieron fondos para instalar tomacorrientes de electricidad, remodelar el área y hacer los cambios estructurales necesarios.

Cuadro 8. Cantidad de biberones con fórmula infantil preparados en el Hospital Santo Tomás, Ciudad de Panamá, 1980-85.

Año	Biberones utilizados en la guardería de neonatos	Costo + (EUA \$.20 x # biberones)
1980	116,669	\$23,333.80
1981	120,426	24,085.20
1982	113,503	22,700.60
1983	93,023	18,604.60
1984	75,519	15,103.80
1985	49,384	9,876.80

* El banco de leche se inició en noviembre de 1983. Boletín Estadístico, 1985.

+ Costo para elaborar fórmula = EUA\$ 0.20/2 onzas de leche. Rompimiento de biberones/ año = 14%.

La selección de los hospitales donde se instalarían bancos de leche se hizo con base en el número de partos, en el número de prematuros atendidos y en la aceptación del proyecto de parte del personal hospitalario.

Un informe del banco de leche del Hospital de Santiago (Veraguas) demuestra que pocos recién nacidos presentaron diarrea y enterocolitis necrotizante (ECN) al recibir leche materna que al recibir fórmula láctea. Además, el personal preparó cada vez menos fórmulas en el laboratorio de leche (Villareal, 1986). La mayoría de leche en el banco se utiliza para infantes prematuros.

Cuadro 9. Bancos de leche establecidos en Panamá por el proyecto

Hospital	Ciudad	Región
Hospital Metropolitano	Ciudad de Panamá	Panamá
Manuel Amador Guerrero	Colón	Colón
Marco Robles	Agua Dulce	Coclé
Cecilio Castellero	Chitré	Azuero
Provincial	Santiago	Veraguas
José Domingo de Obaldía	David	Chiriquí

La información de las encuestas hospitalarias también puede utilizarse para evaluar el impacto de los bancos de leche. Solamente en uno de los seis hospitales que poseen un banco de esta naturaleza se les permite a las madres permanecer con sus niños. En los otros cinco, sin embargo, las madres regresan a lactar a sus niños prematuros o enfermos. El Cuadro 10 presenta el porcentaje de la leche de banco administrada a infantes prematuros, infantes enfermos e infantes de madres enfermas.

Únicamente una localidad notificó que los infantes recibían 100% de leche materna a través del banco de leche. De las otras tres localidades que proporcionaron información cuantitativa, en una los niños recibían 75% de su alimentación en forma de leche humana, en otra, 60% y en la última, 50%. El resto del alimento era fórmula infantil.

En cinco de las seis localidades, el personal hospitalario utiliza la bomba eléctrica o leche del banco para sus propios infantes. Cuatro localidades tienen una bomba portátil que puede usarse en las salas. Sólo dos lugares prestan bombas manuales a las mujeres que trabajan o les enseñan a sacarse la leche.

Cuadro 10. Distribución láctea de los bancos de leche según información de encuestas hospitalarias *

Lugar	Porcentaje de leche para infantes prematuros	Porcentaje de leche para infantes enfermos	Porcentaje de leche para infantes de madres enfermas
CSS/Ciudad de Panamá	80	20	-
Agua Dulce/Coclé	100	-	-
Obaldía/David	90*	10	-
Guerrero/Colón	90*	10	-
Santiago/Veraguas	61	11	28
Costillero/Azuero	90	10	-

* Ambos lugares malinterpretaron la pregunta y notificaron que el 100% de los infantes prematuros y el 100% de los enfermos recibían leche materna. Estimamos las proporciones especificadas en el cuadro, con base en datos proporcionados sobre la frecuencia de enfermedad.

E. El componente de la mujer trabajadora

Más del 35% de las mujeres en Panamá están empleadas; 20% de los jefes de hogar son mujeres. Como la desnutrición es mayor en los hogares dirigidos por el sexo femenino, el proyecto estaba muy interesado en enfocar el interés de las trabajadoras en la lactancia.

En Panamá, se aprobaron leyes a favor de la lactancia materna en la clase trabajadora antes de que existiera el proyecto. El Código Laboral contiene los siguientes artículos relacionados con la protección social de la mujer durante el embarazo y la lactancia²:

Art. 106: La mujer embarazada puede excusarse del empleo por causas justificables.

² La versión en español del presente documento es una traducción del inglés, por lo que los artículos legislativos a continuación no reflejan la redacción original del Código Laboral de Panamá.

Art. 107: Todas las mujeres embarazadas pueden ausentarse de su trabajo seis semanas antes del parto y ocho semanas después del mismo.

Art. 108: Durante la lactancia, todas las madres pueden excusarse del trabajo 15 minutos cada 3 horas, o media hora dos veces al día durante el trabajo, con el objeto de alimentar a su infante. El patrono deberá proporcionar un lugar de reposo en el área de trabajo y mantener suficientes sillas o sillones para las trabajadoras. Este tiempo será remunerado.

Todos los patronos de más de 20 trabajadoras están obligados a proporcionar un lugar adecuado para que las mujeres lacten a sus infantes.

