

# Relación costo beneficio de las intervenciones de promoción sobre lactancia materna vs. laboratorios de fórmulas lácteas

Panamá, 2006



## Conocimientos, actitudes y prácticas del personal multidisciplinario de salud y la promoción realizada a las madres con respecto a la lactancia materna en dos maternidades

Panamá, 2006





# Relación costo beneficio de las intervenciones de promoción sobre lactancia materna vs. laboratorios de fórmulas lácteas

Panamá, 2006

Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES)  
Dirección de Investigación y Desarrollo Tecnológico (DIDT)  
Departamento de Investigación de Sistemas de Salud, Ambiente y Sociedad (ISISAS)



**ISBN 7770404**

Esta publicación ha sido posible gracias al financiamiento del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).  
Publicado en Panamá, 2009.

**RECONOCIMIENTOS:**

A todas las madres y los recién nacidos, de este estudio, quienes son los receptores de todas las acciones que se plasman en esta obra.

Al personal multidisciplinario de salud integrantes de las Maternidades del Hospital Santo Tomás y del Hospital General Nicolás A. Solano, de cuyo esfuerzo conjunto es producto este trabajo.

Al Departamento de Investigación de Sistemas de Salud, Ambiente y Sociedad (ISISAS) coordinado por la Doctora Aida L. Moreno de Rivera, por el apoyo incondicional.

Nuestro especial reconocimiento al Lic. Miguel Cuellar por su conducción, valioso aporte y confianza depositada.

**INVESTIGADORAS:**

Mgtr. Faride E. Rodríguez Díaz (investigadora principal)  
Mgtr. Rosaura González de Borace  
Mgtr. Aracelly Cedeño de López.

**ASESORES:**

Dr. Francisco Lagrutta, Pediatra, Hospital del Niño

**CONSULTOR POR EL MINISTERIO DE SALUD:**

Dr. Max Ramírez, Pediatra. MSP.

**EQUIPO ENCUESTADOR:**

Lic. Edgardo Guevara  
Lic. Lisbel Sánchez  
Mgtr. Faride Rodríguez  
Mgtr. Rosaura de Borace  
Mgtr. Aracelly Cedeño de López  
Sra. Nilsa Sugar

**ANÁLISIS DE DATOS:**

Dr. Isaac Carrasco - Consultor del Área Estadística  
Lic. Ricardo Ortega P.- Consultor del Área Económica  
Investigadores del Estudio

**DISEÑO Y DIAGRAMACION:**

Marco Luque - UNICEF Panamá

# Prólogo

La lactancia materna exclusiva es el alimento idóneo durante los primeros seis meses de vida y a la vez es la intervención más importante para reducir la mortalidad infantil en los primeros años de vida.

La lactancia materna le proporciona a los bebés todos los nutrientes que necesitan para su crecimiento y desarrollo. Así como también los protege contra enfermedades que pueden poner en peligro su vida. Otro beneficio importante es el apego a la madre que se produce durante el amamantamiento, beneficiando su desarrollo psicológico.

Para la madre es conocido que la lactancia materna exclusiva le beneficia para la recuperación de su matriz luego de un embarazo, disminuye el riesgo a cáncer de mama y ovario sustancialmente.

Por último es importante señalar que la leche materna al no representar ningún costo tiene efectos positivos en la economía familiar.

Desde 1994 en Panamá se impulsó como una estrategia para el establecimiento de una política de nutrición el establecimiento de los Hospitales Amigos de los Niños y Niñas (HAN). A través de estos hospitales se busca promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Como resultado de esta estrategia se certificaron entre 1994 y 1999 un total de siete hospitales, no obstante aún queda un camino por recorrer con otros hospitales, principalmente los del sector privado.

Con el propósito de generar información que permita el fortalecimiento de la política de lactancia materna y promover la toma de decisiones que promuevan y regulen la práctica de la misma se desarrollaron y presentan dos estudios que se complementan y que buscan orientar los pasos a seguir.

El primer estudio de este documento tiene como objetivo analizar la relación costo-beneficio de las intervenciones de promoción de la lactancia materna versus las intervenciones de producción de fórmulas lácteas, medida a través de su impacto en la salud infantil.

El segundo evalúa los conocimientos, actitudes y prácticas del personal multidisciplinario de salud, médicos ginecólogos-obstetras y la promoción realizada a las madres en dos maternidades importantes de Panamá.

Esperamos que la información contenida en estos dos estudios, contribuyan a los objetivos y fines propuestos y que el impacto redunde en el cumplimiento de los Derechos de los Niños y Niñas a sobrevivir, crecer y desarrollarse apropiadamente.

Con el compromiso de todos, los niños y niñas de Panamá estarán mejor alimentados y más saludables.



# Índice

Presentación .....	7
1. Introducción .....	9
2. Marco teórico .....	10
3. Objetivos de la investigación .....	15
4. Metodología .....	16
5. Resultados y discusión .....	20
6. Costos de producción de los laboratorios de fórmulas lácteas y de las intervenciones de promoción sobre lactancia materna y su impacto en población infantil .....	37
7. Relación costo-beneficio .....	42
8. Conclusiones .....	51
9. Recomendaciones .....	52
10. Glosario .....	53
11. Bibliografía .....	54
12. Anexos .....	56



# Presentación

El Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud es una entidad científica del estado panameño dedicada a la investigación sanitaria. La generación de conocimientos en salud es una herramienta fundamental en el proceso de toma de decisiones en la formulación de políticas e intervenciones sanitarias. Esa es la razón de ser del instituto.

Este estudio desarrollado en coordinación con el Ministerio de Salud y con la cooperación técnica y financiera del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) representa el esfuerzo de los investigadores de nuestro instituto por producir evidencias científicas que contribuyan al desarrollo de la salud pública nacional.

“Relación costo beneficio de las intervenciones de promoción de la lactancia materna vs. laboratorios de fórmulas lácteas y su impacto en la población infantil en Panamá, 2006” es un estudio que demuestra que la lactancia materna exclusiva es alta en el primer mes de vida de los niños recién nacidos, pero luego disminuye masivamente durante el primer trimestre y un bajo porcentaje llega a los seis meses de edad del niño. Los casos de enfermedades diarreicas y de infecciones respiratorias agudas se incrementaron, a medida que pasaron los meses, en los niños que recibieron fórmulas artificiales. Las normas establecidas en el país sobre lactancia materna exclusiva no se cumplen. A su vez el estudio demuestra que la relación costo-beneficio es positiva si se promueve la lactancia en el sistema sanitario. También evidenció que la capacitación a los profesionales de la salud en promoción de lactancia materna no es un programa sistemático en los hospitales estudiados y que las madres investigadas recibieron limitada orientación sobre lactancia materna durante su gestación.

Estos hallazgos deben llamar a la reflexión a los tomadores de decisiones en políticas e intervenciones sanitarias sobre la importancia y trascendencia de incrementar la promoción de la lactancia materna como una medida para reducir las tasas de morbi-mortalidad de la población infantil y de pérdidas económicas en el país.

Las decisiones que se tomen hoy en nombre de los niños influirán no solamente en su desarrollo integral sino en el progreso de la nación.

**Dr. Jorge Motta**  
**Director General del ICGES**



# 1. Introducción

Desde que el niño nace establece una interrelación con el medio ambiente desarrollando cambios fisiológicos, psíquicos y sociales, sin embargo en los primeros meses de vida el recién nacido tiene una alta vulnerabilidad frente a las numerosas amenazas de su nuevo entorno, gran parte de estas amenazas se pueden prevenir y contrarrestar por medio la lactancia materna exclusiva.

La lactancia materna exclusiva en niños menores de un año, favorece la reducción de la morbi-mortalidad por enfermedades infecciosas en la población infantil, teniendo su principal impacto sobre los dos flagelos que afectan a los niños de los países en desarrollo: malnutrición e infecciones. La disminución de la práctica de la lactancia materna en los países de escasos recursos, en especial en áreas urbanas de rápido crecimiento, ha ocasionado incremento en las tasas de morbi-mortalidad y pérdidas económicas.

La inversión en la promoción de la lactancia materna (LM) constituye una de las intervenciones más eficaces en cuanto a su efecto en la disminución de los altos costos de la supervivencia infantil; siendo equivalente a los procedimientos convencionales como inmunización y la administración de suplementos de vitamina A, y superior a la terapia de rehidratación oral<sup>1</sup>.

Diferentes estudios ponen de manifiesto que la prevalencia y duración de la lactancia materna está disminuyendo. La encuesta de indicadores múltiples de 1993, mostró que el 32% de los lactantes recibían a los seis meses lactancia materna exclusiva (LME). En el año 2005 el 25% de las madres en Panamá amamantan de forma exclusiva a sus hijos hasta el sexto mes<sup>2</sup>.

La presente investigación es un estudio de cohorte prospectivo, que tiene como objetivo, estimar el costo- beneficio generado de las intervenciones para la promoción de la lactancia materna realizadas en la maternidad del hospital

Santo Tomás, y la maternidad del hospital Nicolás A. Solano, donde existe un laboratorio de fórmulas lácteas. En estas maternidades fue seleccionada una muestra de 147 recién nacidos a los que se dio seguimiento por un periodo de seis meses. Este seguimiento se realizó en las viviendas de los niños y madres obteniéndose información sobre las siguientes variables: aspectos socioeconómicos, ingesta, episodios de infecciones respiratorias aguda (IRA), enfermedad diarreica aguda (EDA) y estado nutricional del recién nacido (RN). La información obtenida de la madre fue corroborada a través del examen de historias clínicas de los centros e instalaciones de salud a las cuales asistió el niño. igualmente fueron aplicadas matrices para determinar costos de operación, costos fijos y de producción del laboratorio de fórmulas lácteas y los costos de las actividades de promoción sobre lactancia materna.

En Panamá no se han realizado con anterioridad estudios económicos de costo-beneficio sobre las intervenciones en lactancia materna y laboratorios de fórmulas lácteas, por lo cual el presente estudio puede ser de gran utilidad para definir nuevas estrategias y políticas de salud.

Los presentes resultados aportan evidencia científica al sistema de administración de salud y a los encargados de formular las políticas de salud. igualmente representan el valor de las intervenciones de atención primaria de salud incluidas en los programas para reducir la malnutrición y la morbi-mortalidad, principalmente por enfermedades infecciosas de la niñez.

Esperamos que el Estado fortalezca la política de intervención para la promoción de la lactancia materna con el fin de aumentar los beneficios en salud para los niños; a su vez que aumente y flexibilice el uso del presupuesto estatal destinado a compras de fórmulas infantiles, alimentos complementarios y gastos para la atención de enfermedades prevenibles en las instalaciones públicas del país.

1. UNICEF / Estado Mundial de la infancia. Carol Bellamy, Directora Ejecutiva. Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2004.

2. UNICEF / The state of the country we do ITPOPLOF youth UNICEF Centreworlds children. Statistics, Panamá, 2005.

## 2. Marco teórico

Han sido ampliamente reconocida a nivel mundial las ventajas de la lactancia materna y su impacto favorable en el ataque de los dos flagelos que afectan a los niños de los países en desarrollo: malnutrición e infecciones<sup>3</sup>. Igualmente la lactancia materna previene la obesidad y sobrepeso infantil en menores de 5 años, actuando como un elemento protector de dichos riesgos en etapas posteriores de la vida, lo que disminuye el riesgo consecuente de padecer enfermedades crónicas y degenerativas y los altos costos de atención asociados que ocasionan a nuestros gobiernos<sup>4</sup>.

Conforme a los planteamientos de autoridades internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se estiman en 1.5 millones las muertes de infantes que no fueron amamantados.

Es una realidad que en los países pobres las familias no dispongan de recursos para la compra de cantidad suficiente de fórmulas lácteas para sus niños, además de carecer de la instrucción necesaria para seguir indicaciones en su preparación, agua potable y requerimientos para esterilizar y refrigerar.

