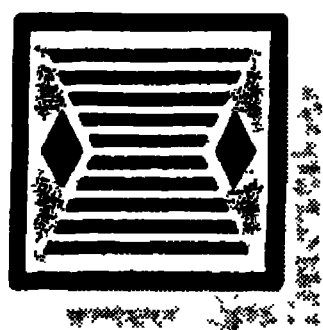




LATIN AMERICA AND CARIBBEAN HEALTH AND NUTRITION SUSTAINABILITY:

**Technical Support for Policy,
Financing and Management**

1129 20th Street, NW
Suite 801
Washington, DC 20036
(202) 466-3318
FAX (202) 466-3328

Analisis Preliminar de las Actividades y Practicas de Apoyo a la Lactancia Materna en Guatemala

Guatemala, 1992

This contract is implemented by:

International Science
and Technology
Institute, Inc. (ISTI)

Community Systems
Foundation (CSF)

Development Group, Inc. (DGI)

University Research
Corporation (URC)

URC is the prime contractor under
Contract No.

LAC-0657-C-00-0051-00
with the U.S. Agency for
International Development.

**Dra. Ruth de Arango
Dr. Rolando Cerezo
Lic. Maryanne Stone-Jiménez**



LATIN AMERICA AND CARIBBEAN HEALTH AND NUTRITION SUSTAINABILITY:

**Technical Support for Policy,
Financing and Management**

1129 20th Street, NW
Suite 801
Washington, DC 20036
(202) 466-3318
FAX (202) 466-3328

Analisis Preliminar de las Actividades y Practicas de Apoyo a la Lactancia Materna en Guatemala

Guatemala, 1992

This contract is implemented by:

International Science
and Technology
Institute, Inc. (ISTI)

Community Systems
Foundation (CSF)

Development Group, Inc. (DGI)

University Research
Corporation (URC)

URC is the prime contractor under
Contract No.
LAC-0657-C-00-0051-00
with the U.S. Agency for
International Development.

**Dra. Ruth de Arango
Dr. Rolando Cerezo
Lic. Maryanne Stone-Jiménez**

ANÁLISIS PRELIMINAR DE LAS ACTIVIDADES Y PRACTICAS DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN GUATEMALA

Guatemala, 1992

Compilado por:

**Dra. Ruth de Arango
Dr. Rolando Cerezo
Lic. Maryanne Stone-Jiménez**



**Preparado para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y USAID/Guatemala bajo
el contrato No. LAC-0657-C-00-0051 LAC Health and Nutrition Sustainability
University Research Corporation/International Science and Technology Institute
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600
Bethesda MD, 20814**

INDICE

	Pág.
Sección I: Panorama general del contexto del país y revisión de los datos existentes sobre la situación de la lactancia materna	1
Area 1. Antecedentes del país	1
A. Perfil socioeconómico y demográfico	1
B. Perfil de salud: mortalidad, morbilidad y estado nutricional	12
C. Anticoncepción y fecundidad	18
Area 2. Naturaleza y magnitud del problema de las prácticas inadecuadas de lactancia	22
A. Situación general de la lactancia	22
B. Explicación de los conocimientos, actitudes y prácticas	33
C. CAP de los miembros de la comunidad y de la familia	35
Sección II: Análisis de políticas, programas y actividades comerciales que afectan las prácticas de la lactancia materna	41
Area 3. Análisis de políticas, programas y actividades comerciales que afectan las prácticas de lactancia materna	41
A. Políticas de lactancia materna	41
B. Políticas nacionales relacionadas con la comercialización y la promoción de substitutos de la leche materna y alimentos para niños	46
C. Trabajo de la mujer	52
D. Ambiente de trabajo agrícola y otro sector no formal	55
Area 4: Servicios de salud	63
A. Servicios de salud formales	63
B. Protocolo o normas de visitas prenatales	65
C. Protocolos o normas de lactancia materna	68
D. Hospital escuela o Modelo materno	70
Area 5: Programas de capacitación para proveedores de atención de salud	75
A. Proveedores de atención salud formal	75
B. Capacitación para proveedores de atención de salud tradicionales	78
Area 6: Actividades de comunicación, educación e información	79
A. Esfuerzo global de comunicación sobre la lactancia materna	79
B. Regulación y políticas de comunicación	82
C. Actividades específicas de comunicación educativa	82

Area 7:	Apoyo financiero para actividades de lactancia materna	86
A.	Proporción de los costos del programa de lactancia materna sufragada por el Gobierno	86
B.	Panorama de financiamiento de donantes para actividades de lactancia materna y restricciones para el uso del dinero	86
C.	Experiencia de recuperación de fondos	86
D.	Financiamiento por fuentes particulares para actividades de lactancia materna	87

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1-1	Distribución de la población por edad	3
Cuadro 1-2	Porcentaje de analfabetismo por regiones y a nivel nacional	3
Cuadro 1-3	Porcentaje de posesión de bienes por regiones y a nivel nacional	7
Cuadro 1-4	Estructura del empleo rural nacional por sexo, según categoría ocupacional	11
Cuadro 1-5	Tasas de mortalidad infantil y en la niñez	12
Cuadro 1-6	Distribución porcentual de peso/edad, talla/edad y peso/talla en niños de 3 a 36 meses de edad	14
Cuadro 1-7	Prevalencia de bajo peso al nacer en Guatemala	15
Cuadro 1-8	Investigación de mortalidad materna en Guatemala. Tasas por Departamentos	16
Cuadro 1-9	Estado nutricional de las mujeres ladinas guatemaltecas del área rural durante el embarazo	17
Cuadro 1-10	Estado nutricional de las mujeres ladinas guatemaltecas en el área rural durante la lactancia	17
Cuadro 2-1	Niños nacidos en los 24 meses anteriores a la encuesta, según si recibieron leche materna por más de tres días (%), por región y por área	23
Cuadro 2-2	Niños nacidos en los 24 meses anteriores a la encuesta, según si recibieron leche materna por más de 3 días	24
Cuadro 2-3	Promedio de duración de la lactancia natural	25
Cuadro 2-4	Alojamiento conjunto hospitalario por grupos de población 1976-1991	27
Cuadro 2-5	Tipo de alimentación hospitalaria según instituciones, 1991	28
Cuadro 2-6	Ocurrencia de destete según edad del niño, 1991	30
Cuadro 2-7	Indicadores de lactancia materna expresados como prevalencia en la muestra y en la población general	31

Cuadro 2-8 Opinión sobre la duración de la lactancia exclusiva expresada en porcentaje, según edad del niño y población 34

Cuadro 2-9 Práctica de lactancia materna exclusiva en el penúltimo hijo y opinión de las madres sobre la duración de la misma 34

Cuadro 2-10 CAP. Resultado de las investigaciones realizadas 36

Cuadro 4-1 Atención del parto institucional por regiones 66

Cuadro 4-2 69

Cuadro 4-3 Cobertura general del programa maternoinfantil, a nivel regional, 1988 . . 71

Cuadro 6-1 Grado de conciencia sobre la importancia de la lactancia materna en el personal de las maternidades 83

Cuadro 6-2 Control prenatal y actividades educativas en lactancia materna 84

LISTADO DE GRAFICAS

Gráfica No. 1-1	La población guatemalteca: Tamaño y crecimiento	2
Gráfica No. 1-2	Tendencia de importaciones y exportaciones	5
Gráfica No. 1-3	Porcentaje de niños y niñas que asisten a la escuela, 1992	9
Gráfica No. 1-4	Duración promedio de la lactancia y amenorrea según región	18
Gráfica No. 1-5	Porcentaje de usuarias en Guatemala y regiones seleccionadas	19
Gráfica No. 1-6	Tasa de fecundidad en Guatemala, 1950-1980	20
Gráfica No. 2-1	Tasa de amamantamiento. Hijo índice. Período 76-91	26
Gráfica No. 2-2	Práctica hospitalaria de lactancia exclusiva según institución, 1991 .	28
Gráfica No. 2-3	Introducción de fórmulas lácteas según poblaciones y edad del niño	33
Gráfica No. 4-1	Atención prenatal institucional por regiones, Guatemala 1989	63
Gráfica No. 4-2	Promotores rurales de salud y comadronas tradicionales adiestradas según regiones, Guatemala 1989	64

SIGLAS

AID	Agencia para el Desarrollo Internacional
APROFAM	Asociación pro bienestar de la Familia de Guatemala
BFHI	Iniciativa de Hospitales Amigos
BPN	Bajo Peso al Nacer
CAP	Conocimientos Actitudes y Prácticas
CDC	Centro para el Control de Enfermedades
CONAPLAM	Comisión Nacional de Promoción de la Lactancia Materna
CSF	Fundación Comunitaria de Sistemas
DGI	Grupo de Desarrollo
DGSS	Dirección General de Servicios de Salud
DIU	Dispositivo Intrauterino
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
ESN	Encuesta Sociodemográfica Nacional
FEGUA	Ferrocarriles de Guatemala
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
IGET	Instituto Guatemalteco de Estudios Transculturales
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INCAP	Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá
INE	Instituto Nacional de Estadística
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
ISTI	Instituto Internacional de Ciencia y Tecnología

LLL	La Liga de la Leche
MELA	Método de Amenorrea por Lactancia
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONAM	Oficina Nacional de la Mujer
ONG	Organización No Gubernamental
PAMI	Programa de Apoyo Materno Infantil
PEA	Población Económicamente Activa
PNB	Producto Nacional Bruto
PNSI	Plan Nacional de Supervivencia Infantil
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PRELAC	Programa Regional de Empleo para América Latina y el Caribe
SEGEPLAN	Secretaría General de Planificación
TRO	Terapia de Rehidratación Oral
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
URC	University Research Corporation
USEA	Urbano Socioeconómicamente Alta

SECCION I: PANORAMA GENERAL DEL CONTEXTO DEL PAIS Y REVISION DE LOS DATOS EXISTENTES SOBRE LA SITUACION DE LA LACTANCIA MATERNA

AREA 1. ANTECEDENTES DEL PAÍS

A. Perfil socioeconómico y demográfico

1. *Distribución de la población por edad, sexo, nivel de alfabetización (masculino y femenino), residencia urbana y rural, grupos étnicos y religiosos, etc.*

Guatemala ocupa una extensión territorial de 108,889 Kms². Está dividida políticamente en 22 departamentos y éstos, a su vez, se dividen en municipios. Estos departamentos se han agrupado en 8 regiones, lo que enfatiza la dimensión espacial-regional que permite diferenciar zonas con desigual nivel de desarrollo socioeconómico. (SEGEPLAN, 1991)

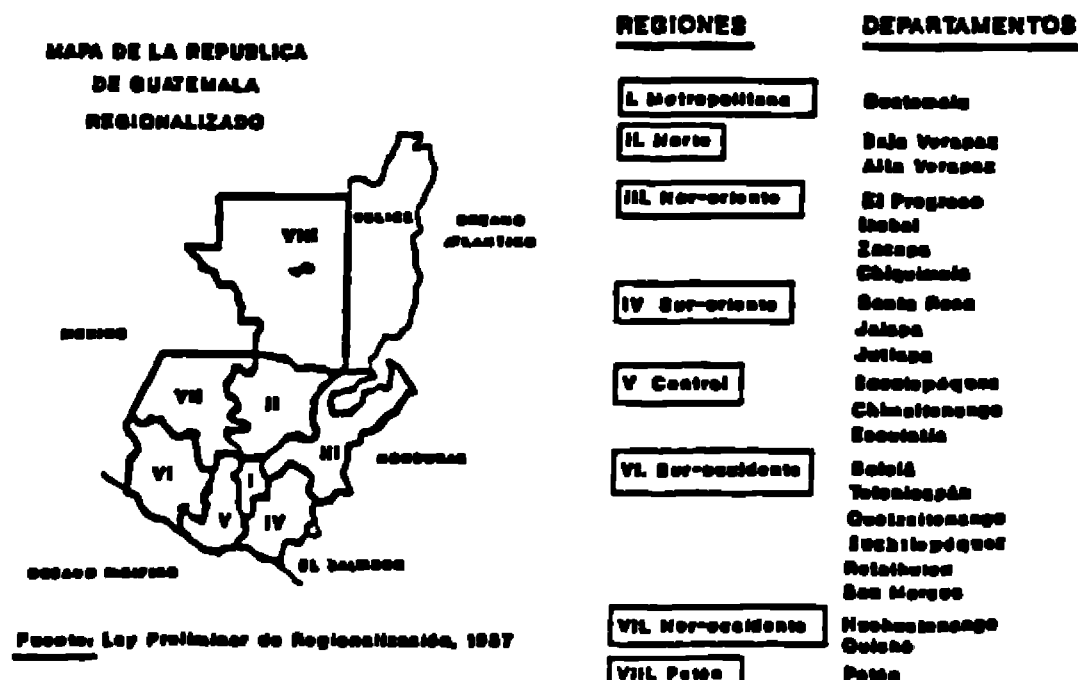
Grupos étnicos, residencia urbana y rural

Guatemala es una tierra de contrastes. Su población es de gran diversidad étnica, que incluye a más de 21 grupos indígenas, cada uno con su propio idioma. La mayor parte de la población (62%) es rural y vive en 19.000 pequeñas comunidades de menos de 2.000 habitantes cada una.

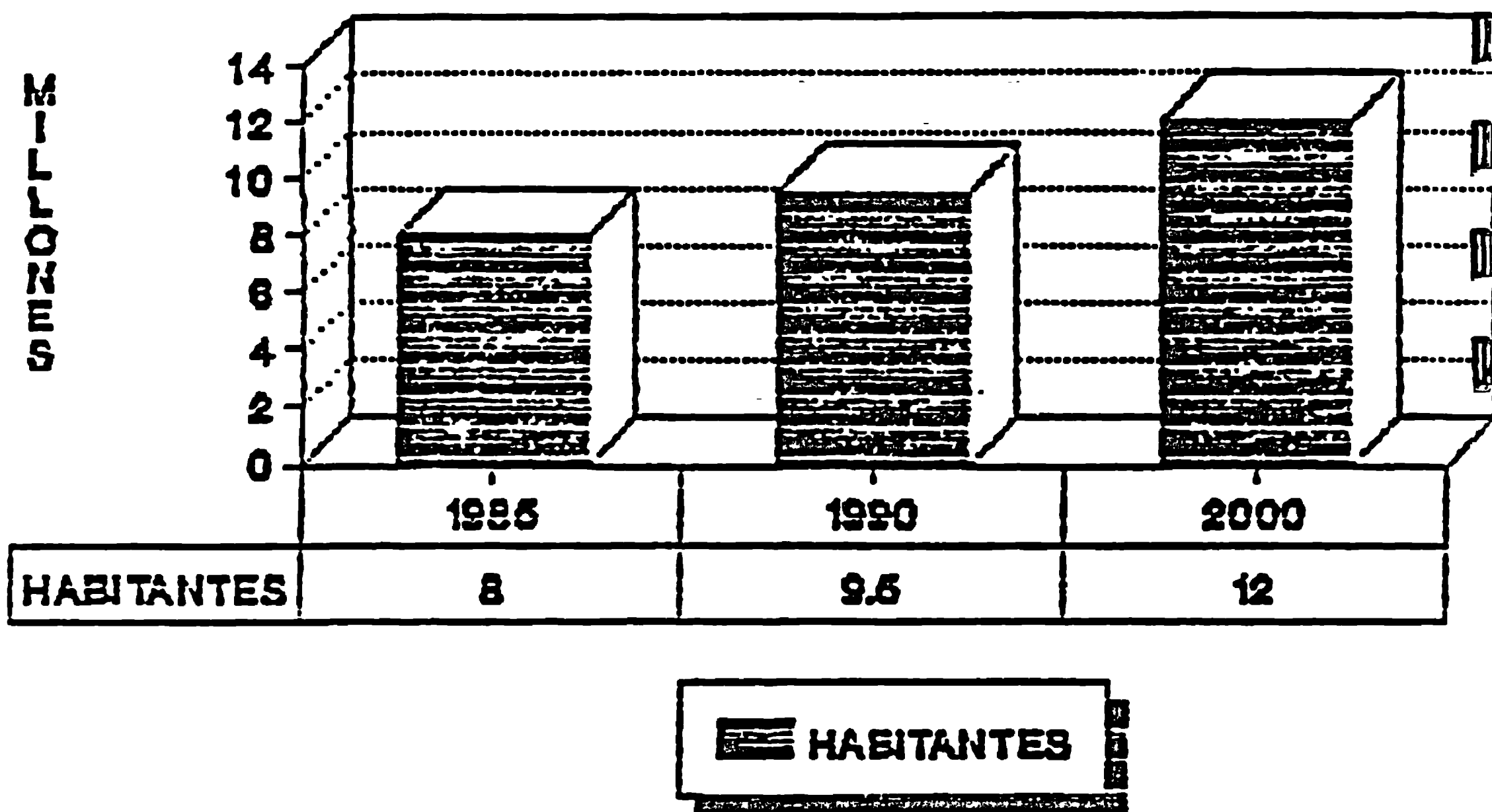
Tamaño y crecimiento

Para 1990, según estimaciones de la Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica, la población guatemalteca ascendió a 9.197.345 habitantes, con una tasa de crecimiento anual de 2,8%. Como consecuencia de este crecimiento y de la tendencia a la disminución de los ritmos reproductivos, la distribución por edad de la población guatemalteca continuará hacia un relativo envejecimiento; también se desacelerará la tasa de crecimiento de las cohortes más jóvenes.

LAS REGIONES DE DESARROLLO



LA POBLACION GUATEMALTECA TAMAÑO Y CRECIMIENTO 1985-2000



FUENTE: SEGEPLAN/OELADE

Estructura por edad, sexo y etnia

La población guatemalteca es muy joven. El 46% tiene menos de 15 años de edad. La edad media de la población indígena es de 20,9 años y la de la no-indígena es de 22 años. Las mujeres representan el 49,5% de la población y de ellas poco menos de la mitad están en edad fértil. En 1990 la población indígena se estimó en 4,4 millones de personas, equivalentes al 48% de la población total. Cerca de 3 millones de habitantes (32% del total) se comunican dentro de su grupo usando alguna lengua indígena: el 29% en Quiché, el 25% en Kakchiquel, el 14% en Kekchí, el 4% en Mam y el restante 24% en lenguas como el Pocomchí, Pocomam, Tzutuhil, Chortí, Aguateco y Maya, entre otras (INE).

Cuadro No. 1-1
Distribución de la Población por Edad

Grupo	Edad (Años)	%
	0 a 4	17
	5 a 9	16
	10 a 14	13
	15 a 49	43
	más de 49	11

Nivel de alfabetización

El alfabetismo en los adultos para 1985 era de 52%, con una escolaridad promedio de 4,0 años. Se considera que hay 1,4 científicos y técnicos por cada mil habitantes. La tasa de deserción escolar primaria es de 64%. (PNUD,1991)

En 1989, el 49,2% de la población guatemalteca de 15 años de edad o más era analfabeta. La proporción era mayor en el área rural (71,8%) y en la población indígena de las regiones II y VII (77%).

Cuadro No. 1-2
Porcentaje de Analfabetismo por Región y a Nivel Nacional

	Región	%
I.	Metropolitana	24,8
II.	Norte	72,5
III.	Nor-oriente	56,5
IV.	Sur-oriente	51,2
V.	Central	47,9
VI.	Sur-occidente	53,6
VII.	Nor-occidente	74,9
VIII.	Petén	30,5
	Total Nacional	49,2

2. *Estadísticas económicas suscintas*

- Ingreso promedio per cápita/mes:
Salario agropecuario Q. 157,00
Salario no-agropecuario Q. 387,00
- Producto nacional bruto (PNB)
per cápita (1989) 920 \$US
- Gasto per cápita
- Para 1980 Q. 8,65
- Para 1988 Q. 5,80

Hubo una reducción de 1,9% a 1,6% entre 1980 y 1988.

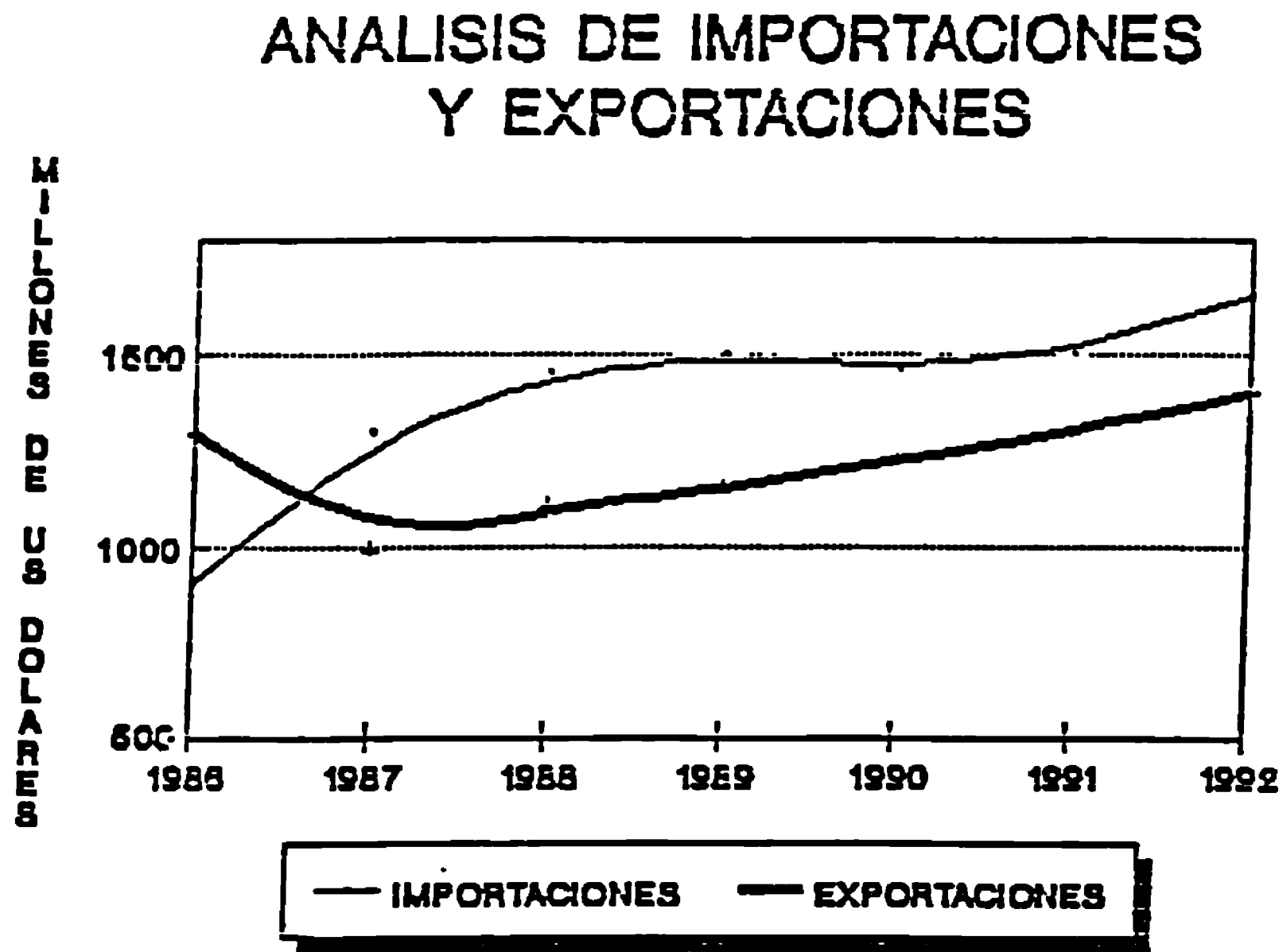
- Porcentaje de la población por debajo del límite de pobreza
Hogares en pobreza 75,5
Area urbana 62,4
Area rural 83,5
Hogares en indigencia 55,0
Area urbana 33,8
Area rural 66,4
- Costo de la canasta alimentaria familiar para las familias en o por debajo del límite de pobreza (junio 1989)
Area urbana central Q. 396,85
Resto urbano Q. 331,43
Area rural Q. 281,22
- Porcentaje de inflación (diciembre de 1990 en comparación con diciembre de 1989) 60
- Situación de las importaciones y exportaciones (Revista Gerencia, febrero 1992)

Durante 1987 y 1988 se logró el objetivo primordial de reiniciar el crecimiento económico sin perder los esfuerzos de estabilización de 1986. Sin embargo, la situación distó mucho de ser sólida. La falta de coordinación entre los diferentes sectores del país, incluyendo las diferentes dependencias del Estado, fue evidente. Las deficiencias estructurales del sector externo persistieron y las expectativas sobre devaluación del quetzal se incrementaron, afectando la conducta de los agentes económicos, alentando la salida de capitales, aumentando las importaciones y deteniendo las decisiones de inversión.

El café sigue siendo el principal producto de exportación, con un valor total de US\$328 millones por año, a pesar de la disminución de los precios internacionales. Los productos de exportación no tradicionales alcanzaron US\$399 millones en 1991, lo que significó un aumento del 35%.

El saldo de la cuenta corriente en la balanza de pagos acusó un resultado negativo de US\$189,4 millones en 1991 (2,3% del Producto Interno Bruto) y de US\$285,6 millones en 1992. El resultado de la balanza comercial mostró un saldo negativo de US\$210 millones en 1991 y de US\$218,6 millones en 1992. En estos resultados influye la evolución de las exportaciones.

Gráfica No. 1-2



FUENTE: GERENOA, FEB. 1992

3. *Patrones de migración nacionales e internacionales*

Nacionales

De acuerdo a las estimaciones de la Encuesta Nacional Sociodemográfica de 1989, la movilidad espacial de la población guatemalteca es relativamente baja, ya que escasamente el 11% de la población había nacido en un departamento diferente al de su establecimiento. La migración interna ha producido cambios notorios en la distribución de la población. Mientras hay departamentos que han aumentado en población gracias a la inmigración, hay otros en los cuales ha ocurrido lo contrario. Los departamentos con mayor población nacida en otro departamento son: Petén (53,4%), Izabal (34,9%), Escuintla (28,4%) y Guatemala (24,7%) (Censo de 1981). El escaso desarrollo relativo de unas regiones frente a otras, parece ser el motivo principal del movimiento interno. La migración interregional demuestra que la Región Metropolitana y la del Petén tienen atracción para población, mientras que las restantes constituyen regiones de rechazo.

En el caso de la Región Metropolitana, el nivel de urbanización de la Ciudad Capital y la concentración de las actividades de comercio, servicio, industria manufacturera y sector financiero, son factores atractivos. La atracción migratoria de la Región del Petén se debe a su extenso territorio sin utilizar, los efectos de la política migratoria hacia este departamento, y la migración del Departamento vecino de Alta Verapaz. Los conflictos militares internos también son causa de desplazamiento interno de la población. Se estima que existen unos 500.000 desplazados, en su mayoría indígenas, de las regiones Sur-Occidental y Nor-Occidental. Así mismo, cerca de 42.000 guatemaltecos se han visto obligados a ubicarse en México bajo el status de refugiados.(SEGEPLAN,1991)

Internacionales

Las principales corrientes migratorias internacionales hacia Guatemala provienen de los países limítrofes, El Salvador y Honduras. Con la intensificación de los conflictos políticos y sociales de Nicaragua y El Salvador, ha venido llegando un tipo especial de migrantes: los refugiados de guerra, en su mayoría indocumentados. Estos están distribuidos especialmente en la zona limítrofe con El Salvador y en la Costa Sur. Resulta difícil cuantificar con exactitud la magnitud de esta migración.

En Guatemala, la población nacida en el extranjero es pequeña. En 1986-87 se estimó en 44.882, un 5,5% de la población total. La población guatemalteca que ha emigrado es más difícil de conocer, aunque se estima que alcanzó valores altos a principios de la década pasada. Sin embargo, en una encuesta reciente se estimó que 77.000 hijos de guatemaltecos residían en el extranjero (APROFAM, 1992)

4. *Transporte y comunicación: nivel de desarrollo en las áreas urbanas y rurales*

Estos servicios se caracterizan por el alto costo que representan las inversiones requeridas en carreteras, puertos y redes de comunicación y por el avanzado grado de deterioro de su infraestructura, el mantenimiento inadecuado, la deficiente política tarifaria y de inversión pública y la existencia de prácticas monopólicas en la prestación de los servicios. La falta de integración, organización y coordinación entre las instituciones que participan e influyen en el sector, da como resultado acciones independientes y descoordinadas que no permiten su desarrollo. La escasez de mano de obra capacitada, tanto en lo técnico como en lo administrativo, aumenta la ineficiencia de los servicios.

Actualmente, Guatemala tiene prácticamente un sistema único de transporte. La mayor parte del tonelaje que se transporta en el país y casi todos los pasajeros, se movilizan por carretera. En el comercio internacional, el problema de la carga y descarga de los productos que se transportan a lo largo de la cadena de transporte ha originado que los precios de los bienes se incrementen innecesariamente; también ha disminuido la seguridad en el transporte. Las bajas tarifas, los impuestos de importación que favorecen la importación de vehículos usados y el deterioro de la red vial, ocasionaron una composición desequilibrada del parque de vehículos; un gran porcentaje de estos vehículos tiene más de diez años de servicio, especialmente los de transporte de pasajeros. Esta situación se refleja en el número de accidentes, la contaminación ambiental y los altos costos económicos de mantenimiento.

Hay una empresa estatal de ferrocarriles, pero la situación general del deterioro ferroviario, no le permite al ferrocarril operar competitivamente con otro tipo de transporte terrestre. Existe únicamente un aeropuerto internacional, "La Aurora", el cual constituye un riesgo permanente para la población y para las operaciones aéreas. (Política Nacional, 1991-1996)

En el área de comunicaciones, Guatemala también exhibe rezagos notables. En 1987 sólo existía una oficina postal por cada 12.632 habitantes y por cada 183 Kms²; en 1988 existían 1,6 teléfonos por cada 100 habitantes. El 80% de las familias tiene radio y un 99% tiene acceso a transmisiones de televisión. Hay 4 periódicos matutinos y uno vespertino (incluyendo el diario oficial), con una cobertura del 12% al 15% de los hogares.

Cuadro No. 1-3
Porcentaje de Posesión de Bienes por Regiones y a Nivel Nacional

	Región					Total
	Metr.	Occ.	Sur	Oriente	Norte	
Televisión	99	99	97	97	100	99
Radio	99	100	97	99	100	99
Cable o antena	41	27	17	43	29	37
Carro	39	18	14	26	18	33
Teléfono	39	6	4	13	5	29
Equipo de sonido	75	60	55	59	68	70
Refrigeradora	68	41	38	57	53	61
Videograbadora	27	7	8	19	3	22

FUENTE: Datos de Medios Demográficos, Multivex 1992

5. *Agua, saneamiento y electricidad: grado de cobertura (%) en las zonas urbanas y rurales*

● Agua (1990)	Area urbana	91,8
	Area rural	42,6
	Total	61,3
● Saneamiento (1990)	Area urbana	72,1
	Area rural	51,6
	Total	59,0
● Electricidad:		

El país cuenta con un potencial hidroeléctrico técnicamente explotable de 5.000 megavatios; la energía geotérmica tiene un potencial explotable estimado, para el año 2000, de 70 megavatios. En la actualidad se cuenta con una capacidad instalada de generación del Sistema Nacional Interconectado (SNI) de 795,9 megavatios. De ellos, 486,9 son generados por hidroeléctricas (sólo la planta Chixoy genera 66% de la energía bruta) y 198 por instalaciones termoeléctricas (petróleo y derivados). Debido a la antigüedad y a la falta de mantenimiento de los equipos, la capacidad instalada confiable del Sistema es de aproximadamente 653,6 megavatios. Todas estas características hacen que el sistema sea extremadamente vulnerable frente a factores internos y externos.