Art. 115: Transcurrido un año después de la aprobación del presente código, el ejecutivo y la CSS establecerán guarderías infantiles en sectores industriales y centros comerciales que empleen concentraciones de trabajadoras. Las madres podrán dejar en esos centros a sus hijos, en donde recibirán atención médica, nutricional y recreativa hasta que cumplan la edad escolar.

Desafortunadamente, estas leyes no se cumplen.

Al proyecto le resultó difícil desarrollar el componente de la mujer trabajadora como parte de la Dirección Nacional del Niño y la Familia (DINNFA), la que se encuentra en el Ministerio de Trabajo y Justicia Social. La mayor parte del trabajo, por lo consiguiente, se realizó a través del Departamento de Relaciones con el Usuario (DRU), una división de la CSS. El DRU mantiene relaciones con organizaciones sindicales.

La nutricionista del DRU, responsable del programa de mujeres trabajadoras, manifestó mucho entusiasmo e interés en el proyecto. Contaba con dos asistentes que trabajaban con dirigentes sindicales.

Las metas de este componente fueron:

1. registrar los conocimientos y actitudes de las madres trabajadoras sobre la lactancia materna, e
2. informar y educar a las madres sobre las bondades de la lactancia materna.

Se realizó un seminario para 21 mujeres que incluyeron a directoras de cuatro de las principales centrales obreras (CNTP, CRRP, CATI, CITI) y de dos federaciones independientes, así como representantes de la Brigada Celeste (encargada de la limpieza de las calles en la Ciudad de Panamá). El seminario de cinco días enfocó aspectos básicos de la lactancia y derechos legales

de la mujer en relación laboral. Las participantes redactaron un plan de acción para el componente de la mujer trabajadora del proyecto (Departamento de Relaciones con el Usuario, abril de 1986).

Con la participación de las mujeres capacitadas en la primera fase, se formaron 90 grupos de trabajo de aproximadamente 10 personas cada uno (alcanzando un total de 1,033 mujeres) en las diferentes fábricas (Cuadro 11). Durante cuatro meses el personal del proyecto visitó a cada grupo de trabajo, con el propósito de distribuir información y discutir con las sindicalistas aspectos de la lactancia (Avances de Supervivencia Infantil, 1987).

En el seguimiento de las reuniones motivacionales arriba descritas, el personal del proyecto usó técnicas de grupos focales para identificar prácticas de lactancia materna, así como prejuicios y obstáculos relacionados con la misma. Además, pasó un cuestionario estándar (n=550). Algunas veces, diferentes mujeres de los mismos sindicatos participaron en dos series de reuniones.

De las 826 mujeres entrevistadas en la encuesta de trabajadoras, 30% realizaba trabajos manuales y 20% operaba maquinaria industrial. La siguiente categoría en magnitud fue la de operarias de teléfono, con un 6%. Sólo un 38% no estaban casadas ni vivían unidas. El 97% de las trabajadoras con hijos vivos amamantaron al menos a uno de ellos; el 69% dio de lactar 3 meses o menos. Más de la mitad obtuvo información sobre la lactancia materna, de sus madres y sólo 14% de un médico. El 33% indicó que dejaron de dar de lactar porque tuvieron que retomar el trabajo. El 40% de las trabajadoras que se encontraban amamantando se había extraído leche en alguna oportunidad, pero sólo un 15% dijo haberlo hecho para dejársela al niño; el 54% lo hizo para aliviar el dolor de los senos.

Las sesiones de encuesta generalmente tuvieron una duración de dos a ocho horas, dependiendo del tamaño del grupo. Después de pasar los cuestionarios, los grupos se subdividían en pequeños grupos de trabajo para discutir problemas de la lactancia materna y sus posibles soluciones. La primera sesión de este tipo se realizó con 240 mujeres de las Brigadas Celestes. Veinte grupos notificaron que la lactancia era difícil en el trabajo porque no contaban con guarderías en el área laboral (100%), que a la mujer trabajadora le resulta difícil amamantar (70%), que existe poca información disponible sobre la importancia de la lactancia (70%) y que no existen instalaciones para extraerse la leche en el trabajo (70%). Las soluciones sugeridas incluyeron el establecimiento de guarderías infantiles (100%) y de un lugar para la extracción de leche (65%), así como la decisión de extraerse la leche y dársela al infante (55%) (Informe trimestral, septiembre-diciembre, 1985).

El único caso documentado de cambio en una empresa a raíz del programa, fue la compra de un refrigerador de parte de GAGO (una cadena de supermercados) para almacenar leche materna. El refrigerador, sin embargo, podía utilizarse únicamente cuando la trabajadora social de GAGO

estaba presente. Una vez que dicha trabajadora fue transferida, el refrigerador ya no estuvo a la disposición de las madres nodrizas.

Desafortunadamente, las encuestas no mostraron cómo lograr que la mujer continúe amamantando al retomar su relación laboral. Una trabajadora del DRU interrumpió la lactancia a los dos meses y medio porque su niño se rehusó a recibir el pecho, prefiriendo el biberón. La mujer continuó la lactancia extrayéndose la leche y dándosela al niño en biberón. Este caso ilustra uno de los problemas técnicos que amerita reconsideración. Ciertamente, si la persona encargada de capacitar a las dirigentes sindicales no está en capacidad de amamantar exitosamente, carecerá de peso al intentar ayudar a otras mujeres trabajadoras en este sentido.