Desde la década de los setenta, la UNICEF y la OMS pusieron en marcha diversas estrategias e iniciativas para la protección, la promoción y el apoyo a la lactancia natural, tales como la creación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. En 1989 se efectuó la Declaración conjunta de OMS/UNICEF, por la cual se protege, promueve y fomenta la lactancia materna. En 1990 se hizo la *Declaración de Innocenti* sobre la protección, promoción y el apoyo de la lactancia materna, así como la Convención sobre los Derechos del Niño, la Declaración de la Cumbre Mundial a favor de la infancia, la Declaración Mundial sobre Nutrición, el Plan de Acción para la Nutrición FAO/OMS y la Conferencia Internacional de Nutrición

en 2001. Esto establece que el período óptimo de amamantamiento exclusivo es durante los seis primeros meses y con lactancia materna continuada hasta los dos años o más, como recomendación mundial de salud pública. Así mismo insta a investigaciones sobre el HIV y la alimentación infantil.

La Estrategia Global para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (21) recibió el apoyo de la Asamblea Mundial de la Salud (WHA, por su sigla en inglés) en mayo del 2002 a través de la Resolución 55.25. El Consejo Ejecutivo de UNICEF, en septiembre del 2002 explica las funciones de todos los sectores de la sociedad.

El componente neonatal de la lactancia materna, que incluye la primera semana de vida, se formuló más recientemente y se considera crucial para reducir la mortalidad infantil.

Las intervenciones especiales como mantener a la madre y el bebé juntos después del nacimiento, el contacto con la piel en la primera hora de vida, así como el sistema de monitoreo de la lactancia materna, han resultado útiles no solo para vigilar las prácticas de la lactancia en los establecimientos de salud sino también, mediante el examen de datos y la acción correctiva para mejorar los resultados de la lactancia materna<sup>5</sup>.

Las intervenciones nutricionales en las maternidades, como la promoción de las prácticas optimizadas de lactancia materna se cuentan entre las inversiones en el desarrollo que generan los mejores rendimientos y la principal medida preventiva contra enfermedades infecciosas, efectos a corto y a largo plazo sobre la salud y el estado nutricional materno e infantil, de todos los grupos socioeconómicos. En el presente estudio se consideraron estas variables como las más relevantes.

3. Informe anual de la OMS / Salud Pública1. Méx. 39; 412-419, 1997.

4. Von Kries, R; Koletzko, B; Sauerwald T; et al / Breast feeding and obesity: cross sectional study. Rev. Actualidad fármaco terapéutica. BMJ; 319: 147-5., 1999.

5. Organización Panamericana de la Salud / Comunicado de Prensa. Washington, 2006.

## 2.1 Intervenciones de promoción a la lactancia materna en las maternidades

Estudios publicados revelan la importancia de las intervenciones de promoción de la lactancia materna en las maternidades. La influencia que ejerce el profesional de la salud al recomendar el contacto postnatal precoz (contacto madre-hijo desde el momento del parto) incide sobre el inicio o la continuación de la lactancia materna de forma eficaz.

Las intervenciones con contacto precoz en las maternidades dan como resultado el aumento de la prevalencia de la lactancia materna exclusiva, alternativa de ahorro para las familias y el estado y la disminución de la morbi-mortalidad causada por la desnutrición en niños menores de 5 años.

Las decisiones que se tomen y las actividades que se realicen en nombre de los niños durante este período fundamental influirán no solamente en la forma en que los niños se desarrollen sino en la manera en que progresen los países.

Oficiales de la salud pública de todo el mundo coinciden en la aseveración de que estas intervenciones destinadas a promover las prácticas óptimas de lactancia materna y alimentación complementaria constituyen una de las más eficaces medidas de prevención para evitar la mortalidad infantil.

En Panamá, el Ministerio de Salud, a partir del año 1972, inició la práctica del alojamiento conjunto en la sala de puerperio de la maternidad del Hospital Santo Tomás (HST) como estrategia para promover la lactancia materna exclusiva, desde el nacimiento del RN hasta los 6 meses según la Norma del Programa Maternal del Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salud <sup>6,7</sup>.

En un estudio efectuado en 1984, en la Caja de Seguro Social, sobre la aceptación de las normas del recién nacido a un grupo de madres egresadas de la sala de puerperio, se

observó que de un grupo de 101 madres de familia, (el 75.2% de los bebés que recibieron pecho durante su estadía en el Hospital) sólo el 13.9% continuaban amamantando. El grupo más afectado por el abandono de la lactancia materna fue el conjunto de los niños de 4 meses cumplidos. De una proporción inicial de 53.4% se redujo al 10.9%, siendo que el número de niños alimentados con fórmulas lácteas aumentó de 9.9% a 29.7%<sup>8</sup>. En 1993 el gobierno panameño, a través del Ministerio de Salud, Departamento Materno Infantil con el apoyo técnico y económico de la UNICEF, asumió los compromisos de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia y desarrolló un programa nacional denominado "Hospital Amigo del Niño y la Madre" (IHAN)<sup>9</sup>. Esta iniciativa es un programa mundial emanado de acciones generadas desde 1981.

Este programa es un esfuerzo conjunto de la OMS/UNICEF que ha conseguido transformar en 114 países 12,700 hospitales en centros de apoyo a una buena alimentación para el recién nacido. Los hospitales "amigos del niño" son refugios para la protección de la lactancia materna, donde las mujeres y los niños no están sometidos a la publicidad ni a las actividades de promoción de las fórmulas lácteas ni los biberones, y donde pueden recibir ayuda eficaz y bien fundamentada para iniciar correctamente la lactancia materna.

El programa está basado en un enfoque simple pero muy completo. Tiene un curso de capacitación desarrollado por OMS/UNICEF que ha sido traducido a los idiomas oficiales de las Naciones Unidas y a muchos otros. El personal profesional de los hospitales de maternidad recibe cursos de capacitación sobre gestión y apoyo a la lactancia. Los miembros del personal, junto a los directores y administradores de sus instituciones de salud, se comprometen a llevar a cabo los "diez pasos hacia una feliz lactancia natural", entre los que se incluyen garantizar que el recién nacido permanezca con su madre todo el tiempo y que las mujeres tengan toda la libertad para comenzar a amamantar justo después del parto y seguir con la lactancia durante su estadía en el hospital.

6. Ministerio de Salud, UNICEF / Lactancia Materna en Panamá: Un camino recorrido, 1996.

7. Ministerio de Salud / Normas del programa materno Infantil. Panamá, 1985.

8. Vilarreal G. & Monroy M. / Tesis. Panama, 1984.

9. Organización Mundial de la Salud; UNICEF / La Iniciativa hospital amigo del niño. Nueva York, USA, 1993.

Los hospitales pueden obtener la categoría de “amigos del niño” sólo cuando un grupo de examinadores independientes, especialmente capacitados, garanticen que se han cumplido los diez pasos. Más de un millón de personas trabajan para aplicarlo en todo el mundo, y el ritmo de aumento del número de hospitales que reciben su certificación no ha declinado. También es posible apreciar el éxito del programa en función de la salud de los niños. Un gran logro en la República de Panamá, en el campo de la legislación, lo ha constituido la Ley N° 50 del 27 de noviembre de 1995,<sup>10</sup> la cual tiende a proteger y fomentar la lactancia materna. Esta Ley fue promulgada en 1995 por el Ministerio de Salud.

En Panamá, en 1998, el Ministerio de Salud informó de una reducción de un 58% en las infecciones de las vías respiratorias y un descenso de un 15% en la incidencia de las enfermedades diarreicas de lactantes, en un año, en una sola institución: el Hospital Amador Guerrero<sup>11</sup>. En el país existen 21 hospitales con maternidades y de éstos, 6 (seis) hospitales fueron galardonados como Hospitales Amigos de los Niños. (Coordinación Nacional de Niñez, Escolares y Adolescencia del Ministerio de Salud. MINSA. 2007) (cuadro 1).

En la maternidad María Cantera de Remón del Hospital Santo Tomás un 85% de su personal de salud recibió su certificado de compromiso en mayo de 1994 para llegar a ser Hospital Amigo del Niño, sin embargo no se certificó<sup>11</sup>.

La Constitución Política, vigente de la República de Panamá, en su artículo 106, estipula que corresponde primordialmente al Estado proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente garantizando una atención integral durante el proceso de gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo en la niñez y la adolescencia.

A pesar de estos esfuerzos, diferentes estudios ponen de manifiesto que la prevalencia y duración de lactancia materna exclusiva en nuestro país está disminuyendo alrededor del 73% esta al final del primer mes de vida, del 46% al final del tercer mes<sup>12</sup> y según los indicadores básicos de la UNICEF el porcentaje de niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva es de 25%<sup>13</sup>.

En un estudio llevado a cabo en 1991 en una muestra de 300 niños nacidos en el hospital Santo Tomás con un seguimiento de un año, se observó que de los niños captados entre los 14 a 20 días de edad sólo el 37% estaba siendo alimentado con pecho en forma exclusiva entre 1 a 2 meses un 20.5% y de 3 a 4 meses sólo 13.4%<sup>14</sup>.

**CUADRO 1.**  
**HOSPITALES AMIGOS DE LOS NIÑOS EN PANAMÁ, 2004**

HOSPITAL	LOCALIZACIÓN	ÚLTIMA EVALUACIÓN
1 Amador Guerrero	Colón. Provincia de Colon	2002
2 Hospital Almirante	Almirante. Provincia de Bocas del Toro	2003
3 Hospital Materno Infantil. Caja del Seguro Social	Ciudad de Panamá. Provincia de Panamá	2002
4 Hospital Marcos Robles	Aguadulce. Provincia de Coclé	1999
5 Hospital José Domingo de Obaldia	David. Provincia de Chiriquí	2001
6 Hospital de Changuinola	Changuinola Provincia de Bocas del Toro	2003

10. Panamá, Ley N° 50, noviembre de 1995. República de Panamá.

11. Ministerio de Salud / opr. cit.

12. UNICEF/MINSA. / Indicadores poblacionales de evaluación de las prácticas de lactancia materna. Lactancia materna en Panamá: “Un camino recorrido”. Panamá, 1994.

13. UNICEF / Estado Mundial de la infancia / opr. cit.

14. Ramírez, May; et al / Prácticas institucionales que interfieren o favorecen la lactancia materna en 5 hospitales de Panamá, MINSA (Depto. materno infantil). Panamá, 1992.

En el año 2005, en la maternidad del HST ocurrieron 12,300 nacimientos anuales, lo que significa en promedio 33 nacimientos por día y en el HGNAS el promedio diario es de 10 nacimientos por día.

Entre las prioridades nacionales del gobierno está el disminuir los índices de desnutrición en el país y uno de los factores predominantes son las intervenciones de promoción de la lactancia materna y la estrategia "Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños" (IHAN).

Las decisiones que se tomen y las actividades que se realicen en nombre de los niños durante este período fundamental, influirán no solamente en la forma en que los niños se desarrollen sino en la manera en que progrese el país.

## 2.2 Costos y beneficios en salud

Invertir en la salud de los niños y de sus padres, no solamente es un imperativo en materia de derechos humanos, sino que también es una decisión económica adecuada y una de las modalidades más seguras para que un país siga el rumbo hacia un futuro mejor<sup>15</sup>.

En 1993, el Banco Mundial en el "Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: "Invertir en Salud", compara la eficacia en función de los costos de diferentes intervenciones de salud. Como elemento de comparación se utilizaron los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), una unidad que se emplea para medir la carga global de morbilidad y la eficacia de las intervenciones de salud indicadas por las reducciones de la carga de morbi-mortalidad.

En general, los resultados de estos análisis de eficacia en función de los costos confirmaron el valor de las intervenciones de atención primaria de salud incluidas en los programas para reducir la malnutrición y la morbi-mortalidad, principalmente por enfermedades infecciosas de la niñez. De estas enfermedades, muchas pueden prevenirse (2).

Son muy pocos los estudios que señalan la relación entre lo que se sabe de los beneficios sanitarios y nutricionales de la lactancia materna y el costo y eficiencia de la promoción de la lactancia.

Estudios de eficacia en función de los costos de la lactancia materna realizados en Brasil, Honduras y México de 1992 a 1994, fueron emprendidos para comprender la relación entre lo que se sabe acerca de los beneficios sanitarios y nutricionales de la lactancia materna y el costo - eficacia de la promoción de dicha lactancia. Sus resultados mostraron que la promoción de la lactancia materna a través de servicios de maternidad no sólo da como resultado un notable aumento en la duración del período en que se alimenta al bebé exclusivamente con leche materna, sino que es también una de las intervenciones más eficaces en función de los costos para mejorar la salud de lactantes y niños<sup>16</sup>.