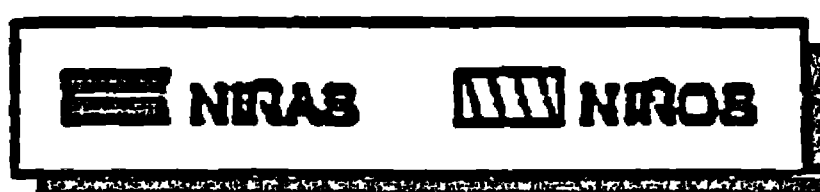
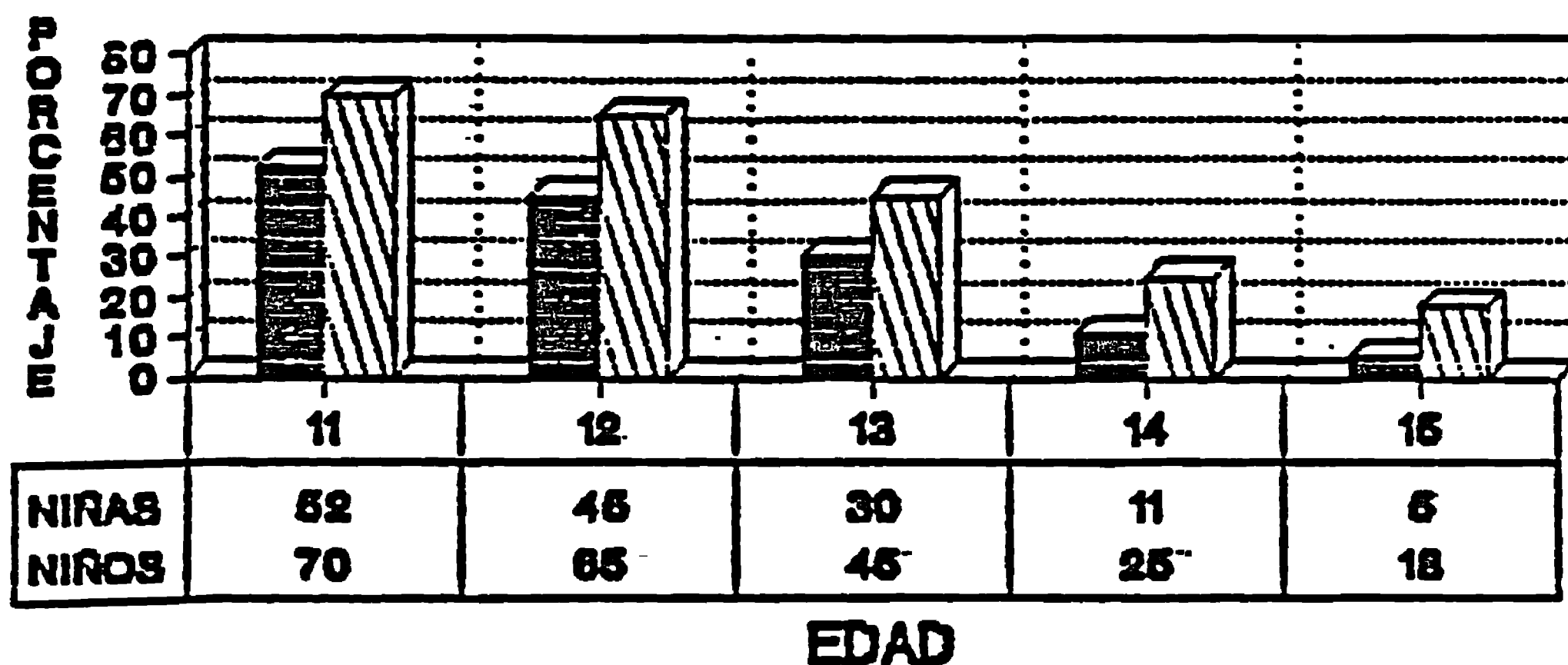
En promedio, el 75% del consumo de electricidad ocurre en el Area Metropolitana y en los departamentos de Sacatepequez, y Escuintla; el otro 25% cubre el resto de la república. Sólo el 40% de la población tiene acceso a energía eléctrica, con un consumo per cápita de 125 kvh/habitante/año. El 40% de lo hogares pobres y el 75% de los no pobres tiene acceso a servicio de electricidad. Del total de hogares que no tienen electricidad, el 88% se encuentran por debajo de la línea de pobreza.(Política Nacional 1991-1996).

6. *Situación de la mujer.*

Situación actual de la niña

Guatemala tiene más de 2,7 millones de analfabetas, 59,9% de éstos son mujeres. En las áreas rurales casi el 60% de las mujeres son analfabetas, en comparación con menos del 43% de los hombres. De la población total de mujeres 45,6% o casi 1,4 millones, no han aprobado ni siquiera un año de educación formal. Guatemala posee la más alta tasa de analfabetismo entre mujeres en las Américas. Los datos de la gráfica 1-3 indican que en todos los grupos de edad el porcentaje de niñas que asiste a la escuela es menor que el de niños.

PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS QUE ASISTEN A LA ESCUELA 1992



**FUENTE: Diagnóstico de la Educación
de la Niña, 1992**

En cada grado de educación primaria en el país, hay menos niñas que niños inscritos. Pero el problema de la educación de la niña se concentra en las áreas rurales del país. En las escuelas urbanas, hay 90,4 niñas por cada 100 niños en sexto grado; en las escuelas rurales hay apenas 66,5 niñas por cada 100 niños, o sea que hay 50% más niños que niñas en sexto grado en el área rural. Las niñas rurales contribuyen apenas con el 11,8% de la matrícula de sexto grado en todo el país, a pesar de conformar el 36,5% de la población en edad escolar. El abandono escolar es un problema muy serio, pero la deserción de la niña a través del primero al sexto grado es especialmente impresionante en las regiones rurales. En el área rural sólo una niña de cada ocho que inician la escuela llega a completar el sexto grado.

La relación entre la falta de instrucción de la población adulta y su residencia en el área rural es muy estrecha. En la Región Central del país, donde el 50,3% de la población es rural, el 40% de los adultos no han recibido instrucción formal. En la Región Nor-Occidental, donde casi el 85% de la población es rural, casi el 65% de los adultos no tiene ninguna educación formal. Así mismo, la tasa bruta de escolaridad de las niñas en la Región Central es de casi 80%, mientras que en el Nor-Occidente es apenas del 46%. (Comisión Nacional, 1992).

Situación de la mujer

De la población en edad de trabajar (personas de 10 o más años de edad) la mujer representaba el 50,4% en 1986/87 y el 51,2% en 1989 (INE). Sin embargo, de cada cuatro mujeres en edad de trabajar sólo una era considerada como parte de la Población Económicamente Activa (PEA), o sea que estaba ocupada o buscaba activamente una ocupación. En contraste, las estadísticas muestran que de cada cuatro hombres en edad de trabajar, tres están registrados como integrantes de la PEA. En términos relativos a nivel nacional el 24% de las mujeres hacen parte de la PEA en comparación con el 76% de los hombres. Así mismo, las tasas de desocupación abierta y de subempleo son más altas en la mujer que en el hombre. Esta baja participación de la mujer en la actividad económica del país obedece a factores socio-culturales discriminatorios, al subregistro de su participación y al menor nivel de educación femenina.

El trabajo de la mujer urbana

De todas las personas que trabajan en la Ciudad de Guatemala, el 37% son mujeres y el 63% son hombres (FLASCO, 1989). Según el Programa Regional de Empleo para América Latina y el Caribe (PRELAC), el sector formal está conformado por las categorías de ocupación de empresarios, empleados públicos y asalariados de empresas, y el sector informal por microempresarios, asalariados de microempresas, trabajadores que laboran por cuenta propia y trabajos familiares no remunerados. Tomando en cuenta la definición anterior, en la Ciudad de Guatemala el sector formal absorbe el 60,7% de los ocupados, el sector informal el 33%, las empleadas domésticas el 4,2% y otras categorías el 2,1%. El 67% de los hombres trabajan en el sector formal, mientras que solamente el 50% de las mujeres lo hacen.

En lo que respecta al sector informal, la presencia relativa de la mujer es más predominante que la del hombre, pues se registra el 30,5% de ocupación masculina y 37,2% de femenina. La

presencia femenina ocurre especialmente en aquellas categorías de ocupación que constituyen una prolongación de las actividades de orden doméstico, las cuales generalmente carecen de oportunidades de expansión. La mayor incorporación de la mujer al sector informal se debe a que la estructura productiva formal del país no tiene capacidad para absorber plenamente la fuerza de trabajo femenina y la discrimina por su condición de género. Como consecuencia, la mujer se ve obligada a trabajar en el sector informal, caracterizado por inseguridad laboral, improductividad del trabajo en extensas jornadas, escasa rentabilidad y ausencia de regulaciones sobre prestaciones sociales. La ocupación de la mujer se concentra fundamentalmente en tres ramas de la actividad económica: industria manufacturera (22,5%), comercio, hoteles y restaurantes (34,2%) y servicios sociales, comunales y personales (35,8%). El 21,3% de la población económicamente activa de mujeres ocupadas es jefe de hogar.

El trabajo de la mujer rural

Cuadro No. 1-4
Estructura del Empleo Rural Nacional por Sexo, Según Categoría Ocupacional
(Promedio del período de enero a diciembre 1988)

Categoría Trabajador	Mujeres %	Hombres %	Total %
Permanente	27,7	18,6	19,4
Temporal	17,2	18,8	18,6
Familiar no remunerado	35,6	24,3	25,2
Cuenta propia	19,1	38,0	36,5
Patrono	0,4	0,3	0,3
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: INE. Encuesta sociodemográfica, 1989.

En lo que respecta a la PEA rural femeninas la categoría más significativa es el trabajo familiar no remunerado, un rubro particularmente difícil de verificar y en el que suelen omitirse numerosos casos de actividad agropecuaria femenina. Como ama de casa, la mujer desarrolla múltiples tareas que le toman entre 15 y 16 horas al día. Un autodiagnóstico de un número significativo de mujeres, mostró que las actividades que desarrollan las mujeres comprenden entre otras, la preparar tres tiempos de comida, acopiar leña, moler a mano o llevar el maíz al molino, barrer, lavar trastos, cuidar y alimentar animales domésticos propios, lavar la ropa en el río, remendar o autoconfeccionar la ropa familiar, ayudar en labores agrícolas, trabajar en artesanías caseras de pita y pajón, criar hijos, acarrear agua y, muchas veces, acompañar al esposo en la migración estacional hacia la costa, en la época de cosecha. De estas actividades, la elaboración de tortillas, alimento básico de las familias, requiere hasta cinco horas diarias de trabajo. A pesar de la indiscutible participación de la mujer como el soporte de la unidad de producción familiar, ésta no es valorada en las estadísticas nacionales.

Nivel de alfabetización

La Encuesta Sociodemográfica de 1989, del Instituto Nacional de Estadística (INE), mostró que del total de la población de siete y más años, 2.686.903 personas (40%) son analfabetas y que alrededor del 60% de estas son mujeres. El peso relativo del analfabetismo en la mujer, respecto del total, se amplía a 63,7% en la población de 15 años y más. Este problema se concentra en forma más dramática en la mujer del área rural, pues ella contribuye en un 47,7% al total de analfabetismo en el país.

B. Perfil de salud: Mortalidad, morbilidad y estado nutricional

Niños en edad preescolar: (0-4 años)

1. Tasa de mortalidad infantil (ENSMI-87)

Cuadro No. 1-5
Tasas de Mortalidad Infantil y en la Niñez
(Muertes por mil nacidos vivos)

Quinquenio	Mortalidad Infantil	Mortalidad Post-infantil	Mortalidad en la Niñez
1972 - 1976	92,4	63,6	150,1
1977 - 1981	86,4	54,7	136,4
1982 - 1987	73,4	39,2	109,8

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Maternoinfantil, 1987

2. Defunciones infantiles por enfermedades diarreicas, 0-4 años (1989)

- Número estimado por año en todo el país (1986) 16,902
- Porcentaje de defunciones infantiles por causa de diarrea 14,9

3. Muertes infantiles ocasionadas por IRA

- Número estimado por año en todo el país (1986) 16,675
- Porcentaje de defunciones infantiles por causa de IRA 14,7

4. Prevalencia e incidencia de enfermedades diarreicas.(Bol Epid Nac, 1992)

- Promedio anual de casos de diarrea en niños 112.781
- Porcentaje de niños con diarrea en las últimas dos semanas (DHS,1987) 16,7 %

Incidencia: 3,2 episodios/niño/año

5. Prevalencia e incidencia de infecciones respiratorias agudas (IRA). (Bol Epid Nac, 1992)

- **Promedio anual de casos de IRA niños. 204,636**
- **Porcentaje de niños con IRA en las últimas dos semanas. 4,2**

Incidencia: 8 episodios/niño/año

6. Estado nutricional de niños de 0-5 años

Los problemas nutricionales de mayor envergadura que se han identificado en tres encuestas nutricionales (1965, 1976, 1978), son la desnutrición proteíco-calórica y las deficiencias de vitamina A, yodo y hierro. Los grupos poblacionales en los que se concentran los principales problemas de salud y nutrición son los residentes en áreas rurales, las poblaciones indígenas y los grupos con menores niveles de educación e ingreso.

Cuadro No. 1-6
Tasa (%) de desnutrición según Peso/Edad, Talla/Edad y
Peso/Talla en Niños de 3 a 36 Meses de Edad *

Características de la Madre y el Niño	Peso/Edad	Talla/Edad	Peso/Talla
Sexo del Niño			
Masculino	32,8	58,9	13,3
Femenino	34,4	56,9	13,3
Edad del Niño			
3-11 meses	14,7	32,3	7,1
12-23 meses	44,4	69,7	21,8
24-36 meses	38,6	67,6	10,0
Intervalo			
Primer nacimiento	27,1	46,7	11,9
Menos de 2 años	38,7	62,4	13,9
2 - 3 años	34,7	61,6	13,6
4 años y más	29,3	53,3	12,8
Zona de residencia			
Urbana	25,7	47,2	10,8
Rural	36,5	62,1	14,2
Grupo étnico			
Indígena	40,6	71,7	11,1
Ladino	28,5	48,2	14,9
Región de Residencia			
Guatemala	22,4	44,2	10,4
Central	39,3	67,4	14,5
Sur-occidente	39,5	63,0	15,0
Nor-occidente	46,0	77,7	9,5
Norte	25,2	49,8	15,7
Nor-orient	27,0	43,3	13,7
Sur-orient	29,4	54,0	14,1
Nivel de Instrucción			
Sin educación	42,0	68,6	13,4
Primaria	30,0	56,3	14,0
Secundaria	20,3	34,6	13,2
Superior	10,7	25,3	9,2
Total	33,5	57,9	13,3

* Más de dos desviaciones estándar por debajo de la media de la población de referencia de NCHS/OMS/CDC. No se incluyeron 162 gemelos

FUENTE: ENSMI-87.

- | | | |
|----|---|------|
| 7. | Porcentaje de lactantes con bajo peso al nacer (< 2,5 Kg) | 26,9 |
|----|---|------|

Cuadro No. 1-7
Prevalencia (%) de Bajo Peso al Nacer en Guatemala

Indígena Rural	41,8
Ladina Rural	16,0
Urbana Pobre	23,0

Fuente: Villar J, Velizan J, Am J Gynecol 1978.

- | | | |
|----|---|------|
| 8. | Magnitud de la deficiencia de vitamina A en niños de edad preescolar | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ● Porcentaje de casos con retinol sérico menor de 20 mg/dl en < 5 años (1988) (VITAL,1991) | 21,6 |
| 9. | Estudios que relacionan los patrones de alimentación con el estado nutricional, la morbilidad y/o la mortalidad | |
| | (ver anexo No.II) | |

Mujeres embarazadas y lactantes

- | | | |
|----|--------------------------------|-----------------|
| 1. | Mortalidad materna (DGSS-1989) | 24,8 x 10000 NV |
|----|--------------------------------|-----------------|

Cuadro No. 1-8
Investigación de Mortalidad Materna en Guatemala
Tasas por Departamentos

Departamento	Extensión Territorial (Km ²)	Población Total	Tasa Mortalidad Materna por 10.000 nacidos vivos
Sololá	1.061	227.406	44,6
Alta Verapaz	8.686	556.286	42,6
El Quiché	8.378	539.668	30,6
Totonicapán	1.061	280.908	28,9
Huehuetenango	7.400	671.441	28,4
El Petén	35.854	43.626	28,4
El Progreso	1.922	104.057	27,8
Zacapa	2.690	155.711	27,3
Sacatepequez	466	169.833	26,8
Jalapa	2.063	181.383	25,6
Retalhuleu	1.856	225.241	24,1
Escuintla	4.384	510.733	23,3
Suphitepequez	2.510	342.767	21,7
Quezaltenango	1.951	527.524	20,8
Baja Verapaz	3.124	174.892	20,8
Chimaltenango	1.979	324.651	20,5
San Marcos	3.791	663.074	19,5
Santa Rosa	2.955	256.850	19,1
Chiquimula	2.376	241.896	16,9
Izabal	9.038	306.244	16,6
Guatemala	2.126	852.976	14,6
Jutiapa	3.219	339.292	13,9
TOTAL	108.889	8.935.395	24,8

Fuente: Estudio de Mortalidad Materna en Guatemala, MSPAS-1989

2. Morbilidad materna

● Causas de Mortalidad materna (MSPAS-1989)

- Hemorragias	39	%
- Abortos	24	%
- Sepsis	18	%
- Toxemias	14	%
- Otras	6	%

3. Estado nutricional de la mujer embarazada y lactante.

Cuadro No. 1-9
Mujeres Ladinas Guatemaltecas del Area Rural
Embarazo

Meses de Embarazo	Talla Sentado (cm)	Peso (kg)	Circunferencia del brazo (cm)
0,0 - 0,9	79,9 ± 3,2	47,5 ± 6,6	22,5 ± 2,0
1,0 - 1,9	79,9 ± 3,0	46,5 ± 6,0	22,3 ± 1,8
2,0 - 2,9	79,9 ± 2,6	46,7 ± 6,3	22,3 ± 1,9
3,0 - 3,9	79,7 ± 2,9	47,2 ± 6,4	22,4 ± 2,6
4,0 - 4,9	79,8 ± 3,1	47,9 ± 6,4	22,3 ± 1,9
5,0 - 5,9	79,8 ± 3,0	50,0 ± 6,4	22,5 ± 1,9
6,0 - 6,9	79,8 ± 2,9	50,3 ± 6,1	22,3 ± 1,7
7,0 - 7,9	79,8 ± 2,9	52,2 ± 6,8	22,4 ± 1,7
8,0 - 8,9	79,9 ± 2,9	54,4 ± 6,5	22,6 ± 1,8
9,0 - 9,9	79,6 ± 3,1	53,2 ± 6,3	22,2 ± 1,7
TOTAL	79,8 ± 3,0	49,5 ± 6,4	22,4 ± 1,9

Media ± DS.
INCAP, 1988.

Cuadro No. 1-10
Mujeres Ladinas Guatemaltecas del Area Rural
Lactancia

Meses de Lactancia	Talla Sentado (cm)	Peso (kg)	Circunferencia del brazo (cm)
3	83,4 ± 4,6	48,8 ± 7,0	22,7 ± 2,1
6	83,3 ± 4,4	47,8 ± 6,8	22,6 ± 2,0
9	83,1 ± 4,6	47,4 ± 7,1	22,6 ± 2,1
12	82,8 ± 4,3	46,8 ± 6,7	22,5 ± 2,1
15		46,5 ± 6,5	22,4 ± 2,0
18		46,8 ± 6,4	22,4 ± 1,9
21		47,1 ± 7,0	22,6 ± 2,1
24		47,0 ± 6,3	22,7 ± 2,0
27		48,0 ± 6,7	22,9 ± 2,0
Total	83,2 ± 4,5	47,4 ± 6,7	22,6 ± 2,0

Media ± DS
INCAP, 1988

- Aumento de peso durante el embarazo (Promedio) 7Kg.
- Magnitud de la deficiencia de vitamina A

La magnitud del problema de hipovitaminosis A en la mujer no se ha cuantificado apropiadamente. Se estima, según datos de 1988, que un 18,8 % de las mujeres mayores de 14 años y 21,8 de niños preescolares provenientes de diversas regiones del país presentan niveles séricos menores de 20 mg/dl (VITAL,1991). Estas cifras, que han disminuido desde 1965 (26,2%) debido a la fortificación del azúcar con vitamina A, son aún epidemiológicamente altas (SEGEPLAN-1991).

- **Deficiencia de yodo**

En 1989, la prevalencia del bocio en mujeres mayores de 13 años fue de 37,4% en el área urbana y 22,6% en el área rural (SEGEPLAN-1991)

- **Deficiencia de hierro**

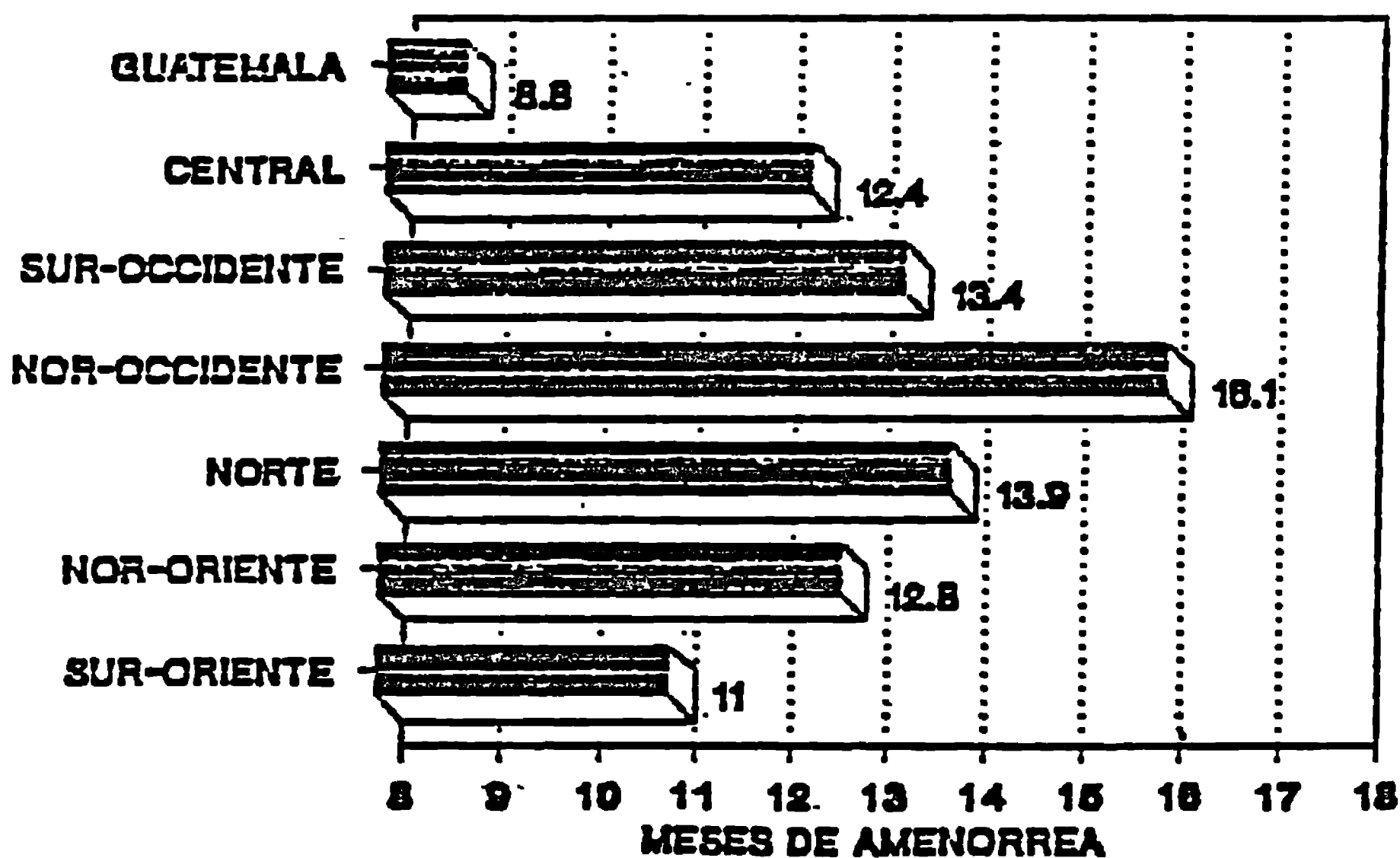
Se ha encontrado que el 48% de las mujeres embarazadas y el 21% de las no embarazadas presentan deficiencia de hierro. (INCAP,1972)

C. Anticoncepción y fecundidad

1. Duración media de la amenorrea de la lactancia (ENSMI-87): 12,6 meses

Gráfica No. 1-4

DURACION PROMEDIO DE LA LACTANCIA Y AMENORREA SEGUN REGION



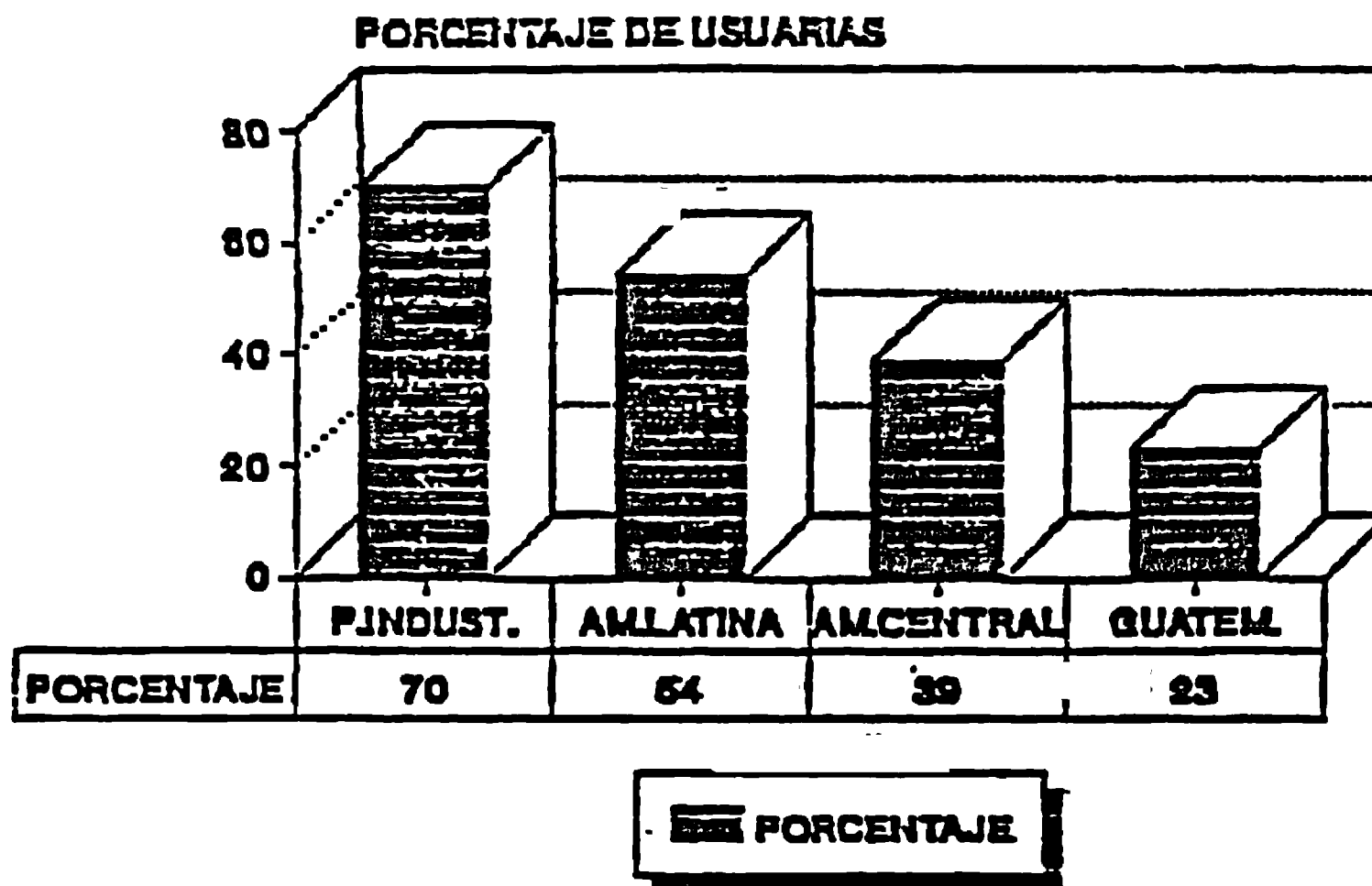
2. Tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos

La prevalencia del uso de anticonceptivos en Guatemala es la más baja de América Central y está entre las más bajas de América Latina. Este porcentaje es sólo de un 23 %.

Según la Encuesta Nacional de Salud Maternoinfantil de 1987, alrededor del 34 % de las mujeres en unión han usado alguna vez anticonceptivos. El método más utilizado ha sido la píldora. El método del ritmo, a pesar de no ser muy conocido (solo el 25 % de las mujeres en unión lo conoce), se ha usado más que los métodos modernos como el DIU, los anticonceptivos inyectables y el condón. Más del 7 % de las mujeres en unión lo ha usado o lo está usando, mientras que la proporción de las que han usado métodos modernos varía del 5 al 6 %. El 30 % de las mujeres en unión que conoce el método del ritmo lo ha usado, mientras que solamente el 10 % de las que conocen el DIU, la inyección o las pastillas declaran haber usado uno de estos métodos. Lo mismo se observa con el coitos interruptus, un método poco conocido pero que es utilizado por el 20 % de las mujeres que lo conocen.

Según la ENSMI-87, el 18 % de las parejas estaban usando algún método moderno y el 5 % alguno tradicional. El método más prevalente es la esterilización femenina, usado por el 10 % de las mujeres en unión, le sigue en importancia la píldora, utilizada por el 4 % de las mujeres. Al momento de la encuesta, ninguna de las mujeres entrevistadas informó estar usando tabletas, óvulos vaginales o el método de Billings. El uso de anticonceptivos varía según lugar de referencia, grupo étnico y escolaridad. Así, las mujeres no-indígenas practican seis veces más la anticoncepción que las indígenas; el 60 % de las mujeres que han cursado educación media usa anticonceptivos, en comparación con el 10 % de las mujeres sin instrucción. El 1 % de los esposos se ha esterilizado.

Gráfica No. 1-5
**PORCENTAJE DE USUARIAS EN GUATEMALA
Y REGIONES SELECCIONADAS**



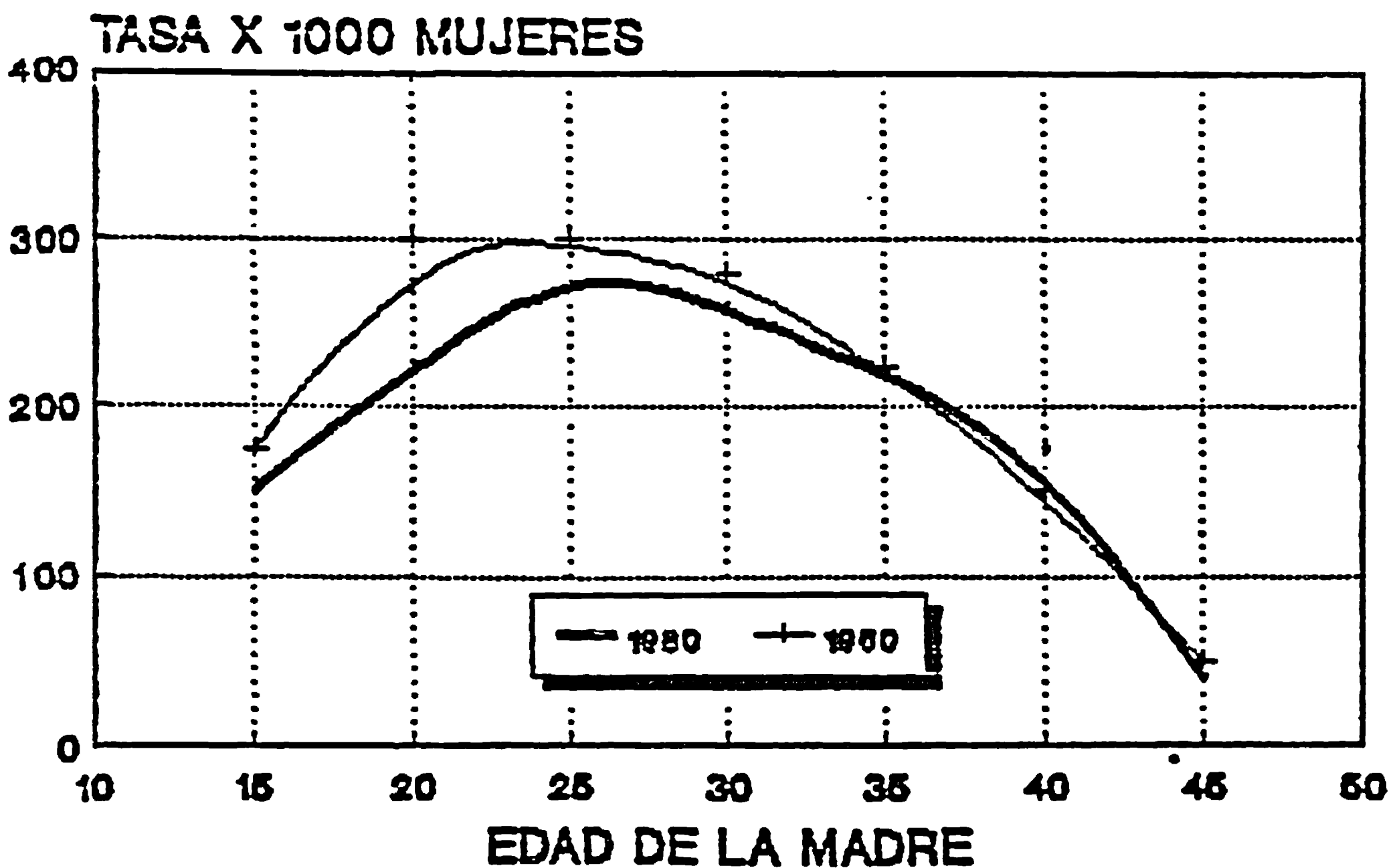
3. Número promedio de nacimientos por mujer
(tasa total de fecundidad) (ENSMI-87)

5,6

La tasa de fecundidad de Guatemala se encuentra entre las más elevadas de América Latina. La tasa de fecundidad para todos los grupos etarios muestra una ligera tendencia descendente. La fecundidad varía, además, por región y área urbana (5 hijos por mujer) o rural (7 hijos por mujer), por grupo étnico (6,8 la indígena, en comparación con 5 de la no indígena) y el nivel de instrucción (a menor instrucción, mayor número de hijos).