Cuadro 11. Grupos participantes en los talleres para mujeres trabajadoras*

Grupo	Número de participantes en las reuniones motivacionales	Número de participantes en los grupos focales
Central de Trabajadores de la República de Panamá	160	82
Central Istmeña de Trabajadores	106	106
FEGETRAP	52	12
Federación Istmeña de Trabajadores	308	43
Central Nacional de Trabajadores	157	67
Brigadas Celestes	250	240
Total	1033	550

* Departamento de Relaciones con el Usuario, abril de 1986.

Al discutir con las sindicalistas las diferentes formas de mejorar la situación de la lactancia materna en el área de trabajo, muchas opinaron que era un sueño pensar que se les concediera recesos de lactancia o guarderías infantiles. Incluso en la CSS sólo hay una guardería y es para el personal del Hospital de la CSS. Las dirigentes sindicales consideraron que, en general, era más importante aspirar a mejoras en otras áreas, tales como niveles salariales.

Si bien la composición de la Comisión Nacional para la Promoción de la Lactancia Materna fue interdisciplinaria, sus miembros no contaron con suficiente peso político que permitiera lograr el cumplimiento de la ley. Un miembro de la comisión expresó: "Siempre y cuando las actividades se mantengan principalmente en el nivel educativo, se perciben como inocuas. Tratar de obtener apoyo para hacer cumplir la ley sería algo sustancialmente más polémico y difícil".

F. Centro de Información de PROLACMA

Una de las hipótesis del programa era que la carencia de información científica y técnica interfería con la lactancia materna natural y la alimentación infantil adecuada. PROLACMA, el afiliado local de La Leche League, instituyó un centro informativo del proyecto que permitiera enfocar dicho problema. El centro se ubicó en la oficina regional del MS en la Ciudad de Panamá. En los tres años del proyecto, el centro catalogó más de 300 documentos, distribuyó más de 3,000 folletos informativos, realizó sesiones de capacitación para madres nodrizas y atendió llamadas telefónicas de madres que necesitaban ayuda en aspectos de lactancia. También prestó diapositivas, tiras de película, películas y casetes que podían utilizarse para propósitos de capacitación. Además, distribuyó un boletín de noticias, LACMA, aun cuando sólo se publicaron dos números durante el proyecto. El sistema de distribución tuvo deficiencias, lo que condicionó que frecuentemente las regiones no estuvieran conscientes de la disponibilidad de información en el centro. Al centro se le encargó apoyar otros componentes del proyecto; diferencias de personalidad, no obstante, limitaron la comunicación con dichos componentes.

El MS elaboró materiales educativos, calcomanías y rotafolios con el logotipo del programa, los que se distribuyeron a nivel regional.

V. ASPECTOS FINANCIEROS DEL PROYECTO

El proyecto de cuatro años desembolsó un total de EUA\$720,000.00, principalmente en actividades regionales de capacitación (Cuadro 12). Si bien se contrataron los servicios de un consultor del INCAP por tres años, el aporte a su salario y beneficios laborales (EUA\$35 - 40,000.00 al año) tal vez deberían excluirse del estimado de costos cuando se desee ejecutar otro programa similar a éste, porque su función fue desarrollar actividades en todas las áreas de supervivencia infantil de Panamá. Además, el consultor y el personal del MS le dedicaron mucho tiempo a la redacción de planes detallados de ejecución para la AID y a los planes de

evaluación del proyecto. No se cuenta con datos suficientes que permitan hacer un análisis de ahorros en término de costos, pero sí existe alguna información sobre los ahorros hospitalarios derivados de reducciones en el consumo de fórmula láctea y el uso de biberones preparados para los recién nacidos. Si bien el hospital principal (más de 12,000 partos anuales) en la Ciudad de Panamá abrió su banco de leche antes de que se iniciara el proyecto, los datos disponibles ilustran la economía en términos de costos factible de alcanzar en centros metropolitanos de mucha importancia. Los gastos promedio de los biberones de dos onzas en el Hospital del Niño en 1980-1981 fueron de EUA\$23,710.00 en comparación con EUA\$12,490.00 en 1984-1985, representando un ahorro de más de EUA\$11,000.00. Datos de dos hospitales regionales pequeños en Coclé, cada uno con menos de 1,000 partos al año, presentan una tendencia similar, aunque en menor magnitud. Así, las prácticas promovidas por el proyecto ahorraron anualmente entre EUA\$800.00 y EUA\$1,250.00 a cada hospital.

Cuadro 12. Costo del Proyecto para la Promoción de la Lactancia Materna en Panamá*

Componente del programa	Gastos en EUA dólares
Capacitación	\$205,998
Medios de comunicación	110,969
Bancos de leche	47,316
Centro de Información	45,953
Mujeres trabajadoras	17,593
Evaluación **	42,000
Administración **	166,670
Gastos generales	82,745
TOTAL	\$719,245

* Datos proporcionados en una carta de ROCAP, Panamá, 1989.