Datos similares no han sido recopilados en nuestro país, hasta el momento.

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida de un niño se estima que ahorra entre 450 y 800 millones de dólares en servicios de salud y asistencia gubernamental en los Estados Unidos. El tratamiento adicional de los casos atendidos por diarrea infantil debido a la no lactancia les cuesta aproximadamente 291 millones de dólares al año, por virus respiratorios 225 millones, por diabetes mellitus de 10 a 25 millones y por otitis media 260 millones. En el Reino Unido las enfermedades diarreicas debido a la alimentación con biberón se estima que tiene un costo de 41,5 millones anuales en atención hospitalaria<sup>17</sup>.

En Australia se cree que el incremento de la lactancia materna exclusiva en un 60% a 80% hasta los tres meses tendría efectos sobre tres enfermedades: otitis media, diabetes mellitus y males gastrointestinales. Pudiéndose ahorrar hasta 11,5 millones de dólares al año. En Noruega, durante 1992 se produjeron 8.2 millones de kilogramos de leche materna. Este recurso natural fue valorado en 50 dólares el litro por los hospitales de Noruega, lo que sería 400 millones de dólares<sup>17</sup>.

15. UNICEF / Estado Mundial de la infancia / op. cit.

16. Boletín de la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil / N° 8 Año: 2. (IBFAN), Argentina, 1998.

17. Banco Mundial / Programa de capacitación en economía y financiamiento de la salud. Washington, 2001.

En Singapur se requirieron 1.8 millones de dólares adicionales para pagar los sustitutos de la leche materna que se utilizó, mientras que la lactancia exclusiva hasta los tres meses disminuyó del 71% al 42%<sup>18</sup>.

En Bolivia, los lactantes consumen anualmente más de 161 millones de litros de leche materna, lo que representa un volumen promedio de 573 ml/día por cada lactante menor de un año. El valor monetario de la leche materna consumida por los lactantes bolivianos asciende a US \$274 millones anuales<sup>19</sup>.

En América Latina y el Caribe cada año nacen casi 12.000.000 niños, y se calcula que unos 400.000 mueren antes de cumplir los 5 años de edad. De estas, 97,000 muertes son por neumonía (IRA); 90,000 por EDA; 30,000 por desnutrición, cifras que sin lugar a dudas, son realmente alarmantes. De los 400,000 niños menores de 5 años que mueren, 270,000 son antes del primer año y, de éstos últimos, 180,000 en el primer mes de vida<sup>20</sup>. En América Latina y el Caribe la mortalidad neonatal, definida como la muerte en los primeros 28 días de vida, se calcula en 15 por 1.000 nacidos vivos; la tasa de mortalidad se aproxima a la tasa de mortalidad neonatal (TMN). Esta última representa el 60% de las defunciones de menores de 1 año de edad y el 36% de la mortalidad de los menores de 5 años de edad; la mayoría de estas defunciones son evitables. En América Latina, 3 de cada 4 niños padecen de una o más enfermedades que sabemos controlar. En los países en vías de desarrollo 7 de cada 10 muertes infantiles se deben a una o más de estas enfermedades.

En Cuba se realizó un estudio descriptivo y transversal en el que se tuvieron en cuenta los costos del tratamiento por diversas afecciones en niños de 0 a 4 meses de edad que dejaron de recibir lactancia materna exclusiva, antes de cumplir los tres meses. Hubo predominio de las afecciones respiratorias y gastrointestinales, las que ocasionaron

el mayor costo intrahospitalario, a expensas fundamentalmente de la estadia. El costo hospitalario por enfermedades en niños de 1 a 2 meses de nacidos que ya no eran amamantados de forma exclusiva, por enfermedades diarreicas agudas (EDA) fue de B/.183.80 por paciente (costo promedio) y por bronquiolitis \$123.44 por paciente.<sup>21</sup>.

En Panamá los niños alimentados con fórmulas lácteas (FL) presentan episodios de diarreas (EDA) cuatro veces al año, de los cuales uno de estos casos requiere hospitalización en el hospital del niño. Otra morbilidad que afecta a estos niños son las infecciones respiratorias agudas (IRA), las cuales presentan un promedio de seis veces al año, de éstos, dos casos requieren hospitalización mientras que los niños alimentados con lactancia materna exclusiva (LME) presentan dos episodios de diarreas (EDA) y tres de infecciones respiratorias agudas (IRA) al año. Por las morbilidades antes mencionadas en el hospital del niño, el estado invierte B/.90.00 por día de cama de hospitalización; B/.12.00/día de atención en el cuarto de urgencias y b/.35.00 en corta estancia (observación)<sup>21</sup>.

Lo anterior ilustra los gastos del estado en concepto y manejo sólo de estas dos enfermedades (IRA y EDA) en un hospital público del país.

La lactancia materna exclusiva es la alimentación constituida solamente de la leche que segrega el pecho materno durante los primeros meses de vida y sin ningún otro alimento que no sea la leche materna. La lactancia materna predominante (LMPre) es la que conlleva el consumo solo de leche materna, agua u otros líquidos (excluyendo otras leches). El acumulo de estos dos tipos de lactancia lo denominamos lactancia completa (LC) o sea (LME+LMPre= LC), que al igual al unir la lactancia materna parcial (LMP) con la lactancia artificial (LA) la asumimos como lactancia artificial (LA) o sea (LMP + LA)= LA

18. Banco Mundial / op. cit.

19. Aguayo, V.; Ross, Jay; et al. / Valor monetario de la leche materna en Bolivia. USAID; AED. Pan American Journal of Public Health: Vol. 10 (4), pág 249-255, 2001.

20. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) / . Las Metas de Desarrollo del Milenio: La Lactancia Materna es parte fundamental de las Metas de Desarrollo del Milenio. Extraído de Baby-Friendly and Beyond. Integrated care for mother and child: a publication of the baby-Friendly Hospital Initiative. Issue Two traducción: Natalia Rybak, Fundación LACMAT- Buenos Aires. Argentina, 2004.

21. Figueredo, E.; García R. / Costos del tratamiento por enfermedades en niños privados de la lactancia materna exclusiva. Rev. Cubana Med. Gen. Integ. v.13 n.5. . Cuba, 1997.

22. Ministerio de Salud / Lineamientos de políticas de investigación en salud en Panamá, (MINSAL/ICGES), Panamá, 2000.

23. Nativi, J. / Introducción a la investigación científica. Sibauste, Panamá, 2000.

Esta investigación se enmarca dentro de los lineamientos de políticas de investigación en salud en Panamá y corresponde a la primera prioridad de investigación del Ministerio de Salud (“Evaluación del impacto Costo- Beneficio de las intervenciones en Salud Pública”)<sup>22, 23</sup>. El estudio permitirá introducir nuevas metodologías de análisis en la administración hospitalaria para la aplicación de técnicas y métodos de análisis de costos que sirvan de base para futuras investigaciones relacionadas con la evaluación costo- beneficio en otros centros hospitalarios del país. Los resultados, sin duda, aportarán evidencia científica a los encargados de formular las políticas del sistema de salud y a la administración de los hospitales, para generar un potencial de ahorro en términos de salud, lo que redundará en beneficio de la población general.

Otros beneficiarios potenciales de este estudio serán:

1. Las familias que ahorrarán al no consumir fórmulas infantiles y complementos para alimentación artificial, además de disminuir sus gastos médicos y hospitalarios, dado que los bebés alimentados con leche materna tienen menor probabilidad de enfermar.
2. Las instituciones de salud porque podrán sustentar mejor la promoción de los Hospitales Amigos de los Niños, e invertir menos en tratamientos de los infantes que no hayan sido alimentados con leche materna y en las compras de fórmulas lácteas.
3. El Estado, al disminuir las importaciones de fórmulas infantiles y alimentos complementarios y primordialmente por tener una nación con personas mucho más sanas.

### 3. Objetivos de la investigación

#### Objetivo general:

Analizar la relación costo-beneficio de las intervenciones de promoción sobre lactancia materna versus la utilización de fórmulas lácteas en menores de 6 meses de las regiones Metropolitana, San Miguelito y la Región de Panamá Oeste de recién nacidos en las maternidades del Hospital Santo Tomás (HST) y Hospital General Nicolás A. Solano (HGNAS)

#### Objetivos específicos:

1. Caracterizar la composición de la muestra que constituyó la cohorte de niños menores de seis meses nacidos a término adecuado para la edad gestacional, en las maternidades del HST (pertenecientes a las regiones de San Miguelito y Metropolitana y a la región de Panamá Oeste) y los nacidos en la maternidad del HGNAS durante el período del estudio conforme a las variables edad, sexo, peso, longitud, aspectos nutricionales y morbilidades más frecuentes.
2. Caracterizar la muestra de madres de los niños de la cohorte del estudio, conforme a edad, escolaridad, paridad.
3. Caracterizar aspectos de la vivienda: material utilizado, fuente de agua, disposición de excretas, basura.
4. Caracterizar los aspectos socioeconómicos de la familia mediante el ingreso familiar.
5. Evaluar los costos de producción de los laboratorios de fórmulas lácteas del HGNAS y del Hospital del Niño.
6. Evaluar los costos de las actividades de promoción de la lactancia materna en las maternidades del HST y del HGNAS.
7. Estimar el costo de las morbilidades de mayor prevalencia en la cohorte de niños estudiados.
8. Ofrecer información sobre la utilización de fórmulas lácteas vs. L M en la cohorte de menores de 6 meses de las regiones de San Miguelito y Metropolitana, (nacidos en las maternidades de HST) y de la región de Panamá Oeste, (nacidos en el HGNAS).

## 4. Metodología

La presente investigación es un estudio de cohorte prospectivo de niños residentes en los distritos de Panamá, San Miguelito y de la Región de Panamá Oeste (La Chorrera, Arraiján, Capira, Lídice) nacidos a término y considerando la edad gestacional en las maternidades Maria Cantera de Remón del Hospital Santo Tomás, (donde se atienden la mayor proporción de partos del país) y del Hospital General Nicolás A. Solano. El primero es un hospital nacional de tercer nivel con políticas escritas acerca de los 10 pasos de la IHAN y con antecedentes de capacitación en L M; el segundo es un Hospital Regional, que tiene un laboratorio de fórmulas lácteas y no posee políticas escritas sobre L M ni ha recibido capacitaciones de la IHAN:

### 4.1. Tipo de Estudio y diseño general:

Estudio de cohorte prospectivo, observacional, analítico y longitudinal (6,18). los datos corresponden al período 2005-2006.

### 4.2. Hipótesis

Hipótesis Verdadera: debido a las intervenciones de promoción sobre lactancia materna, existe una mayor relación costo beneficio en los niños nacidos, en la maternidad del hospital Santo Tomás, que en la maternidad del hospital Nicolás A. Solano, donde existe un laboratorio de fórmulas lácteas.

Hipótesis nula: no existe relación costo – beneficio en los niños nacidos, en la maternidad del hospital Santo Tomás pese a las intervenciones de promoción sobre lactancia materna y en los nacidos en la maternidad del hospital Nicolás A. Solano, donde existe un laboratorio de fórmulas lácteas.

### 4.3. Universo del estudio

El universo del estudio está constituido por:

- Los niños nacidos a términos adecuados a la edad gestacional en la maternidad del Hospital Santo Tomás con cobertura de la Región Metropolitana de Salud y de San Miguelito. Se cuenta con las políticas escritas de los 10 pasos de la IHAN/UNICEF/OMS
- Los niños nacidos a términos adecuados para la edad gestacional, en la maternidad del Hospital General Nicolás A. Solano, ubicada en Región de Salud Panamá Oeste, en la cual existe un laboratorio de fórmulas lácteas que suministra alimentación artificial a los recién nacidos.
- En ambos casos las cohortes fueron seleccionadas al nacimiento (octubre de 2005) y seguidas hasta los 6 meses (abril de 2006).