Gráfica No. 1-6

TASA DE FECUNDIDAD EN GUATEMALA 1950 - 1980



4. Intervalo promedio entre nacimientos

12 Meses

CONCLUSIONES

Guatemala es un país con gran diversidad de características socioculturales; sus indicadores sociodemográficos son un reflejo de esta situación. Posee un crecimiento poblacional anual del 2,8% y el 46% de la población está constituida por menores de 15 años. Las mujeres representan el 49,5% de la población; de estas, la mitad está en edad fértil. El 48% de la población pertenece a las étnias indígenas y el 49,2% de los mayores de 15 años son analfabetas. La promoción, protección y fomento de la lactancia materna es de suma importancia para la supervivencia de los niños en Guatemala, ya que a pesar de existir una cultura de amamantamiento, hay aún altas tasas de morbi-mortalidad infantil (73,4 x 1000 nacidos vivos), enfermedades y muertes que son directamente prevenibles a través de la lactancia materna.

Sin embargo, es importante considerar otros factores sociales como el saneamiento ambiental inadecuado en las poblaciones urbanas marginales y rurales, la inaccesibilidad a servicios de salud, el poco impacto de los programas educativos debido al analfabetismo y la diversidad lingüística, la ubicación de la gran mayoría de poblaciones en comunidades dispersas de menos de 2.000 habitantes.

El acceso a la canasta familiar básica está muy limitado, tanto en el área urbana como rural, ya que su valor es igual al del salario mínimo. Con frecuencia el ingreso es menor que el salario mínimo y la tasa de inflación alcanza el 60%.

RECOMENDACIONES

Debe hacerse énfasis en la promoción de la lactancia materna a través de programas que puedan llegar a la gran mayoría de la población utilizando medios como la radio, que llega al 99% de las regiones rurales y urbanas.

El enfoque principal a corto plazo debe ser la promoción del mejoramiento de las prácticas de lactancia, haciendo énfasis en la lactancia materna exclusiva y en la introducción de alimentos a partir del sexto mes, ya que esto disminuirá la morbimortalidad secundaria por infecciones y procesos diarreicos complementarios al uso del biberón, y facilitará el espaciamiento natural de los embarazos con el uso del método de amenorrea asociada con lactancia materna.

AREA 2. NATURALEZA Y MAGNITUD DEL PROBLEMA DE LAS PRACTICAS INADECUADAS DE LACTANCIA MATERNA

La Lactancia Materna ha sido una práctica común en Guatemala, un país con "cultura de amamantamiento". Sin embargo, esta práctica se ha visto influenciada negativamente por la "cultura del biberón" y por todos los factores que en diferentes estudios han demostrado su influencia en la declinación de la práctica natural de la lactancia en los países en vía de desarrollo. Estos factores incluyen la incorporación de la mujer a las actividades productivas, la urbanización, la influencia del "modelo médico occidental", la promoción de las industrias de alimentos infantiles y la influencia de países más desarrollados.

Esta problemática se hizo evidente en Guatemala con el Estudio Multicentro de 1976, realizado por la OMS y otros estudios realizados por INCAP. Para contrarrestar esta situación que se dio a conocer en el Primer Taller Nacional de Promoción de Lactancia Materna, se inició un esfuerzo encaminado a promover y proteger esta práctica, y se creó la Comisión Nacional de Promoción de la Lactancia Materna (CONAPLAM), en 1979. Esta comisión, en su etapa inicial, le dio prioridad a la emisión y unificación de normas básicas para la promoción de la lactancia materna a nivel nacional, la promulgación y vigilancia del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y la promoción para incrementar la lactancia materna en la zona urbana. La comisión también ha hecho otros esfuerzos para promover la práctica de la lactancia materna: la emisión y unificación de normas de funcionamiento de lactarios de leche humana; la incorporación de la enseñanza de la lactancia materna en la educación formal a nivel primario y la capacitación del personal docente del Ministerio de Educación; la capacitación en servicio del personal médico y de profesionales afines; la incorporación del sector privado en el desarrollo de actividades de promoción; la producción y distribución de material educativo para las madres; la promoción de cambios en la ley orgánica y acuerdos de gerencia del Seguro Social en cuanto a la distribución de fórmulas de leche; la promoción y divulgación de campañas nacionales por los medios de comunicación social; medidas de protección y alternativas para la madre trabajadora.

En el segundo análisis sobre lactancia natural y alimentación del niño a través de la Encuesta Nacional Sociodemográfica de 1986-1987 (Instituto Nacional de Estadística-Sistema Estadístico Nacional (INE\SEN-86-87), se obtuvo información de más de 10.000 hogares seleccionados y se incluyeron las ocho regiones en que se encuentra dividido el país, con base en la Ley Preliminar de Regionalización (decreto ley 7-86).

A. Situación general de la lactancia

En general, un porcentaje muy elevado de los niños que nacen inician su alimentación con leche materna. La información contenida en el cuadro 2-1 indica que en todo el país el 94,1% de los niños que nacieron 24 meses antes de la encuesta, recibieron leche materna por más de tres días. Sin embargo, existen diferencias por región y por área. Por ejemplo, en el área urbana de la región sur-occidental el porcentaje de niños que recibieron leche materna por más de tres días fue de 86,7; aunque este es un porcentaje alto, es inferior al 100%. No se encontraron diferencias según el sexo del niño (Cuadro 2-2).

Cuadro No. 2-1
Proporción de niños nacidos en los 24 meses anteriores a la encuesta
a quienes se les dió leche materna por más de tres días, por región y área

Región y Area	% Que Recibió Leche Materna
Metropolitana urbana	92,7
Metropolitana rural concentrada	91,2
Metropolitana resto urbana	94,2
Central urbana	96,7
Central rural concentrada	92,4
Central rural dispersa	98,2
Nor-occidental urbana	97,8
Nor-occidental rural concentrada	96,9
Nor-occidental rural dispersa	96,0
Norte urbana	97,0
Norte rural concentrada	98,6
Norte rural dispersa	100,0
Nor-oriental urbana	94,4
Nor-oriental rural concentrada	96,7
Nor-oriental rural dispersa	97,4
Petén urbana	91,1
Petén rural concentrada	97,5
Petén rural dispersa	90,9
Sur-occidental urbana	86,7
Sur-occidental rural concentrada	89,9
Sur-occidental rural dispersa	98,0
Sur-oriental urbana	90,8
Sur-oriental rural concentrada	97,3
Sur-oriental rural dispersa	93,4
Total del país	94,1

FUENTE: Encuesta Nacional Sociodemográfica 1986-87

Cuadro No. 2-2
Población de Niños Nacidos en los 24 Meses Anteriores a la Encuesta
a quienes se les dió Leche Materna Por Más de Tres Días

	Metropol.	Central	Nor-occid.	Norte	Nor-orient	Petén	Sur-occid.	Sur-orient
Hombres	49.309	33.112	41.055	23,314	25.901	9.161	87.056	30.351
Sí recibió	44.291	30.936	38,677	22.994	25.495	8.661	73.964	28.361
% que recibió	89,8	93,4	94,2	98,6	98,4	94,5	85,0	92,7
Falleció antes de 3 días	1.688	696	272	16	112	---	181	123
Mujeres	41.930	26.366	39.599	23.873	24.523	6.150	62.283	26.486
Sí recibió	39.789	25.573	39.317	23.808	23.233	5.733	61.372	25.992
% que recibió	94,9	97,0	99,3	99,7	94,7	93,2	98,5	98,1
Falleció antes de 3 días	188	202	237	--	---	27	---	255

FUENTE: Encuesta Nacional Sociodemográfica 1986-87

Duración de la lactancia materna

De la información contenida en el cuadro No. 2-3 sobre el número promedio de meses de duración de la lactancia natural, se puede observar que las madres del grupo étnico indígena son las que presentan el mayor período de duración en meses (casi 25 meses). Este promedio es de 7 meses mayor que el de las madres del grupo étnico ladino (17,6 meses).

Cuadro No. 2-3
Promedio de Meses de Duración de la Lactancia Natural

Característica	Meses
TOTAL	20,6
EDAD DE LA MADRE	
Mujeres de menos de 30 años de edad	20,6
Mujeres de más de 30 años de edad	20,6
ZONA DE RESIDENCIA	
Area urbana	18,1
Area rural	21,6
GRUPO ETNICO	
Indígena	24,8
Ladino	17,6
REGION	
Metropolitana	17,1
Central	20,2
Sur-occidental	22,3
Nor-occidental	24,3
Norte	23,8
Nor-oriental	19,2
Sur-oriental	17,4
ESCOLARIDAD MATERNA	
Sin instrucción escolar	22,9
Escuela primaria incompleta	20,1
Escuela primaria completa	16,7
Escuela secundaria o más	12,1

FUENTE: Encuesta Nacional Sociodemográfica 1986-87

Después de 12 años de trabajo en la promoción, protección y fomento de la lactancia materna, la CONAPLAM consideró que era necesario realizar varios estudios que permitieran establecer los cambios logrados y estimar las tendencias de las prácticas de la lactancia materna, como

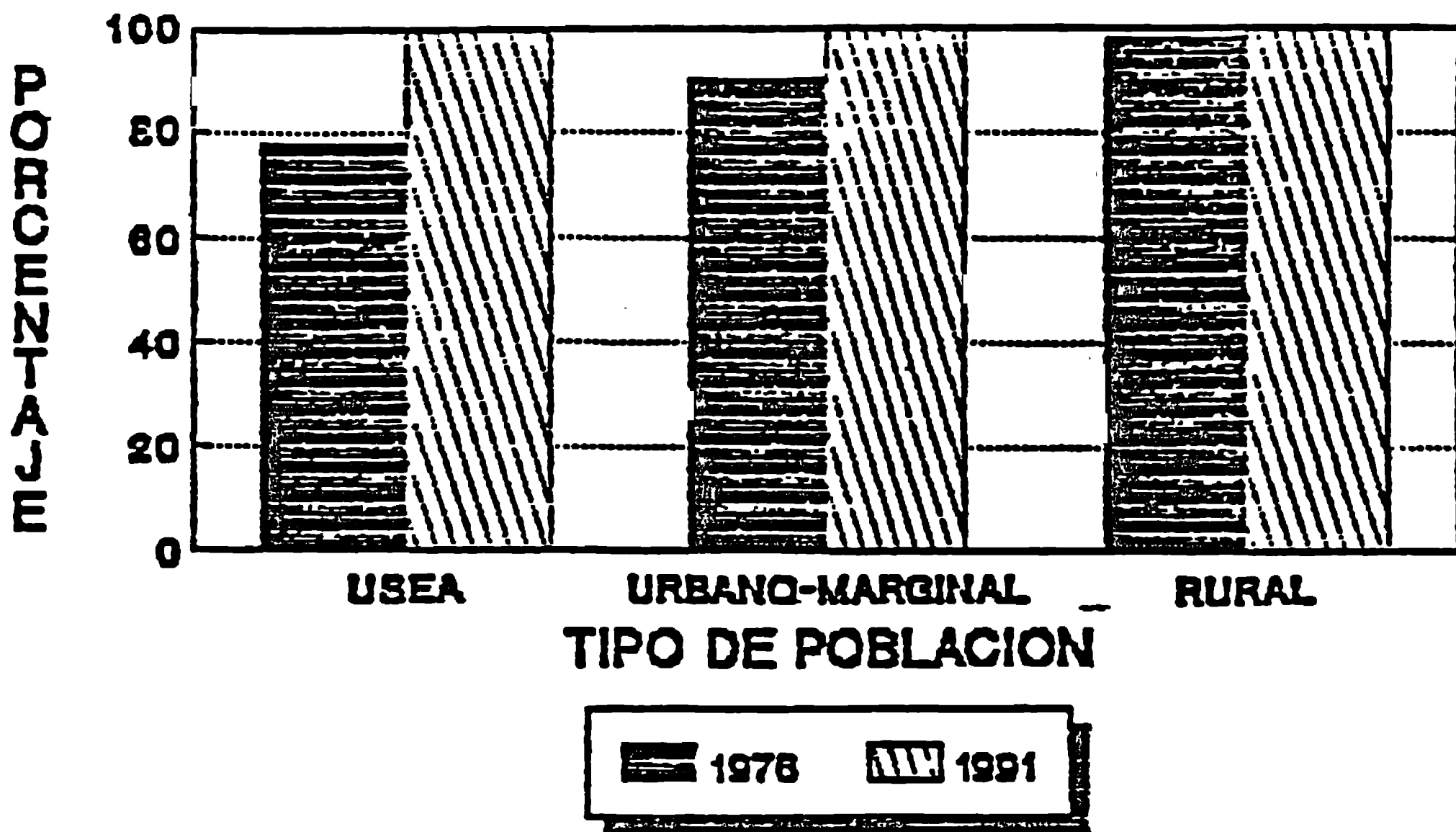
resultado de las acciones ejecutadas entre 1979 y 1991. Uno de estos estudios fue el de "Tendencias de la Lactancia Materna en Guatemala", el cual se realizó de manera conjunta con el INCAP y con el apoyo financiero de la UNICEF. Este estudio tomó como referencia el estudio multicentro de OMS de 1976 y utilizó básicamente el mismo cuestionario, con algunas modificaciones. El estudio multicentro utilizó una muestra que permitió inferencias estadísticas a nivel nacional, por lo cual en el nuevo estudio se seleccionó una muestra similar para facilitar las comparaciones. En este estudio se aplicaron los indicadores de la OMS/UNICEF sobre prácticas de lactancia materna y se incluyeron grupos de población urbana pobre, urbana alta y rural. A continuación se resumen los resultados de este estudio, publicados en mayo de 1992.

1. *Porcentaje de niños que fueron amamantados alguna vez*

La lactancia es una práctica que se realiza en el 99% de los niños, aplicando el criterio de si el niño fue amamantado alguna vez. Este porcentaje aumentó en comparación con 1976.

Gráfica No. 2-1

TASA DE AMAMANTAMIENTO HIJO INDICE PERIODO 76-91



2. Calostro e iniciación de la lactancia materna

Prácticas hospitalarias

En los partos atendidos en hospitales, el promedio de tiempo que transcurrió entre el nacimiento y la colocación del niño con la madre para amamantarlo osciló entre 9 y 11 horas en cuatro grupos: urbano económicamente alto, urbano marginal, rural ladino y rural indígena. El apego materno fue tardío en la práctica hospitalaria; sin embargo, el calostro se utilizó en todos los grupos. La práctica hospitalaria de alojamiento conjunto se incrementó 7 veces, en comparación con 1976, en las poblaciones rural ladina y rural indígena. En la población urbana socioeconómicamente alta (USEA) no aumentó en la misma proporción; estos partos se atienden en hospitales privados.

Cuadro No. 2-4
Alojamiento Conjunto en el Hospital por Grupos de Población 1976-1991

Población	Madres Observadas		Madres Hospitalizadas		Madres con Aloj. Conjunto	
	Número		Porcentaje		Porcentaje	
	1976	1991	1976	1991	1976	1991
Urbana/alta	600	601	100	99	2	8
Urbano - Marginal	600	605	89	94	5	32
Rural Ladina	300	361	16	38	8	70
Rural - Indígena	300	339	10	16	10	72

Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$)

FUENTE: Estudio Tendencia de la Lactancia Materna en Guatemala, 1991. Modalidades de la Lactancia Natural, OMS, 1981

3. Número total de niños amamantados

Se comprobó que 5 de cada 10 niños (50%) en las maternidades, recibieron leche materna como única fuente de alimentación.

Cuadro No. 2-5
Tipo de Alimentación Hospitalaria Según Instituciones, 1991
Porcentaje (Número)

Condición	Instituciones			
	IGSS *	Hospital Público	Hospital Privado	Total
No Lactancia	2 (6)	6 (25)	4 (30)	5 (61)
Lactancia Exclusiva	84 (201)	74 (290)	22 (136)	50 (627)
Lactancia casi exclusiva	7 (16)	5 (20)	14 (88)	10 (124)
Lactancia Mixta	7 (16)	15 (60)	60 (378)	36 (454)

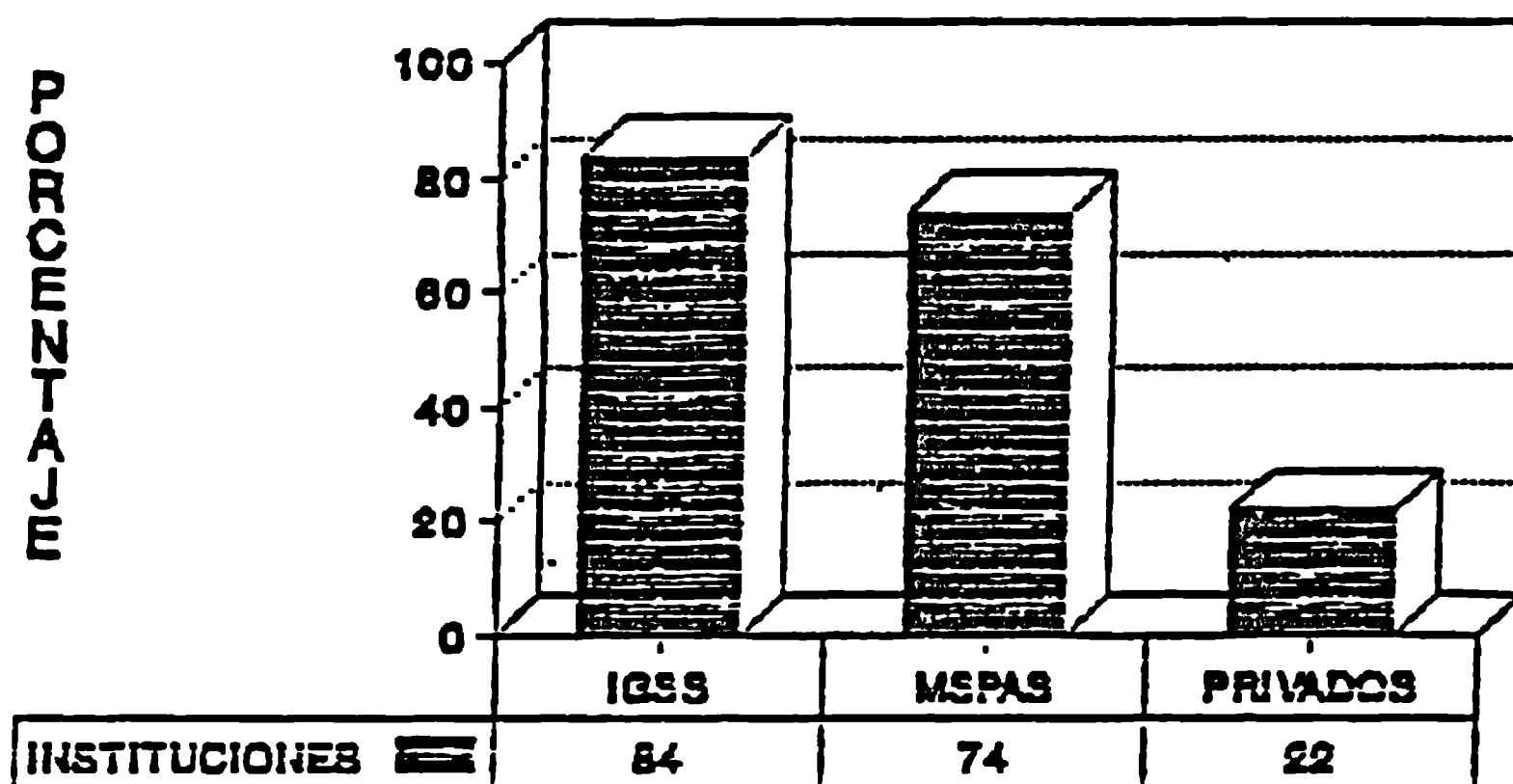
Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$)

* Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Las prácticas hospitalarias de la lactancia varían por grupos de población y por tipo de institución. En los servicios privados se favorece más el uso de fórmulas infantiles, mientras que en las maternidades del Ministerio de Salud y del Seguro Social la práctica de la lactancia exclusiva es más frecuente: 74% y 84% respectivamente.

Gráfica No. 2-2

PRÁCTICA HOSPITALARIA DE LACTANCIA EXCLUSIVA SEGUN INSTITUCION, 1991



Fuente: Estudio Tendencia Lactancia en Guatemala, 1991

4. *Otras variables pertinentes* (FUENTE: Estudio Tendencias de la Lactancia Materna en Guatemala, 1991)
- a. Niños alimentados con biberón
- **Hospitales**

2 % en el Seguro Social
 6 % en Hospitales del Ministerio de Salud
 4 % en Hospitales privados
 - **Proporción (%) de niños menores de 12 meses que utilizaron biberón en algún momento (sin importar su contenido), según zona de residencia:**

96 Urbana
 87 Urbana marginal
 72 Rural ladina
 64 Rural indígena
- b. **Tasa (%) de lactancia materna continua (un año), por grupo de población**
- | | |
|--------------------|--------------|
| 18 Urbana | |
| 70 Urbana marginal | promedio |
| 82 Rural ladina | nacional: 67 |
| 98 Rural indígena | |
- c. **Tasa (%) de lactancia materna continua (dos años), por grupo de población**
- | | |
|--------------------|----------------|
| 8 Urbana | |
| 35 Urbana marginal | promedio |
| 45 Rural ladina | nacional: 37.5 |
| 62 Rural indígena | |
- d. **Duración media (meses) de la lactancia materna, por grupo de población**
- | | | |
|-----------------|----|----------------|
| Urbana | 5 | |
| Urbano marginal | 17 | promedio |
| Rural ladina | 20 | nacional: 16.3 |
| Rural indígena | 23 | |

- e. **Distribución (%) de la duración media de la lactancia materna exclusiva, por grupo de población**

Población	< 1 Mes	1-3 Meses	4-6 Meses
Urbana	52	38	16
Urbana marginal	38	37	13
Rural	72	48	39

- f. **Edad media a la cual se introducen otros alimentos (destete)**

Cuadro No. 2-6
Frecuencia de Destete Según Edad del Niño-1991

Población	Edad en Meses % Acumulado					
	< 1	1 a 3	4 a 6	7 a 12	13-18	19-22
Urbana	8	40	70	96	99	100
Urbana marginal	9	28	46	73	96	100
Rural ladina	8	12	16	59	91	100
Rural indígena	4	4	8	21	79	100

FUENTE: Estudio de Tendencias de la Lactancia Materna en Guatemala, 1991

Como puede observarse, hay dos problemas diferentes según el tipo de población: introducción muy temprana, especialmente en población urbana y urbano marginal, e introducción muy tardía en un alto porcentaje de niños de las poblaciones rurales.

Cuadro No. 2-7
Indicadores de Lactancia Materna
Expresados como Prevalencia (%) en la Muestra y en la Población General

Indicador Lactancia	Muestra				Preval. Poblac.	
	Prevalencia	Tamaño muestra	Error estándar	Efecto diseño	Mínima	Máxima
Exclusiva (< 4 meses)	47,7	363	4,06	2,39	39,54	55,78
Casi Exclusiva (< 4 meses)	24,2	363	2,90	1,66	18,44	30,04
Mixta (6-9 meses)	62,7	383	3,15	1,62	56,36	68,96
Prolongada (20-23 meses)	36,1	208	2,65	0,63	30,78	41,38

Los indicadores permitieron, además, estimar la prevalencia de los diferentes tipos de lactancia en las poblaciones que se estudiaron. La lactancia prolongada tuvo la mayor prevalencia en la población rural indígena y la menor prevalencia en la urbana socioeconómicamente alta. La lactancia casi exclusiva no constituyó una práctica importante en la población urbana y presentó una prevalencia alta en la población rural ladina. Estas prevalencias fueron diferentes estadísticamente ($p < 0,05$). La prevalencia de la lactancia exclusiva fue mayor a mayor edad; la madre no trabajadora presentaba mayor prevalencia que la que trabajaba a tiempo completo. Sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Tampoco se encontró asociación estadística entre la prevalencia de la lactancia exclusiva y las variables relacionadas con el padre, la atención prenatal o la atención del parto. La variable que sí estuvo asociada fue la opinión de la madre en cuanto al tiempo que debería durar la lactancia exclusiva. El 28% de las madres que opinaron que debería durar de 0 a 3 meses practicaban la lactancia exclusiva, en comparación con el 54% de las madres que opinaron que debería ser de 4 a 6 meses. Se encontró asociación significativa entre la prevalencia de lactancia casi exclusiva y la ocupación de la madre; las amas de casa tuvieron una mayor prevalencia que las profesionales (40% contra 7%). Las grandes multíparas (5 hijos o más) presentaron mayor prevalencia de lactancia mixta casi exclusiva en comparación con madres multíparas con 4 hijos o menos (58% contra 78%).

Introducción de alimentos

En el Estudio de Prevalencia de 1991, se encontró que la población urbana de nivel socioeconómico alto introdujo alimentos a base de fórmulas lácteas en el primer mes de vida. Alrededor del 50% de las madres practicaron la lactancia materna exclusiva hasta el primer mes. Estas dos formas de alimentación, lactancia exclusiva o fórmula, se observaron habitualmente durante los primeros meses. A los 6 meses se introdujeron "otros alimentos" tales como cereales, preparados comerciales, compotas. Las frutas y las verduras se comenzaron a dar a los niños durante el segundo semestre de vida. Otros alimentos (carne, derivados lácteos, papa, etc.) se introdujeron al final del segundo semestre de la vida, pero no por la mayoría de las madres.

La población urbano marginal introdujo alimentos antes que los otros grupos, alrededor del primer mes de edad. Los "otros alimentos" correspondieron a los descritos anteriormente, resaltando los alimentos líquidos (agua) y los atoles de diversas índoles (cebada, arroz, maizena, etc.). La introducción temprana de alimentos estuvo asociada a una prevalencia baja de lactancia exclusiva desde los primeros meses de vida.

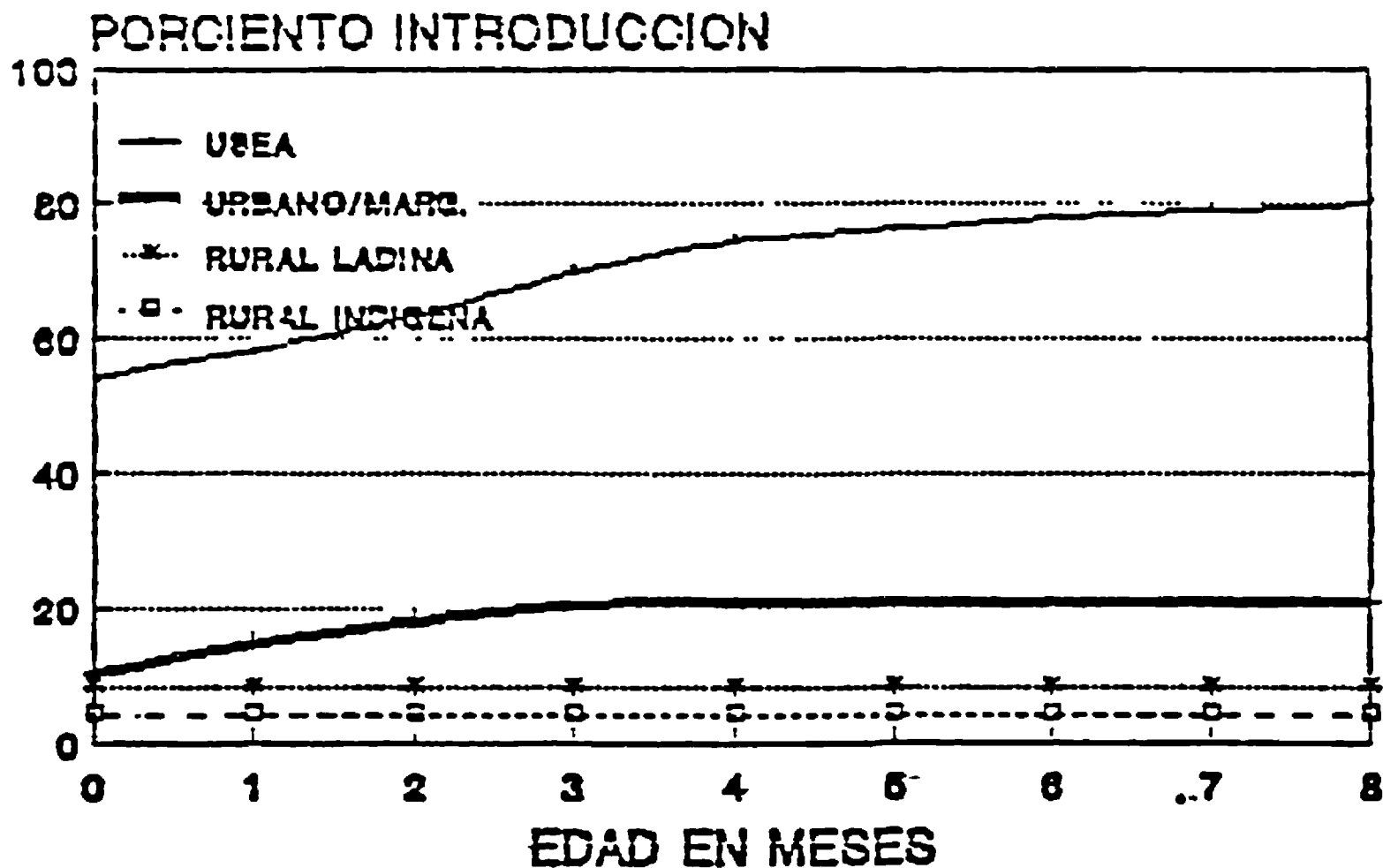
La población rural ladina tuvo un comportamiento similar a la urbano-marginal en la introducción de "otros alimentos" entre el primero y segundo mes de vida. Alimentos como el café o la tortilla se introducían entre el quinto y el sexto mes. Alimentos con alto contenido proteico como el huevo, no aparecen de manera importante hasta los 13 meses. El frijol es un alimento comúnmente disponible en esta población y se le dió a un 41% de niños al final del primer año. En los otros grupos de población, el frijol no fue un alimento de consumo frecuente durante el primer año de edad, quizás debido a la creencia de las madres sobre la dificultad de su digestión.