** Los gastos notificados por ROCAP, tanto para administración como para evaluación fueron de EUA\$208,670.00. Con base en las cifras consignadas en la propuesta, EUA\$42,000.00 de un presupuesto de EUA\$232,000.00 para administración y evaluación, se asignó a los costos de evaluación. Esto no incluye ninguno de los salarios del administrador del proyecto de parte del INCAP, pero sí el costo de las encuestas. Los EUA\$42,000.00 (para evaluación) se restaron del total notificado para administración y evaluación.

Estos cálculos en ahorros subestiman el impacto económico global de los programas, porque no toman en cuenta la economía institucional derivada de menores tasas de morbilidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) y diarrea que se asocian directamente a mejoras en las prácticas de lactancia. La economía a nivel comunitario y familiar son difíciles de cuantificar y trascienden el alcance del presente proyecto.

VI. CONCLUSIÓN

El Proyecto para la Promoción de la Lactancia Materna en Panamá se diferenció de muchos otros programas promocionales de la lactancia a nivel nacional por el hecho de estar conformado por programas regionales independientes y característicos. Cada región presentó planes de actividades y recibió fondos para realizar sus propios programas. El proyecto también tuvo la característica de apoyar a los bancos de leche en seis de los once hospitales del MS. El establecimiento de dichos bancos contribuyó a reducir el uso de fórmulas lácteas, y por consiguiente, los costos hospitalarios.

La capacitación constituyó un componente esencial del proyecto, tanto a través de seminarios nacionales y regionales como de actividades docentes locales, realizadas por miembros de las comisiones regionales. Se capacitó a más de 4,000 profesionales de la salud y se entregó información directa sobre lactancia materna a casi 50,000 personas del público en general. A otras personas se les proporcionó información a través de campañas locales en los medios de comunicación.

Hay indicios para creer que el proyecto aumentó sustancialmente el conocimiento sobre las bondades de la lactancia materna y cambió significativamente ciertas prácticas hospitalarias. La capacitación, combinada con la vigilancia del cumplimiento de las normas nacionales de prácticas hospitalarias relacionadas con la lactancia, produjo muchos cambios importantes en estas prácticas a nivel de hospitales. El alojamiento conjunto aumentó y el tiempo transcurrido entre el parto y la primera lactada disminuyó. Sin embargo, a pesar de las actividades del proyecto, todavía se perciben diferencias a nivel hospitalario. En algunos centros, los neonatos continúan recibiendo soluciones dextrosadas; en otros, no se administran suplementos. En algunos lugares, las madres con cesarotomía dan el seno poco después del parto, mientras que en otros se separan de los niños más de 24 horas.

El componente de la mujer trabajadora del proyecto fue uno de los primeros en examinar los problemas enfrentados por las obreras en el área de la lactancia. Los hallazgos recalcan que es necesario capacitar a profesionales de la salud y educar al público en lo que respecta a métodos para mantener la producción láctea, incluso durante períodos de separación entre madre e infante. Los hallazgos también patentizaron la necesidad de determinar si el cumplimiento de las leyes

vigentes que dictan recesos laborales para amamantamiento y salas cuna en el lugar de trabajo incrementaría las tasas de lactancia entre las mujeres trabajadoras.

A pesar del costo relativamente bajo del proyecto (EUA\$240,000.00 por año), éste tuvo un impacto impresionante.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Avances del componente Madres Trabajadoras en la promoción de lactancia materna.* (1986). Departamento de Relaciones con el Usuario (DRU).
- Boletín Estadístico.* (1985). Panamá: Patronato del Hospital del Niño. Departamento Estadístico, Ministerio de Salud, Gobierno de Panamá.
- Compendio General de Población.* (1980). Vol V. Panamá.
- Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar.* (1986). Departamento de Estadística, Departamento Materno Infantil, Ministerio de Salud, Panamá y Centers for Disease Control, Division of Reproductive Health. Atlanta, Georgia.
- Franklin, D. y Harrell, L. (1983). *Cost and Determinants of Infant Feeding Practices.* Sigma One Corporation. Raleigh, North Carolina.
- INCAP (Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá). (1987). Promoción de la Lactancia entre las Madres Trabajadoras. *Avances de Supervivencia Infantil*, 5(1):6-7.
- INCAP (Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá). (1987). *Quarterly Report to USAID on the Panama Breastfeeding Promotion Project. Octubre-diciembre, 1983.* Elaborado por el personal del MS y el Dr. Carlos Samayoa.
- INCAP (Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá). (1987). *Quarterly Report to USAID on the Panama Breastfeeding Promotion Project. Septiembre-diciembre, 1984.* Elaborado por el personal del MS y el Dr. Carlos Samayoa.
- INCAP (Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá). (1987). *Quarterly Report to USAID on the Panama Breastfeeding Promotion Project. Septiembre-diciembre, 1985.* Elaborado por el personal del MS y el Dr. Carlos Samayoa.

INCAP (Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá). (1987). *Quarterly Report to USAID on the Panama Breastfeeding Promotion Project. Mayo-agosto, 1986.* Elaborado por el personal del MS y el Dr. Carlos Samayoa.

Millman, S. (1986). Trends in breastfeeding in a dozen developing countries. *International Family Planning Perspectives*, 12(3):91-95. The Alan Guttmacher Institute, New York.