### 4.4. Tamaño de la muestra

Para seleccionar el tamaño de la muestra (25) de los niños y niñas de ambas maternidades se utilizó la ecuación o fórmula para determinación de la muestra en estudios de cohorte prospectivo en donde:

$$N = Z^2 \frac{1-\alpha/2}{P_1 P_2} \left[ \frac{(1-P_1)}{P_1} + \frac{(1-P_2)}{P_2} \right] / (\log e (1 - \epsilon))^2$$

$P_1 = 0.25$  es la probabilidad prevista del hecho, en las personas expuestas al factor investigado.

$P_2 = 0.139$  es la probabilidad prevista del hecho, en las personas no expuestas al factor investigado.

RR≤ (2.0) es el riesgo relativo previsto.  
 Nivel de Confianza  $\alpha$ )= 0.05= 95%  
 $100 (1- \alpha) \% = (1.96)^2$

Precisión Relativa  $\epsilon = .5 = 50\%$

### Reemplazando los valores de la ecuación:

Tamaño de la muestra:

$$N = (1.96)^2 \left[ \frac{(1-.25)}{.25} + \frac{(1-.139)}{.139} \right] / (\log e (1 - .50))^2$$

$$N = 3.8416 \left[ \frac{(.75)}{.25} + \frac{(.861)}{.139} \right] / (-.69314718)^2$$

$$N = 3.8416 (3 + 6.194245) / .480453$$

$$N = 35.3206 / .480453 = 73.51 = 73$$

Se seleccionaron 73 niños y niñas recién nacidos de cada una de las maternidades del HGNAS y HST dando un total de 147 niños.

La selección de la muestra se realizó en 25 días y se escogió un número mayor a la cantidad estipulada para la muestra considerando las posibles deserciones o pérdidas. El tamaño inicial de la muestra de recién nacidos en ambas maternidades fue de 181 niños y niñas. Al final de los 6 meses la muestra se redujo a 147 niños, de los cuales 74 correspondían a la maternidad del HST cuyas madres procedían de la Región Metropolitana y San Miguelito y 73 a la maternidad del HGNAS de madres procedentes de la Región Panamá Oeste los cuales fueron incluidos al momento de nacer. Las causas de la pérdida de 34 casos de la muestra fueron: cambios de residencia, retiro voluntario, inseguridad del área y muerte de dos recién nacidos durante el primer mes de nacidos (parto gemelar).

## 4.5. Seguimiento de la muestra del estudio.

- En la primera visita que realizamos a la madre y al RN (primer mes) en su vivienda, se realizó una entrevista la cual incluía la observación, para conocer las condiciones

de la vivienda y su entorno. Se utilizó un formulario para recoger información relativa a las variables del estudio:

1. Aspectos socioeconómicos: ingreso familiar
2. Condiciones de la vivienda: materiales con la que fue construida, fuentes de agua, instalación sanitaria y disposición de basura.
3. Aspectos nutricionales de la cohorte: tipo de lactancia (LME, LMPred, LMP, LA) y estado nutricional (Peso/edad, Talla/edad)
4. Morbilidades más frecuentes en la cohorte: IRA e EDA

- Se realizó una encuesta en la comunidad a las madres y niños en sus viviendas del mes de noviembre del 2005 a abril del 2006.
- A esta cohorte de niños se le visitó en su vivienda una vez por mes durante un período de seis meses, dando un total de 882 visitas realizadas.
- Las madres respondieron un cuestionario con variables demográficas, socioeconómicas, de conocimientos, ingesta de alimentos de los niños, morbilidades más frecuentes (IRA y EDA), se realizó la valoración del estado nutricional (peso, edad, longitud según sexo) y se recabó información para posterior análisis de los costos de la alimentación.

## 4.6. Fuentes de datos

Los datos iniciales fueron recabados en las maternidades del HST y HGNAS mediante encuestas a las madres y expedientes clínicos. En las viviendas fue recabada la información del seguimiento prospectivo de los infantes mediante encuesta a las madres en la comunidad: calendario / cronograma de seguimiento de las visitas a las madres y niños.

Para el análisis de los datos de los costos se utilizó como fuente primaria las encuestas comunitarias a las madres y como fuente secundaria de referencia los datos estadísticos de los hospitales bajo investigación, informes,

planillas, salarios, gastos de operación, costos fijos, estimados de egresos para el laboratorio de fórmulas lácteas, registros de contabilidad, morbilidad, costos de suministros de uso infantil (medicamentos, pañales, fórmulas, biberones y otros).

#### **Los instrumentos utilizados para la recolección de información:**

- Mapas cartográficos para ubicar ambas cohortes (anexo 1).
- Formulario de consentimiento informado para las madres en las maternidades.
- Hoja de información de las madres en la maternidad
- Calendario / cronograma para seguimiento de las visitas a los niños
- Encuesta en la comunidad a las madres (anexo 2)
- Instructivo para el llenado de la encuesta en la comunidad a las madres
- Instructivo sobre las normas, técnicas y procedimientos para pesar y tallar
- Matrices o formularios diseñados para obtener los datos de los costos de operación, costos unitarios, costos fijos, costos promedio de las fórmulas lácteas.

Se utilizó como fuente secundaria de referencia datos estadísticos de los hospitales bajo investigación, informes, registros de contabilidad y los costos de mercado de materiales e insumos de uso habitual en infantes.

### **4.7. Conformación de grupos**

Los grupos de trabajo para las encuestas y seguimiento domiciliarios fueron seleccionados por el equipo de investigadores entre el personal con experiencia en encuestas y del propio ICGES. Los mismos fueron capacitados previamente al inicio de la recolección de la información para

la aplicación de las encuestas y seguimiento de la cohorte, a fin de unificar los criterios. Fueron organizados 4 grupos de trabajo para los niños captados en el HST y para los del HGNAS.

### **4.8. Unidades de análisis y observación**

Las unidades de análisis y observación las constituyeron en primer término los hospitales públicos con maternidades y en segundo término las viviendas de las madres que consintieron participar en el estudio.

### **4.9. Criterios de inclusión y exclusión:**

#### **4.9.1 Hospitales:**

**Criterio de Inclusión:** Hospital público con maternidad que estuviese realizando las políticas por escrito de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN/UNICEF/OMS) en el que se realizan intervenciones de promoción de la LM y otro con maternidad que aún no tuviese por escrito las políticas de la IHAN/UNICEF/OMS y que tuviese un laboratorio de fórmulas lácteas.

**Criterio de Exclusión:** Hospitales privados.

#### **4.9.2 Viviendas**

**Criterio de inclusión:** Luego de identificados los recién nacidos, se verificó en los expedientes que la madre estuviese en el hospital y hubiese dado a luz el día anterior. Las madres seleccionadas aceptaron mediante el consentimiento informado que su hijo participara del estudio. Las viviendas fueron localizadas a través del Sistema de Posicionamiento Global-GPS (Global Position System) con la asesoría de un geógrafo experto en esta técnica, el cual diseñó una base de datos con mapas cartográficos con la finalidad de localizar las viviendas de los miembros de ambas cohortes.

**Criterios de exclusión:** Madres que no aceptaron que sus hijos participasen del estudio.

## 4.10. Consentimiento informado:

A las madres: previo consentimiento informado a la madre se le llenó una hoja de información de los datos generales de la madre en la maternidad, y se le entregó una ficha la cual tenía el cronograma de visitas a las viviendas durante los seis meses del seguimiento.

### 4.10.1 Valoración ética:

El protocolo del estudio fue presentado a la Comisión Nacional de Bioética de la Investigación (CNBI) para su valoración ética, siendo aprobado por el mismo (Anexo 3) y aprobado por el Comité del Hospital Santo Tomás y la División de Docencia del Hospital del Niño.

### 4.10.2 Procedimientos para garantizar estudios éticos en las investigaciones con sujetos humanos

Este estudio no involucró procedimientos invasivos para obtener información, pero si implicó dedicación de tiempo por parte de los investigadores hacia los entrevistados. Se diseñó una hoja de consentimiento informado en la cual se señalaron los objetivos del estudio. La hoja de consentimiento informado fue leída a los participantes previamente a la aplicación de las encuestas. Los datos obtenidos fueron confidenciales y utilizados sólo para fines de la investigación.

## 4.11 Procedimientos para la recolección de la información.

Una vez aceptada la participación en el estudio le fue preguntada la dirección exacta de su vivienda para darle un seguimiento por (6) seis meses (una vez por mes). Esta información fue objeto de verificación con los expedientes de la maternidad.

A las madres se les entregó un calendario/cronograma en el cual se le indicaban los días, horario y encuestadores que irían a visitarla por mes, para aplicarle la encuesta durante los 6 meses del seguimiento del estudio.

La recolección de datos de la muestra de las madres seleccionadas en las maternidades se

realizó en un período aproximado de 25 días, mediante los formularios respectivos. Los datos de esta muestra fueron verificados en los expedientes de las mismas.

Al mes del nacimiento, se visitó la residencia de los niños del estudio para aplicar "La encuesta en la comunidad a las madres", mediante encuestadores debidamente capacitados y el uso de instructivos realizados y probados previamente a la aplicación de estas encuestas.

Se procedió a pesar y tallar a los niños mediante las balanzas y tallímetros. El peso de los niños se recolectó de forma indirecta. La talla se recogió de forma directa.

La información suministrada (enfermedades, forma, costos y cambios en la alimentación,) por las madres en las viviendas durante los 6 meses del estudio fue corroborada con las historias clínicas ubicadas en las instalaciones de salud donde se atendieron los niños.

En ambas maternidades se emplearon matrices para recolectar la información sobre costos relacionados al laboratorio de fórmulas lácteas y a las intervenciones sobre lactancia materna.

## 4.12. Procedimiento para el análisis estadístico de la información

Para el análisis de las variables estadísticas del estudio se utilizó Excell y el software EPI-INFO versión 3.2.2.

Para cálculo de los índices antropométricos se utilizó el software ANTRO 2005 versión 1.

## 4.13. Cálculo de costo

Para el cálculo de los costos del laboratorio de fórmulas lácteas se utilizaron los gastos de operación, costos fijos y de inversión, costo de la infraestructura física, costos de los equipos, insumos, recurso humano, costos totales de los servicios, costos de producción, distribución diaria de las fórmulas lácteas del Hospital del Niño y HGNAS.

En el caso del costo del volumen de fórmulas ofertadas al cuarto de niños de la maternidad del HST por el Hospital del Niño y por el laboratorio de fórmulas lácteas a la maternidad del HGNAS, se utilizaron los consumos de fórmulas entre enero y julio de 2006 por ser más accesibles. Fueron calculados los costos de las intervenciones de promoción sobre LM en ambos hospitales.

#### 4.14. Pruebas y materiales (infantómetros y pesas):

Fue realizada sesiones de pruebas de infantómetros y pesas y fue entrenado y capacitado el

equipo de investigadores y encuestadores para efectos de la utilización de los instrumentos de recolección de la información. Durante los 6 meses de seguimiento del estudio las informaciones suministradas por las madres en las viviendas, y datos recabados fueron objeto de verificación con los expedientes de los niños en la instalación de salud donde se atendieron.

El tallimetro utilizado fue un Graham Field Neo-Infantometer con regla de deslizamiento de fácil lectura, con tope de cabeza y pies, con códigos de color, graduaciones de 0"- 40" en 1/8 ", y los incrementos de 1 cm. y graduada de 0 a 100 cm. Se utilizaron pesas mecánicas portátiles con capacidad máx. hasta 136 Kilogramos (300 libras) divisiones 500 grs., con dial grande, plataforma de acero inoxidable y esterilla negra.

---

## 5. Resultados y discusión

### 5.1 Descripción de la muestra, aspectos socioeconómicos, nutricionales y morbilidades más frecuentes.

#### 5.1.1 Descripción de la muestra.

De los 181 niños evaluados en la cohorte inicial, 116 (64.1%) fueron de sexo masculino y 65 (35.9%) del sexo femenino.

En la cohorte final quedaron 147 niños, de estos 74 (50%) nacieron en la maternidad del HST y pertenecían a la Región Metropolitana (RM) y Región de San Miguelito (RSM). Los otros 73 (50%) nacieron en la maternidad del HGNAS y pertenecían a la Región de Panamá Oeste (RPO). A estos niños desde su nacimiento se les dio seguimiento por un período de seis meses a razón de una visita por mes, lo que resultó en un poco más de 882 visitas realizadas.