La población rural indígena, con una práctica de lactancia exclusiva mayor, presentó introducción tardía de otros alimentos. En este grupo no aparecen de manera importante los "otros alimentos"; a los 6 meses se introduce arroz, pasta, pan y posteriormente verduras, papa, tortillas y huevo. La práctica de lactancia materna exclusiva fue mayor en esta población, pero se fue reduciendo conforme avanzó la edad. Unicamente el 43% de los niños del grupo rural indígena continuó con lactancia exclusiva entre el cuarto y quinto mes de vida.

Introducción de fórmulas lácteas

Las fórmulas lácteas constituyeron un alimento común en la población urbana de alto nivel socioeconómico. Más del 60% las consumen en el segundo mes de edad. Por el contrario, las fórmulas lácteas no son alimentos importantes en la población urbano marginal, un poco menos del 21% de las madres las utilizan a los tres meses y las poblaciones rurales prácticamente no las utilizan. La leche de vaca tampoco es un alimento muy consumido por la población urbano marginal o rural ladina; el 12% la utiliza al final del primer año.

INTRODUCCION FORMULAS LACTEAS SEGUN POBLACIONES Y EDAD DEL NIÑO



Fuente: Estudio Tendencias Lactancia Materna en Guatemala, 1991

En el estudio se encontró que las madres tienen un control prenatal incompleto. Durante el control prenatal, más del 50% de las madres recibió información sobre la lactancia materna. En dicho control no se informó sobre aspectos tales como la forma de preparación de los pezones, importancia de la lactancia materna exclusiva o cómo producir suficiente cantidad de leche. A más de la mitad de las madres en control (53%), no se les informó sobre la duración que debería tener la lactancia materna en general. Las madres recibieron información muy variada e inconsistente sobre la duración que debería tener la lactancia materna. En promedio, a las madres se les indicó que la duración de la lactancia materna debería ser de 6 meses.

b. Los planes de la mujer embarazada acerca de la alimentación de los niños

El 90% de las madres opinaron que la duración de la lactancia materna exclusiva debe ser de 6 meses o menos. Entre las madres de la población urbano marginal, un 69% opinó que debe ser hasta el tercer mes. Las otras dos poblaciones no mostraron diferencias marcadas. Esto coincide con la baja prevalencia de lactancia materna exclusiva que se encontró en la población urbano marginal, ya que existe concordancia entre la práctica de la lactancia exclusiva y la opinión de las madres sobre el tiempo que debe durar la misma.

Cuadro No. 2-8
Opinión sobre la duración de la lactancia exclusiva (porcentaje de las madres)
según edad del niño y grupo de población, 1991

Población	Meses de Edad del Niño	
	≤ 3 Meses	4 a 6 Meses
Urbana (n=579)	40 (230)	57 (332)
Urbano-marginal (n= 572)	69 (394)	27 (157)
Rural (n= 561)	42 (237)	38 (213)

FUENTE: Estudio de Tendencias de Lactancia Materna en Guatemala, 1991.

Cuadro No. 2-9
Práctica de la lactancia materna exclusiva en el penúltimo hijo y opinión de las madres
sobre duración de la misma

Práctica de Lactancia Materna Exclusiva	Opinión de las Madres Sobre Duración	
	0 - 3 Meses	4 - 6 Meses
0 - 3 Meses	78 % (411)	22 % (113)
4 - 6 Meses	21 % (70)	79 % (258)

FUENTE: Estudio de Tendencias en Lactancia Materna, 1991

c. Preparación de la mujer para alimentar con leche materna o con biberón, durante el embarazo, el parto y el post-parto.

En cuanto a los problemas relacionados con la lactancia materna, 20% de las madres dijeron haber tenido pezones agrietados o escasa cantidad de leche. No hubo diferencias cuando se analizaron los cuatro grupos de población. Las madres con mayor frecuencia de problemas son las primigestantes, quienes constituyen el 31%, 30% y 18% de las poblaciones urbana alta, urbana marginal y rural, respectivamente. Las primigestantes manifestaron tener otros problemas (33% de las urbanas y 18% del grupo rural), tales como pezones invertidos o poco desarrollados. Por otro lado, durante el control prenatal solo el 51% de las primigestantes recibió información sobre la adecuada preparación de los pezones o los procedimientos para evitar complicaciones, y a una proporción menor del 10% se les orientó sobre las condiciones favorables y/o los mecanismos para la producción de leche.

Nueve de cada diez madres en la población general respondieron haber oído sobre la lactancia materna. De estas nueve, tres pertenecieron al grupo de población urbana alta, tres al grupo urbano marginal, dos al rural ladino y una al rural indígena. En el 66% de los casos el medio por el cual recibieron las madres el mensaje fue el de comunicación interpersonal. La televisión ocupó un segundo lugar para las poblaciones urbana alta y urbana marginal, y el radio para la población rural. Los otros medios ocuparon menos del 5%, con excepción del afiche, el cual fue reconocido por un 12% de las madres de la población urbana alta.

El médico fue la persona que efectuó esta comunicación al 71% de las madres del grupo urbano alto; en el 63% o más de las poblaciones urbano-marginales y rurales fue "otro trabajador" (enfermeras, trabajador social o educador, etc). Ninguna madre mencionó a la comadrona como la persona de la cual escuchó algún mensaje. La mayoría de los médicos que proporcionaron información al grupo urbano alto, pertenecía a entidades privadas, solamente un 5% a Salud Pública. El personal de la Liga de la Leche constituyó una fuente de información en el 15% de las madres del grupo urbano alto y el 1% del grupo rural indígena, ya sea actuando en forma personal, como amigo o como familiar. A la población urbano-marginal, en su mayoría, le informó "otra persona"; el 82% de estos informantes pertenecieron al Ministerio de Salud Pública o al Seguro Social y el 6% a APROFAM. La fuente de información de la población rural ladina e indígena estuvo constituida básicamente por el personal del Ministerio de Salud Pública.

C. CAP de los miembros de la comunidad y de la familia

De la recopilación bibliográfica de las investigaciones existentes sobre conocimientos, actitudes y prácticas en aspectos de salud y nutrición a nivel rural, se obtuvo la siguiente información:

Cuadro No. 2-10
Prácticas de Lactancia Materna (Frecuencia Porcentual)

		Area Rural Indígena	Area Rural Mestiza-Ladina
Tamaño de la muestra (familias)		230	130
1.	Iniciación de la lactancia materna		
	-post-parto inmediato	86,6	50,0
	-primeras 24 horas	1,5	—
	-2 a 3 días	9,0	50,0
2.	Edad (meses) de introducción del complemento alimenticio		
	- 3 a 6	1,5	16,5
	- 7 a 9	1,5	15,6
	- 10 a 12	0,8	22,6
	-de los 13 a 18 meses	5,3	40,8
	-de los 24 a 36 meses	90,1	4,3
3.	En período de diarrea continúa lactando		
	-Si	89,1	—
	-No	10,9	—
4.	Educación		
	-ninguna	68,8	24,2
	-1o. a 6o. grado	30,5	66,7
	-más de 6 grados	0,8	9,1
5.	Tipo de religión		
	-católica	88,9	80,0
	-evangélica	11,4	20,0
6.	Recurso médico utilizado en primera instancia		
	-centro de salud	12,2	11,9
	-médico particular	1,2	—
	-medicina tradicional	86,6	88,1
7.	Tipo de agua utilizada		
	-pozo	20,7	26,7
	-río	48,8	—
	-entubada	30,5	73,3
8.	La madre enferma sigue lactando		
	-Si	72,5	—
	-No	27,5	—
9.	Grupo étnico		
	-indígena	98,3	3,3
	-ladino	1,7	96,7
10.	Le da biberón a su niño		
	-Si	19,8	39,4
	-No	80,2	60,6

El mayor porcentaje de la población indígena que se estudió (86,6%) inicia y practica la lactancia materna inmediatamente después del parto; el 50% de la población mestiza-ladina la inicia después del parto y el otro 50% entre dos y tres días después del parto. En la población indígena el 90,1% de los niños presenta lactancia materna prolongada, aún no habiendo una adecuada introducción oportuna de alimentos. De la población mestiza-ladina el 73,5% inicia el destete total entre 10 y 18 meses de edad. El 89% de las madres de la población indígena continúan dando de lactar a sus hijos en los períodos de diarrea. Las razones que adujeron fueron que los niños con diarrea pierden el apetito, que la lactancia materna les ayuda a pasar la enfermedad y que los niños con diarrea solo quieren pecho. Otras suspenden la lactancia porque creen que, en determinadas ocasiones, la lactancia es la causante de la diarrea, ya que esta se puede causar con un enojo, un susto, o por exponerse mucho a los alimentos catalogados como fríos.

Aún persiste una proporción alta de personas analfabetas en el área rural, sobre todo en la población indígena. El 68,6% de la población indígena era analfabeta. Los niños en edad escolar asisten las primeras semanas a la escuela y luego dejan de asistir porque se consideran de gran valor para la economía familiar, ya que desde temprana edad trabajan en la fabricación de productos útiles para el hogar y en la agricultura. Se sabe que la población indígena aún cree en varios dioses; sin embargo el 88,6% dijeron ser católicos. En ambas poblaciones se observa que el 86% utiliza y practica la medicina tradicional, ya sea por costumbre o tradición, por falta de tiempo para ir al puesto o centro de salud, por falta de médico, porque es barata o porque el médico no les entiende y no cree en sus creencias. La mayoría de las familias no cuentan con un servicio de agua potable regular.

Se encontró que el 72,5% de las madres enfermas continúan lactando porque, según ellas, la leche es el único alimento del niño; el niño se puede enfermar estando lactando o no; antes de lactar las madres toman medicinas para que la enfermedad no le pase al niño. Algunas no continúan lactando porque le podrían transmitir la enfermedad al niño y creen que cuando la enfermedad ataca a la leche de la madre, esta ya es inadecuada para el lactante. El 78,6% de la población incluida en el estudio era indígena y el 22,4% mestiza-ladina. El 19,8% de la población indígena hace uso de la pacha o biberón, en contraste con el 39,4% de la población mestiza ladina. El 100% de las madres tratan inicialmente a los niños enfermos, debido a su falta de satisfacción con los servicios prestados por el centro o puesto de salud, particularmente cuando el tratamiento prescrito no incluye los tipos de medicina con los que están familiarizados. El 90% de la población estudiada posee y escucha radio, especialmente programas religiosos o música autóctona.

Los alimentos utilizados con mayor frecuencia en la alimentación de los niños sanos de 0 a 2 años son caldo de frijol, café, tortillas y fideos, ocasionalmente se les proporciona arroz y huevos. Estos alimentos tuvieron preferencia porque las personas piensan que tienen vitaminas, conforman una dieta adecuada para el niño, son productos que "les aguanta el estómago", o son de bajo costo.

Los alimentos que no se les da a niños de 0 a 2 años son las grasas, los frijoles (granos), la carne de todo tipo, las frutas de todo tipo y las comidas frías. Las razones más comunes por las cuales no se les dan estos alimentos fueron que los alimentos son fríos y le puede ocasionar diarrea si los ingiere, les descompone el estómago, son alimentos muy pesados para el tierno estómago del niño o aflojan el estómago del niño.

Los líquidos que más utilizados en los períodos diarreicos en niños de 0 a 2 años son té de hierba buena, agua hervida, té de canela, té de ruda, agua de pericón, té de manzanilla, té de altamiza, té de salvia santa, guayano y agua de apazote. Estos alimentos se usan con frecuencia porque inicialmente tienen prioridad estas "aguitas" para ofrecerles a los niños enfermos como primer tratamiento, ya que les quitan la diarrea, porque son aguas calientes, apropiadas para estos niños, o por consejo de los vecinos, o porque dan fuerza a los niños para pasar la enfermedad.

Según los participantes, los alimentos que no deben comer los niños de 0 a 2 años que tienen diarrea son la leche, los huevos y las comidas frías porque agravan el cuadro diarreico, no los pueden digerir y en esas circunstancias todos los alimentos no son buenos.

Se cree que las causas de la diarrea infantil son parásitos, fruta fría, falta de higiene, mal de ojo, la mollera caída y alimentos fríos. La diarrea se produce por el carácter pesado de los alimentos, por ser éstos "fríos" o "calientes" (se atribuyen como dañinos todos los que son "fríos" y algunas comidas "calientes") y por el exceso de comida (empacho) así como el mal de ojo. La lactancia se considera causa de la diarrea cuando la madre está embarazada ha ingerido alimentos fríos, se ha enojado o tiene lombrices. Se cree que el enfriamiento de la bolsa donde se encuentra el estómago es causa de alborotamiento y por ende diarrea. Se cree que las características del niño enfermo son tristeza, irritación, decaimiento, vómitos, decoloración, ojos hundidos, sequedad de la boca, piel amarillenta, pérdida de peso, mollera caída, picazón de la nariz, etc.

Se cree que la mujer lactante debe abrigarse bien para no resfriar la leche materna, abstenerse de comer alimentos de efecto frío para no resfriar la leche, no tocar metales (pre y post-parto) por su efecto frío, limpiarse los pechos con alcohol, bañarse diariamente después de 4-8 días post-parto con agua tibia, y alimentarse bien.

El uso de temazcal es frecuente en las zonas del altiplano. En el presente estudio el 34 % de la población indígena estudiada reportó el uso del temazcal como elemento curativo para enfermedades tales como tos, catarro, calenturas, dolor de cabeza, dolor muscular, trastornos digestivos, reumatismo y enfermedades de la piel. En cuanto al uso de temazcal por parte de la mujer en período prenatal, el parto, y el post-parto se reportó que es beneficioso porque calienta el cuerpo (lo cual contribuye a lograr un parto sin complicaciones), el calor húmedo ayuda a que los huesos pélvicos retornen al lugar normal, pues con la pérdida de sangre el cuerpo pierde calor (efecto frío que queda después del parto), y porque estimula una buena producción de leche.

Comadronas

El 80% de los partos son atendidos por comadronas; este porcentaje es mayor en las poblaciones indígenas. Cuando busca por primera vez la atención de la partera, la embarazada tiene un promedio de 5 meses de gestación. En este momento la comadrona "examina" el estado general de la madre y del feto y realiza un baño de vapor tradicional en el "chuj". El chuj o temazcal, es una especie de caseta de adobe que tiene una especie de cama de madera y en una de las esquinas un montículo de piedras con un hueco debajo, en donde se colocan las brazas. Las piedras candentes evaporan el agua que se les arroja.

El número de visitas prenatales oscila entre 1 y 10, con un intervalo de 15 a 30 días, dependiendo de la preferencia de la embarazada y su familia. La visita se lleva a cabo en casa de la embarazada para verificar y corregir la posición del feto, si es necesario, mediante masajes en el abdomen. El embarazo se reconoce inicialmente por el aumento en el tamaño de la matriz durante la primera visita prenatal; en otras palabras, las señoras ya saben que están embarazadas cuando buscan la atención de la partera; pareciera no importar el diagnóstico temprano. Todas las comadronas que se entrevistaron dijeron que calculan la edad del embarazo mediante la percepción del tamaño de la matriz a través de la palpación del abdomen. Algunas comadronas refieren que se puede calcular la fecha probable del parto, partiendo de la edad gestacional calculada en la primera visita prenatal. Todas las comadronas del estudio dijeron determinar la posición fetal mediante la localización de la cabeza en la palpación del abdomen. Además se recopiló la siguiente información: el parto se atiende siempre en la casa de la parturienta, ya sea en el cuarto principal o en la cocina, aunque se prefiere en la segunda porque "es lo tradicional". En el lugar donde se atiende el parto se pone fuego para calentar el ambiente, cocer café, y calentar las ropas del niño, los fragmentos de tela y los instrumentos que utiliza la comadrona. Luego del nacimiento y el alumbramiento, madre e hijo se acuestan a descansar un promedio de tres horas, después de 30 minutos a 5 horas, y luego entran al "chuj" (si es muy tarde esperan al día siguiente para hacerlo). En todos los casos el esposo debe estar presente durante el parto para animar y darle valor a su esposa, así como para sostenerla en la hora del parto. Ultimamente algunas mujeres prefieren que no esté presente el esposo por vergüenza "de que la vea". También está presente la madre, suegra o algún otro familiar para darle valor a la parturienta y ayudar a la comadrona a mantener vivo el fuego. Todas las comadronas entrevistadas aconsejan la lactancia materna porque "es lo natural y lo que Dios nos dejó".

Todas las comadronas creen que existen prácticas que estimulan la lactancia materna, tales como los baños de vapor en el chuj, porque "el cuerpo caliente de la mujer produce más", y al salir del baño y con sed, ingiere más atol de maíz quebrado al que le atribuyen efectos galactógenos. El mismo resultado da el untar la espalda con un poco de sal de mesa. Durante el embarazo y el puerperio, no se permite a la mujer comer comidas frías y ciertas carnes.

CONCLUSIONES

Guatemala es un país con cultura de amamantamiento bien arraigada, el 99% de las madres la inicia o practica en algún momento. La práctica de la lactancia prolongada es también común y se prolonga tanto al año (67%) como a los dos años (37,5%).

Solamente el 20% de los nacimientos ocurren en instituciones de salud, el 80% nace en el hogar. Gracias al trabajo de la CONAPLAM, que trabaja a nivel nacional, se han logrado modificar las prácticas hospitalarias en los servicios del Ministerio de Salud y en el Seguro Social.

La práctica hospitalaria del alojamiento conjunto se ha incrementado 7 veces en un período de 5 años y es actualmente una práctica común en todas las maternidades del Ministerio de Salud y del Seguro Social; falta aún mejorar la práctica de apego inmediato, en algunos casos debido más al área física que a la actitud del personal.

Las prácticas de lactancia exclusiva en el hospital también se han incrementado; en el Ministerio de Salud (74%) y en el Seguro Social (84%). Sin embargo, en los servicios de atención privada del parto (10%), la lactancia exclusiva se practica solamente en el 22% de los casos. La prevalencia de lactancia exclusiva a los 4 meses a nivel nacional es de 22,4%, con variación notable en los diferentes tipos de población; en la urbana es de 16% y en la rural de 39%.

También hay grandes diferencias en el uso de fórmulas lácteas, ya que más del 60% de la población urbana de altos ingresos las introducen en el segundo mes de edad; en la población urbano marginal, el 21% la utilizan a los tres meses de edad y, en las poblaciones rurales prácticamente no se utilizan. Sin embargo, el uso de biberón es una práctica común para suministrar líquidos al niño menor de 12 meses: en la población urbana 96%, en la urbana marginal 87%, en la rural ladina 72% y en la rural indígena 64%. La población urbano marginal introduce alimentos complementarios más tempranamente, la población rural indígena lo hace tardíamente y la población urbana de altos ingresos introduce fórmulas y alimentos a partir del 4o. mes. Los alimentos que se utilizan comúnmente son de bajo valor nutritivo (caldos, café, fideos).

RECOMENDACIONES

Reforzar la importancia de la práctica de la lactancia materna exclusiva dentro de los programas educativos dirigidos a las diferentes niveles.

Divulgar, por todos los medios y a todos los niveles, los efectos del uso biberón en la salud del niño.

Reforzar los programas educativos sobre el proceso de la lactancia exclusiva y la introducción de alimentos a partir del 6o. mes, así como sobre el consumo de alimentos de valor nutritivo adecuado, de acuerdo a la disponibilidad local.

Encaminar los esfuerzos educativos hacia el personal comunitario: comadronas, promotores y estructuras de salud del primer nivel de atención.

SECCION II: ANALISIS DE POLITICAS, PROGRAMAS Y ACTIVIDADES COMERCIALES QUE AFECTAN LAS PRACTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA

AREA 3. ANALISIS DE POLITICAS, PROGRAMAS Y ACTIVIDADES COMERCIALES QUE AFECTAN LAS PRACTICAS DE LACTANCIA MATERNA

A. Políticas de Lactancia Materna

En el componente de Desarrollo Humano, Infancia y Juventud (SEGEPLAN,92) del Plan de Acción de Desarrollo Social 1992-2000, se destaca que las medidas sociales del gobierno se enfocarán primordialmente a la población que vive en las áreas con los indicadores sociales más críticos y los grupos demográficos más vulnerables. Estos son los niños menores de 5 años y mujeres lactantes o embarazadas. Dentro de los objetivos, políticas, acciones y metas prioritarias para los períodos 92-96 y 97-2000, en el componente salud se destacan las siguientes acciones:

- * Promover la organización y participación comunitaria para el control prenatal, la atención del parto y del recién nacido y la lactancia materna...
- * Fomentar programas de educación en salud materno-infantil y salud alimentaria-nutricional por los medios de comunicación social.
- * Incrementar las asignaciones presupuestarias en el sector salud, dando prioridad al área preventiva y a la salud materno infantil.

Entre las metas están:

- * Institucionalizar el control periódico del crecimiento y el desarrollo del niño de 0 a 5 años, con una cobertura del 20% en el primer año, el 90% a 1996 y 100% al año 2000.
- * Controlar periódica y oportunamente el 60% de los embarazos en 1996 y el 75% en el año 2000.
- * Detectar el riesgo de bajo peso al nacer y ofrecer alimentación complementaria al 30% de las mujeres embarazadas en el año 1996 y 50% en el año 2000.

El componente de alimentación y nutrición, incluye la política de impulsar con más intensidad el programa de Lactancia Materna y protección al amamantamiento del niño. Entre las acciones están la promoción de la complementación nutricional del niño amamantado a partir de los 6 meses y hasta los 2 años y la protección de los derechos de amamantamiento de las madres

trabajadoras y las facilidades para llevarlo a la práctica durante por lo menos los primeros 10 meses. Algunas de sus metas son aumentar el nivel de lactancia al 80% en el área urbana, fomentar las prácticas adecuadas para el destete en un 100% en el año 2000, y proporcionar educación nutricional al 100% de las madres lactantes para que adopten la alimentación complementaria desde los 6 meses hasta los 2 años.

Dentro del componente de fortalecimiento de la función de la familia, se contempla la política de fortalecer al grupo familiar para que vele por la salud y la nutrición de sus miembros, con énfasis en los niños. Entre las acciones se propone analizar y proponer cambios a las leyes relacionadas con la protección de la familia, la mujer y los niños.

El componente de promoción de la mujer en la política, en referencia a la calidad de vida de la mujer, señala que en el área de nutrición se desarrollarán programas de educación a la mujer y a la familia, sobre la importancia de la nutrición de la adolescente, la mujer gestante y la lactante.

La política del sector salud es compatible con las recomendaciones internacionales relacionadas con la lactancia materna. Estas se han manifestado por medio de circulares del Ministro de Salud a las áreas operativas, los contenidos del Plan Nacional Materno-infantil 1992-96 y la emisión en 1988 de las Normas Básicas para la Promoción de la Lactancia Materna. Estas últimas conforman la política operativa a nivel nacional, tanto para el Ministerio de Salud como para el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Las normas contemplan todas las acciones de los "Diez Pasos Para una Lactancia Materna Feliz", recomendados por la OMS/UNICEF, 1989, en su Declaración Conjunta sobre el papel de las maternidades en la promoción, fomento y protección de la lactancia materna.

En el plan de capacitación para el personal de salud sobre el control de las enfermedades diarreicas, vigente para 1992, se contempla la prevención de la diarrea, en primer lugar mediante la práctica de la lactancia materna; prevención de la deshidratación y continuación de la lactancia materna durante la diarrea; y prevención de la desnutrición mediante la lactancia materna y la introducción oportuna de alimentos. Para el desarrollo del componente de lactancia se toman como base las Normas Básicas para la Promoción de la Lactancia Materna.

No existe una política explícita específica para madres con VIH positivo. La CONAPLAM está utilizando las recomendaciones de la última reunión de consenso sobre lactancia materna y SIDA de OMS/UNICEF, en mayo de 1992. Estas recomendaciones se han compartido recientemente con CONAVSIDA (Comisión Nacional de Vigilancia del SIDA) y muy pronto se emitirá una Política Nacional sobre Lactancia para madres con SIDA. Se ha solicitado a los lactarios de leche humana que funcionan en el país que se eviten las donaciones cruzadas de leche cuando no se tenga la certeza de que la donante no es VIH positiva.

En los programas de planificación familiar, las normas básicas de promoción de la lactancia materna (componente de parto y puerperio) contemplan no recomendar anticonceptivos hormonales durante los primeros seis meses de vida del niño.

Aún no se ha diseñado un sistema nacional de información, para demostrar los beneficios de la lactancia materna; estos se han demostrado a través de numerosos estudios realizados en diferentes países y por diferentes instituciones. También se han divulgado los resultados de estudios a pequeña escala realizados en el país, en los cuales se ha demostrado disminución en el tiempo de hospitalización en recién nacidos de alto riesgo, como resultado de la práctica de la lactancia materna.

Hasta la fecha se han realizado las siguientes investigaciones que han aportado datos para medir el impacto de los programas:

1. Encuesta Nacional Sociodemográfica de 1986/87
2. Nivel de Cumplimiento de las Normas Básicas en la Promoción de la Lactancia Materna en las Maternidades de Guatemala y su Relación con los Diez Pasos Hacia una Feliz Lactancia Natural.
3. Multiplicación de Grupos de Apoyo en Guatemala, 1991
4. Lactancia Materna en Guatemala, Una Feliz Experiencia, 1991
5. Tendencias de la Lactancia Materna en Guatemala, 1991

El INCAP ha efectuado en Guatemala diferentes estudios relacionados con lactancia materna, así como algunas publicaciones en revistas nacionales y trabajos de tesis de grado de médicos (ver anexo II). En 1991 la CONAPLAM recibió una donación del Centro de Control de Enfermedades Diarréicas, de la OMS Ginebra, para realizar tres de estas investigaciones y una donación de la UNICEF para el estudio de Tendencias de la Lactancia Materna en Guatemala. La CONAPLAM no tiene un rubro de presupuesto específico para investigación.

Valor económico de la lactancia materna

En Octubre de 1991, el Dr. José O. Mora de LAC HNS, efectuó en Guatemala una prueba de la **Guía Para la Evaluación del Valor Económico de la Lactancia Materna**, la cual permitió establecer el impacto económico de las prácticas inadecuadas de lactancia materna. El costo para el sector salud resultante del exceso de morbilidad asociado con la corta duración de la lactancia materna exclusiva asciende a US\$19 millones, lo cual representa cerca del 9% del presupuesto total de salud y un 19% de los gastos de funcionamiento.

Las estimaciones de los costos asociados con el uso de sustitutos de la leche materna se hicieron con base en la fórmula infantil necesaria para alimentar a un niño de 3 meses de edad (el promedio del grupo de 0 a 6 meses). El costo del total de fórmula recomendado por los fabricantes para un niño de 3 meses de edad representa el 74% del salario mínimo recientemente

ajustado (Q. 348. o EU\$69,60) para los trabajadores urbanos. En este estimativo no se incluyen los costos de biberones y mamaderas, combustible para hervir el agua para esterilizarlos, ni los del transporte y el tiempo que pasa la madre comprando y preparando las fórmulas. Si se usan las recomendaciones internacionales de consumo de 110 calorías y 2,5 gramos de proteína por kilo de peso corporal, en vez de las recomendaciones de los fabricantes, el costo representa alrededor del 45% del salario mínimo ajustado para los trabajadores urbanos.

Coordinación de la política Nacional de Lactancia Materna

En 1979 se estableció en Guatemala la CONAPLAM (Comisión Nacional de Promoción de la Lactancia Materna), y se oficializó en abril de 1981 mediante la emisión del Acuerdo Gubernativo SP-G- 28-81. Las responsabilidades de la CONAPLAM son:

- a) Mantener al día un diagnóstico sobre la situación de la lactancia materna en el país, con base en la información disponible y en nuevas investigaciones y estudios que se realicen.
- b) Definir los lineamientos generales o metas a corto, mediano y largo plazo para la promoción de la lactancia materna.
- c) Proponer proyectos o iniciativas tendientes a fomentar la lactancia materna y darle el necesario apoyo y protección.
- d) Asignar responsabilidades a los diferentes sectores relacionados con la lactancia materna y coordinar actividades.

La comisión es una institución multisectorial e interinstitucional constituida por la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia de la República, los Ministerios de Salud, Trabajo, Educación, Agricultura, Economía (SEGEPLAM), la Liga de la Leche Materna, las Asociaciones Profesionales (Asociación de Pediatría, Asociación de Ginecología y Obstetricia, y Colegio Médico), el sector privado y los Organismos Internacionales (OPS/OMS, UNICEF, INCAP, LLL).

De acuerdo con el artículo 6o., la comisión podrá solicitar asesoría permanente o de carácter transitorio del UNICEF, de la OMS/OPS, del INCAP, de la Liga de la Leche y de otros organismos vinculados e interesados en la lactancia materna. El artículo 7o. establece que todas las dependencias institucionales públicas o privadas deberán prestar la cooperación que la Comisión les solicite para el cumplimiento de su misión.

La CONAPLAM cuenta con un equipo de técnicos especializados en diversas áreas relacionadas con la lactancia, quienes se encargan de incorporar los aspectos técnicos específicos de la lactancia en la elaboración y cumplimiento de las políticas nacionales. Por ejemplo, se encarga de la elaboración de propuestas de leyes, normas y/o reglamentos para ser discutidas en el Ministerio o institución específica responsable, y de aportar los fundamentos teóricos o prácticos

necesarios para lograr su aprobación; posteriormente desarrolla las actividades de capacitación específica en los diferentes niveles.

El enfoque de la CONAPLAM es multisectorial e integral y cubre campos tan variados como salud, trabajo, economía, educación, planificación, etc. Existen diversas actividades de vigilancia, evaluación y seguimiento de las actividades propuestas como responsabilidad de cada una de los distintos sectores y se aplican instrumentos para evaluar actividades, tales como el cumplimiento de las normas en las maternidades, el funcionamiento de los lactarios de leche humana y el funcionamiento de los centros de apoyo a la lactancia para las madres trabajadoras.

Ejecución de política

La CONAPLAM es una institución técnico-normativa de nivel nacional encargada de capacitar a equipos multiplicadores de las distintas instituciones miembros y de ONG'S que se encargan de la ejecución de los programas y acciones específicas en todo el país. El plan de trabajo de la CONAPLAM se elabora con base en las propuestas y necesidades de cada una de las instituciones miembros. Incluye la formulación de prioridades nacionales y la consideración de recomendaciones internacionales de la OMS y/o UNICEF, y las provenientes de otras reuniones o compromisos internacionales del gobierno.

Las normas de promoción y los folletos educativos de apoyo que se utilizan en todos los servicios de maternidad del sector público son diseñados y reproducidos por la CONAPLAM. Se tienen reuniones con las autoridades de las instituciones participantes, quienes convocan al personal de las áreas operativas para darle orientación específica, haciendo entrega de los manuales, lineamientos y/o recomendaciones. En el sector privado ha sido difícil la ejecución de las políticas y/o normas; hasta ahora no se han incorporado las normas básicas para la promoción de la lactancia materna, porque las instituciones privadas no trabajan con normas generales, sino según el criterio del médico tratante.

Se ha logrado buena coordinación con los organismos donantes (OPS, UNICEF e INCAP). La gran mayoría de las actividades de promoción de la lactancia son financiadas por UNICEF y en menor proporción por OPS e INCAP.

Las Asociaciones Nacionales de Pediatría y Obstetricia, y el Colegio Médico de Guatemala son parte integrante de CONAPLAM y han participado en actividades específicas de promoción de la lactancia, conferencias en eventos científicos, circulares a sus asociados o colegiados y mensajes por los medios de comunicación social. El sector privado ha apoyado también actividades de promoción de la lactancia, especialmente a través de los medios de comunicación social: prensa, radio y televisión. También han colaborado empresas particulares que han financiado la reproducción de materiales educativos y la colocación de vallas publicitarias en las carreteras y en la ciudad. Los grupos de consumidores no han participado en las actividades de la CONAPLAM. Los grupos religiosos, tanto católicos como evangélicos, sí han participado activamente, colaborando en la filmación de mensajes para campañas nacionales de promoción y enviando mensajes a sus feligreses; también ha capacitado a sus promotores sobre los métodos

naturales de la planificación familiar y sobre las prácticas ideales para aplicar el método de amenorrea por lactancia materna (MELA).