Informe de Coclé: Taller Nacional de Evaluación. (1987). Proyecto para la Promoción de la Lactancia Materna en Panamá. Celebrado en David, Chiriquí.

Informe de Veraguas: Taller Nacional de Evaluación. (1987). Proyecto para la Promoción de la Lactancia Materna en Panamá. Celebrado en David, Chiriquí.

O'Gara, C. (1986). *Trip report to assess the Panama Breastfeeding Promotion Project.* United States Agency for International Development. Panamá.

Ramírez, M. (1987). *Informe para la APHA* (en respuesta a un cuestionario para notificación legislativa). American Public Health Association, Clearinghouse on Infant Feeding and Maternal Nutrition. Washington, D.C.

Villarreal, R.T. (1986). *Banco de Leche Materna.* Hospital del Niño. Panamá.

APENDICE 1

Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas de obstetras

IV. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LACTANCIA NATURAL Para Obstetras y Ginecólogos

Favor marcar con una "X" la respuesta que usted considere más indicada.

A. Información General:

1. País:
- Costa Rica 1
 - El Salvador 2
 - Guatemala 3
 - Honduras 4
 - Nicaragua 5
 - Panamá 6
 - República Dominicana 7

2. Nombre: _____

3. Lugar y fecha en que se llenó el formulario:
_____ de _____ de 19 81

4. Edad del Médico: _____ años.

5. Sexo:
- Masculino 1
 - Femenino 2

6. Número de hijos vivos: _____

7. Dirección: _____

8. Especialidad: _____

9. Universidad donde estudió la especialidad: _____

10. Tiempo de ejercer: _____ años

11. Lugar de trabajo actual:
(En caso que trabaje en más de un lugar, sus respuestas deben relacionarse con el trabajo donde ocupa más del 60% de su tiempo)

- Clinica Privada 1
- Hospital Público 2
- Seguro Social 3
- Hospital Privado 4
- Universidad (Docencia) 5
- Otros 6

(Especificar: _____)

Para uso de la computadora.
Favor no escribir en esta columna.

1

2

3 4 5 6 7 8

9 10

11

12 13

14

15 16

17

12. Qué fuentes de información recibe actualmente en relación a lactancia natural?

- Libros de texto de Medicina 1
- Revistas técnicas 2
- Compañías farmacéuticas 3
- Asociaciones profesionales 4
- Presna 5
- Otros 6

(Especificar: _____)

13. Ha participado o asistido a actividades sobre promoción de lactancia natural durante los últimos cinco años?

- Sí 1
- No 2

En caso afirmativo, favor llenar el siguiente cuadro:

Evento	Año en que se realizó	Lugar (Ciudad/País)	Duración (días/meses)	Institución organizadora

Total de Eventos a que ha asistido: _____

14. Han sido amamantados sus hijos:

- Sí 1
- No 2
- Algunos de ellos 3
- No tiene hijos 4

15. Fue amamantado su último hijo?

- Sí 1
- No 2

Durante cuántos meses? _____

२३
 २४
 २५
 २६
 २७
 २८
 २९
 ३०

B. Conocimientos, Actitudes y Prácticas:

1. Se le pregunta rutinariamente a las embarazadas si amamantarán a sus hijos?

- Sí 1
- No 2

31

2. Si la respuesta es negativa, trata de convencerla para que amamante?

- Sí 1
- No 2

32

3. Le conversa a las señoras durante el embarazo sobre la importancia de amamantar a su hijo?

- Sí 1
- No 2

33

4. Plática con el padre de familia sobre las ventajas de amamantamiento?

- Sí 1
- No 2

34

5. Le enseña a las señoras durante el embarazo a prepararse los pezones?

- Sí 1
- No 2

35

6. Durante el embarazo, se le da pláticas a las embarazadas?

- Sí 1
- No 2

36

a) ¿Quién imparte estas sesiones educativas?

b) ¿Cuál es el contenido de estas pláticas?

c) ¿Qué importancia tiene para usted?

31

32

33

34

35

36

7. Le proporciona folletos y/o le indica dónde adquirirlos para que se enteren sobre las ventajas de la lactancia natural y técnicas de amamantamiento?
- Sí 1
No 2
8. Dentro de las recomendaciones que da a la embarazada con respecto a su alimentación usted le recomienda?
- Que siga comiendo lo mismo 1
Que aumente su ingesta 2
Que la alimentación no es importante 3
Que duplique su ingesta de alimentos 4
Que le den vitaminas y hierro 5
9. Si una embarazada desea alimentar con fórmulas lácteas a su hijo, usted generalmente:
- La motiva para que amamante 1
No interviene 2
Le afirma que está haciendo lo correcto 3
Nunca ha estado en esta situación 4
10. Antes de decidir el tipo de anestesia que se le dará a la madre durante el parto, se averigua si amamantará a su hijo?
- Sí 1
No 2
11. En el hospital o lugar donde usted trabaja, practican el alojamiento conjunto (permanencia del niño en la misma habitación de la madre)?
- Sí 1
No 2
12. En el lugar donde usted trabaja, se pone al recién nacido al seno de la madre?
- Inmediatamente 1
Menos de una hora de nacido 2
Entre 1-4 horas de nacido 3
Entre 5-12 horas de nacido 4
Más de 12 horas 5
Especificar: _____
13. En su institución, se cuenta con un Banco o Lactario de leche materna?
- Sí 1
No 2

37

38

39

40

41

42

43

21. De los métodos de planificación familiar que se listan a continuación, cuáles considera usted que pueden tener efectos negativos sobre la producción de leche de las madres?