La muestra quedó distribuida de manera uniforme entre las dos maternidades, no así la variable sexo, resultando un 60% de niños (44 del HST y 44 del HGNAS) y un 40% de niñas (30 del HST y 29 del HGNAS). En la muestra hay predominio de niños (60%), (Ver cuadro 2, grafico1).

De las 147 madres, la mayoría (74 = 50.0%) correspondían al grupo etario comprendido entre los 19 a 24 años (cuadro 3). Es importante señalar que 12 (8%) de las madres eran menores de edad, de éstas el 91.7% eran primíparas. El 62% de las madres eran multiparas entre 19 y 24 años (50%).

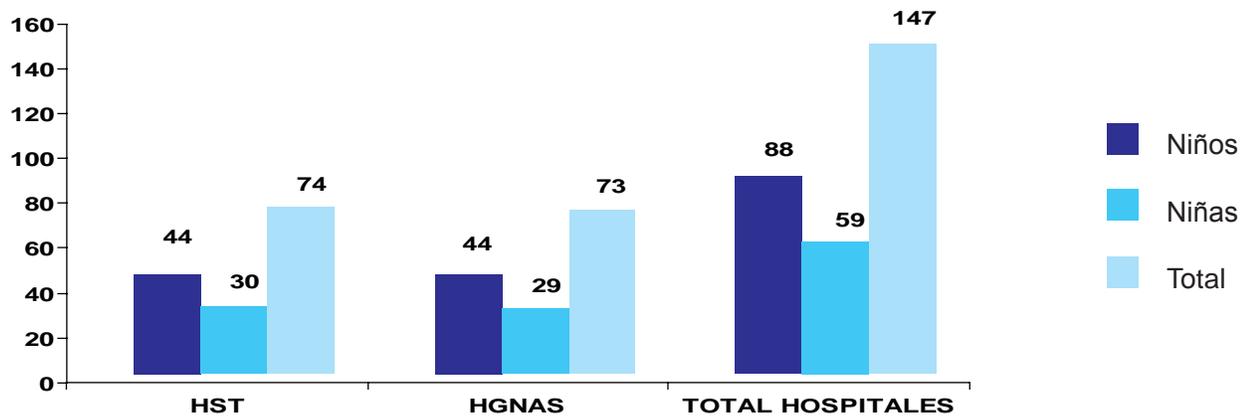
La mayoría de las madres alcanzaron el nivel secundario 101 (69.0%). Solo 19 (12.9%) madres tenían universidad. De las 12 madres menores de edad, todas tenían nivel secundario (100%) (cuadro 4 y gráfica 2).

**CUADRO 2**  
**MUESTRA TOTAL DE LA COHORTE, SEGÚN HOSPITAL DE PROCEDENCIA.**

HOSPITAL	Niños	%	Niñas	%	TOTAL	%
HST	44	60	30	40	74	50
HGNAS	44	60	29	40	73	50
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>	<b>60</b>	<b>59</b>	<b>40</b>	<b>147</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Comunidad a las Madres. (E.C.M.)

**GRÁFICA 1**  
**MUESTRA ESTUDIADA DE NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN HOSPITAL DE PROCEDENCIA POR SEXO**



Fuente: Encuesta Comunidad a las Madres. (E.C.M.)

**CUADRO 3**  
**MADRES SEGÚN PARIDAD Y GRUPO DE EDAD**

Grupo de edad	Total de madres	%	Primíparas	%	Multíparas	%
16-18	12	8.0	11	20	1	2
19-24	74	50.0	33	59	41	45
25-30	41	28.0	8	14	33	36
31-36	17	12.0	3	5	14	15
37-42	3	2.0	1	2	2	2
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100.0</b>	<b>56</b>	<b>100</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

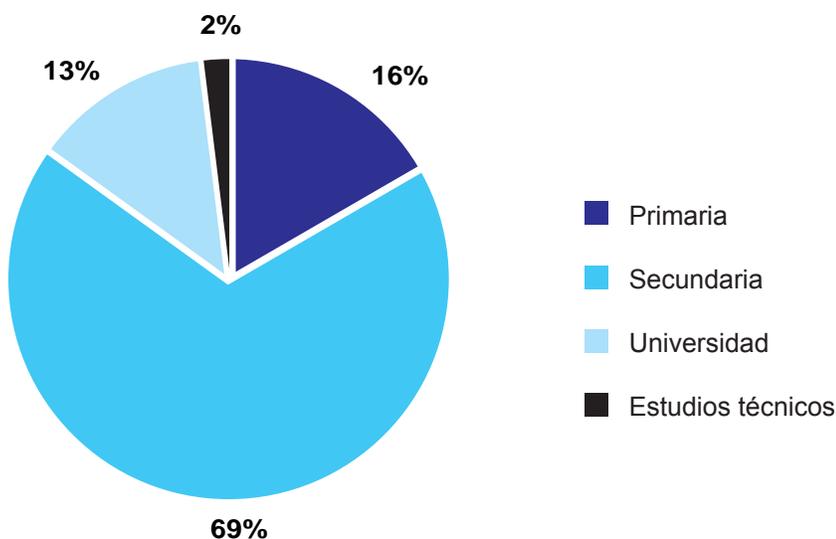
Fuente: Encuesta Comunidad a las Madres. (E.C.M.)

**CUADRO 4**  
**ESCOLARIDAD DE LAS MADRES SEGÚN GRUPOS EDAD**

Grupo de edad/ escolaridad	Total de madres	%	Nivel Primario	%	Nivel Secundario	%	Universidad	%	Estudios Técnicos	%
16 a 18	12	8	0	0	12	12	0	0	0	0
19 a 24	74	50	14	58	50	50	9	47	1	33
25 a 30	41	28	5	21	29	29	6	32	1	33
31 a 36	17	12	5	21	8	7	4	21	0	0
37 a 42	3	2	0	0	2	2	0	0	1	33
Total	147	100	24	100	101	100	19	100	3	100

Fuente: Encuesta Comunidad a las Madres. (E.C.M.)

**GRÁFICA 2**  
**ESCOLARIDAD DE LAS MADRES SEGÚN NIVEL EDUCATIVO**



Fuente: Encuesta Comunidad a las Madres. (E.C.M.)

**5.1.2. Aspectos socioeconomicos:**

**a. El ingreso familiar**

Las categorías fueron pre-establecidas considerando los ingresos reales declarados por las madres y la situación de sub- empleo.

El ingreso familiar se obtuvo promediando los límites inferiores y superiores de clase (ingresos por mes), que en este caso sería  $(B/51 + B/250)/2 = B/150.00$ , dando como resultado el

punto medio del intervalo de clase. El ingreso familiar declarado por la mayoría de las madres fue de B/150.00 (54%), con un límite inferior de B/51.00 y superior de B/250.00. De estas madres 54.7% pertenecían a la Región Panamá Oeste y 53.2% eran de la Región Metropolitana y San Miguelito.

De las 147 madres, 104 (70.7%) percibían un ingreso medio menor de B/150.00 por mes (cuadro 5 y gráfica 3).

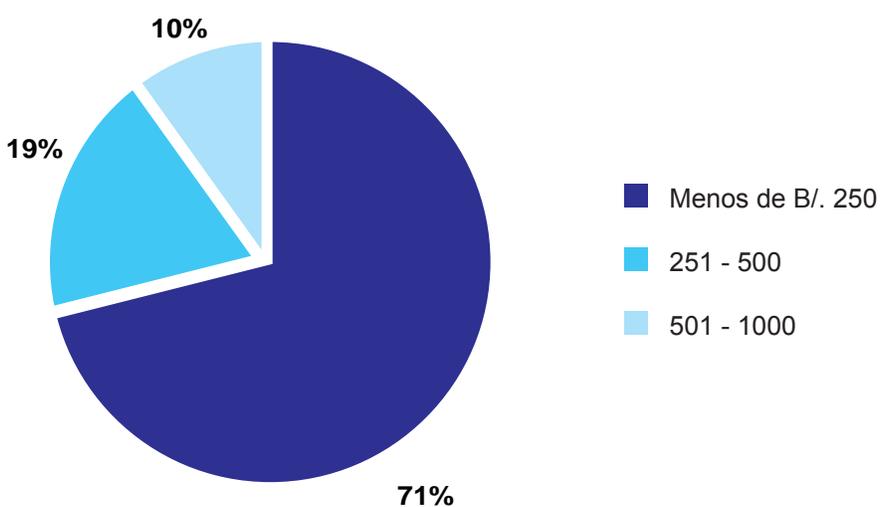
De acuerdo a cifras oficiales del informe del Ministerio de Economía y Finanzas el salario mínimo era de B/.285 mensuales y la canasta básica de alimentos tenía un costo de B/.223 dólares mensuales. La compra de fórmulas lácteas es un gasto innecesario e inadecuado y aun más cuando las familias no llegan a ganar ni el dinero del salario mínimo sacrificando la canasta básica familiar que día a día se encuentra en aumento.

**CUADRO 5**  
**INGRESO FAMILIAR POR MES SEGÚN REGIÓN DE PROCEDENCIA**

INGRESOS POR MES		Total de madres		R. Panamá Oeste (HGNAS)		R. Metropolitana y R. San Miguelito (HST)	
Límites B/.	Punto Medio de clase	Nº	%	Nº	%	Nº	%
50 ó menos	B/ 25.00	23	16	14	19	9	12
<b>51 - 250</b>	<b>B/ 150.00</b>	<b>81</b>	<b>55</b>	<b>40</b>	<b>55</b>	<b>41</b>	<b>56</b>
251 - 500	B/ 375.00	29	19	8	11	21	28
501 -1,000	B/ 7 50.00	14	10	11	15	3	4
Más de B/.1,000	B/1,000 y más	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Total</b>	<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100</b>	<b>73</b>	<b>100</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Comunidad a las Madres. (E.C.M.)

**GRÁFICA 3.**  
**INGRESO FAMILIAR POR MES DE LAS MADRES DEL ESTUDIO.**



## b. Condiciones de la vivienda

La construcción de la casa y el piso:

La mayoría de las viviendas de las madres y niños 127 (86%) eran de bloque; de éstos 62 (86%) correspondían a la RPO y 65 (88%) a la RM y RSM. (cuadro 6)

El piso de las viviendas era de cemento, 131 (90%); de éstos 63 (86%) eran de RPO y 68 (92%) de la RM y RSM, también se observó que en 10 (6.0%) viviendas los pisos eran de tierra, los cuales estaban en la RPO (cuadro 6).

El abastecimiento de agua de las viviendas era del IDAAN, 131 (89%), de los cuales 59 (81%) pertenecían a la RPO y 72 (97%) correspondieron a la RM y RSM. Del total 11 (7%) de las viviendas se abastecían de acueductos rurales, 10 (14%) de éstas eran de la RPO, (cuadro 7 y gráfica 4).

La instalación sanitaria predominante era el servicio higiénico, constituyendo un total de 84 (57%), de éstas 27 (37%) pertenecían a la RPO y 57 (77%) a la RM y RSM. Las viviendas con letrinas, fue de 59 (40%) de las cuales 44 (60%) correspondían a la RPO y 15 (20%) a la RM y RSM. (Cuadro 8 y gráfico 5).

**La disposición de basura** se informó que se realizaba mediante recolector público en 91 (62%) de las viviendas, de las cuales 71 (96%) se identificaron en la RM y RSM. Del total 35 (23%) se realizaba mediante recolección privada y 20 (14%) mediante la quema. Del total de las viviendas en Panamá Oeste 19 (26%) se realizó mediante quema (Cuadro 9 y gráfico 6).