B. Políticas nacionales sobre comercialización y promoción de sustitutos de la leche materna y alimentos para niños

Con el apoyo financiero de OMS, en 1991 se realizó el estudio sobre las Medidas Adoptadas para Poner en Práctica los Objetivos y Principio del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Las conclusiones más importantes de este estudio son las siguientes:

a. Comparación de la Ley Guatemalteca con el Código Internacional

Guatemala adoptó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en junio de 1983 mediante la emisión del Decreto Ley No. 66-83, el cual incluye casi la totalidad del Código Internacional con excepción de la 2a. parte del artículo 8.

Además se emitió un reglamento de aplicación de dicha ley en septiembre de 1987, mediante el Acuerdo Gubernativo No. 841-87, en donde se amplían algunos aspectos de los contemplados en el Código Internacional. Por ejemplo, el reglamento establece que:

- Están sujetas a las disposiciones de la Ley las personas individuales y jurídicas.
- En todo lo relacionado a propaganda, promoción, material informativo, etc. de sustitutos de la leche materna, las restricciones cubren hasta los dos años de edad del niño.
- Únicamente al personal de salud le está permitido hacer demostraciones del uso de sucedáneos y únicamente a las madres o a las familias de quienes necesitan utilizarlos.
- En el etiquetado de estos productos se debe mencionar la superioridad de la leche materna en letra no menor de 5 mm.

b. Vigilancia, evaluación y promoción del cumplimiento

A través de los años desde que Guatemala adoptó el Código se ha aprendido que no es suficiente que los países adopten el Código Internacional como ley; es necesario, además, contar con el apoyo político de las autoridades y con un ente legal que vigile el cumplimiento de la ley. Es evidente que para garantizar el cumplimiento adecuado del

Código es necesario ejecutar actividades de vigilancia periódica de todos los aspectos que contemplan la aplicación de medidas legales a los que las incumplan.

Desde mayo de 1991 hay un cargo de tiempo completo en el Ministerio de Salud para educar, motivar y vigilar a la industria y al Sistema Nacional de Salud en lo concerniente a sus responsabilidades en relación con el Código o Ley Nacional, y para detectar violaciones y garantizar el cumplimiento de la ley. Este cargo está financiado por la UNICEF, a través de la CONAPLAM.

Se han encontrado violaciones al Código por parte de los distribuidores locales y productores de sucedáneos de la leche materna. Estas incluyen:

- Cuatro empresas distribuyen muestras gratuitas de fórmulas y cereales en clínicas y sanatorios privados.**
- Algunas compañías multinacionales donan regularmente fórmulas a servicios privados de maternidad.**
- El material informativo que distribuyen al personal de salud, no se limita a los aspectos científicos, y que directa o indirectamente fomenta el uso de los productos. El 60% del material revisado no menciona aún los riesgos de la alimentación artificial.**
- Ninguno de los distribuidores o fabricantes de fórmulas infantiles, cumple con lo establecido en la ley sobre autorización específica para la producción y distribución de los materiales informativos.**

Se considera que los logros alcanzados, tanto en la promoción de la lactancia materna como en el cumplimiento del Código/Ley, se deben a la estructura multisectorial e interinstitucional en que se ha trabajado a través de la CONAPLAM.

c. Etiquetado de sustitutos de la Leche Materna y productos afines

Se analizaron las etiquetas de todos los productos sustitutos de la leche materna disponibles en Guatemala. Se hicieron las siguientes observaciones:

- Ninguna de las compañías está usando las expresiones "Leche Humanizada" o "Leche Maternizada" en las etiquetas de las fórmulas.**
- El 80% de las etiquetas analizadas llena los requisitos del reglamento y de la ley, con dos excepciones: en algunos casos el tamaño de la letra del aviso de la superioridad de la leche materna es inferior a 5 mm, y algunos productos tienen biberones en su etiqueta.**

- Ninguna de las etiquetas de los productos no lácteos (maizenas, harinas, jugos, tés, mezclas de carnes, verduras, frutas y compotas) especifica a qué edad deben introducirse en la alimentación del niño.
- Las etiquetas de algunos productos de maizena disponibles y comúnmente utilizados como sustitutos de la leche materna en todo el país, indican verbal o gráficamente que deben administrarse con biberón.

d. Propaganda directa al consumidor a través de los medios masivos de comunicación social

Durante la revisión y evaluación se hizo una vigilancia profesional de los medios nacionales de comunicación social (televisión, radio, prensa). Fue evidente que el Código/Ley ha tenido un efecto positivo en restringir la promoción directa de sustitutos de la leche materna y productos afines al consumidor a través de los medios de comunicación social, ya que no se detectaron anuncios de productos afines al código. La única excepción fue un suplemento de un periódico en el que se encontró un cereal infantil y algunos mamones de oferta en una tienda específica. Los anuncios de estos productos eran comunes antes de la adopción de la Ley. Sin embargo, es preocupante la profusión de anuncios de fórmulas infantiles, cereales infantiles, comida preparada para bebés, pachas o biberones, mamones y otros productos afines al código/Ley, a través de la televisión por cable y también en revistas internacionales, periódicos y revistas profesionales que no están bajo la presión del cumplimiento de la ley y que no pueden ser controlados en Guatemala.

e. Revisión de literatura de la industria

Durante la revisión y evaluación se recopilaron y analizaron sistemáticamente algunos ejemplos de literatura de la industria sobre la alimentación infantil (panfletos, volantes, afiches) dirigidos a profesionales y consumidores. En este aspecto se identificó lo siguiente:

La literatura de la industria para el personal médico no se limita a dar información científica, en muchos casos, directa o indirectamente estimula el uso de sustitutos de la leche materna. Algunas compañías aseguran en su literatura que su producto es equivalente en calidad a la leche materna en calidad; el 60% de la literatura analizada no menciona los riesgos y complicaciones asociadas con la alimentación al biberón; sólo el 24% mencionó los beneficios de la lactancia materna, pero brevemente y en una forma no muy motivadora; el 69% de la literatura se refería a una marca en particular de fórmulas o alimentos infantiles; sólo el 31% menciona los riesgos sociales y económicos asociados con el uso de sustitutos de la leche materna y sólo el 40% menciona los riesgos para la salud asociados con el uso de los sustitutos de la leche materna. La información sobre alimentación artificial y productos afines al código en revistas profesionales

publicadas internacionalmente y disponibles en Guatemala es claramente publicitaria y no se limita a ofrecer una información científica como lo establece la ley nacional.

f. Productos y distribuidores

En Guatemala, todas las fórmulas infantiles son importadas, ya que ni las compañías nacionales ni las multinacionales las producen localmente. La mayoría de mamones y biberones y casi todos los alimentos infantiles no lácteos, también son importados. Una variedad grande de cereales infantiles, productos fortificados (Incaparina), maizenas y un té recomendado para niños menores de dos años, se producen localmente y se distribuyen en todo el país. A través de entrevistas estructuradas con representantes de la mayoría de los productores y distribuidores de productos afines al Código/Ley, se encontró lo siguiente:

El 71 % de las compañías productoras y distribuidoras estudiadas tienen conocimiento del Código Internacional. El 29% de compañías estudiadas que no conocía el Código, creían que no los afectaba ya que sus productos son harinas, maizena, jugos, mamones y biberones. La totalidad de las empresas investigadas afirmaron no dar muestras gratuitas al personal de salud; sin embargo, en clínicas y sanatorios se encontraron muestras gratis de tamaño reducido de 3 fórmulas y marcas de cereales.

g. Puntos de venta de sustitutos de la leche materna y productos afines

Se llevó a cabo una serie de entrevistas estructuradas y observaciones sobre la promoción y mercadeo de fórmulas infantiles y otros productos para la alimentación infantil en farmacias, supermercados y tiendas de mercados y se encontró lo siguiente:

En todos los puntos de venta las leches enteras en polvo, las fórmulas infantiles, los polvos de glucosa y otros complementos nutricionales (como el Sustagen), se exhiben conjuntamente. Este es un serio problema, especialmente para consumidores analfabetas o semi analfabetas. Algunos fabricantes de leches enteras en polvo están produciendo latas de una libra que cuestan mucho menos que una lata de fórmula infantil. Esto se ha visto como una forma indirecta de estimular el consumo de la leche entera por ser menos costosa que la fórmula infantil, especialmente por consumidores que no pueden leer las etiquetas. Casi la mitad de los vendedores que se entrevistaron aseguraron que los consumidores compran leches enteras para los bebés menores de seis meses. Aproximadamente el 15% de estos vendedores están utilizando alguna forma de promoción de alimentos infantiles no lácteos por medio de rótulos de las góndolas proporcionadas por los fabricantes. Sin embargo, ninguno de estos vendedores ha recibido entrenamiento específico sobre cómo promover estos productos. Ninguno afirmó estar recibiendo incentivos para vender sus productos. Los vendedores afirmaron que la confianza en el representante de la compañía de un determinado producto es el factor más importante para recomendarlo cuando se les pide opinión. Más de la mitad de los entrevistados, reciben visitas de las industrias 1 o 2 veces al mes.

h. El Ministerio de Salud y el Sistema del Seguro Social

El componente de lactancia materna se ha integrado al Programa Nacional de Salud Maternoinfantil y aparece como un elemento dentro del plan quinquenal 1991-1995. El Ministerio de Salud está ahora más consciente de su responsabilidad de vigilar el cumplimiento del Código/Ley en la industria y el sistema de salud. Tanto el Ministerio de Salud como el Seguro Social adoptaron en 1988 las Normas Básicas de Promoción de la Lactancia Materna para la atención prenatal, del parto y del puerperio (madre y niño) y durante los dos primeros años de vida del niño. Estas normas se elaboran conjuntamente con la CONAPLAM y promueven la lactancia materna inmediatamente después del parto, facilitan el alojamiento conjunto, desestimulan el uso de suplementos, prohíben la exhibición o distribución de propaganda de cualquier clase de sucedáneos de la leche materna, apoyan la lactancia exclusiva y reflejan los objetivos y principios del Código Internacional. Sin embargo, el Ministerio de Salud no ha vigilado efectivamente el cumplimiento de estas normas por parte del sistema de salud privado.

i. Hospitales públicos, clínicas y maternidades privadas

En todos los 28 hospitales nacionales (públicos) se practica el alojamiento conjunto, excepto cuando se requiere un cuidado especial para la madre o el bebé. Esta práctica contribuye sustancialmente a la promoción de la lactancia exclusiva. En 13 de los 14 hospitales del Seguro Social (IGSS) que tienen servicios de maternidad, el alojamiento conjunto es una norma (la excepción es la unidad de Sacatepequez que tiene el servicio contratado con un sanatorio privado). El sistema del Seguro Social tiene regulaciones sobre las circunstancias en las cuales se puede utilizar o donar a la madre fórmulas infantiles. Las pequeñas cantidades de fórmula que se necesitan para llenar esta necesidad siempre se compran y no se aceptan las donaciones de las empresas. En el país funcionan 21 lactarios de leche materna en hospitales nacionales y del Seguro Social, destinados a niños de alto riesgo; las cantidades de fórmula que se compran son mínimas. En los Hospitales Privados (grandes y pequeños) hay diversas de formas de manejo de los recién nacidos y sus madres, quedando a criterio del médico tratante fomentar o no la lactancia materna y el uso de productos glucosados y fórmulas. El alojamiento conjunto no es una práctica común en los hospitales privados, en los cuales no hay lactarios de leche humana.

j. Grupos focales y entrevistas con madres

Como parte de la revisión y evaluación, se llevó a cabo una serie de grupos focales y entrevistas con madres de bebés y niños en las áreas urbana y periurbana. Algunos de los hallazgos más importantes son:

La mayoría de las madres entrevistadas conoce los beneficios de la lactancia materna, aunque no la practica en forma exclusiva, ya que agregan otros líquidos tempranamente. La mayoría de las madres entrevistadas no maneja el concepto de lactancia exclusiva y tiene muy arraigada la costumbre de dar líquidos tempranamente, lo cual dificulta el trabajo de promoción. El 32% de las madres entrevistadas introducen líquidos al mes de edad, el 50% dan otros líquidos o alimentos antes del cuarto mes y sólo el 76% ofrece otros alimentos a los 7-9 meses de edad. La introducción tardía de alimentos complementarios es otro problema serio. Las madres opinan que la decisión de amamantar o dar fórmula está influenciada por consejos de familiares o amigos y profesionales de salud, pero y no por los medios de comunicación social. En los grupos focales, las madres identificaron a las farmacias como el principal lugar en donde obtienen las fórmulas infantiles. Algunas de las madres entrevistadas en el área urbana indican que las fórmulas infantiles son ventajosas para la madre que trabaja.

k. Grupos focales y entrevistas con comadronas tradicionales

Entre el 75% y el 80% de los nacimientos son atendidos por comadronas que recomiendan la lactancia materna, pero también recomiendan agua hervida, maizena y agua de cebada antes de los 6 meses de edad. Ellas juegan un papel muy importante en la atención de salud de la población rural. Ninguna de las comadronas que fueron entrevistadas ha recomendado el uso de fórmulas infantiles y ninguna ha sido visitada por representantes de la industria.

l. Importación de sustitutos de la leche materna, biberones y mamones

Las cifras más recientes de importación de sustitutos de la leche materna (1983-1987), reflejan una disminución desde que el Código Internacional fue adoptado como Ley en 1983. Desafortunadamente, no se dispone aún de cifras comparativas para los años siguientes. Hay preocupación de que, debido a la falta de un sistema de vigilancia, evaluación y promoción del cumplimiento del Código/Ley, esa disminución no se haya mantenido en los siguientes tres años. Las entrevistas con los mayores distribuidores de biberones y mamones en Guatemala revelaron que la venta de estos artículos ha ido en crecimiento durante los últimos años. Una empresa representativa calculó que vendió casi medio millón de biberones en 1990.

Los hallazgos de esta investigación se utilizaron por la División de Registro y Control de Alimentos y Medicamentos, encargada de la vigilancia del cumplimiento del código, para tomar las medidas correctivas específicas.

C. Trabajo de la mujer

1. *Descripción del trabajo de las mujeres*

De la población en edad de trabajar, que en Guatemala está constituida por las personas de 10 o más años de edad, la mujer representaba el 50,4% en 1986/87 y el 51,2% en 1989, según información del INE. Sin embargo, de cada cuatro mujeres en edad de trabajar sólo una era económicamente activa (PEA), es decir que estaba ocupada o buscaba ocupación activamente. En términos relativos, a nivel nacional, la participación de la mujer en la PEA resulta ser del 24% y la del hombre del 76%. Las tasas de desocupación abierta y de subempleo son más altas en la mujer que en el hombre. La baja participación de la mujer en la actividad económica del país obedece a factores socio-culturales discriminatorios, subregistro de su participación y menor educación femenina.

a. Trabajo de la mujer urbana

No existe información estadística oficial sobre la incorporación de la mujer al empleo urbano. La Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) llevó a cabo una encuesta de empleo a mediados de 1989 con los siguientes resultados:

Del total de personas ocupadas en la Ciudad de Guatemala, el 37% eran mujeres y el 63% eran hombres. El sector formal absorbía el 60,7% de las personas ocupadas, el sector informal el 33%, las empleadas domésticas el 4,2% y otras categorías el 2,1%. El 67% de los hombres trabajan en el sector formal en comparación con el 50% de las mujeres. En el sector informal se registra un 30,5% de ocupación masculina y 37,2% de femenina. Las mujeres trabajan especialmente en categorías de ocupación que representan una prolongación de la actividad doméstica y que carecen de oportunidad de progresos. La mayor incorporación de la mujer al sector informal refleja que la estructura productora formal del país no tiene capacidad para absorber plenamente la fuerza de trabajo femenina y que, además, la discrimina por su condición de género. El sector informal se caracteriza por una situación de inseguridad laboral, improductividad del trabajo, extensas jornadas, escasa rentabilidad y ausencia de una regulación que favorezca la obtención de prestaciones sociales.

La ocupación de la mujer se concentra fundamentalmente en tres ramas de actividad económica: industria manufacturera (22,5%), comercio, hoteles y restaurantes (34,2%) y servicios sociales, comunales y personales (35,8%). La discriminación por género se manifiesta en la baja remuneración; a medida que aumenta la categoría de ingreso, la participación de la mujer disminuye. Por otra parte, la mujer debe asumir una doble jornada, en el cuidado de los hijos y en el hogar, y contribuye parcial o totalmente al mantenimiento de la familia. El 21,3% de la PEA de mujeres ocupadas es jefe de hogar.

b. El trabajo de la mujer rural

Solamente el 11,7% de la PEA que realizó alguna actividad agropecuaria entre enero y diciembre de 1988 pertenece al sexo femenino; sin embargo, existe un alto subregistro, pues los criterios tradicionales para la medición de la PEA favorecen las categorías de trabajo remunerado y no muestran la multiplicidad de formas que tiene la participación de la mujer en las tareas domésticas y en las actividades productivas. De acuerdo a la categoría ocupacional, el 61,7% de las mujeres trabajan por cuenta propia y en trabajo familiar no remunerado. La categoría más significativa es el trabajo familiar no remunerado, particularmente difícil de verificar y en el que suelen omitirse numerosos casos de actividades agropecuarias femeninas.

La actividad con participación femenina más significativa es la producción de café. La región sur-occidental presenta el mayor número de mujeres ocupadas (30.601) en labores de preparación de tierras, limpieza y corte y en los viveros. La segunda es la producción de granos básicos, en donde predomina la agricultura tradicional de semi-subsistencia y donde la economía de mercado no ha logrado penetrar lo suficiente. Las regiones norte, sur y nor-occidental son las que tienen el mayor número de mujeres ocupadas en esta actividad, especialmente mujeres y niñas indígenas. La tercera actividad de importancia comprende principalmente cultivos de pequeña escala y elevado valor comercial, entre los que se encuentran las legumbres, las hortalizas y las frutas. Al visualizar la participación como proceso social integrado, se cuantificó el trabajo doméstico, el reproductivo y el de la producción de cultivos de exportación; se llegó a la conclusión de que el trabajo de la mujer es uno de los mecanismos privilegiados para atenuar los efectos de la crisis económica, pues se comprobó que las mujeres que participan en la agricultura comercial trabajan cuatro horas más al día. A pesar del rol importante que va adquiriendo el trabajo agrícola de la mujer, su remuneración es menor que la del hombre debido al poco reconocimiento y valoración social de su trabajo. En seis proyectos de inversión agrícola financiados por la Corporación Latinoamericana de Desarrollo Agrícola (CLADACA), se encontró que a pesar de que la mujer ocupa puestos de mucha responsabilidad, como el control de calidad, percibe menores salarios que los hombres que realizan actividades como cargar bultos, cultivar y otros. A pesar del reconocimiento de la importancia del control de calidad, todavía esto no ha significado un cambio en la remuneración de la mujer.

2. *Política de trabajo y licencia de maternidad de la mujer y su ejecución*

La base jurídica en la que se enmarca la situación de la mujer guatemalteca es la Constitución Política de la República, promulgada en 1985, que en su artículo 4o consagra el principio de igualdad de los sexos. Otro instrumento fundamental es la "Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación de la mujer", formulada por la Organización de las Naciones Unidas en 1979, aprobada y ratificada por Guatemala. Pese a lo anterior, los códigos civil, laboral y penal, así como las leyes especiales que fueron promulgadas antes de la Constitución y a Convención, no han sufrido las modificaciones necesarias para su adecuación a éstas, por lo cual aún se encuentran contradicciones o vacíos que deben ser enmendados para eliminar prácticas discriminatorias en contra de la mujer. Las leyes vigentes prácticamente

legalizan la explotación de la mujer al fijar jornadas de trabajo más largas y descansos semanales más reducidos, sin cobertura del Seguro Social.

La ley prohíbe despedir a las trabajadoras por el solo motivo del embarazo o la lactancia. Todo despido que de ellas se haga debe ser avisado previamente a la Inspección General de Trabajo en un plazo no mayor de 20 días. **Artículo 102, Inciso K, Constitución Política de la República de Guatemala. Artículo 151, Literal B, Código de Trabajo.** No debe exigirse a las mujeres embarazadas que ejecuten trabajos que requieren un esfuerzo físico que ponga en peligro su embarazo. **Artículo 102, Literal K, Constitución Política de la República de Guatemala. Artículo 151, Literal C, Código de Trabajo.** Toda mujer embarazada debe gozar de un descanso remunerado durante los 30 días anteriores y los 45 días posteriores al parto, recibiendo su salario completo de parte del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, o de su patrono si éste no lo cubriera. La embarazada con riesgo de tener hijos de bajo peso al nacer, tiene derecho al beneficio del complemento nutricional, según normas detalladas en el artículo 2o. del mismo acuerdo. **Artículo 102, Literal K, Constitución Política de Guatemala. Artículo 152 del Código de Trabajo. Acuerdo de Gerencia 3-89, Artículo 1o. Literal a Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.** La ley establece también que toda madre debe disponer de un período de media hora dos veces al día para la lactancia. Durante 10 meses a partir del parto, salvo convenio o costumbres más favorables a la trabajadora.

Las madres en período de lactancia tienen derecho al beneficio del complemento nutricional, por un máximo de 24 meses de vida de su hijo, y los niños hasta los 180 días en casos especiales, de acuerdo con la ley. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social proporcionará un aparato extractor de leche humana a las madres lactantes cubiertas por el programa de protección de enfermedad y maternidad del régimen de seguridad social. **Artículo 102, Literal K, Constitución Política de la República de Guatemala. Acuerdo 3-89, Artículos 1, 2 y 4, Acuerdo 4-89, Artículo 1 del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Artículo 2, Reglamento del goce del período de lactancia. Acuerdo Gubernativo 75-1-73.**

3. *Ambiente de trabajo remunerado (industria)*

La protección a la maternidad comprende los descansos pagados en el pre y post-parto (75 días en total) y una hora diaria de lactancia por espacio de diez meses, a partir del momento del parto, pero este derecho no se utiliza con el fin para el cual fue creado y ha resultado de efecto discriminatorio para la mujer debido a que los empresarios, para no tener que cumplirlo, limitan la contratación de mano de obra femenina. Actualmente se está trabajando en un esfuerzo coordinado para aplicar el Convenio Internacional de Trabajo No. 103, relativo a la Protección de la Maternidad, aprobado por Decreto No. 14-89 del Congreso de la República el 16 de marzo de 1989.

Programas modelos en funcionamiento

En el sector industrial privado, se sabe de un solo caso en que la empresa ofrece prestaciones especiales a la madre lactante. Las madres gozan de 120 días de licencia pre y post-natal y

pueden llevar a sus pequeños hijos a lactar al trabajo. La empresa ofrece charlas periódicas a las madres sobre diversos tópicos relacionados con la lactancia, nutrición y destete.

A instancias de CONAPLAM, en la ciudad de Guatemala funcionan los Centros de Apoyo a la Lactancia Materna para la Madre Trabajadora, bajo dos justificaciones: la importancia de la lactancia materna como el mejor alimento para los niños y el conocimiento de que el trabajo de la madre fuera de la casa es una de las principales causas del destete precoz o de la no iniciación de la lactancia. Un Centro de Apoyo a la Lactancia Materna es un lugar creado en instituciones en donde hay mujeres trabajadoras, para que las que tienen niños en edad de lactancia puedan realizar la extracción de su leche, ya sea manualmente o mediante el uso de un extractor, y continuar alimentando a su bebé con leche humana. Además, se proporciona educación para lograr una lactancia exitosa, orientándola como un derecho fundamental del niño y un derecho de la mujer trabajadora. Los objetivos del centro son garantizar que los hijos de mujeres trabajadoras puedan seguir siendo alimentados con leche humana, intercambiando lactancia directa cuando la madre está en la casa y lactancia indirecta cuando la madre está fuera de ella; facilitar a la mujer trabajadora el proceso de amamantamiento al contar dentro de su lugar de trabajo con un sitio adecuado para poder extraerse la leche; capacitar a las mujeres trabajadoras sobre las técnicas de extracción y manejo de la leche humana y brindar un servicio a las mujeres trabajadoras, en coordinación con los patronos, ya sea el estado o el sector privado, y proporcionarle educación sobre lactancia materna como un derecho laboral.

Cada centro tiene una persona encargada del lavado y esterilización de los tiraleches y del mantenimiento y lavado del área física, utensilios, etc. La misma persona realiza las actividades educativas con las madres en aspectos relacionados con la lactancia materna. Actualmente funcionan en la ciudad de Guatemala 14 centros de apoyo a la madre trabajadora: dos dentro del sistema de la industria de la maquila adscritos a las clínicas médicas (la empresa otorgó la hora de lactancia materna a que tienen derecho las mujeres para que asistan al centro de apoyo a la lactancia materna, media hora en la mañana y media hora en la tarde); uno en las instalaciones de Johnson & Johnson; cuatro en "casas del niño" de la Sociedad Protectora del Niño, utilizados por mujeres que dejan a sus hijos diariamente en el servicio de guardería y tienen locales para ese fin; uno en el edificio municipal, adscrito a la clínica de personal; uno en las oficinas centrales del Seguro Social; dos en las dependencias del Ministerio de Agricultura, la Dirección General de Servicios Agrícolas (DIGESA) y Servicios Pecuarios (DIGESEPE); uno en la Contraloría General de Cuentas Internas, adscrito a la clínica de personal; uno en el Centro Industrial del Ministerio de la Defensa, adscrito a la clínica de personal (en este centro trabajan las mujeres en sistema de maquila); y el último en el Ministerio de Trabajo, en un local especial.

D. Ambiente de trabajo agrícola y otro sector no formal

La mujer y el niño, especialmente en el área rural, son quienes tradicionalmente han recibido menos atención por parte del estado y de la sociedad. Como grupos de gran vulnerabilidad, han tenido que soportar con mayor dureza los efectos de la prolongada crisis y de las medidas de ajuste económico. Son grupos con escasa cobertura de atención materno-infantil, con falta de

oportunidades para la población en general y para la mujer en particular, con largas jornadas de trabajo, con altas tasas de analfabetismo y con secuelas de desnutrición, principalmente del las madres y niños.

Actualmente existen en Guatemala dos programas modelo con esquemas de atención maternoinfantil basados en la comunidad. Ambos programas tienen implicaciones a nivel nacional dentro del sector salud (Seguridad Social y Ministerio de Salud Pública). El primero es el de extensión de cobertura a la costa sur (especialmente en Escuintla, departamento de gran importancia estratégica, económica y agroindustrial), que persigue la atención preventivo-curativa de la población bajo la estrategia de atención primaria de la salud, con tres niveles de atención: comunitaria, de consulta y hospitalaria. El programa se estableció en 1989 y se pretende extenderlo a dos departamentos más de la costa sur (Mazatenango y Retalhuleu). El segundo es el Programa de Atención Primaria de Salud a la población migrante y a su grupo familiar, que provee servicios preventivos y curativos a una población meta de 800.000 personas (trabajadores, mujeres y niños), tanto en sus lugares de origen como en los sitios de trabajo (cultivos de caña, café, algodón, ajonjolí, etc.) en la costa sur occidental. El programa tiene un fuerte contenido de Atención Primaria en Salud Ocupacional, su cobertura es nacional y actualmente está favoreciendo los procesos de integración y coordinación del sector salud (MSPAS-IGSS-Sector Privado), así como la descentralización administrativa. El programa se estableció en 1989 y en la actualidad cubre todos los departamentos de la Región Occidente, Central, Oriente y Sur del país. Los dos programas tienen un componente muy fuerte de atención maternoinfantil, con abordaje de la lactancia materna como el elemento fundamental de la supervivencia infantil.

1. *Sistemas de apoyo para la mujer*

Existen muchos grupos que trabajan en alguna forma con la mujer. En 1989 se publicó un "Directorio de Organizaciones Privadas Voluntarias de Servicio a la Comunidad de Guatemala", de las cuales más de treinta indicaron que estaban trabajando en programas para la mujer o en programas madre/niño. Además, la Liga de la Leche Materna de Guatemala (LLL,G) y la Comisión Nacional para la Promoción de la Lactancia Materna (CONAPLAM) tienen varios años de estar trabajando con diferentes grupos que apoyan a la mujer. (ver ANEXO No. V)

2. *Manejo y apoyo perinatal y permanente a la lactancia materna*

Para mayor claridad en el uso de estos términos se entenderá que la **consejería informal (CI)** implica visitas domiciliarias y contactos informales donde una madre pide consejos; la **presión por parte de grupos de iguales (PGI)** implica grupos de apoyo madre a madre en lactancia materna, y las **reuniones de grupos formales (GF)** incluyen temas de Lactancia Materna en charlas formales. Las organizaciones que apoyan la lactancia materna en forma secundaria tienden a hacerlo por medio de inclusión breve del tema dentro de charlas sobre nutrición o crecimiento y desarrollo en reuniones de grupos formales.

Las siguientes organizaciones incluyen apoyo a la lactancia materna como parte principal de sus programas.

ORGANIZACION	FORMA DE APOYO
Ministerio de Educación	GF
Bienestar Infantil y de la Familia	GF
Ministerio de Trabajo	GF
Hospital Roosevelt, Sala de Recién Nacidos	CI, GF, PGI
IGSS, Programa Maternoinfantil	GF, PGI
APROFAM	GF, CI
CARE	GF, CI
UNICEF	CI, GF, PGI
Ejército de Salvación	CI, GF, PGI
Iglesia de Jesucristo de los Últimos Días	CI, GF, PGI
LLL,G	PGI, CI, GF
CONAPLAM	PGI, CI, GF

3. *Apoyo permanente de las ONG'S a la lactancia materna*

APROFAM presta apoyo a nivel clínico. Su personal de salud que da atención prenatal ha recibido capacitación de parte de LLL,G y está apoyando LA lactancia materna tanto en la capital como en los departamentos.

CARE tiene programas maternoinfantiles y de alimentos en el área rural. Sus extensionistas han recibido capacitación de parte de la LLL,G y promueven la lactancia materna por medio de sus promotores en visitas domiciliarias y charlas a grupos de mujeres.

La **UNICEF** tiene un programa de mujeres voluntarias **REPROINSAS** (Representantes del Programa Integrado de Salud, PIS) que han sido capacitadas en lactancia materna por la LLL,G.

El **EJERCITO DE SALVACION** ha recibido capacitación en lactancia materna y formación de grupos de apoyo por parte de la LLL,G.

La **IGLESIA DE JESUCRISTO DE LOS SANTOS DE LOS ULTIMOS DIAS** ha recibido capacitación de LLL,G para monitoras en lactancia materna y formación de grupos de apoyo.

La **LLL,G** trabaja a varios niveles. Su enfoque principal son los grupos de apoyo madre a madre. Actualmente hay dos grupos de apoyo en el área urbana y 20 en el área peri-urbana. También da asistencia técnica a otras organizaciones y a profesionales de la salud. Hay una consejera que trabaja en el Hospital Roosevelt apoyando la lactancia materna, capacitando al personal y dirigiendo los grupos de apoyo a la lactancia materna. Además, las consejeras de la LLL,G están disponibles para consultas telefónicas y visitas domiciliarias o al hospital cuando sea necesario para apoyar a las madres.

CONAPLAM, es una organización multisectorial que está encargada de velar por la promoción y protección de la lactancia materna en todo el país. Tiene varios técnicos que trabajan en diferentes áreas relacionadas con la lactancia materna y lleva a cabo campañas de promoción por los medios de comunicación social. En el último año la CONAPLAM ha trabajado en la capacitación de personal hospitalario para la formación de grupos de apoyo a madres embarazadas y lactantes. Cuenta con un técnico encargado de capacitación para organizaciones que apoyan a la madre trabajadora. También vela por el cumplimiento de las normas nacionales de lactancia materna y del código de comercialización, y atiende consultas individuales sobre problemas de lactancia materna.

4. *Apoyo permanente del sistema de salud formal a la lactancia materna*

El mayor compromiso del sistema de salud formal es el de hacer cumplir las normas nacionales sobre la protección y promoción de la lactancia materna.

5. *Capacitación para la red de apoyo a la lactancia materna*

La capacitación que reciben las comadronas con respecto a la lactancia materna suele ser a través de las prácticas tradicionales y de la observación. Se estima que hay aproximadamente 20.000 comadronas tradicionales, quienes prestan atención del parto en cuatro de cada cinco nacimientos en el país. De ellas, cerca del 60% están capacitadas para apoyar y dar asistencia a la madre con la lactancia materna después del parto y en los primeros días.