- Anticonceptivos orales 1
- Anticonceptivos inyectados 2
- Diafragma 3
- Esterilización 4
- Espiral 5
- D.I.U. 6
- Ritmo 7
- Ninguno 8

22. Qué método de planificación familiar recomienda a la madre que amamanta y que quiere espaciar hijos?

- Anticonceptivos orales 1
- Anticonceptivos inyectados 2
- Diafragma 3
- Espiral 4
- D.I.U. 5
- Ritmo 6
- Ninguno 7

ESTA USTED DE ACUERDO CON QUE:

DE ACUERDO (1) INSE- GURO (2) EN DESA- CUERDO (3)

- 23. Es beneficioso poner al recién nacido normal al seno materno durante la primera media hora de nacido. (1) (2) (3)
- 24. La leche materna es la mejor fuente de nutrientes para los recién nacidos. (1) (2) (3)
- 25. La madre con pezón invertido puede amamantar a su hijo. (1) (2) (3)
- 26. La madre debe limpiar con alcohol su seno previo a que amamante al bebé. (1) (2) (3)
- 27. La madre debe amamantar a su hijo de ambos lados en cada mamada. (1) (2) (3)
- 28. Que la separación de la madre y el niño en las primeras horas de nacido es necesaria para que la madre descanse. (1) (2) (3)
- 29. En las salas de maternidad las madres y recién nacidos (sanos y a término) deben permanecer juntos cuando la madre está despierta y separados cuando ella duerme. (1) (2) (3)

69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84

ESTA USTED DE ACUERDO CON QUE:

	DE ACUERDO (1)	INSE- GURU (2)	EN DESA- CUERDO (3)
30. Es aconsejable que la madre que amamanta tome anticonceptivos orales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. La madre que está amamantando exclusivamente a su bebé de 3 meses tiene menos probabilidades de volver a quedar embarazada que la que no amamanta a su hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<hr/> 85
<hr/> 86

APENDICE 2

Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas de pediatras

V. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LACTANCIA NATURAL

Para Pediatras

Favor marcar con una "X" la respuesta que usted considere más indicada:

Registro:

A. Información General:

1. País:
- | | | |
|----------------------|--------------------------|---|
| Costa Rica | <input type="checkbox"/> | 1 |
| El Salvador | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Guatemala | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Honduras | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Nicaragua | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Panamá | <input type="checkbox"/> | 6 |
| República Dominicana | <input type="checkbox"/> | 7 |

2. Nombre:

3. Dirección:

4. Lugar y fecha en que se llenó el formulario:

_____, ____ de _____ de 19____

5. Edad del Médico:

_____ años

6. Sexo:

- | | | |
|-----------|--------------------------|---|
| Masculino | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Femenino | <input type="checkbox"/> | 2 |

7. Número de hijos vivos: _____

8. Especialidad:

- | | | |
|-------------|--------------------------|---|
| Neonatólogo | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Pediatra | <input type="checkbox"/> | 2 |

Para uso de la computadora.
Favor no escribir en esta columna.

$\frac{1}{4}$

$\frac{5}{6}$

$\frac{6}{7/8}$

$\frac{9}{10/11/12/13/14}$

$\frac{15}{16}$

$\frac{17}{18}$

$\frac{18}{19}$

$\frac{20}{21}$

9. Universidad donde estudió la especialidad:

10. Tiempo de ejercer:

_____ años

11. Trabajo actual: (En caso que trabaje en más de un lugar, sus respuestas deben relacionarse con el trabajo donde ocupa más del 50% de su tiempo)

- 1 Clínica privada
- 2 Hospital público
- 3 Seguro Social
- 4 Hospital privado
- 5 Universidad (docencia)
- 6 Otro:

(Especificar: _____)

12. Qué fuentes de información recibe actualmente en relación a lactancia natural?

- 1 Libros de texto de Medicina
- 2 Revistas técnicas
- 3 Boletines o revistas de asociaciones profesionales
- 4 Boletines o revistas de compañías farmacéuticas
- 5 Prensa
- 6 Otros

(Especificar: _____)

13. Ha participado o asistido a actividades sobre promoción de lactancia natural durante los últimos cinco años?

- Sí 1
- No 2

En caso afirmativo, llene el siguiente cuadro:

Evento	Año en que se realizó	Lugar (Ciudad/País)	Duración (días/meses)	Institución organizadora

Total de Eventos: _____

21 22

23

24

25

26

27

28

29

30

31 32

14. Han sido amamantados sus hijos?

- Sí 1
- No 2
- Algunos de ellos 3
- No tiene hijos 4

15. Fue amamantado su último hijo:

- Sí 1
- No 2

Cuántos meses? _____

B. Conocimientos, Actitudes y Prácticas:

1. En la institución u hospital donde usted trabaja, practican el alojamiento conjunto (permanencia del niño en la misma habitación de la madre)?