**CUADRO 6**  
**TIPO DE MATERIAL CON EL QUE ESTÁ CONSTRUÍDA LA CASA Y PISOS SEGÚN REGIÓN. 2006.**

	Total de viviendas		Región			
	Nº	%	Panamá Oeste		Metropolitana y San Miguelito	
Nº			%	Nº	%	
<b>Tipo de casa (Material)</b>						
<b>Paredes</b>						
Bloque	127	86	62	86	65	88
Madera	11	8	3	4	8	11
Zinc	9	6	8	10	1	1
Total	147	100	73	100	74	100
<b>Piso</b>						
Tierra	10	6	10	14	0	0
Madera	6	4	0	0	6	8
Cemento	131	90	63	86	68	92
Total	147	100	73	100	74	100

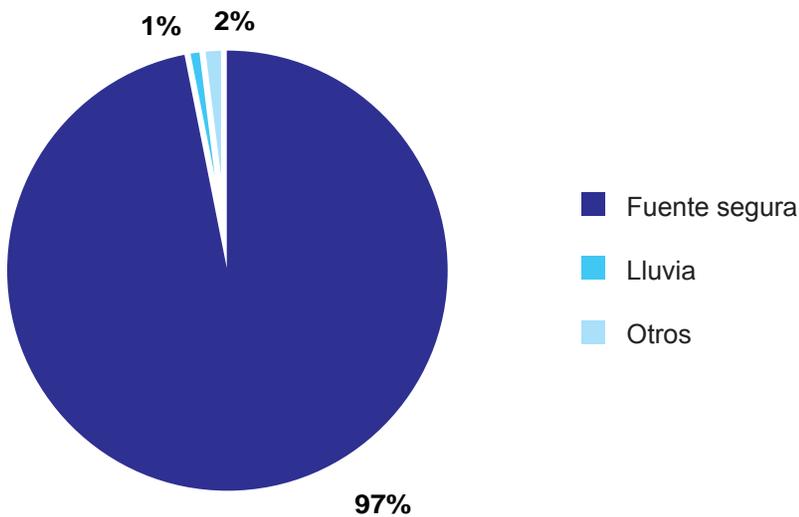
Fuente: Encuesta Comunidad a las Madres. (E.C.M.)

**CUADRO 7**  
**FUENTE DE AGUA EXISTENTE EN LAS VIVIENDAS DEL ESTUDIO POR REGION. 2006**

Fuente de agua	Total de viviendas	%	Región Panamá Oeste	%	Región Metropolitana y San Miguelito	%
1- IDAAN	131	89	59	81	72	97
2- A. Rural	11	7	10	14	1	1
3- A. Particular	1	1	1	1	0	0
4. Río	0	0	0	0	0	0.0
5- Lluvia	1	1	1	1	0	0.0
6- Quebrada	0	0.0	0	0.0	0	0.0
7- Otros	3	2.0	2	3	1	1
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100</b>	<b>73</b>	<b>100</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Comunidad a las Madres. (E.C.M.)

**GRÁFICA 4.**  
**FUENTE DE AGUA EXISTENTE EN LAS VIVIENDAS**



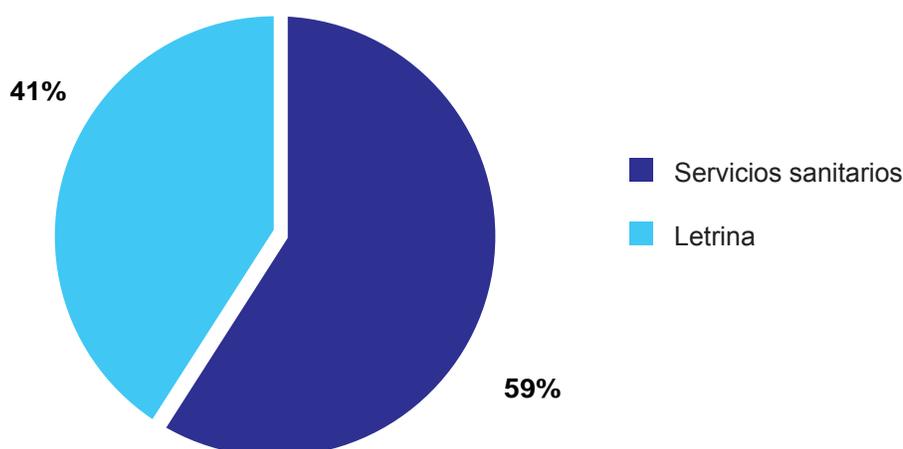
Fuente: Encuesta Comunidad a las Madres. (E.C.M.)

**CUADRO 8**  
**TIPO DE INSTALACIÓN SANITARIA EXISTENTE EN LAS VIVIENDAS SEGÚN REGIÓN. 2006**

INSTALACIÓN SANITARIA	Total de viviendas	%	Región Panamá Oeste	%	Región Metropolitana y San Miguelito	%
Servicio higiénico	84	57	27	37	57	77
Tanque séptico	3	2	2	3	1	1
Letrina	59	40	44	60	15	20
otro	1	1	0	0.0	1	1
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100</b>	<b>73</b>	<b>100</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta en la Comunidad a las Madres, 2006

**GRÁFICA 5**  
**TIPO DE INSTALACIÓN SANITARIA EXISTENTE EN LAS VIVIENDAS**

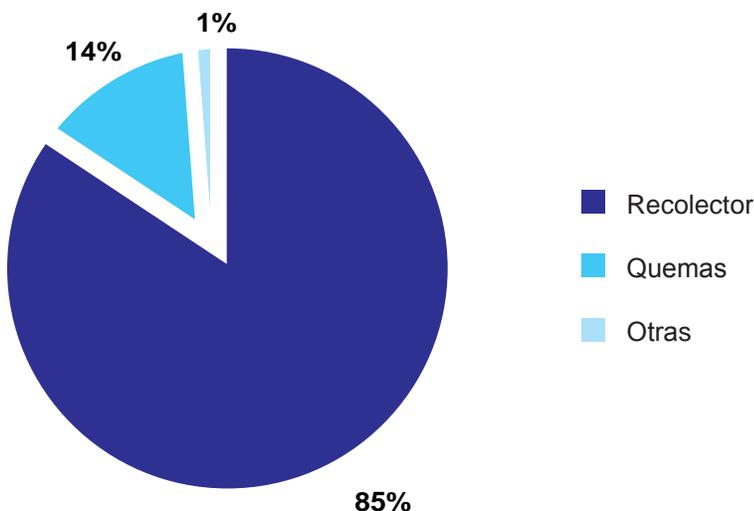


**CUADRO 9**  
**DISPOSICIÓN DE LA BASURA EN LAS VIVIENDAS SEGÚN REGIÓN**

DISPOSICIÓN DE LA BASURA	Total de viviendas	%	Región Panamá Oeste	%	Región Metropolitana y San Miguelito	%
Recolector público	91	62	20	28	71	96
Recolector privado	35	23	33	45	2	3
Terreno baldío	1	1	1	1	0	0
Río	0	0	0	0	0	0
Quema	20	14	19	26	1	1
Entierro	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100</b>	<b>73</b>	<b>100</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Comunidad a las Madres. (E.C.M.)

**GRÁFICA 6**  
**DISPOSICIÓN DE LA BASURA EN LAS VIVIENDAS. 2006**



Fuente: Encuesta en la Comunidad a las Madres.

### 5.1.3. Aspectos nutricionales de la cohorte

#### 5.1.3.1. Tipos de lactancia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan alimentar exclusivamente a los lactantes con leche materna durante los primeros 6 meses de vida, lo que significa no dar ningún otro líquido e iniciar posteriormente la alimentación complementaria y continuar con leche materna hasta los 2 años o más (12).

Se investigaron durante el año 2006 las cifras de prevalencia de los distintos tipos de lactancia (lactancia materna exclusiva (LME), lactancia materna predominante (LMPre), lactancia materna parcial (LMP) y lactancia artificial (LA) desde el primer mes de vida y de modo mensual hasta el sexto mes. (Cuadro 10, gráfica 7). Al unir LME+LMPre significa lactancia completa y al unir LMP + LA la asumimos como lactancia artificial (LA). (cuadro 10, gráfico 7).

En el estudio se encontró que en el grupo de los 147 bebés que recibieron pecho en el primer mes, 61.9% recibieron lactancia completa (LMC). Aquí es donde el impacto de la educación de

la madre en su estancia en la maternidad es crucial. Esta proporción inicial disminuyó drásticamente a 33.3%, al finalizar los seis meses de edad como consecuencia aumentaron los porcentajes de los niños alimentados con fórmulas lácteas (LA) desde 38.1% en el 1er mes a un 66.6% al sexto mes de vida. (cuadro 10, gráfico 7). Esto es motivo de gran preocupación por el hecho de que la disminución de la prevalencia de LMC, aumenta el riesgo de morbi-mortalidad infantil.

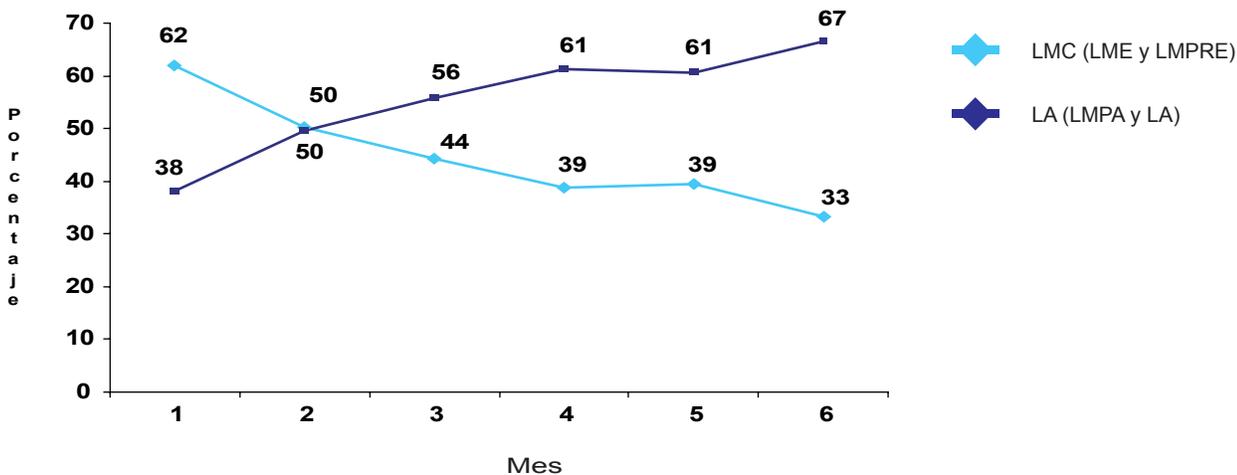
La frecuencia de lactancia materna exclusiva (LME) fue más baja que la reportada en estudios anteriores hechos en Panamá, iniciando en el primer mes con 30.6% y disminuyendo al 6o mes a 6.8% (cuadro 11, gráfica 8). Este hecho también nos puede indicar que para este momento el impacto de la educación ha perdido fuerza y esto probablemente se deba a que durante el seguimiento de la madre – hijo en los controles de crecimiento y desarrollo no se refuerza este tema, como lo identificamos en este estudio, que de 37.4% y 0.7% en el primer mes de los niños alimentados con lactancia materna parcial y artificial aumentaron a 57.8% y 8.8% respectivamente al 6<sup>o</sup> mes de vida. (cuadro 11, gráfica 8).

**CUADRO 10.**  
**NÚMERO DE NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN TIPO DE LACTANCIA EN LA COHORTE POR MES, DURANTE EL PERIODO DEL ESTUDIO.**

Tipos de Lactancia/ mes	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6	%
<b>TOTAL (n=147)</b>	<b>147</b>	<b>100</b>										
L.M.E.+ L.M.Pred.	91	61.9	74	50.4	65	44.3	57	38.7	58	39.5	49	33.3
L.M. Parcial + L.A.	56	38.1	73	49.7	82	55.7	90	61.3	89	60.5	98	66.6
<b>Hospitales</b>												
<b>HST (n=74)</b>	<b>74</b>	<b>100</b>										
L.M.E. + L.M. Pred.	48	64.9	39	52.7	32	43.2	26	35.1	28	37.8	23	31.1
L.M. Parcial + LA	26	35.1	35	47.3	42	56.8	48	64.9	46	62.1	51	68.9
<b>HGNAS (n=73)</b>	<b>73</b>	<b>100</b>										
L.M.E.+ L.M. Pred.	43	58.9	35	48	33	45.2	31	42.5	30	41	26	35.6
L:M. Parcial + LA	30	41.1	38	52.1	40	54.8	42	57.5	43	58.9	47	60.3

Fuente: Encuesta en la Comunidad a las Madres.