El MSPAS ha desarrollado un Módulo Integrado de Supervivencia Infantil (1989) para supervisores y ejecutores de las acciones de supervivencia infantil con el fin de mejorar su calidad. En la parte sobre control del puerperio se discute el tema de la lactancia materna. El INCAP ha desarrollado un curso a distancia dirigido a proveedores de salud sobre "Nutrición en el Embarazo y la Lactancia".

La CONAPLAM realiza seminarios de promoción y concientización, así como cursos de capacitación a personal de salud, quienes en su mayoría se convierten en agentes multiplicadores. Los objetivos básicos de estos seminarios y cursos son:

- Divulgar la importancia y las ventajas de la lactancia materna
- Concientizar a las personas sobre la importancia de la lactancia materna
- Comprometer a los participantes a realizar programas sobre lactancia materna y alimentación del niño durante el primer año de la vida
- Dar a conocer las actividades que se realizan en pro de la lactancia materna en diferentes centros hospitalarios de la república
- Capacitar a estudiantes de enfermería y educadores del hogar en el manejo práctico de la lactancia materna
- Capacitar agentes multiplicadores y madres trabajadoras en la formación de centros de apoyo, en el manejo de lactarios de extracción de leche materna y en los derechos laborales de la madre trabajadora

- Unificar criterios sobre la lactancia materna con los equipos técnicos de los hospitales.
- Capacitar a los equipos técnicos de los hospitales (con la asistencia técnica de la LLL,G) en la formación de monitoras en lactancia materna, quienes son las responsables de dirigir a los grupos de apoyo.

La LLL,G y CONAPLAM también han capacitado técnicos de los hospitales del IGSS, para la formación de monitoras en lactancia materna y grupos de apoyo. La LLL,G capacita madres de las comunidades periurbanas como monitoras en lactancia materna, con el propósito de que ellas dirijan posteriormente los grupos de apoyo para las mujeres embarazadas y madres que amamantan en sus propias comunidades. Este curso de capacitación tiene una duración de 20 horas y en él se utiliza una metodología participativa en grupos pequeños de 12 a 15 personas.

6. *Grupos formales de apoyo a las madres lactantes*

Los grupos de apoyo son grupos de mujeres interesadas en dar pecho (generalmente mujeres embarazadas y madres que amamantan), que se reúnen regularmente con el fin de recibir información apropiada, compartir experiencias, darse apoyo una a otra y reflexionar sobre la lactancia materna. Dentro del grupo de apoyo existe un ambiente especial, en donde las mujeres no sólo reciben apoyo sino cariño, respeto, consejos, atención, agradecimiento y respaldo. La metodología es completamente participativa. Este ambiente permite que se sientan cómodas y seguras y puedan reflexionar sobre sus experiencias, dudas, pensamientos, información y manejo de creencias populares. Se espera que las madres obtengan los conocimientos y la confianza necesaria para decidir qué es lo mejor que deben hacer, ya sea reforzando o modificando sus prácticas y actitudes. Los grupos de apoyo no se utilizan para pláticas ni clases; constituyen la estrategia fundamental de la Liga de la Leche, a través de un verdadero proceso de concientización madre a madre. La base es la comunicación horizontal, el diálogo y la participación.

En las áreas urbanas existen tres grupos de apoyo establecidos, dos en la ciudad de Guatemala y otro en Quezaltenango. Los grupos de apoyo madre a madre en las áreas urbanas han sido formados por consejeras de la LLL,G en su barrio, ocasionalmente en respuesta a una solicitud del personal de salud o de instructores del parto. Estos grupos realizan alrededor de cuatro reuniones mensuales; en cada reunión las mujeres discuten uno de cuatro temas: ventajas la lactancia materna, preparación para la llegada del bebé, dificultades de la lactancia materna y como superarlas y, finalmente, nutrición y destete. La LLL,G utiliza varios mecanismos para atraer participantes y para promover asistencia a las reuniones. La estrategia más común es el contacto verbal; las participantes de los grupos de apoyo o las consejeras hablan a otras madres acerca de las reuniones; las mujeres que han participado invitan amigas, familiares o compañeras de trabajo para que asistan. Los profesionales en salud constituyen otra fuente importante de referencia de madres. La LLL,G ha proporcionado información a pediatras y obstetras a fin de explicarles las funciones de la liga. Además, las voluntarias de la liga entregan afiches con fechas de reuniones, en las oficinas de los médicos.

En las áreas periurbanas, hay 21 grupos de apoyo activos en 17 comunidades. En 1989, la LLL,G inició un proyecto de supervivencia infantil, de 4 años de duración, financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (AID) y la Liga de la Leche Internacional (LLL,I), cuya meta global fue implementar un modelo de grupo de apoyo a las madres de las áreas periurbanas de la ciudad de Guatemala, seleccionándolas y capacitándolas como monitoras en lactancia materna para dirigir grupos de apoyo en estas áreas. Una vez capacitadas, las consejeras de la liga las ayudan a formar grupos de apoyo, los cuales se reúnen una vez al mes en un edificio comunal. Idealmente, las reuniones son dirigidas por un equipo de dos monitoras con el apoyo de una consejera; se espera que eventualmente las monitoras serán capaces de dirigir los grupos. Los temas que se discuten son los mismos que para las áreas urbanas.

En los hospitales hay seis grupos de apoyo establecidos. Por medio de la CONAPLAM, la LLL,G fue invitada a formar grupos de apoyo para las madres del programa "canguro" en la consulta externa del Hospital Roosevelt. A través del proyecto de supervivencia infantil se capacitó un grupo de monitoras para trabajar en la formación de grupos de apoyo conjuntamente con una consejera de la liga. La CONAPLAM y la LLL,G han capacitado agentes multiplicadores en los hospitales nacionales para que ellos sean capaces de desarrollar grupos de apoyo dentro y fuera del hospital.

Los grupos de apoyo de las áreas urbanas son dirigidos por 12 consejeras activas y por una o más líderes capacitadas por la LLL,I. Las consejeras son voluntarias y dirigen grupos de apoyo y/o juegan un papel importante en el funcionamiento de la liga. Las consejeras surgen de los grupos de apoyo de la lactancia materna. En las áreas periurbanas, de un total de 171 monitoras capacitadas, hay 101 activas. Los grupos de apoyo son dirigidos por una o más de estas monitoras capacitadas. Los criterios de selección de monitoras incluyen haber amamantado por lo menos a uno de sus hijos, vivir en la comunidad, ser respetada por los miembros de la misma y desear y estar disponible para dirigir un grupo de apoyo una vez al mes. Tanto las consejeras como las monitoras están capacitadas en el uso de metodologías participativas, las cuales utilizan para guiar la discusión y para brindar información. En las áreas periurbanas, antes de cada serie, las consejeras de la LLL,G (personal del proyecto de supervivencia infantil), quienes tienen a su cargo una o más comunidades, se reúnen con las monitoras de cada comunidad y conjuntamente planifican las fechas, asignan monitoras encargadas del grupo de apoyo y citan a las reuniones. En cada comunidad del área periurbana, donde existen grupos de apoyo, las monitoras han nombrado una coordinadora y una sub-coordinadora del grupo de monitoras capacitadas. Una vez por mes, las coordinadoras de las comunidades se reúnen con el personal del proyecto de supervivencia infantil para planificar y coordinar actividades y recibir actualización en lactancia materna.

La LLL,G es una organización sin fines de lucro que ha promovido la lactancia materna en las áreas urbanas de la ciudad de Guatemala desde 1975. Los grupos de apoyo en estas áreas son dirigidos por líderes voluntarias, llamadas consejeras. La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días ha hecho un contrato a corto plazo con la LLL,G para capacitar monitoras en lactancia materna y formar grupos de apoyo dentro de las comunidades de la iglesia. La

CONAPLAM ha contratado a la LLL,G para capacitar agentes multiplicadores en los hospitales nacionales, monitoras en lactancia materna y grupos de apoyo. Las consejeras de la LLL,G que dirigen a los grupos de apoyo lo hacen como voluntarias. La población meta para los grupos de apoyo en el área urbana lo constituyen mujeres de clase media y media alta que desean amamantar a sus bebés. En las áreas periurbanas las participantes en los grupos son mujeres de escasos recursos que desean amamantar a sus hijos. Durante los últimos 17 años, en las áreas urbanas han asistido aproximadamente 850 mujeres a los grupos de apoyo. A partir de la iniciación del proyecto de supervivencia infantil en 1989, aproximadamente 10.000 mujeres han asistido a los grupos de apoyo periurbanos.

Una de las metas de la CONAPLAM es el establecimiento de sedes departamentales o regionales que sirvan de apoyo a su trabajo, aprovechando las jefaturas de área y asociaciones profesionales. En los grupos de apoyo urbanos no existen indicadores para evaluar las prácticas de lactancia de las madres que participan. En los grupos periurbanos la monitora llena hojas de asistencia con información sobre cada una de las madres presentes. A las madres de los grupos periurbanos se les pregunta la edad del niño más pequeño, las prácticas alimentarias del niño más pequeño en las últimas 24 horas, si ha asistido con anterioridad y cuanto tiempo estuvo amenorreica después del nacimiento de su último hijo. Además, cada miembro del personal del proyecto completa un formulario con datos acerca de cada uno de los grupos de apoyo que supervisa. Con toda esta información se hace seguimiento a las madres que asisten a los grupos de apoyo y se evalúan las prácticas de amamantamiento.

La LLL,G recolecta información sobre la participación tanto en los grupos urbanos como en los periurbanos. Se mantiene un registro con la firma de cada madre. Otro componente importante en la estrategia de la LLL,G para las áreas periurbanas es la utilización de contactos informales entre las monitoras en lactancia y las madres de la comunidad. Las monitoras se acercan a mujeres embarazadas y las madres que están dando pecho, en las tiendas del vecindario, en el mercado, en la terminal de buses, en las iglesias, en el hogar y en otros lugares públicos. Las monitoras están capacitadas para responder preguntas y para orientar a las madres sobre aspectos relacionados con la lactancia materna, al igual que para referir a las madres a otros servicios de salud cuando preguntan acerca del crecimiento y desarrollo de sus niños, infecciones respiratorias, diarrea, inmunizaciones, control prenatal, desnutrición y esparcimiento de los embarazos. Se espera que las monitoras anoten sus contactos informales con las madres en un calendario que la LLL,G ha diseñado para este propósito. En los primeros tres años del proyecto se habían registrado 22.184 contactos informales y se habían remitido 6000 casos habían sido referidos.

Las monitoras en lactancia reciben capacitación de 20 horas por parte de las consejeras de la LLL,G con el fin de formar grupos de apoyo en sus comunidades. Para unificar criterios en lactancia materna la LLL,G provee capacitación e información a profesionales en salud y equipos técnicos de organizaciones de salud en las áreas periurbanas. Las consejeras también ofrecen pláticas a padres de familia y miembros de la comunidad en escuelas, guarderías y clínicas médicas localizadas en el área. Además, la capacitación de equipos técnicos al nivel hospitalario se está coordinando con la CONAPLAM. Para capacitar monitoras en lactancia materna se

utilizan materiales innovativos de comunicación educativa, tales como mantelógrafos reflexivos (juego de 12 mantas impresas), juego de DAMA (evaluación de conocimientos), juegos de QUE SABEMOS y de LLLVISI (juego de afianzamiento de los componentes de supervivencia infantil). Recientemente se está utilizando el teatro popular como una estrategia de reflexión con las comunidades objetivo y se ha desarrollado un manual para apoyar la capacitación de las monitoras. Se provee a las monitoras de una Guía de Grupos de Apoyo que resume los puntos más importantes que deben ser cubiertos en cada uno de los cuatro temas y se utiliza el material desarrollado por la CONAPLAM. Todo los materiales educativos se han sometido a un proceso de validación TCO (técnica-comprensión-operativa) previamente a su utilización.

CONCLUSIONES

En Guatemala está claramente definida una política nacional de promoción, protección y fomento de la lactancia materna, la cual es totalmente compatible con las recomendaciones internacionales. Esta política está plasmada en los Planes del Gobierno, Plan Nacional de Salud Maternoinfantil, Ley Orgánica del IGSS, Acuerdo Gubernativo SPG-28-81, Ley de Creación de la CONAPLAM y Normas Nacionales de Promoción de Lactancia Materna. No se ha establecido un sistema nacional de información que permita recabar datos que registren adecuadamente el cumplimiento de estos lineamientos y políticas. Guatemala adoptó como ley desde 1983 el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y lo reglamentó en 1987. Se han iniciado juicios a empresas por violaciones al código; sin embargo, se considera que es necesario divulgar más la ley a los diferentes niveles y con los mismos consumidores.

La legislación guatemalteca contempla todos los aspectos relacionados con la protección de la maternidad y la lactancia materna. Se están realizando esfuerzos integrados para divulgar los "Derechos Laborales de las Mujeres Trabajadoras" y creando alternativas que ayuden a las mujeres a combinar la práctica de la lactancia materna y su participación en la actividad productiva.

Se están realizando esfuerzos para apoyar a las madres en varios aspectos tales como Centros de Apoyo a la Lactancia en lugares de trabajo, Grupos de Apoyo Madre a Madre de la Liga de la Leche Materna y Hogares Comunitarios de Cuidado del Niño, pero su cobertura actual es muy reducida y están únicamente ubicados en la ciudad capital en el áreas urbana y periurbana. Los Hogares Comunitarios se encuentran ya en algunas ciudades departamentales.

RECOMENDACIONES

Establecer un sistema nacional de información que permita a mediano plazo recabar los datos necesarios en todo el país para contar con indicadores nacionales que faciliten dar lineamientos específicos a cada uno de los sectores y niveles del programa.

Crear sistemas apropiados de divulgación de los principios y alcances del código internacional, dirigidos a diferentes niveles y haciendo énfasis en el consumidor.

Fortalecer el trabajo que se inició con la emisión de las normas y la adopción del Código mediante la multiplicación de grupos de apoyo a las madres. En Guatemala se está aplicando el modelo de la Liga de la Leche.

Es importante encontrar medidas alternativas de apoyo directo para que las madres trabajadoras puedan combinar adecuadamente el trabajo y la lactancia, además de la legislación y divulgación sobre los derechos laborales de la mujer.

Crear sistemas regionales y participativos de vigilancia del cumplimiento de las Leyes de Protección a la Mujer Trabajadora.

Extender al resto del país las experiencias de apoyo a las madres trabajadoras, y documentarlas para poder compartirlas y contar con indicadores que permitan destacar su importancia.

AREA 4: SERVICIOS DE SALUD

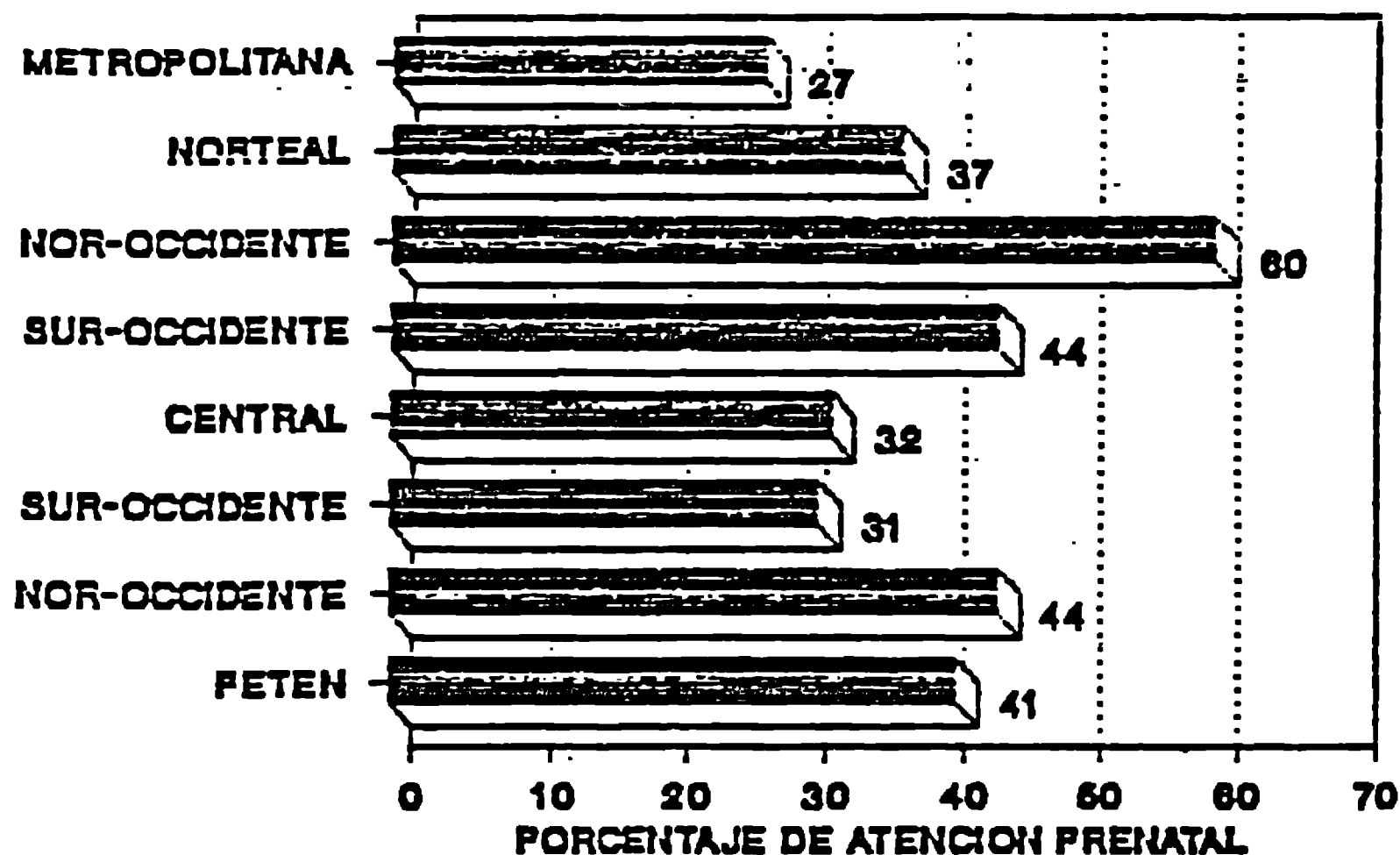
A. Servicios de salud formales

1. *Patrones de atención prenatal*

- Cobertura prenatal global

El 62% de las madres no reciben atención prenatal institucional; la cobertura es aún menor en las mujeres del área rural. Una de cada siete madres recibe la vacuna antitetánica durante el embarazo. La cobertura más baja de atención prenatal institucional se encuentra en la regiones metropolitana, central y sur-occidental.

ATENCION PRENATAL INSTITUCIONAL POR REGIONES, GUATEMALA 1988

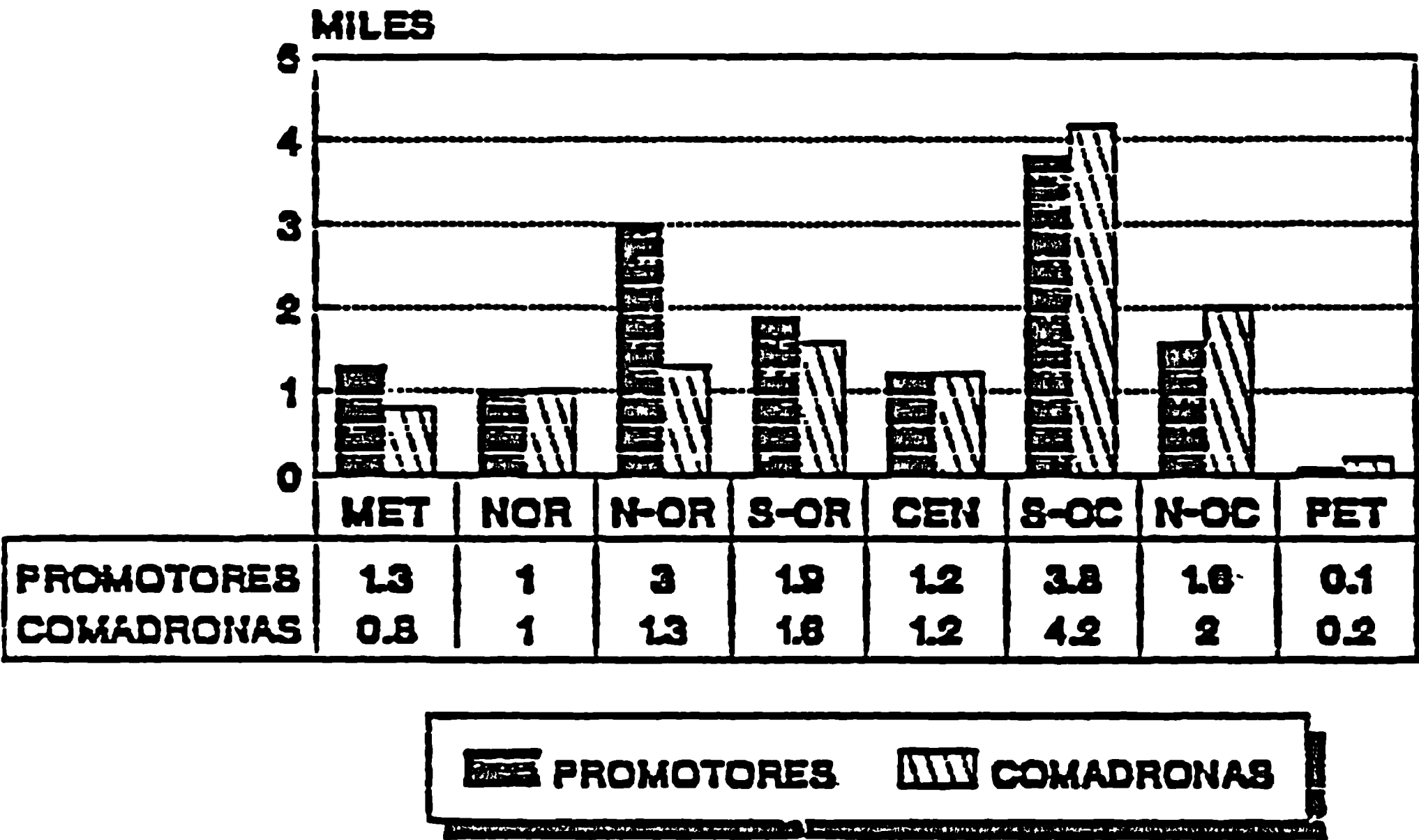


FUENTE: DQ88/M8PA8

Se estima que en Guatemala hay aproximadamente 20.000 comadronas tradicionales, quienes se hacen cargo de la atención prenatal y del parto en cuatro de cada cinco nacimientos en el país. De ellas cerca del 60% están capacitadas (12.270 en 1989) por el sistema nacional de salud y son objeto de actividades de seguimiento y refrescamiento periódicamente. Más del 70% de los nacimientos son atendidos por comadronas. Este porcentaje se eleva al 77% en las áreas rurales y al 90% en las áreas rurales mayas (Encuesta de Salud sociodemográfica 86/87), en donde las tasas de mortalidad materno-infantil son las más altas. Los profesionales con capacitación tipo occidental solo atienden el 10% de los nacimientos mayas y menos del 30% en todo el país.

Gráfica No. 4-2

**PROMOTORES RURALES DE SALUD Y
COMADRONAS TRADICIONALES ADIESTRADAS
SEGUN REGIONES, GUATEMALA 1989**



UENTE: DGSS/MSPA8, 1989

B. Protocolo o normas de visitas prenatales

A través de la gestión de CONAPLAM, desde 1988 se han emitido oficialmente las Normas Básicas en La Promoción de la Lactancia Materna que son protocolos de manejo en tres áreas (una de ellas es el cuidado prenatal), las cuales contemplan:

El personal de salud deberá orientar a la madre para que desde el embarazo se prepare para la lactancia, para lo cual deberá:

- * Educar a la madre indicándole que la leche materna es superior a cualquier otro alimento, tiene ventajas nutricionales, dietéticas, económicas, anti-infecciosas y emocionales.
- * Enseñarle a detectar anomalías del pezón (pezón corto, plano, umbilicado), así como ejercicios tendientes a acondicionarlo favorablemente.
- * Enseñar a la madre, en particular a la primigestante, ejercicios tendientes a la formación y endurecimiento de los pezones.

El personal de salud debe orientar a la madre sobre la importancia del incremento de los requerimientos nutricionales durante el embarazo y la necesidad de aumentar la ingesta de alimentos y consumir abundantes líquidos. El personal de salud debe promover la educación permanente en lactancia materna como una actividad individual o grupal, mediante la utilización de técnicas participativas. El personal deberá eliminar de los servicios de salud toda propaganda que desestime la lactancia materna o tienda a enfatizar el uso del biberón.

1. *Normas nacionales para partos en hospitales o clínicas*

Las normas para el personal de salud en la atención del parto y puerperio incluyen humanizar la atención del parto; evitar todo lo que pueda afectar la lactancia materna inmediatamente después del parto; colocar el niño al seno inmediatamente después del parto (ese primer contacto piel a piel deberá ser, por lo menos, durante 30 minutos, cubriendo a la madre y al niño para evitar el enfriamiento; los cuidados higiénicos y de medicación profiláctica del recién nacido no deben durar más de una hora, y se realizarán después del período del contacto piel a piel con la madre); colocar al niño con la madre en alojamiento conjunto inmediatamente después del parto para favorecer la lactancia materna; evitar el uso de biberones, mamones y pacificadores (pepes) y no suministrar ni recomendar dextrosa, agua o fórmula láctea al recién nacido; reforzar la confianza de la madre sobre su capacidad de lactar e instruirla sobre la forma de producción de leche, el vaciamiento total de los pechos y la necesidad de un ambiente de tranquilidad para amamantar; instruir a la madre para que, si desea planificar su familia, utilice métodos diferentes a los hormonales durante la lactancia exclusiva (entendiéndose por lactancia exclusiva únicamente la leche materna sin agua, café, atoles o cualquier otro líquido o

sólido adicional); educar a la madre sobre las técnicas adecuadas para la iniciación y mantenimiento de la lactancia materna, teniendo en cuenta que la succión frecuente del niño al pecho y la confianza en sí misma de poderlo amamantar, aseguran una buena cantidad y secreción de leche, y que la madre debe ingerir líquidos abundantes para favorecer la producción de leche; orientar a la madre a dar el pecho al niño cada vez que lo pida, sin horarios fijos, tanto de día como de noche; enseñar y apoyar la extracción manual de la leche y el suministro de la misma al recién nacido cuando la madre se separa del niño por cualquier razón médica que lo justifique; velar por el funcionamiento de los lactarios de leche humana, aplicando para ello las normas específicas; y facilitar la creación de grupos de apoyo a la lactancia y remitir a las madres a estos grupos.

2. *Resumen de indicadores estadísticos*

- Distribución (%) de nacimientos por tipo de establecimiento

Hospitales y centros de salud nacionales	23
Hospitales privados	10
Rurales	70
Urbanos	30

Cuadro No. 4-1
Cobertura (%) de Atención del Parto Institucional por Regiones

I.	Metropolitana	72
II.	Norte	11
III.	Nor-oriente	19
IV.	Sur-oriente	14
V.	Central	18
VI.	Sur-Occidente	11
VII.	Nor-occidente	5
VIII.	Petén	20

FUENTE: MSPAS, 1988

- Distribución (%) de nacimientos por tipo de persona que atiende el parto (MSPAS, 1988)

Profesional	23
Comadrona capacitada	34
Comadrona empírica	43

- **Porcentaje de nacimientos hospitalarios:**

Por Cesárea	15
Prematuros	5 - 7
Con menos de 2500 gms	27
- **Uso de oxitocina y ergotamina en el postparto**

Hospitalario	solo en casos específicos
Area rural	41 %
- **Porcentaje aproximado de recién nacidos a los que se les da alimentos antes iniciar la lactancia**

	22
--	----
- **Porcentaje de mujeres que han practicado el alojamiento conjunto**

Urbano	8
Urbano-marginal	32
Rural ladina	70
Rural indígena	62

FUENTE: Tendencias de Lactancia Materna, 1991

- **Número de camas por cuarto hospitalario**

	4 - 6
--	-------
- **Número de mujeres por partera (400.000 nacimientos al año, 70% atendidos por 200.000 comadronas)**

	14
--	----
- **Número de niños en la sala**

	4 - 6
--	-------
- **Porcentaje de niños a quienes se les dá fórmula aún cuando la madre los está amamantando**

Hospitales nacionales	15
Hospitales privados	60

- **Iniciación de la lactancia materna (%) en los diferentes tipos de establecimientos (Estudio de Tendencias de la Lactancia Materna,1991)**

Hospitales del MSPAS	94
Hospitales del IGSS	98
Hospitales privados	96

- **Disponibilidad (%) de muestras gratis de fórmula para las madres al egreso del hospital**

Urbano	8
Urbano marginal	2
Rural	3

C. Protocolos o normas de lactancia materna

Las normas nacionales de lactancia materna para el personal de salud que atiende niños en los dos primeros años de vida contemplan:

Velar por que el niño sea alimentado exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de edad. Indicar a la madre que a partir del sexto mes, además de la lactancia materna, dependiendo de la disponibilidad en el hogar, se le deberá dar al niño: papilla de cereales preparados en casa (arroz, mosh, trigo, maíz), puré de verduras (guicoy sazón, zanahoria) y/o puré de frutas (banana, manzana,papaya) puré de yema de huevo, frijoles colados, carne picada o molida (pollo,res) y sopa espesa de trocitos de tortilla (no deberá condimentarse la comida del niño ni agregarle demasiada azúcar o sal).

A los 9 meses agregar, además de la leche materna y los alimentos anteriores, papa, remolacha, ichintal, yuca en pequeños trocitos y carne en trocitos (dependiendo de la disponibilidad). No deberá recomendarse el uso de biberón.

Indicar a la madre que al cumplir un año de edad el niño deberá comer la dieta familiar además de la lactancia materna, vigilando la limpieza de la superficie de los dientes después de cada comida, por medio de un dedil de tela o gasa y agua. Esta práctica deberá iniciarse al apareamiento de la dentadura, la cual deberá completarse alrededor de los dos años de edad. Velar por que la lactancia con alimentación complementaria se administre hasta los dos años de edad. Orientar a la madre sobre la sustitución de la lactancia materna por otros alimentos cuando el niño ya come suficiente cantidad de alimento en sus tres tiempos de comida. Indicar a la madre que este proceso deberá ser gradual y no brusco, para no causar problemas emocionales en el niño.

- Disponibilidad de la historia prenatal de la madre

Debido a que el control prenatal se realiza principalmente fuera del hospital, en centros de salud y clínicas privadas, o por comadronas en el hogar, pocas veces se tiene la historia prenatal de la madre en el momento del parto.

- Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento en que se le trae el niño a la madre (promedio en todos los hospitales nacionales, parto normal: 4 - 7 horas). Actualmente, con el reforzamiento recibido de la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Lactancia Materna, estos promedios parecen haber bajado notablemente, pero aún no se ha cuantificado este descenso.
- Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el comienzo de la lactancia

CUADRO No. 4-2

Tipo de Maternidad	0-1/2 Hr.	2 - 4 Hrs.
Hospitales Nacionales	61 %	14 %
Hospitales del Seguro Social	54 %	8 %
Centros de Salud Tipo "A"	100 %	

FUENTE: Nivel de Cumplimiento de Normas, 1989

- El fomento del uso del calostro es práctica universal en todos los Hospitales nacionales. Las normas en este sentido establecen recomendar el uso del calostro como una fuente de energía superior a la leche madura; informar a toda mujer embarazada sobre los beneficios y el manejo de la lactancia materna; ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera media hora después del parto; enseñar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aún si se separan de sus bebés; no dar a los recién nacidos ningún alimento ni bebida que no sea leche materna, o hacerlo solo por indicación médica; practicar el alojamiento conjunto 24 horas al día; y fomentar que la lactancia materna se dé cada vez que el bebé lo pida.