- Sí 1
- No 2

2. En la institución donde usted trabaja, se pone al recién nacido al seno de la madre? (Una sola respuesta)

- Inmediatamente 1
- Menos de 1 hora de nacido el infante 2
- Entre 1-4 horas de nacido el infante 3
- Entre 5-12 horas de nacido el infante 4
- Más de 12 horas de nacido el infante 5

(Especificar: _____)

3. En su institución se cuenta con un banco o lactario de leche materna?

- Sí 1
- No 2

4. Cuando se dan las fórmulas lácteas a los recién nacidos?

- Siempre 1
- Sólo entre intervalos de amamantamiento 2
- Cuando la madre lo solicite 3
- No se da 4
- En casos especiales 5

(Especificar: _____)

5. Se dan fórmulas lácteas a los recién nacidos?

- Sí 1
- Cuando la madre lo solicita 2

31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41

6. Con qué frecuencia se amamanta al niño?

- Horario fijo 1
A libre demanda 2

42

7. Se permite a personas que distribuyen fórmulas lácteas entregar material educativo y muestras gratis de leche artificial a las embarazadas y recién parturientas atendidas?

- Sí 1
No 2

43

8. Qué consejos le da a la madre recién parturienta que va a trabajar después de su descanso post-natal sobre la manera de alimentar a su hijo? (Una sola respuesta)

- Que amamante exclusivamente 1
Que amamante y complementa 2
Que amamante únicamente durante el período postnatal 3
Que no amamante 4

44

9. Qué consejos le da a la madre trabajadora sobre la forma de alimentar a su hijo cuando tiene tres meses de vida? (Una sola respuesta)

- Que amamante por la noche y dé al infante la leche que se extrajo el día antes 1
Que amamante por la noche y sustituya las mamadas del día por fórmulas lácteas 2
Que amamante por la noche y durante el día complementa la alimentación del infante con papillas o purés 3
Que amamante por la noche y durante el día alimenta al infante con fórmulas lácteas y papillas o purés 4
Que descontinúe la lactancia 5

45

10. En su concepto, qué considera usted que tiene mayor importancia para que la madre pueda producir suficiente leche?

- Madre que ingiere abundantes líquidos 1
Estado nutricional de la madre 2
Preparación de senos durante el embarazo 3
Madre relajada y deseosa de amamantar 4
Niño amamantado frecuentemente 5
Dieta adecuada de la madre 6

46

11. Enumere del 1 al 3, en orden de mayor a menor importancia, las enfermedades de las cuales los niños alimentados padecen menos que los niños alimentados con lactancia artificial:

- Enfermedades gastrointestinales 1
Enfermedades respiratorias 2
Alergias 3

47

12. De acuerdo a su criterio, la madre lactante debe discontinuar la lactancia cuando tiene:

- Mastitis 1
- Tuberculosis 2
- Hepatitis 3
- Cáncer 4
- Malaria 5

13. Cuáles de los medicamentos que se listan a continuación, considera que no deben prescribirse a la madre que amamanta?

- Bactrin 1
- Indocid 2
- Librax 3
- Metronidazol 4
- Cloranfenicol 5
- Aspirina 6
- Estreptomicina 7
- Lactix 8

14. Le pregunta usted a la madre que está amamantando qué método de planificación familiar está siguiendo?

- Sí 1
- No 2

15. De los métodos de planificación familiar que se listan a continuación, cuáles considera usted que pueden tener efectos negativos sobre la producción de leche de las madres?

- Anticonceptivos orales 1
- Anticonceptivos inyectados 2
- Diafragma 3
- Esterilización 4
- Espiral 5
- D I U 6
- Ritmo 7
- Ninguna 8

16. a) Aconseja usted a la madre lactante que evite el consumo de ciertos alimentos?

- Sí 1
- No 2

b) En caso afirmativo, indique estos alimentos:

60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70

17. Qué aconseja usted a las madres que indican que tienen poca leche?
(Una sola respuesta)

- Que continúe amamantando exclusivamente 1
- Que complemente la lactancia materna con lactancia artificial 2
- Le prescribe medicamentos para aumentar su producción láctea 3
- Que descontinúe el amamantamiento 4

18. Qué le recomienda a las madres cuyos hijos no están aumentando de peso de acuerdo a los estándares? (Una sola respuesta)

- Que continúe amamantando exclusivamente 1
- Que alterne las mamadas con otras leches 2
- Que alterne las mamadas con papillas o purés 3
- Que alterne las mamadas con otra leche y papillas o puré 4
- Prescribe vitaminas y medicamentos 5
- Que descontinúe la lactancia materna 6

19. Qué les recomienda a las madres que usted atiende sobre la forma de alimentar a su hijo durante los 4-5 meses de edad?