**GRÁFICA 7**  
**PORCENTAJE DE NIÑOS SEGÚN TIPO DE LACTANCIA POR MES**



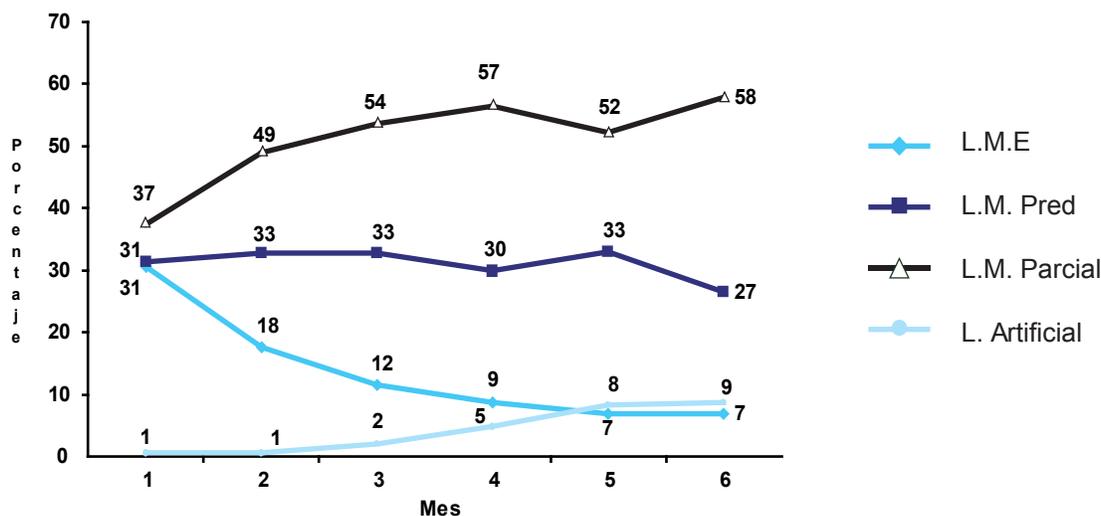
Fuente: Encuesta en la Comunidad a las Madres.

**CUADRO 11**  
**TIPOS DE LACTANCIA EN LA COHORTE DE NIÑOS Y NIÑAS POR MES, DURANTE EL PERÍODO DEL ESTUDIO.**

Tipos de Lactancia/ mes	1		2		3		4		5		6	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
<b>(n= 147 niños)</b>												
<b>L.M. Exclusiva</b>	<b>45</b>	<b>30.6</b>	26	17.7	17	11.6	13	8.8	10	6.8	<b>10</b>	<b>6.8</b>
<b>L.M. Predominante</b>	<b>46</b>	<b>31.3</b>	48	32.7	48	32.7	44	29.9	48	32.9	<b>39</b>	<b>26.5</b>
<b>L.M. Parcial</b>	<b>55</b>	<b>37.4</b>	<b>72</b>	<b>49.0</b>	<b>79</b>	<b>53.7</b>	<b>83</b>	<b>56.5</b>	<b>76</b>	<b>52.1</b>	<b>85</b>	<b>57.8</b>
<b>L. Artificial</b>	<b>1</b>	<b>0.7</b>	1	0.7	3	2.0	7	4.8	12	8.2	<b>13</b>	<b>8.8</b>
<b>RM y RSM (n=74)</b>	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
L.M.E.	29	39.2	12	16.2	6	8.1	6	8.1	5	6.8	5	6.8
L.M. Pred.	19	25.7	27	36.5	26	35.1	20	27.0	23	31.1	18	24.3
L.M. P	<b>26</b>	<b>35.1</b>	<b>35</b>	<b>47.3</b>	<b>41</b>	<b>55.4</b>	<b>43</b>	<b>58.1</b>	<b>36</b>	<b>48.6</b>	<b>41</b>	<b>55.4</b>
L.Artificial	0	0	0	0	1	1.4	5	6.8	10	13.51	10	13.5
<b>RPO (n=73)</b>	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
L.M.E.	16	21.9	14	19.2	11	15.1	7	9.6	5	6.8	5	6.8
L.M. Pred.	27	37.0	21	28.8	22	30.1	24	32.9	25	34.2	21	28.8
L.M. Parcial	<b>29</b>	<b>39.7</b>	<b>37</b>	<b>50.7</b>	<b>38</b>	<b>52.1</b>	<b>40</b>	<b>54.8</b>	<b>40</b>	<b>54.8</b>	<b>44</b>	<b>60.3</b>
L.Artificial	1	1.4	1	1.4	2	2.7	2	2.7	3	4.1	3	4.1

Fuente: Encuesta en la Comunidad a las Madres.

**GRÁFICA 8**  
**TIPOS DE LACTANCIA POR MES EN PORCENTAJES.**



Fuente: Encuesta en la Comunidad a las Madres.

En nuestro estudio, los resultados nos llevan a concluir: que las cifras de LME al alta hospitalaria son aceptables 61.9% con LMC y 30.6% con LA en el primer mes.

En esta investigación, la prevalencia de LME disminuyó masivamente durante el primer trimestre 11.6% y sólo llegaron a los seis meses con LME el 6.8% y con LME+LMPre el 33.3%.

Estas cifras son semejantes a las publicadas por diversos autores en España, como Morales Gil, 2006, en donde señalan que sólo llegan a los seis meses con LME el 6% de los niños<sup>24</sup>. En contraposición la LMP + LA fue en incremento ya que en el primer mes fue de 38.1% y al sexto mes de 66.6%.

### 5.1.3.2 Estado nutricional de la cohorte

La evaluación del estado nutricional se realizó comparando la población en estudio con el patrón tipo establecido como población de referencia por el Centro Nacional para Estadísticas de Salud (NCHS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros de Control de Enfermedades (CDC).

De la información sobre peso y longitud se calcularon los siguientes índices:

- Peso para la edad (P/E)
- Talla para la edad (T/E)

Entre los niños que recibieron lactancia completa el mayor número de lactantes fueron normales desde el primer mes al 6<sup>to</sup> mes de vida (99.3%, 92.5%), no hubo desnutridos Con lactancia artificial hubo 1 desnutrido al 5<sup>to</sup> mes (0.7%). (cuadro 13, gráfica 9).

En Panamá se estimó que la desnutrición global en la población de menores de 5 años para el año 2004 era de 2.7%. La desnutrición tiene efectos negativos en distintas dimensiones entre las que destacan los impactos en la salud,

la educación y la economía (costos y gastos públicos y privados, y menor productividad). A su vez, éstos agudizan los problemas de inserción social e incrementan o profundizan el flagelo de la pobreza e indigencia en la población, reproduciendo el círculo vicioso al aumentar con ello la vulnerabilidad a la desnutrición<sup>25</sup>.

La desnutrición tiene una repercusión negativa en el desarrollo económico y social y perpetúa la pobreza porque causa pérdidas directas en la productividad; pérdidas indirectas ocasionadas por deficiencias en la función cognoscitiva, el desarrollo deficiente de los niños y fallas en la escolaridad, y pérdidas por el aumento de los costos de la atención sanitaria. Se estima que las pérdidas en el producto interno bruto (PIB) debidas a la malnutrición llegan a 3% y las pérdidas de productividad personal ascienden a alrededor de 10% de los ingresos obtenidos durante toda la vida<sup>26</sup>.

Los niveles de desnutrición crónica, es decir, retardo en el crecimiento en talla para la edad o retardo en el crecimiento, se determinó al comparar la talla (longitud) del niño con la esperada para su edad y sexo. Con LC no hubo niños con retardo en talla y con LA 8 niños presentaron retardo en crecimiento. (cuadro 14, grafica 10).

La mayoría de los niños presentó la talla para la edad normal en cada uno de los meses, al primer mes 95.9% y al 6<sup>to</sup> mes 98.6%. (cuadro 14).

En cuanto al índice T/E, 5 niños con LC se mantuvieron arriba de >2DE y 8 niños con LA.

Se observaron resultados similares a estudios previos realizados en Mexicali Baja California en donde se comparó el patrón de crecimiento de recién nacidos alimentados al seno materno exclusivo, con el de aquellos alimentados mediante fórmula artificial (10), sus resultados señalan que no existieron diferencias en el crecimiento de acuerdo al tipo de alimentación.

24. Morales Gil, I.M. / Promoción de la lactancia materna en España: nuevos abordajes para la promoción y apoyo a la lactancia Materna. España, 2006.

25. El Costo del Hambre: Análisis del Impacto Social y Económico de la Desnutrición Infantil en América Latina. CEPAL - PMA. Santiago de Chile, 2007.

26. Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006-2015. 47. Consejo Directivo 58.a sesión del Comité Regional, Washington, D.C., EUA, Punto 4.11 del orden del día provisional, CD47/18 (Esp.), 2006.

**CUADRO 12**  
**ESTADO NUTRICIONAL POR MES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA COHORTE**

ESTADO NUTRICIONAL/ MES		1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6	%
Peso/edad (n=147)	+2DE	1	0.7	6	4.1	18	12.2	7	4.8	6	4.1	11	7.5
	-2DE/+2DE	146	99.3	141	95.9	129	87.8	140	95.2	140	95.2	136	92.5
	-2DE	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.7	-	-
Talla/edad (n=147)	+2DE	5	3.4	3	2.0	4	2.7	-	-	1	0.7	-	-
	-2DE/+2DE	141	95.9	143	97.3	140	95.2	147	100.0	145	98.6	145	98.6
	-2DE	1	0.7	1	0.7	3	2.0	-	-	1	0.7	2	1.4
H.S.T. (n=74 niños)													
Peso/edad	+2DE	-	-	3	4.1	11	14.9	4	5.4	1	1.4	5	6.8
	-2DE/+2DE	74	100	71	95.9	63	85.1	70	94.6	72	98.6	69	93.2
	-2DE	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.4	-	-
Talla/edad	+2DE	1	1.4	1	1.4	2	2.7	-	-	1	1.4	-	-
	-2DE/+2DE	72	97.3	72	97.3	70	94.6	74	100	72	73	98.6	98.6
	-2DE	1	1.4	1	1.4	2	2.7	-	-	1	1.4	1	1.4
H.G.N.A.S. (n=73 niños)													
Peso/edad	+2DE	1	1.4	3	4.1	7	9.6	3	4.1	5	6.8	6	8.2
	-2DE/+2DE	72	98.6	70	95.9	66	90.4	70	95.9	68	93.2	67	91.8
	-2DE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Talla/edad	+2DE	4	5.5	2	2.7	2	2.7	-	-	-	-	-	-
	-2DE/+2DE	69	94.5	71	97.3	70	95.9	73	100	73	100	72	98.6
	-2DE	-	-	-	-	1	1.4	-	-	-	-	1	1.4

Fuente: Encuesta en la Comunidad a las Madres.