Además se recomienda recolectar leche humana para proporcionársela a los recién nacidos que no puedan ser alimentados directamente al seno materno; proteger con la leche materna a todo recién nacido y especialmente al nacido antes de término o con procesos patológicos infecciosos;

estimular a las madres en el período de post-parto a que continúen la lactancia materna cuando se da la salida a los recién nacidos; y estimular a las madres que están lactando para que donen su leche al servicio.

(FUENTE: Normas de Funcionamiento de Lactarios de Leche Humana, MSPAS, 1985)

- Método de la madre canguro u otro método para mantener a la madre y al niño juntos.

El método de la madre canguro se practica en forma rutinaria desde 1988 en los hospitales Roosevelt, Obstetricia y Juan José Arévalo del Seguro Social; algunos hospitales departamentales ya han iniciado la aplicación del método. Hasta ahora se han completado más de 500 casos documentados.

D. Hospital escuela o modelo materno

El Hospital Roosevelt, el Hospital de Gineco Obstetricia del Seguro Social y el Hospital Nacional de Antigua Guatemala se están formando como escuelas modelo en lactancia. En estos hospitales se utilizan los protocolos y normas nacionales de lactancia y se mantiene una educación continua de promoción y fomento a la lactancia materna (impartida inicialmente y con actividades de refrescamiento por técnicos de CONAPLAM). El servicio de maternidad del Seguro Social tiene tres egresados de Wellstart. Los tres hospitales están participando en la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Lactancia Materna (Baby Friendly Hospital Initiative).

1. *Patrones de atención del niño y del postparto inmediato*

Resumen de indicadores estadísticos

COBERTURA GENERAL DE LA ATENCION MATERNO INFANTIL

La cobertura del Programa Maternoinfantil, a nivel nacional y por regiones, tuvo una tendencia estacionaria ligeramente ascendente en el período 1985-1988

Cuadro No. 4-3
Cobertura General (%) del Programa Materno Infantil, A Nivel Regional, 1988

Región		Cobertura < 1 AÑO	1-4 AÑOS
I.	Metropolitana	50	21
II.	Norte	58	35
III.	Nor-orienté	65	43
IV.	Sur-orienté	70	60
V.	Central	60	32
VI.	Sur-occidente	72	25
VII.	Nor-occidente	60	30
VIII.	Petén	62	60
TOTAL		62	32

FUENTE: Anuario Estadístico, MSPAS, 1989

ATENCION PERINATAL

La cobertura nacional de la atención pre-natal incrementó de un 28% en 1986 a un 35% en 1988. La atención institucional del parto se elevó del 17% en 1986 al 23% en 1988. La cobertura post-natal en 1988 fue del 7%.

ATENCION POR DIARREA E IRA

El control y tratamiento de casos de diarrea se ha superado globalmente, debido a los esfuerzos conjuntos del personal comunitario y los servicios estatales. Considerando la demanda potencial de atención, el programa de control de la diarrea cubre un 38% de los casos que requieren sales de rehidratación oral y el de IRA un 24% de los niños con neumonía o IRA moderada.

INMUNIZACIONES

A partir de 1988 se observa que realmente comienzan a subir las coberturas de inmunizaciones en menores de un año y de toxoide tetánico en embarazadas. Esto es importante, porque el país se acerca al nivel epidemiológico o preventivo antiepidémico (80%). En 1990 se obtuvieron las coberturas más altas en la historia del país (BCG, 53%, DPT3, 64%, polio, 72%, sarampión, 68%)

ATENCION Y CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

En 1988, la cobertura de primeras consultas de crecimiento y desarrollo para menores de un año era de 64% y la de niños de 1 a 4 años era de 32%.

ATENCION INFANTIL POR PROMOTORES DE SALUD

Es importante la participación de recursos de la comunidad en la atención infantil. Los promotores de salud realizan actividades tales como entrega de sobres de rehidratación oral, tratamiento para IRA, tratamiento a desnutridos y otros tratamientos.

2. *CAP del personal de salud*

Este rubro se cubrió completamente en el área 2

3. *Integración de la promoción de la lactancia materna en los programas de salud*

Las Normas de Atención de Salud Maternoinfantil del Plan Nacional de Salud Maternoinfantil del MSPAS, IGSS para 1992-1996 contemplan explícitamente actividades de lactancia materna. Las de control de Infecciones Respiratorias Agudas recomiendan que el lactante pequeño (menor de 2 meses) con tos o resfriado que no es neumonía debe ser amamantado con frecuencia. Las normas para el control de enfermedades diarreicas incluyen la promoción de la lactancia materna como parte de las medidas para la prevención y control de enfermedad diarreica aguda, incluyendo el cólera.

Las normas de atención prenatal establecen que la acción educativa prioritaria de la comadrona tradicional está dirigida fundamentalmente a las mujeres en edad fértil, e incluyen contenidos sobre la importancia de la lactancia materna y del espaciamiento de los embarazos. Las normas de atención del parto indican que la comadrona tradicional capacitada proporcionará cuidados y orientará a la madre sobre alimentación y promoción de la lactancia materna y sobre el espaciamiento de los embarazos. Las normas de atención del puerperio establecen que la comadrona tradicional capacitada deberá interrogar a la madre para detectar problemas de las mamas como infección, masas, no formación del pezón o lesiones cutáneas. Las normas de atención prenatal incluyen la promoción de la lactancia materna como parte de las acciones que debe desarrollar el Promotor de Salud.

Dentro de las Normas Básicas de Promoción de la Lactancia Materna se encuentran claramente contemplados los "Diez Pasos Hacia una Feliz Lactancia Natural" de la declaración conjunta de OMS/UNICEF (1990).

Paso 1 Las normas básicas son el reflejo de una política nacional de protección, promoción y apoyo a la lactancia natural desde 1988, por lo que todos los servicios de maternidad del país cuentan con una política escrita en relación a la lactancia natural.

Paso 2 En la totalidad de los servicios de maternidad del sector público se han realizado actividades formales de capacitación y capacitación en servicio, para lo cual CONAPLAM ha desempeñado un papel fundamental.

- Paso 3** Es difícil verificar la información que reciben las mujeres embarazadas en los servicios de maternidad debido a que el 18,4% no realiza programas de control prenatal y únicamente atienden a madres en el momento del parto; de las que tienen servicios de control prenatal, el 25% no ejecuta acciones educativas. Además, se atiende a un buen número de madres que nunca han tenido control prenatal o que han sido remitidas de centros y puestos de salud.
- Paso 4** Unicamente 8,2% del total de los servicios de maternidad han implantado el apego inmediato en la sala de expulsión. El 65,3% coloca el niño al seno dentro de la primera media hora después del parto.
- Paso 5** El 83,7% de los servicios de maternidad realizan actividades educativas en el post-parto. Solamente el 49% de los que atienden a niños de alto riesgo cuentan con lactario de leche humana en donde se les explica a las madres como extraerse la leche para dársela al niño, pero no se les enseña como mantener su producción. En la mayoría de los servicios, el personal médico no participa en las actividades educativas, las cuales están a cargo del personal de enfermería.
- Paso 6** Un 22% de las maternidades están utilizando glucosados y fórmulas lácteas en los recién nacidos normales. En ningún centro de salud tipo A se utilizan fórmulas ni glucosados. Entre más simple es la estructura de atención, más natural es la alimentación. El 46% de los servicios que atienden a niños de alto riesgo, utilizan fórmulas artificiales. Las cantidades de fórmulas que se utilizan en los hospitales son mínimas y siempre son compradas. Ninguno recibe donaciones de fórmulas por parte de la industria.
- Paso 7** Todas las maternidades tienen establecido como rutina el alojamiento conjunto.
- Paso 8** En todas las maternidades se les indica a las madres que deben dar de mamar cada vez que el niño quiera.
- Paso 9** En ninguno de los centros de salud tipo A se utilizan biberones. En el 37% de los hospitales nacionales y del seguro social en los que hay período de transición (donde se separa a la madre y al niño para observar su recuperación), se utilizan biberones. En algunos hospitales donde hay lactarios se utilizan biberones para suministrar la leche humana recolectada.
- Paso 10** Hasta el momento en muy pocos servicios de maternidad del país se está fomentando el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia.

CONCLUSIONES

La prestación de los servicios de salud está a cargo del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Salud Pública y la red del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Estas dos instituciones son las encargadas de la prestación de los servicios, especialmente en lo que respecta al grupo materno-infantil. El sector privado tiene una cobertura del 10% de los partos. Los servicios de salud están divididos en tres niveles: Puestos de Salud, Centros de Salud y Hospitales Departamentales.

El personal comunitario, como comadronas y promotores de salud, desempeña un papel fundamental en la atención de partos y de niños. El índice de cesáreas en hospitales es únicamente del 15%, a pesar de que los hospitales son centros de referencia del tercer nivel.

La mala nutrición materna antes y durante el embarazo se refleja en índices elevados de bajo peso al nacer (27% a nivel nacional) y un elevado porcentaje de niños con retardo del crecimiento intrauterino, lo cual repercute en una separación prolongada de la madre y su recién nacido. Para superar este problema se ha iniciado el programa "Madre Canguro" en tres hospitales de la capital y se tienen planes de cobertura nacional.

La utilización de oxitócicos en el post-parto, promovida por la medicina occidental, está muy arraigada en la atención del parto por comadronas (el 41% los utilizan rutinariamente); en los hospitales se utilizan sólo en casos específicos.

RECOMENDACIONES

Reforzar más los procesos educativos y de vigilancia del cumplimiento de las Normas de Promoción de Lactancia Materna en la prestación de servicios en los diferentes niveles de atención del Ministerio de Salud y del Seguro Social.

Desarrollar actividades que faciliten la incorporación del sector privado en el cumplimiento de las políticas y normas nacionales de Promoción de la Lactancia Materna.

Intensificar los esfuerzos ya iniciados a nivel comunitario para incorporar a la práctica de las comadronas los aspectos contemplados en las Normas Nacionales de Promoción de la Lactancia Materna contenidas en el Plan Nacional de Salud Materno-infantil.

Considerar prioritario a corto plazo el traslado del programa "Madre Canguro" a los hospitales departamentales.

Dada la generalización del uso de oxitócicos por parte de las comadronas y ante la dificultad de revertir esta práctica solamente con acciones educativas, sería conveniente considerar su uso controlado estrictamente bajo prescripción médica.

AREA 5: PROGRAMAS DE CAPACITACION PARA PROVEEDORES DE ATENCION DE SALUD

A. Proveedores de atención salud formal

Los programas de capacitación en lactancia materna fueron iniciados por la CONAPLAM desde su fundación en 1979 y han sido planificados respondiendo a las recomendaciones internacionales y a las necesidades nacionales, tomando como referencia los resultados de los estudios de base realizados por el INCAP y otros a principios de la década de los 70s. El objetivo de estos programas ha sido modificar conocimientos, actitudes y prácticas, tanto del personal de los servicios de salud como de las madres usuarias de los mismos. También se participa otro tipo de personal que realiza acciones educativas en salud o con el grupo materno-infantil. Por tal motivo, la capacitación se ha dirigido a personal en servicio de las diferentes instituciones: médicos generales y especialistas (pediatras y obstetras), enfermeras, comadronas, trabajadores sociales, técnicos en salud, educadoras del hogar, psicólogas, maestros, etc. Los maestros de educación primaria han sido capacitados para desarrollar la guía curricular de lactancia materna para la educación primaria, la cual está vigente desde 1984, oficializada por el Ministerio de Educación. El contenido de la capacitación varía según el grupo al que está dirigida y se hace énfasis en el campo de acción o punto de interés principal del personal.

Los contenidos de la capacitación del personal de salud de hospitales, centros de salud y servicios del seguro social son los siguientes:

- I. Realidad de la lactancia materna en Guatemala: Lactancia exclusiva, introducción temprana de alimentos, influencia comercial del exterior, desnutrición y mortalidad infantil.
- II. Iniciativas mundiales y locales: Reunión sobre alimentación del lactante y el niño pequeño; declaración de Innocenti y metas operacionales. Integración, funcionamiento de CONAPLAM. Normas Básicas Nacionales de Promoción de la Lactancia Materna. Los diez pasos de la Declaración conjunta OMS/UNICEF y la Iniciativa de los Hospitales Amigos. La Ley de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en Guatemala. Prestaciones laborales en favor de la lactancia (Leyes innovadoras).
- III. Componente pre-natal de las normas: Ventajas de la lactancia materna para la supervivencia infantil (inmunizaciones, método de amenorrea por lactancia, alimentación, crecimiento y desarrollo, rehidratación oral). Otras ventajas (económicas, comodidad, familiares, ecológicas). Preparación para la lactancia: anatomía de la glándula mamaria, examen de la glándula (tipos de personas, ejercicios, práctica). Nutrición de la madre embarazada y lactante.

- IV. Componente de parto y puerperio: Apego inmediato (práctica), transición conjunta (práctica), alojamiento conjunto (práctica), importancia del calostro, lactancia exclusiva, técnicas de lactancia (práctica): succión, posición correcta, variedad de posiciones, lactancia a demanda, fisiología de la lactancia materna, desventajas del uso del uso de glucosados, fórmulas y biberón. Partos especiales (por cesárea, sépticos, fórceps), manejo del recién nacido de alto riesgo: hospitalización y contacto materno, extracción manual de la leche (práctica): el lactario como apoyo para madres de niños de alto riesgo, el manejo de la leche materna, la donación de madre e hijo y las donaciones cruzadas (criterios de selección de donadoras). La madre enferma (pechos adoloridos, pezones agrietados, mastitis, enfermedades comunes, hospitalización, medicamentos).
- V. Componente de alimentación del niño durante los dos primeros años de vida: lactancia exclusiva; alimentación complementaria (introducción de alimentos): papillas, purés de frutas y verduras y sopas después del sexto mes, trocitos de verduras y frutas, carnes y jugos de frutas, después del 9o. mes; alimentación desde un año hasta dos años de vida; limpieza de los dientes del bebé; destete con amor y paciencia.
- VI. Participación del personal de salud en actividades de vigilancia
- VII. Grupos de apoyo: definición (grupo de apoyo interno y externo), características, responsabilidades de la monitora (en la comunidad, en los grupos de apoyo internos), perfil de la monitora, lugares en donde detectar líderes para ser capacitadas como monitoras (clínicas de control prenatal, salas de post-parto, clínicas de control de crecimiento y desarrollo, grupos organizados de promotoras, comadronas, ONG'S e instituciones).

Este contenido está actualizado y se desarrolla, la mayoría de las veces, a través de la aplicación de técnicas participativas, acompañado de materiales didácticos innovadores (acetatos, láminas reflexivas, mantelógrafos, rotafolios y/o materiales audiovisuales). Se han elaborado dos manuales sobre metodología participativa, uno para población alfabeta y el otro para población analfabeta. Se han capacitado hasta la fecha más de 30.000 personas.(ver ANEXO III).

La enseñanza de la lactancia materna en las Escuelas de Formación de Profesionales de Salud está siendo evaluada por LAC/HNS y los resultados no están disponibles todavía.

Las siguientes personas han sido capacitadas por Wellstart o IBFAN:

- Dr. Julio César Montenegro Leiva. Pediatra, Neonatólogo. Médico Docente Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala. Pediatra del Hospital San Juan de Dios. Capacitado en 1981
- Lic. Elvira Conde. Ex-funcionaria de INCAP. Actualmente no vive en Guatemala. Capacitada en 1981

- Dr. Rolando Figueroa de León. Pediatra, Neonatólogo. Jefe del Servicio de Neonatología del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Seguro Social. Capacitado en 1991.
- Dr. Rolando Cerezo Mulet. Pediatra, Neonatólogo. Especialista del Servicio de Neonatología del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Seguro Social y Funcionario de INCAP en el área de lactancia materna. Capacitado en 1991
- Dr. Erick Alvares. Gineco-Obstetra, sub-especializándose actualmente en Alemania. Capacitado en 1991.
- Dra. Ruth Elena Girón de Arango. Médico General y Trabajadora Social. Involucrada en el Programa Nacional CONAPLAM, desde 1982. Capacitada por IBFAN y por el Centro de Lactación de Santos, Brasil. Encargada de los Programas de Capacitación en lactancia materna y del monitoreo de los programas hospitalarios a nivel nacional. Actualmente coordinadora de CONAPLAM y representante de IBFAN para Centro América y México.

Cada uno de estos profesionales ha sido multiplicador dentro de sus instituciones y ha realizado actividades de seguimiento, para lo cual se han desarrollado instrumentos específicos que contienen resúmenes.

Los rubros para el presupuesto de capacitación se han programado siempre dentro del presupuesto de CONAPLAM y han provenido de diferentes fuentes. Por ejemplo, en 1992 colaboraron financieramente la UNICEF, la Comisión de Movilización Social Para la Supervivencia Infantil, la OPS/INCAP con fondos provenientes de Suecia, el sector privado y los medios de comunicación social. Todas las actividades de capacitación están integrados a los programas del Ministerio de Salud y se basan en las normas nacionales.

Las evaluaciones de las necesidades de capacitación se toman como base para las actividades de capacitación. En los últimos 24 meses se han llevado a cabo evaluaciones de las condiciones físicas para la promoción de la lactancia materna en servicios de maternidad y de recién nacidos. En 1991, con el apoyo económico del Centro para el Control de Enfermedades Diarreicas de la OMS, se realizó el estudio "Evaluación del Nivel de Cumplimiento de las Normas Básicas en la Promoción de la Lactancia Materna y su Relación con los 10 Pasos Hacia una Feliz Lactancia Natural". El estudio incluyó 13 maternidades del Seguro Social, 28 hospitales nacionales con servicios de maternidad, y 8 centros de salud tipo "A", con atención de partos. Posteriormente se realizó esta misma evaluación en 25 hospitales privados con servicios de maternidad incluyendo el Centro de Atención del Parto de APROFAM, institución privada de planificación familiar. Con base en los resultados de este estudio se establecieron necesidades de capacitación y se elaboraron contenidos de capacitación dirigidos al personal de los hospitales, haciendo énfasis en los puntos en que se encontró más bajo el nivel de cumplimiento de las normas.

La capacitación se ha dirigido a 154 multiplicadores de los servicios de maternidad (médicos generales, pediatras, obstetras, enfermeras profesionales y auxiliares y trabajadores sociales)

designados por los hospitales. La capacitación se ha realizado en períodos de 22 horas, con un número mínimo de 4 horas de actividades prácticas. A estos equipos les fue entregado material educativo de apoyo para ser utilizado en la capacitación al personal de sus servicios. En septiembre de 1992 se realizaron otras dos actividades de capacitación con 100 multiplicadores de las Jefaturas de Areas de Salud de todo el país quienes replicaron la capacitación con el personal operativo de los diferentes centros y puestos de salud. Además, se hizo la capacitación a un grupo de 75 mujeres, entre personal de salud y madres de la comunidad, para la formación y funcionamiento de grupos de apoyo para la lactancia que iniciaron actividades en octubre de 1992.

B. Capacitación para proveedores de atención de salud tradicionales

En Guatemala hay diferentes clases de proveedores de atención de salud tradicionales, que interactúan con las madres. Entre ellos se pueden destacar las comadronas o parteras, los promotores de salud y las educadoras del hogar del Ministerio de Agricultura.

● Acceso a programas de capacitación

Los Centros y Puestos de Salud son los encargados de brindar la capacitación a comadronas y promotores. La CONAPLAM se ha encargado de capacitar a los multiplicadores para que ellos a su vez capaciten a las comadronas. En el Ministerio de Agricultura se capacita directamente a las educadoras que posteriormente llegan a las madres. Existen también ONG'S que tienen programas de capacitación a comadronas y promotores; algunas de estas organizaciones también han recibido capacitación por parte de CONAPLAM.

● Contenido de educación y materiales didácticos

Para este tipo de personal se han diseñado metodologías educativas apropiadas para la población rural y materiales específicos que permiten que las mismas personas refuercen o adquieran nuevos conocimientos con el uso de láminas reflexivas. (Ver ANEXO No. I). Los juegos de láminas reflexivas se entregan a los equipos capacitados para que las utilicen con las comunidades, utilizando metodología similar. Tanto la capacitación como los materiales se entregan sin costo alguno para las instituciones, pues son cubiertas con los fondos que los donantes aportan a CONAPLAM. Actualmente se están desarrollando nuevos materiales de capacitación y educación que consisten en mantas sobre el proceso de alimentación del niño durante los dos primeros años de vida, con énfasis en los seis primeros meses de lactancia exclusiva y en la alimentación complementaria de 6 a 24 meses.

CONCLUSIONES

Los programas de capacitación en lactancia materna, desarrollados por la CONAPLAM y/o sus instituciones miembros, se han diseñado y desarrollado respondiendo tanto a las recomendaciones internacionales como a las necesidades nacionales, y tienen una duración mínima de 22 horas (con 4 de práctica). Los programas de capacitación están orientados a los diferentes niveles de atención y a los diversos sectores que conforman la Comisión Nacional.

Las escuelas formadoras de recursos humanos en salud están transmitiendo conocimientos sobre lactancia materna en el área maternoinfantil, pero no se incluyen todos los contenidos mínimos indispensables.

La capacitación se ha hecho, básicamente, mediante el traslado de personal técnico a las áreas de trabajo para capacitar equipos de multiplicadores. Es difícil garantizar que con el proceso de multiplicación no se pierdan aspectos fundamentales del contenido, a pesar de que se distribuye material educativo de apoyo.

RECOMENDACIONES

Diseñar un sistema que facilite la incorporación de conocimientos mínimos en el contenido curricular de las diferentes escuelas formadoras de recursos humanos en salud.

Crear un Centro Nacional de Capacitación que permita garantizar el proceso multiplicador y el seguimiento del personal capacitado, y que contemple, además del manejo clínico, los aspectos comunitarios, planes para docentes, áreas del código, etc.

AREA 6: ACTIVIDADES DE COMUNICACION, EDUCACION E INFORMACION

A. Esfuerzo global de comunicación sobre la lactancia materna

La CONAPLAM y sus Instituciones miembros y asesoras han realizado diferentes actividades de comunicación, educación e información. Estas actividades se han dirigido a la población objetivo utilizando la lactancia materna como tema central, como un elemento fundamental dentro del marco de la supervivencia infantil, la salud y la nutrición maternoinfantil. El énfasis depende de los intereses del grupo a quien se dirige la actividad. Por ejemplo, con el personal de atención maternoinfantil se enfatiza la protección y promoción de lactancia materna en los períodos prenatal, del parto y el puerperio y en los dos primeros años de vida del niño, y con el personal de los programas de planificación familiar se hace énfasis en la lactancia materna y el espaciamiento de los embarazos. Estas actividades se han planificado y desarrollado para responder a necesidades detectadas originalmente a través de los estudios de base como el Estudio Multicentro de 1976 y otros estudios cuyos resultados se presentaron en el Primer Taller Nacional de Promoción de la Lactancia Materna en 1979. Las actividades han sido dirigidas a

diferentes niveles: a políticos y planificadores de políticas y programas, actividades informativas y de comunicación; al personal de salud y profesionales afines relacionados directa o indirectamente con la lactancia materna, actividades educativas y ocasionalmente informativas específicas; y al público en general, a través de los medios de comunicación social (radio, prensa, televisión), afiches, vallas publicitarias, exposiciones, concursos de fotografía y dibujo, así como programas específicos de radio, prensa y televisión, y mini-documentales.

Para las actividades de comunicación e información se han utilizado diferentes estrategias, tanto de planificación como de ejecución y seguimiento y, en algunos casos, de evaluación. Por ejemplo, desde 1985 la CONAPLAM viene realizando campañas nacionales de lactancia materna a través de los medios de comunicación social, para cada una de las cuales se han definido alcances, objetivos, población objetivo, estrategias y tácticas. En algunas se han realizado evaluaciones de impacto. Los objetivos de las actividades de comunicación han sido traer a escena la lactancia materna a nivel de la opinión pública y contribuir al programa de educación interpersonal con material de apoyo atractivo y en un lenguaje accesible y estimulante. El grupo objetivo primario está constituido por todo hombre y mujer de 15 o más años, de la capital y de los principales centros urbanos del país, de niveles económicos medios y altos (líderes de opinión pública). Como grupo objetivo secundario se ha tomado a hombres y mujeres de los niveles populares de la capital y toda la población del interior del país. Se pretende alcanzar por lo menos un 80% de la población objetivo programada, al menos tres veces por semana (en promedio).

TELEVISION

Es el medio más importante como estrategia fundamental del programa porque permite el mayor nivel de cobertura del grupo objetivo. A través de la televisión se estaría cubriendo un 64 % del grupo objetivo primario (1.368.000 personas) y un 25 % del grupo objetivo secundario (725.400 personas).

RADIO

La radio se utiliza como medio complementario en los centros urbanos, particularmente en el segmento joven de la población, permitiendo a lo largo del programa la posibilidad de cubrir la totalidad del grupo objetivo. Así mismo, por sus características de programación, la radio se presta para transmitir mensajes y aclarar dudas a las amas de casa en programas específicos para clubes de madres, y para proporcionarles información orientadora.

PRENSA

La prensa es un medio con orientación predominante hacia la capital, en donde el diario de mayor circulación alcanza un 90% de distribución. Se considera como un medio de traslape con la televisión y la radio. Los tele y radio escuchas en un alto porcentaje leen la prensa, por lo cual ésta se usa para complementar la información ya transmitida por los otros medios, con

informes fundamentados en estudios científicos, opiniones profesionales, etc. También se dedican algunas notas editoriales a la lactancia materna.

AFICHES Y MINIVALLAS

Se utilizan para reforzar los mensajes en centros de gran afluencia de personas, tales como las consultas externas de Hospitales Nacionales y del Seguro Social (pediatría, ginecología y obstetricia), las clínicas de médicos de las distintas especialidades y los hospitales privados. Este material se ha colocado en puntos estratégicos y se ha producido material de apoyo educativo para ser entregado a las madres.

La campaña de educación

Actualmente se adelanta una campaña de educación en cuatro etapas: motivación, persuasión, concientización y capacitación. La campaña utiliza entrevistas reales, para ser transmitidas por la radio y la televisión, al igual que en medios impresos; testimonios de hombres en presencia de las esposas, de la experiencia vivida al haber amamantado; testimonios profesionales, personales e institucionales; artículos profesionales y científicos en la prensa; editoriales de prensa y minidocumentales. Las emisiones se hacen en los programas con mayor audiencia por la población objetivo.

La campaña utiliza la televisión, la radio y afiches y minivallas. Los mensajes televisados se han transmitido por los canales 3 (45%), 7 (20%), 11 (30%), 13 (5%) y 5 (canal oficialmente abierto). A través de la radio se transmite diez spots diarios en cada uno de las cinco radiofusoras de mayor audiencia popular por la población joven en los mejores horarios, de lunes a sábado. También se ha utilizado la programación en vivo, dirigida a clubes de amas de casa, y la de un noticiero a nivel nacional. "Prensa Libre", el diario de mayor circulación en el país, se utiliza para transmitir mayor información al grupo objetivo. También se publican semanalmente artículos de apoyo en el suplemento femenino "Amiga". La meta es colocar, como mínimo, un afiche o minivalla en cada clínica médica y hospitales públicos y privados.

Uno de los principales elementos de soporte a la campaña es la veracidad de lo que en ella se transmite; por lo que no se utilizan modelos con belleza física y habilidades de actuación, sino personas que en su vida diaria practican y/o realizan lo que la campaña transmite, para conseguir un cambio de actitudes en la población meta. Para obtener los resultados esperados, es necesaria la participación constante de los miembros de la comisión con el personal de técnicos en grabación de video y audio; también se cuenta con la asesoría del INCAP en la elaboración del guión de los minidocumentales. En todo el proceso de concepción, producción y divulgación de la campaña se cuenta con la asesoría permanente de la Presidenta del capítulo Guatemala de La Liga de la Leche.

Este tipo de campañas se han venido realizando desde 1985, con el patrocinio de diferentes fuentes e instituciones, fundamentalmente de los medios de comunicación social que todos los años han cedido gratuitamente los espacios en radio, prensa y televisión, para la difusión de la

campana. Además, se ha contado con la colaboración de UNICEF y del sector privado para la producción de los materiales. Estas campañas, y la elaboración de los materiales educativos de apoyo que se utilizan en el Sistema Nacional de Salud, han tenido el apoyo de una agencia profesional de publicidad, con profesionales calificados en comunicación, lo que ha permitido darle continuidad y secuencia lógica a las actividades. El personal técnico de CONAPLAM ha participado siempre para garantizar que se mantengan los aspectos técnicos relacionados con la lactancia materna. El objetivo de las campañas es trascender culturalmente de nuestra generación a las generaciones venideras en la búsqueda de transformar en "herencia", como en los viejos tiempos, esta sana y hermosa práctica de la creación humana, transformándola de un hecho aprendido a un actuar natural.

B. Regulación y políticas de comunicación

La ley de comunicaciones establece que el gobierno tiene derecho a utilizar 15 minutos diarios en televisión y 30 en radio. La primera campaña fue presentada al gabinete social para que el gobierno cediera parte de ese espacio para la divulgación de la misma, lo cual se aceptó; a través de la Secretaría de Relaciones Públicas del Gobierno, se envió el material a cada uno de los medios de comunicación. No ha sido necesario volver a utilizar este mecanismo legal, ya que a partir de 1985 los medios de comunicación han tomado como propia la promoción y protección de la lactancia natural.

C. Actividades específicas de comunicación educativa

1. *Utilización de los medios masivos de comunicación para promover la lactancia materna y la alimentación infantil*

Además de las campañas propiamente dichas, se ha realizado otro tipo de esfuerzos que incluyen también tiempo gratuito en radio, televisión y prensa, revistas, afiches, carteles y vallas publicitarias patrocinadas por diferentes empresas.

Inventario de actividades

Se adjunta una lista (ver ANEXO I) de cada uno de los materiales producidos, para ser utilizados en los distintos niveles. En la producción de estos materiales se han seguido cuidadosamente las etapas de diseño, validación, producción, revalidación y reproducción, aplicándolas a la población objetivo y al personal multiplicador que va a utilizarlos. Los materiales se entregan después de la capacitación en su uso. Cuando hay que hacer reimpressiones de los materiales, se realiza otra validación y se hacen modificaciones con base en los comentarios y sugerencias recibidas del personal que está en contacto con las madres.

En 1991 se comprobó que los medios de comunicación social no están haciendo promoción ni publicidad a los productos afines al código y Ley de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Sin embargo, la televisión por cable y las revistas internacionales están

introduciendo al país mensajes publicitarios y promoción del uso de estos productos. Lo mismo ocurre con las revistas científicas médicas internacionales.

2. *Comunicación interpersonal cara a cara*

- Consejería en el hospital y en el consultorio

Las actividades educativas y promocionales dirigidas a las madres se realizan a través del personal operativo y de campo de las Instituciones miembros de la CONAPLAM y de las ONG'S que realizan actividades con el grupo materno-infantil, aplicando las normas de promoción de la lactancia materna vigentes desde 1988. En 1991 CONAPLAM evaluó el nivel de cumplimiento de las normas y su relación con los diez pasos hacia una feliz lactancia natural en los servicios de maternidad de Guatemala así: 28 hospitales nacionales del Ministerio de Salud, 8 centros de salud y 13 hospitales del Seguro Social. Se preguntó al personal de los servicios de maternidad sobre conciencia de la importancia de la lactancia materna, el personal autocalifó así:

Cuadro No. 6-1
Grado de conciencia de la importancia de la lactancia materna en el personal de las maternidades

TIPO DE MATERNIDAD	Bien consciente		Medianamente consciente		No consciente	
	No	%	No	%	No	%
Hospitales Nacionales	19	68	7	25	2	7
Hospitales del IGSS	12	92	1	8	-	-
Centros de Salud "A"	8	100	-	-	-	-

FUENTE: Nivel de cumplimiento de las normas básicas, 1989.