- Que amamante exclusivamente a su hijo 1
- Que dé lactancia artificial 2
- Que amamante y complemente con lactancia artificial 3
- No da indicaciones 4
- Que amamante y complemente con papillas y/o purés 5

20. En caso que aconseje lactancia artificial, recomienda un producto en particular.

- Sí 1
- No 2

21. Qué entiende usted por desteta?

22. A qué edad aconseja usted a la madre que introduzca los siguientes alimentos en la dieta de sus hijos?

- Agua: a los _____ días
- Jugos de frutas: a las _____ semanas
- Verduras: a los _____ meses
- Leguminosas: a los _____ meses
- Cereales: a los _____ meses
- Huevo: a los _____ meses
- Carnes: a los _____ meses

71

72

73

74

Registro 2 ²
5-8 = Registro 1 ⁴

9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22

ESTA USTED DE ACUERDO CON QUE:

	DE ACUERDO (1)	INSE- GURO (2)	EN DESA- CUERDO (3)
29. El factor emoción y de stress de la madre influye negativamente en su capacidad de producción láctea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. La cantidad de inmunoglobulinas presentes en la leche materna se mantiene cuando el niño tiene un año de estar mamando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Las propiedades antiinfecciosas de la leche materna se mantienen cuando el niño tiene un año de estar mamando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Es importante que el recién nacido tome el calostro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Que la leche materna es igual o más nutritiva que las otras leches.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Que el niño con labio leporino y/o paladar hendido puede ser amamantado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Que la madre producirá más leche mientras más succione el infante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Que los niños amamantados ganan más peso que los niños alimentados con lactancia artificial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Que debe dárseles a las madres muestras gratis de fórmulaciones lácteas, aún cuando éstas no quieren amamantar a sus hijos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Que la madre no debe acostarse para amamantar a su hijo, ya que la leche fluirá y el niño podrá ahogarse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. El número de pañales que moja el infante amamantado exclusivamente puede ser un criterio útil y práctico para asegurar a la madre que tiene suficiente leche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. La lactancia materna puede prolongar el período de amenorrea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. La madre que está amamantando debe primero dar los otros alimentos y luego el pecho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Es preferible que el destete se produzca bruscamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43

APENDICE 3

Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres trabajadoras

C. HABITOS DE LACTANCIA

A continuación se hacen algunas preguntas sobre sus hábitos de lactancia, no los incluye todos, pero sí lo que creemos más relevante.

9. Piensa dar (dió) de mamar hasta los _____ meses
10. Porque motivo dará (dió) de mamar durante ese tiempo?

11. Con relación a sus hijos,
11.1 Todos fueron amamantados
11.2 Alguno (s) no lo fue (fueron)

Por qué? _____

12. Con relación al horario de amamantar ¿Cuándo le dá de mamar al bebé?

- 12.1 Con horario regular de amamantar
12.2 Cuando siente los senos llenos
12.3 Cuando siente que el bebé tiene hambre
12.4 Otro _____

13. Practicará (practicó) el ordeñamiento? 13.1 SI 13.2 NO

- 13.3 ¿le ofrecía algunas ventajas?

Cuáles? _____

14. El dar de mamar le resulta (le resultó)

- 14.1 Se sintió bien
14.2 Se sintió mal
14.3 Sintió que estaba perdiendo tiempo
14.4 No le interesó
14.5 Otra _____

Especifique

15. Que posición le resulta (resultó) más cómoda para dar de mamar a su bebé?

- 15.1 Sentada
15.2 Parada
15.3 Acostada

16. Cuánto tiempo alimentó a su bebé con leche materna como único alimento?
_____ meses, años _____

17. Por qué motivos no dará (no dió) de mamar?

Motivos _____

18. A partir de que edad empezó a darle
Fórmula (biberón)? _____ meses.

19. ¿Quién le recomendó la Fórmula (biberón)?.

19.1 Usted lo sabía

19.2 Su médico

19.3 Su mamá

19.4 Una amiga

19.5 Otro modo _____

menciónelo

D. CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA

A continuación se ofrece una serie de informaciones sobre lactancia materna. Si usted ya conocía esta información marque la casilla con una equis(x).

- 20.1 El niño puede ser (y debe ser) amamantado desde las primeras horas de vida (3-4 horas)
- 20.2 El niño debe ser alimentado a libre demanda. Esto significa que debe ponerse al pecho frecuentemente y sin horario.
- 20.3 El niño debe ser alimentado con leche materna sin ningún otro alimento, hasta los 4-5 meses de edad.
- 20.4 La leche materna es el mejor alimento para el niño en su primer año de vida.
- 20.5 La leche materna después de los 4 meses puede ser acompañada con otros alimentos como : cereales, guineo, zanahoria, zapallo, etc.
- 20.6 Los niños amamantados son más sanos que los alimentados con biberón, ya que la leche materna contiene innumerables propiedades anti-infecciosas.
- 20.7 La lactancia ayuda a que el útero adopte la forma y tamaño similar al que tenía la madre antes del embarazo.
- 20.8 Si la mujer trabaja puede dar pecho en los ratos libres u ordeñarse y dejar la leche en el refrigerador para el día mientras ella está ausente.
- 20.9 Por lo general los niños amamantados tienen menos cólicos, menos diarrea y ganan peso adecuadamente.

21. Los conocimientos que usted posee sobre Lactancia Materna los adquirió a través de:

- 21.1 Lectura individual
- 21.2 Su madre
- 21.3 Una amiga
- 21.4 Con su médico
- 21.5 Con un programa de Lactancia Materna (excluyendo éste)
- 21.6 A través de este programa de promoción de Lactancia Materna.
- 21.7 Otra forma _____

menciónela

OBSERVACIONES: _____

FECHA