Control prenatal

Las normas nacionales contemplan que todo el personal de salud debe instruir a las madres durante el período prenatal sobre la superioridad y las ventajas de la lactancia materna. Sin embargo, en el estudio se encontró que de los 49 servicios de maternidad estudiados, 9 (18,4%) no realizan actividades de control prenatal, por lo que no tienen oportunidad de informar a las embarazadas. De 40 que sí hacen control prenatal, solamente 30 (75%) realizan actividades educativas con las madres y todas incluyen los contenidos de lactancia materna, pero hay 10 (25%) que no ejecutan actividades educativas. (Cuadro 6-2)

Cuadro No. 6-2
Control Prenatal y Procesos Educativos en Lactancia Materna

Tipo de Maternidad	Atención Prenatal		Procesos Educativos		Contenido de Lactancia Materna	
	Sí (%)	No (%)	Sí (%)	No (%)	Sí (%)	No (%)
Hospitales Nacionales	22(79)	6(21)	16(73)	6(27)	16(100)	
Hospitales del IGSS	10(83)	3(17)	8(80)	2(20)	8(100)	
Centros de Salud "A"	8 (100)		6(75)	2(25)	6 (100)	

FUENTE: Nivel de Cumplimiento de las Normas Básicas, 1989

Los hospitales nacionales realizan el control prenatal en sus consultas externas o en los centros de salud que funcionan integrados a ellos, y la educación está a cargo de las enfermeras auxiliares (11 hospitales), o de las enfermeras graduadas (7 hospitales), en la mayoría de los casos; solamente en 5 hospitales participan los médicos. La mayoría de las madres que tienen su parto en estos hospitales se han remitido o por los centros o puestos de salud o por las comadronas; también se atiende un buen número de madres que nunca han tenido control prenatal. En las unidades y hospitales del Seguro Social, los controles prenatales se realizan en las consultas externas, las cuales en su mayoría están separadas del área de atención del parto. En las actividades educativas participan tanto los médicos como las enfermeras graduadas y auxiliares y las educadoras en salud de las escuelas de educación para la salud. En los centros de salud tipo "A", los controles prenatales se hacen la consulta y la educación está a cargo de las enfermeras auxiliares, las enfermeras graduadas u otro tipo de personal "promotor". Los médicos no participan.

Post-parto inmediato y mediato

La otra oportunidad de consejería en el hospital es el post-parto (inmediato y mediato). Se encontró que las actividades educativas no están funcionando en todas las maternidades estudiadas, como lo establecen las normas. El 83,7% de las maternidades lo está realizando en el post-parto normal. No en todos los servicios de maternidad participan los médicos en la educación, especialmente en los centros de salud. Cuando los niños tienen que ser separados de sus madres, por razones de salud, se cuenta con lactarios de leche humana en el 49% de los servicios de maternidad.

Un 5% de los hospitales nacionales no realizan control post-natal y de los que lo hacen hay un 30% que no tienen programa educativo. Del 70% que tiene programa educativo, el 6% no incluye la lactancia. En los hospitales del Seguro Social solo el 8% no prestan atención post-natal. El 88% de las maternidades estudiadas realizan actividades de educación post-natal, y de ellas, el 67% tienen programas educativos (93% de ellos con un contenido de lactancia). Aún no se ha logrado la unificación de criterios en relación a los períodos de lactancia exclusiva y de prolongación de la lactancia.

Los datos anteriores sirvieron de base para reenfocar otra actividad de capacitación dirigida a grupos de multiplicadores de estos servicios de maternidad. Se capacitaron 154 personas, haciendo énfasis en la importancia de las acciones educativas que deben realizar con las madres y mujeres usuarias de los servicios. Se les proporcionó además material didáctico apropiado para su aplicación y utilización.

- Grupos de mujeres

Se incluyó en la sección sobre los grupos de apoyo.

- Otro

Dentro de la orientación a las madres se ha puesto énfasis en las mujeres trabajadoras, para apoyarlas en la realización de procesos que les permitan combinar trabajo y lactancia. Esta comunicación educativo-informativa se realiza conjuntamente con las instituciones miembros de la comisión relacionadas con este campo, con el propósito de motivar, informar, orientar y educar a la madre trabajadora sobre la importancia de la lactancia, los derechos laborales de la mujer y las técnicas de extracción manual y de manejo y conservación de la leche materna.

3. *Centro de documentación para actualización de la información en lactancia materna*

En la CONAPLAM, INCAP, UNICEF y LLL se cuenta con centros de documentación sobre lactancia materna, que incluyen diferentes tópicos. Todos ellos pueden ser consultados y tienen servicio al público.

CONCLUSIONES

En Guatemala se han realizado diferentes programas de promoción, comunicación y educación en lactancia materna como tema central o resaltándolo como un elemento fundamental de la supervivencia infantil. Estas actividades han sido planificadas y desarrolladas con base en la detección de necesidades, y están dirigidas a diferentes grupos, contemplando para ello las características de la población y de los medios de difusión.

Los alcances de estos programas varían; algunos son de nivel nacional, como la campaña nacional por medios de comunicación masiva, y otros son dirigidos a grupos específicos, como la Guía Curricular de educación primaria. La sostenibilidad de estos esfuerzos nacionales de comunicación se ha mantenido gracias al aporte voluntario de los medios de comunicación masiva, prensa, radio y televisión. Respondiendo a la cultura del país, no existen restricciones para exhibir los pechos en los diferentes medios de comunicación masiva.

El desarrollo de actividades educativas en los servicios de maternidad no se está realizando de conformidad con las normas; un 25% de ellos no las realizan con el control prenatal y la participación de los médicos.

RECOMENDACIONES

Diseñar e implantar sistemas de información que permitan evaluar los alcances y el impacto alcanzado por estos programas.

Buscar alternativas presupuestarias que permitan garantizar la sostenibilidad, tanto de producción como de divulgación de estos programas, de modo que no dependan solo del aporte de sectores privados.

Establecer sistemas de seguimiento y vigilancia de las actividades educativas que deben realizarse en los diferentes niveles de atención del Ministerio de Salud y del Seguro Social.

Realizar un Seminario Nacional para dar a conocer los resultados del presente informe.

AREA 7: APOYO FINANCIERO PARA LAS ACTIVIDADES DE LA LACTANCIA MATERNA

A. Proporción de los costos del programa de lactancia materna sufragada por el Gobierno

Para las actividades del plan de acción de la CONAPLAM, el Gobierno no aporta un financiamiento específico, pero hay participación activa de los funcionarios de los diferentes ministerios e instituciones gubernamentales miembros de la CONAPLAM. El valor económico de este aporte gubernamental no se ha cuantificado; incluye el salario de los representantes ante CONAPLAM de las instituciones y ministerios gubernamentales; el salario del personal de salud que día a día promueve la lactancia materna en las diferentes instituciones de salud y maternidades, aplicando las normas nacionales de lactancia materna, y el tiempo aportado por las radiodifusoras oficiales en la transmisión de las campañas y cuñas promocionales.

B. Panorama de financiamiento de entidades donantes para actividades de lactancia materna

Desde 1984 los fondos que ha utilizado la CONAPLAM para financiar sus actividades, han sido aportados por entidades. La mayor parte ha sido aportada por la UNICEF, pero también por el Centro de Control de Enfermedades Diarreicas de la OMS y por la OPS a través del INCAP, y por el IBFAN (para actividades de capacitación y vigilancia del código).

C. Experiencia de recuperación de costos

No hay ninguna experiencia en recuperación de costos, ya que todas las actividades realizadas por la CONAPLAM son gratuitas. Ninguna de las instituciones con las que se trabaja cuenta con partidas para el pago de actividades de este tipo: capacitación, producción de materiales, equipamiento de lactarios, etc. Actualmente se está pensando en alternativas que permitan la

autosostenibilidad a largo plazo de la CONAPLAM, cuando ya no se tenga apoyo de las entidades donantes, para continuar desarrollando los programas a nivel nacional.

D. Financiamiento de fuentes particulares recibidas para actividades de lactancia materna.

Se ha contado con un apoyo fuerte del sector privado, especialmente de los medios de comunicación social y de algunas empresas comerciales. En ningún caso se han impuesto restricciones para el uso del dinero, el cual se ha adjudicado con base en programación de actividades específicas. Los aportes recibidos del sector privado nunca han provenido de las compañías sujetas al código de comercialización de sucedáneos de la leche materna.

CONCLUSIONES

No hay un presupuesto gubernamental específico destinado a la CONAPLAM para la ejecución directa del programa de lactancia materna. Los aportes son indirectos, en la prestación de los servicios, como parte de las actividades diarias de las instituciones. El programa nacional de promoción de la lactancia materna funciona desde 1984 con base en donaciones de organismos internacionales y del sector privado nacional. No hay experiencia en recuperación de costos para el programa de lactancia materna, ya que todos los servicios se prestan sin costo alguno.

RECOMENDACIONES

Buscar alternativas que permitan que tanto los organismos gubernamentales como los no gubernamentales miembros de la CONAPLAM contemplen en sus presupuestos partidas para las actividades específicas de lactancia materna en el área de su competencia.

Contar con asesorías específicas que permitan encontrar alternativas viables de autosostenibilidad a largo plazo del Programa Nacional de Promoción de la Lactancia Materna.

FUENTES DE INFORMACION

- 0. **Análisis de Situación Del Niño y La Mujer.** UNICEF/SEGEPLAN. Guatemala, agosto de 1991.
- 0. **Annual Report 1990.** INCAP. Guatemala, 1991.
- 0. **APROFAM en Cifras.** APROFAM. Guatemala, 1991.
- 0. **Campaña Nacional de Promoción de la Lactancia Materna.** CONAPLAM. Guatemala, abril de 1986.
- 0. **Datos de Medios y Demográficos República de Guatemala.** MULTIVEX. Guatemala, 1992.
- 0. **Desarrollo Humano, Informe 1991.** PNUD. Guatemala 1991.
- 0. **Diagnóstico de la Educación de la Niña.** Comisión Nacional: Eduquemos a la Niña. Guatemala, abril de 1992.
- 0. **Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1987.** MSPAS/INCAP/USAID. Guatemala, mayo de 1989.
- 0. **Estudio de Mortalidad Materna en Guatemala 1989.** MSPAS/DGSS/FNUAP/PNSI/OPS/OMS/MOTHERCARE. Guatemala 1989.
- 0. **Evaluación de Intervenciones para el Control de la Hipovitaminosis A en Guatemala.** ISTI/VITAL. Guatemala, noviembre de 1991.
- 0. **Guía para la Evaluación del Valor Económico de la Lactancia Materna.** ISTI/CSF/DGI/URC. Guatemala, octubre de 1991.
- 0. **Informe de Labores 1990.** IGSS. Guatemala, 1991.
- 0. **Lactancia Natural en Guatemala Un Enfoque Integral.** ESN/CONAPLAM/UNICEF. Guatemala, marzo de 1990
- 0. **Marco Teórico General Para la Producción de Material Educativo en Aspectos de Salud y Nutrición, Dirigidos a Población Rural.** IGET. Guatemala, julio de 1988.
- 0. **Mujer y Sector Informal.** ONAM/UNICEF/FLACSO. Guatemala, mayo de 1992.

0. **Nivel de Cumplimiento de Las Normas Básicas en La Promoción de La Lactancia Materna en Las Maternidades de Guatemala y Su Relación Con Los Diez Pasos Hacia Una Feliz Lactancia Natural.** CONAPLAM/OMS Ginebra/CDC de Enfermedades Diarreicas. Guatemala, 1989.
0. **Normas de Atención de Salud Materno Infantil. Plan Nacional de Salud Materno Infantil 1992-1996.** MSPAS/DGSS. Guatemala, agosto de 1992.
0. **Política Económica y Social Gobierno de Guatemala Período 1991-1996.** Guatemala, noviembre de 1991.
0. **Recopilación Bibliográfica de Las Investigaciones Existentes Sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Aspectos de Salud y Nutrición a Nivel Rural.** Guatemala, 1889.
0. **Red de Establecimientos Del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.** MSPAS/DGSS. Guatemala, enero de 1989.
0. **Situación Alimentaria-nutricional y De Salud en Centro América.** INCAP. Guatemala, marzo de 1992.
0. **Sobrevivencia Infantil y Crecimiento de La Población.** UNICEF. 1991.
0. **Tendencias de La Lactancia Materna en Guatemala.** CONAPLAM/OPS/INCAP/UNICEF. Guatemala, mayo de 1992.

ANEXO I

MATERIAL EDUCATIVO DE APOYO DE LA CONAPLAM

FOLLETOS

1. Alimentación del niño en el primer año de vida
2. Lactancia materna...un regalo para toda la vida
3. Con amor, dar de mamar es más fácil
4. Con conocimiento, dar de mamar es mucho más fácil
5. Con Dedicación, dar de mamar es felicidad
6. Con voluntad, dar de mamar es fácil
7. Programa madre canguro
8. Sirviendo...para servir
9. Ley de comercialización de sucedáneos de la leche materna
10. Lactarios de leche humana
11. Extracción manual de leche de pecho
12. Sugerencias prácticas para trabajar y lactar
13. La lactancia materna en la biblia
14. Técnicas y cuidados para lograr una lactancia materna exitosa
15. Ventajas de la lactancia materna
16. Declaración médica para lactancia materna
17. Derechos laborales de la madre

AFICHES

1. Mensaje sobre lactancia materna....un regalo
2. Hojalata madre ladina (2 versiones)
3. Hojalata madre indígena

ROTAFOLIOS

1. Lactancia materna

MANUALES

1. Técnicas participativas para trabajos en grupos
2. Uso de láminas reflexivas

JUEGOS

1. Láminas reflexivas con mensajes sobre lactancia materna
2. Normas básicas para la promoción de la lactancia materna

LIBROS

1. Como ayudarles a las mamás a amamantar

OTROS MATERIALES

1. Posiciones para amamantar
2. Sobres: preparándose para ser madre
3. Hoja de registro diario, lactario de leche humana
4. Hoja de informe mensual, lactario de leche humana
5. Hoja de informe anual, lactario de leche humana
6. Récorde de donadora, lactario de leche humana
7. Carnets de identificación, madre donadora de leche humana
8. Carnets del programa madre canguro/ niña
9. Carnets del programa madre canguro/ niño
10. Normas de funcionamiento del lactario de leche humana
11. Recomendaciones implementación hospitales amigos
12. Recomendaciones primer nivel en apoyo a la lactancia materna
13. Funciones del coordinador de lactancia materna a nivel de maternidades.
14. Diez pasos hacia una feliz lactancia natural (versión madre)
15. Diez pasos hacia una feliz lactancia natural (versión personal de salud)
16. Declaración de Innocenti
17. Razones médicas para la suplementación
18. Grupos de apoyo de la lactancia materna

ANEXO II

RECOPIACION BIBLIOGRAFICA NACIONAL SOBRE LACTANCIA MATERNA

I. Publicaciones en Revistas Nacionales

1. Pacheco J, Cosich C, Olivet D: La lactancia materna en nuestro medio hospitalario. Guat Pediatr 13:51, 1973
2. Sosa R: Características de la lactancia materna en una población de un país en desarrollo ya influenciado por el fenómeno de la industrialización. Guat Pediatr 13:46, 1973
3. Urrutia J J: Informe del estado actual de la lactancia materna en Guatemala. Guat Pediatr 1:9, 1979
4. Cerezo R: Lactancia materna en relación con crecimiento y desarrollo del niño. Guat Pediatr 2:74, 1980
5. Cosich C, Prado D, Rivera B: Necesidades de bancos de leche humana y de lactarios como un servicio hospitalario. Guat Pediatr 3:153, 1981
6. Dary O, Pineda O: Contaminación de la leche humana con insecticidas organoclorados persistentes. Guat Pediatr 3:99, 1981.
7. Cosich C, Prado D, Rivera B: Algo más sobre lactancia materna. Guat Pediatr 5:189, 1983.
8. Figueroa C, Posadas R, Weiss M: Factores determinantes en la práctica de lactancia materna. Guat Pediatr 5:5, 1983.
9. Soto M A: Lactario en hospitales de provincia. Una realidad para el futuro. Guat Pediatr 6:95, 1984.
10. Liu H, Aldana R, Villatoro E M: Creencias y actitudes en la alimentación e higiene del neonato, Guat Pediatr 8:114, 1986.
11. Chew F: Prevalencia y duración de la lactancia materna en Guatemala. Guat Pediatr 9:75, 1987.

II. Publicaciones de INCAP

1. Wyatt R, Mata L: Bacteria in colostrum and milk of Guatemalan indian woman. J Trop Pediatr 15:159, 1969.

2. Frisancho A, et al: Unaltered cortical area of pregnant and lacting women. Studies of the second metacarpal bone in North and Central American populations. *Investigative Radiol* 6:119, 1971.
3. Habicht J P, Delgado H, et al: Repercussions of lactation on nutritional status of the mother and the infant. In *Nutrition*, H Bourges and S Basta (Eds), México 1972.
4. Menchú M T, et al: Lactancia y destete en el área rural de Centro América y Panamá. *Arch Latinamer Nutr* 22:83, 1972.
5. Wyatt R, García B, et al: Immunoglobulins and antibodies in colostrum and milk of Guatemalan maya women. *Arch Latinoamer Nutr* 22:629, 1972.
6. Mata L, Kronmal R, et al: Breast-feeding, weaning and the diarrhoeal syndrome in a Guatemala Indian village. In *Acute Diarrhoea in Childhood*. Amsterdam, North Holland 1976.
7. Sosa R, Kennel J, et al: The effect of early mother-infant contact on breast feeding, infection and growth. In *Breast-feeding and the Mother*. North Holland, Elsevier 1976.
8. Olzyna-Marzys A: Contaminants in human milk. In *Current Topics on Pediatrics*, New Delhi, India 1977.
9. Campos M, Olzyna-Marzys A: Contamination of human milk with chlorinated pesticides in Guatemala and in El Salvador. *Arch Environ Contam Toxicol* 8:43, 1979.
10. Carlsson B, Cruz J R, et al: Immune factors in human milk. In *Nutrition and Metabolism of the Fetus and Infant*. H K A Visser (Ed). Boston 1979.
11. OMS/OPS/INCAP: Guías para promover la lactancia materna y mejorar la alimentación materna e infantil en Centro América y Panamá. Tegucigalpa, Honduras 17-20 de marzo 1980.
12. Carlsson B, Cruz J R, et al: The mechanism of immunity provided by breast feeding. In *Human Milk. Its Biological and Social Value*. S Freier and A I Eidelman (Ed). Amsterdam, 1981.
13. Delgado H, Valverde V, et al: Faltering growth and human milk. *Lancet*, i:612 (March), 1981.
14. Villar J, Belizan J: Breastfeeding in developing countries. *Lancet*, ii:621, 1981.
15. Cruz J R, Carlsson B, et al: Studies on human milk. III Secretory IgA quantity and antibody levels against *Escherichia coli* in colostrum and milk from underprivileged and privileged mothers. *Pediatr Res* 16:272, 1982.

16. Cruz J R, Hanson L: Specific immune response in human milk to oral immunization with proteins. *Ann N Y Acad Sci* 409:808, 1983.
17. Hanson L, et al: The immune response of the mammary gland and its significance for the neonate. *Ann Allergy* 53:576, 1984.
18. Incap. Revisión de las Normas de Atención Materno Infantil con énfasis en la alimentación del niño y apoyo a la lactancia natural (recomendaciones del grupo de trabajo sobre salud y nutrición materno infantil de Centro América, Panamá y República Dominicana. Guatemala, INCAP 1984.
19. Conde E, Delgado H: Manejo clínico de la lactancia materna; Actividades de apoyo y promoción de la lactancia materna durante la atención prenatal, de labor, parto y postnatal. En: Documentos Técnicos para Capacitación del Personal en el manejo clínico de la lactancia materna (Curso Regional sobre Manejo Clínico de la Lactancia Materna, Tres Ríos, Costa Rica, 8-27 de julio de 1984) Guatemala, INCAP 1985.
20. Cruz J R: IV. Factores inmunológicos de la leche materna. En: Documentos Técnicos (i al v) Proyecto Regional de Promoción de Lactancia Materna, Producidos en 1984, Guatemala, INCAP 1985.
21. Delgado H: Ventajas de la lactancia materna: Resumen de la literatura sobre el tema. En: Documentos Técnicos para la Capacitación del Personal en el Manejo Clínico de la Lactancia Materna (Curso Regional sobre Manejo Clínico de la Lactancia Materna, Tres Ríos, Costa Rica, 8-27 julio de 1984) Guatemala, INCAP, 1985.
22. Delgado H y col: Sinópsis del seminario sobre promoción de la lactancia natural en Centroamérica, Panamá y la República Dominicana. Isla Contadora, Panamá 1983. *Arch Latinoamer Nutr* 35(1):33, 1985.
23. Fisher M, Delgado H, y col: Lineamientos generales para el establecimiento y funcionamiento de un banco de leche. En: Documentos Técnicos para la Capacitación de Personal en el Manejo Clínico de Lactancia Materna (Curso Regional sobre Manejo Clínico de la Lactancia Materna, Tres Ríos, Costa Rica, 8-27 de julio de 1984) Guatemala, INCAP, 1985.
24. García B, Delgado H y col: Prácticas de la lactancia natural y actividades de su promoción en Centroamérica, Panamá y la República Dominicana. *Arch Latinoamer Nutr* 35(5):258, 1985.
25. García B, Valverde V: Encuesta sobre lactancia materna y alimentación infantil. En: Documentos Técnicos (I al IV). Proyecto Regional de Promoción de Lactancia Materna, producidos en 1984. Guatemala, INCAP 1985.

26. Palmieri M: II. Recolección de información sobre acciones, programas, proyectos y actividades de promoción de la lactancia materna a nivel de Centro América, Panamá y República Dominicana. En: Documentos Técnicos (I al V). Proyecto Regional de Promoción de Lactancia Materna, producidos en 1984. Guatemala, INCAP 1985.
27. Conde E: Prácticas hospitalarias que apoyan la lactancia durante el período de labor, parto y postparto. *Salud Materno Infantil (Honduras)* 5 (Extraord):12, 1986.
28. Cruz J R, Arevalo C: Levels of human milk specific immunoglobulin A antibodies during lactation. *Pediatr Infect Dis* 5(Suppl.1):S148, 1986.
29. Cruz J R, Arévalo C, Hanson L: Effects of ethnicity on immunologic components in human milk. In *Human Lactation 2. Maternal and Enviromental Factors*. M Hamosh and A S Goldman (Eds). New York, 1986.
30. Delgado H, Palma V de: Ventajas de la lactancia materna. *Salud Materno Infantil (Honduras)* 2(1):6-7 sep, 1986.
31. División de Materno Infantil y Planificación Familiar (con la asesoría de Francisco Pineda). Informe final del Estudio sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Lactancia Materna del Personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. San Salvador, mayo 1986.
32. Palma V: Lactancia natural: Técnicas para casos especiales. *Salud Materno Infantil (Honduras)* 5 (Extraord.):16, 1986.
33. Villareal R y col: Organización y normas de funcionamiento de bancos de leche materna de la República de Panamá. En: *Bibliografía sobre nutrición Materno Infantil, Lactancia y Destete*. Guatemala, INCAP/Centro Regional de Documentación sobre Supervivencia Infantil. diciembre 1986.

III. Trabajos de Tesis de INCAP

1. Figueroa M M. Efecto de la alimentación materna sobre el desarrollo y maduración fetal y durante la lactancia. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia/INCAP. Guatemala, junio 1973.
2. Ayala C C: Efecto de la alimentación materna sobre el crecimiento fetal y la maduración del encéfalo de su progenie. CESNA, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia/INCAP. Guatemala, noviembre 1973.
3. Juarez M A: Habitos de lactancia materna y alimentación suplementaria en relación con el peso y la talla de lactantes menores de dos años de la población de Tecpán, República

de Guatemala. CESNA, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia/INCAP. Guatemala, septiembre 1975.

4. Rivera G E: Evaluación de los hábitos alimentarios durante el embarazo y la lactancia en una comunidad del área de San Félix, Provincia de Chiriqui, República de Panamá. CESNA, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia/INCAP. Guatemala, diciembre 1978.
5. Valdez N A: Relación de la duración del período de lactancia materna con el nivel de escolaridad de la madre. CESNA, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia/INCAP. Guatemala, marzo 1979.
6. Beltranena de Enriquez M M: Situación de los lactarios de los hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del IGSS. CESNA, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia/INCAP. Guatemala, marzo 1979.
7. Contreras L T: Relación entre la duración de la lactancia materna y el nivel de escolaridad de un grupo de madres de la Ciudad de Danli, Honduras. CESNA, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia/INCAP. Guatemala, mayo 1980.
8. Barrios N E: Frecuencia y duración de la lactancia materna en madres trabajadoras y no trabajadoras atendidas en el hospital de ginecología y obstetricia del IGSS. CESNA, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia/INCAP. Guatemala, noviembre de 1982.

IV. Trabajos de Tesis Universidad de San Carlos

1. Soto S Y: Lactancia materna: realidad urbana y rural. 1977.
2. Avendaño E F: Uso de leche materna y calostro en recién nacidos de bajo peso al nacer, Hospital Roosevelt, 1979.
3. García H J: Influencia de la situación socioeconómica en los hábitos y costumbres sobre la lactancia materna. 1979.
4. Ibarra A M: Ventajas de la lactancia materna en Guatemala. 1979.
5. Lopez E I: Efecto que tiene la lactancia materna en el crecimiento pondoestatural. 1979.
6. Ovando C S: Programa de apoyo y promoción de lactancia materna en servicios de atención primaria. 1979.

7. Prado H D: Factibilidad y necesidades de lactarios y bancos de leche humana en nuestros hospitales. 1981.
8. Oliva J A: Enterocolitis necrotizante y leche humana (1978-1982), HGSJD, 1982.
9. Arenales L M: Efecto de la lactancia materna sobre la duración de la amenorrea postparto. 1985.
10. Ziu H E: Creencias y actitudes en la alimentación e higiene del neonato, HGSJD, 1985.
11. Flores D: Lactancia materna, evaluación de conocimientos en 300 madres primigestas, Hospital Roosevelt, 1986.
12. Guillen D I: Leche materna como inhibidor de crecimiento de *Neisseria gonorrhoeae* in vitro, HGSJD, 1986.
13. Hurtado H R: Valores de bilirrubina en recién nacidos a término alimentados al pecho, HGSJD, 1986.
14. Palencia D G: Inmunidad celular transmitida por leche materna, HGSJD. 1986.
15. Quezada A P: Lactancia materna en prematuros (1985-1986), Hospital Roosevelt, 1986.
16. Guerra C: Banco de leche humana, Hospital Nacional Amatitlan, 1987.
17. Morales J C: Creencias, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en una población rural. Usumatlán, Zacapa, 1987.
18. Samayoa A L: Factores relacionados con la suspensión temprana de la lactancia materna un área urbano-marginal. 1987.
19. Scott F M: Situación de la lactancia materna en un área rural de Guatemala, San José El Rodeo, San Marcos, 1987.
20. Henry C E: Metoclopramida vrs placebo y sus efectos en la producción de leche. 1989.

ANEXO IV

Lista de Precios de Sucedáneos de Leche Materna Mamones y Biberones *

Producto	Supermercado Area Urbana	Farmacia Elite	Farmacia Marginal	Farmacia Rural
Similac polvo (una libra)	18,14	20,56	18,71	18,72
Silimal c/hierro (una libra)	18,90	18,71	18,71	
Gain				19,44
Isomil polvo	19,85	19,66	19,66	19,66
NAN (una libra)		18,10	16,50	17,68
NAN (dos libras)		17,35		17,68
AL 110 (una libra)	23,20	24,05		17,68
Prosobee (1 libra)		24,72	24,72	23,05
Enfamil (1 libra)	18,31	21,36	23,00	19,63
Enfamil c/hierro (una libra)				19,63
Enfalac	18,31	29,59		19,63
Gluko B	11,56	14,75		12,60
Compota GERBER (113 grs)	2,15			2,25
Compota GERBER (170 grs)	3,15			
Jugos GERBER	2,15			2,25
Cereal GERBER	6,05			
Cerelac	7,93			7,00
Morinaga				19,35
Cerelac banano	7,93			
Cerelac milo	8,95			
Nestum	5,86			
Mosh	3,61			
Incaparina	2,26			
Corazón de trigo				
Biberones:				
GERBER 8 y 4 onz.			8,00	
Evenflo 8 y 4 onz			9,50	
Pepes corrientes			4,75	

* Precios en quetzales al 13/nov/92.

ANEXO V

Grupos que Apoyan a la Mujer en Guatemala

ORGANIZACION	ENFOQUE*	LACTANCIA MATERNA**
1. Asociación Guatemalteca para las familias de las américas	M/N	NO
2. Asociación para el desarrollo integral rural	MG	NO
3. Asociación de Damas Voluntarias Pro-Asistencia Hospitalaria	MG	NO
4. Asociación Guatemalteca de Educación Sexual	M/N	NO
5. Asociación de Caficultores de Oriente de Guatemala	M/N	NO
6. Asociación Nacional de Café, Programa de Acción Social	M/N,MT	NO
7. Asociación Guatemalteca de Muchachas Guías de Guatemala	MG	NO
8. APROFAM	M/N,MG	LM,2ND
9. Asociación de Señoras de la Caridad de San Vicente de Paul	MG	NO
10. Asociación de Señoras Periodistas	MG	NO
11. CARE	M/N,MG	LM,2ND
12. CARITAS	MG	NO
13. Christian Children's Fund, Inc.	M/N	2ND
14. CONAPLAM	M/N,MG.MT	LM
15. Centro de Educación y Recuperación Nutricional, Club de Leones	M/N	2ND
16. Centro de Integración Familiar	MG	2ND
17. Consejo Nacional de Mujeres de Guatemala	MG	NO
18. Asociación Guatemalteca de Coordinación para la Supervivencia y el Desarrollo	M/N,MT	2ND
19. Fundación Dolores Bedoya de Molina	MG,MT	2ND
20. Fundación para el Desarrollo de la Mujer	MG	NO

21. Federación Guatemalteca de Escuelas Radiofónicas	MG	NO
22. Guardería Evangélica "Casita Benjamín"	M/N	2ND
23. Instituto para el Desarrollo Económico Social de América Central	MG	NO
24. Instituto Nuestra Señora del Socorro-Antigua, Guatemala	MG	NO
25. Junkabal, Centro de Formación Profesional para la Mujer	M/N,MT	2ND
26. Madres de Desamparados y San José la Montaña	MG	NO
27. Programa de Ayuda para los Vecinos del Altiplano	M/N,MG	2ND
28. Proyectos Educativos Regionales de Auto-Ayuda	MG	NO
29. Patronato Pro Nutrición Infantil (Club Rotario)	M/N	2ND
30. Club Soroptimista de Guatemala	MG	NO
31. Vivamos Mejor	MG	NO
32. LLL,G	M/N,MT	LM
33. Grupo Feminista Pro Mejoramiento Familiar	M/T,MG	2ND
34. Oficina Nacional de la Mujer	M/T,MG	2ND
35. Club Femenino (Programa de Radio)	M/N.MG,MT	NO
36. Club de la Familia (Programa de Radio)	M/N,MG,MT	NO
37. Radio Universitaria	MG	NO
38. Ministerio de Educación	M/N	LM
39. Bienestar Infantil y de la Familia	M/N,MT	LM
40. Ministerio de Trabajo	MT	LM
41. Ministerio de Agricultura	MG	2ND
42. Ministerio de Desarrollo	MG	2ND
43. UNICEF	M/N	LM
44. Hospital Roosevelt	M/N	LM
45. IGSS, Programa Materno-infantil	M/N	LM
46. Ejército de Salvación	M/N	LM
47. Iglesia de Jesucristo de los Ultimos Días	M/N	LM
48. Project Concern International	M/N	2ND
49. PAIN	M/N	LM

50. Proyecto de Apoyo Materno-Infantil (PAMI)	M/N	2ND
51. UPAVIM	M/N,MT	LM
52. Proyecto HOPE	M/N	2ND
53. Plan Internacional	M/N	2ND
54. Médicos Sin Fronteras, Suiza	M/N	2ND
55. Visión Mundial	M/N	2ND
56. INCAP	M/N	LM,2ND
57. Catholic Relief Services	M/N	NO
58. ASECSA	M/N	2ND
59. FUNDAESPRO (PIS)	M/N,MT	LM
60. Proyecto Clínicas Guadalupeanas	M/N	LM

MG: Mujer en General; M/N: Mujeres con Niños; MT: Mujeres que trabajan; NO: no incluyen promoción de Lactancia Materna en su programa; 2ND: incluyen promoción de Lactancia Materna secundaria a mensajes de salud en general;LM: promueven Lactancia Materna activamente como parte de su programa.