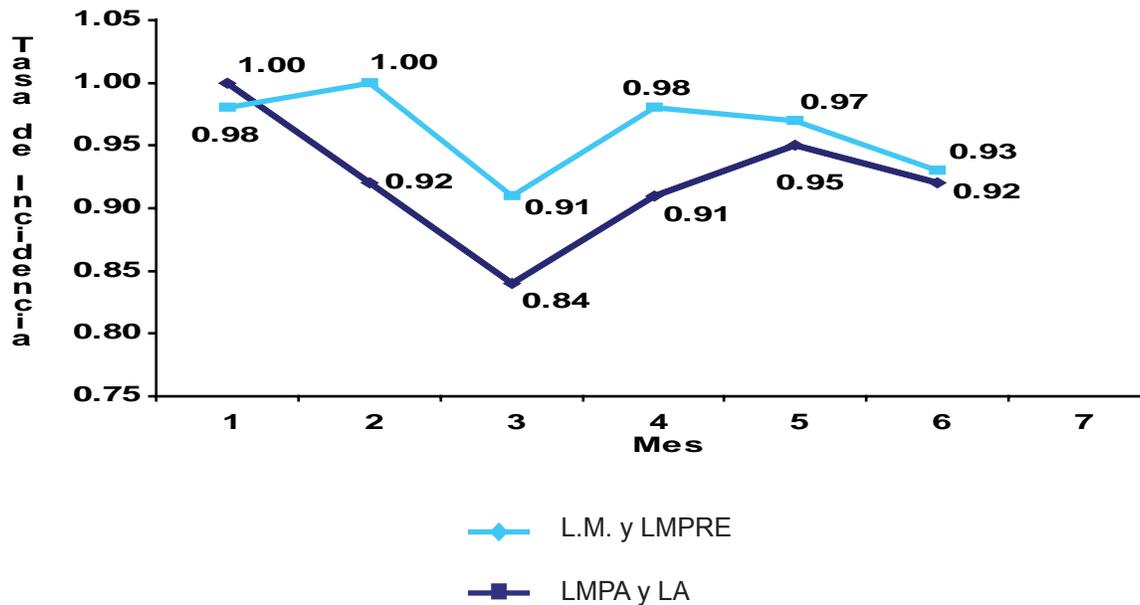
### Desnutrición global o general (peso para la edad)

**CUADRO 13**  
**DESNUTRICIÓN GLOBAL (ÍNDICE P/E) SEGÚN TIPO DE LACTANCIA Y RIESGO RELATIVO DEL ESTADO NUTRICIONAL**

LME y LMPre (P/E )	1	2	3	4	5	6
+2DE	0	6	11	5	3	4
+2DE/-2DE	91	68	54	52	55	45
-2DE	0	0	0	0	0	0
<b>Sub-total</b>	<b>91</b>	<b>74</b>	<b>65</b>	<b>57</b>	<b>58</b>	<b>49</b>
<b>LMPA y LA</b>						
+2DE	1	0	7	2	3	7
+2DE/-2DE	55	73	75	88	85	91
-2DE	0	0	0	0	1	0
<b>Sub-total</b>	<b>56</b>	<b>73</b>	<b>82</b>	<b>90</b>	<b>89</b>	<b>98</b>
<b>TOTAL</b>	<b>147</b>	<b>147</b>	<b>147</b>	<b>147</b>	<b>147</b>	<b>147</b>
<b>LME y LMPre</b>	<b>1.0</b>	<b>.92</b>	<b>.83</b>	<b>.91</b>	<b>.95</b>	<b>.92</b>
<b>LMP y LA</b>	<b>.98</b>	<b>1.0</b>	<b>.91</b>	<b>.98</b>	<b>.96</b>	<b>.93</b>

Fuente: Encuesta en la Comunidad a las Madres.

**GRÁFICA 9**  
**DESNUTRICIÓN GLOBAL (PESO / EDAD) SEGÚN TIPO DE LACTANCIA**



Fuente: Encuesta en la Comunidad a las Madres

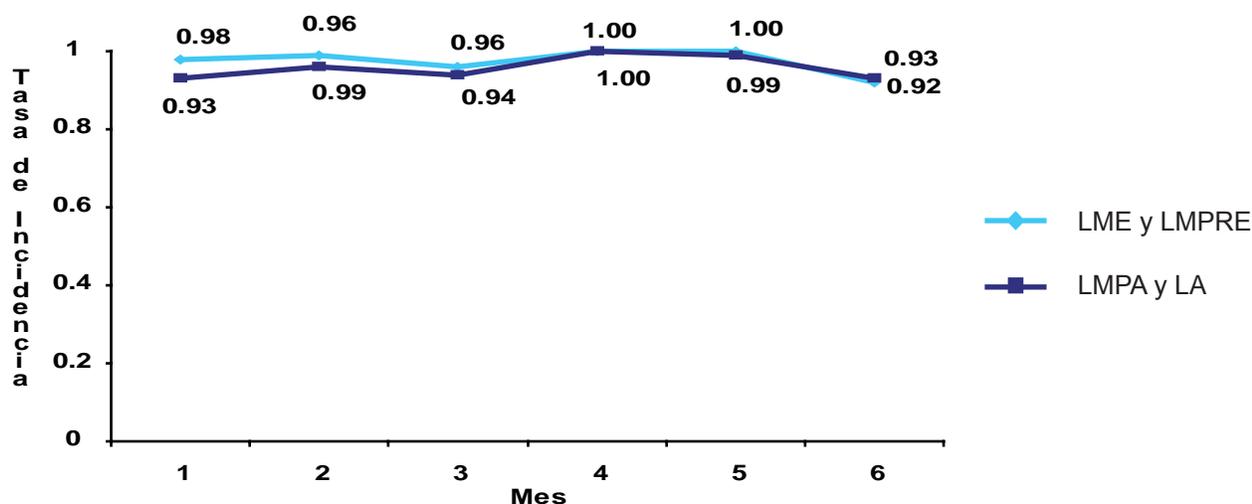
**Desnutrición Crónica (Talla para la edad)**

**CUADRO 14**  
**DESNUTRICIÓN CRÓNICA (TALLA/EDAD) SEGÚN TIPO DE LACTANCIA Y RIESGO RELATIVO DEL ESTADO NUTRICIONAL**

LME y LMPre (T/E)	1	2	3	4	5	6
+2DE	2	1	2	0	0	0
+2DE/-2DE	89	73	63	57	58	49
-2DE	0	0	0	0	0	0
<b>Subtotal</b>	<b>91</b>	<b>74</b>	<b>65</b>	<b>57</b>	<b>58</b>	<b>49</b>
<b>LMP y LA</b>						
+2DE	3	2	2	0	1	7
+2DE/-2DE	52	70	77	90	87	91
-2DE	1	1	3	0	1	0
<b>Subtotal</b>	<b>56</b>	<b>73</b>	<b>82</b>	<b>90</b>	<b>89</b>	<b>98</b>
<b>TOTAL</b>	<b>147</b>	<b>147</b>	<b>147</b>	<b>147</b>	<b>147</b>	<b>147</b>
<b>LME y LMPre</b>	<b>.98</b>	<b>.99</b>	<b>.97</b>	<b>1.0</b>	<b>1.0</b>	<b>.92</b>
<b>LMP y LA</b>	<b>.93</b>	<b>.96</b>	<b>.94</b>	<b>1.0</b>	<b>.97</b>	<b>.93</b>

Fuente: Encuesta en la Comunidad a las Madres

**GRÁFICA 10**  
**DESNUTRICIÓN CRÓNICA (TALLA/EDAD) SEGÚN TIPO DE LACTANCIA**



Fuente: Encuesta en la Comunidad a las Madres

### 5.1.3.3. Morbilidades más frecuentes (IDA e IRA) de la cohorte

La distribución de las patologías ocurridas por mes demostró un incremento significativo desde el primer mes, tanto para las enfermedades diarreicas agudas (EDA) 3.4%, como para las enfermedades respiratorias agudas (IRA) 17.6%, hasta finalizar el período del estudio, siendo que, hacia el 6to mes, se elevaron considerablemente hasta un 15.6% los casos de EDA y 40.8% los casos de IRA (cuadro 15, gráfica 11).

En salud la mayor probabilidad de enfermar que tienen las personas desnutridas aumenta proporcionalmente los costos en el sector salud lo que a nivel agregado, equivale a la suma de las interacciones entre la probabilidad de desnutrición de cada grupo humano, la probabilidad de que dicho grupo sufra cada una de las enfermedades debido a dicha desnutrición y los costos de atención de dicha patología (diagnóstico, tratamiento y control) en cada grupo poblacional.

A esto se suman los costos que solventan las personas afectadas y sus familiares producto del tiempo y calidad de vida perdidos.

No se dispone de cálculos regionales precisos, pero es probable que esos costos sanitarios y la carga social que representa atender a millones de personas que sufren enfermedades relacionadas con la nutrición sean exorbitantes.

Estos datos concuerdan con la literatura, donde la prevalencia de estas enfermedades, es proporcional a la edad del lactante como lo indican los resultados del estudio “El Costo del Hambre”, -Análisis del Impacto Social y Económico de la Desnutrición Infantil en América Latina, 2007<sup>27</sup> que refiere que en Panamá la prevalencia de la EDA es de 21.3% y de la IRA de 46.9%, en menores de 5 años (0 a 59 meses).

### 5.1.3.4. Morbilidades (EDA e IRA) según tipo de lactancia por mes

Observamos en el presente estudio que las 2 morbilidades estudiadas se incrementaron notablemente en los lactantes que recibieron lactancia parcial y artificial con respecto a la lactancia materna exclusiva y predominante.

Encontramos que la cantidad de episodios de EDA e IRA es mayor conforme aumenta la edad, y que hay mas proporción de IRA que de EDA (cuadro 15, gráfica 11).

Para los lactantes que recibieron lactancia materna exclusiva y predominante, las EDA presentaron baja morbilidad, en el primer mes fue de 1.1% y al 6to mes 6.1% y los alimentados con lactancia parcial y artificial, en el primer mes fue de 7.1% y al 6to mes, 20.4% (cuadro 16, gráfica 12).

Las IRA fueron las morbilidades más padecidas por los niños de este estudio. Los lactantes que recibieron lactancia materna exclusiva y

27. El Costo del Hambre: Análisis del Impacto Social y Económico de la Desnutrición Infantil en América Latina. CEPAL - PMA. Santiago de Chile, 2007.

predominante fueron los menos afectados, en el primer mes presentaron 6.6% de IRA, en el 2, 3, 4, 5 y 6<sup>to</sup> mes, 14.9%, 12.3%, 10.5%, 20.7% y 20.4% respectivamente, pero, los más afectados lo constituyeron el grupo de los lactantes alimentados con lactancia parcial y artificial, que en el primer mes, manifestaron 35.7% de IRA, en el 2, 3, 4, 5 y 6<sup>to</sup> mes, fue de 35.7%, 46.6%, 31.7%, 46.6% y 51.0% respectivamente, de estos, algunos requirieron tratamiento intrahospitalario (cuadro 16a, gráfica 13).

Al evaluar las patologías que presentaron nuestros lactantes en los primeros seis meses de vida, (EDA e IRA), como era de esperar, las IRA llevan ampliamente la primacía, igual que en la generalidad de los estudios que se identifican éstas como la primera causa de morbilidad, por ello, se debe continuar con la indicación de brindar lactancia materna exclusiva para aumentar la inmunidad del lactante mejorando así la prevención de la morbilidad de dichos padecimientos.

**CUADRO 15**  
**EPISODIOS DE ENFERMEDADES DE NIÑOS Y NIÑAS DE LA COHORTE DEL ESTUDIO POR MES.**

Episodios de Enferm./ mes Total (n=147 niños)	1		2		3		4		5		6		Total de episodios
		%		%		%		%		%		%	
<b>EDA</b>	5	3.4	3	2.0	4	2.7	14	9.5	12	8.1	<b>23</b>	<b>15.6</b>	61
<b>IRA</b>	26	17.6	45	30.6	34	23.1	39	26.5	53	36.0	<b>60</b>	<b>40.8</b>	257
<b>H.S.T. (n=74 niños)</b>													
EDA	3	4.0	0	0	1	1.3	8	10.8	5	6.7	11	14.8	28
IRA	11	14.8	25	33.7	11	14.8	14	18.9	26	19.2	28	37.8	115
<b>H.G.N.A.S (n=73 niños)</b>													
EDA	2	2.7	3	4.1	3	4.1	6	8.2	7	9.5	12	16.4	33
IRA	15	20.5	20	27.3	23	31.5	25	34.2	27	36.9	32	43.8	142

Fuente: Encuesta en la Comunidad a las Madres

**CUADRO 16**  
**INCIDENCIA DE EDA SEGÚN TIPO DE LACTANCIA/MES**

Morbilidades / tipo de lactancia	MESES					
	1	2	3	4	5	6
<b>EDA</b>						
<b>LME y LMPre</b>	1	0	0	2	2	3
Total de Niños y niñas	91	74	65	57	58	49
<b>LMP y LA</b>	4	3	4	12	11	20
Total de niños y niñas	56	73	82	90	89	98
<b>Porcentajes relativos</b>						
LME y LMPre	1.1	0	0	3.5	3.4	6.1
LMP y LA	7.1	4.1	4.9	13.3	12.5	20.4

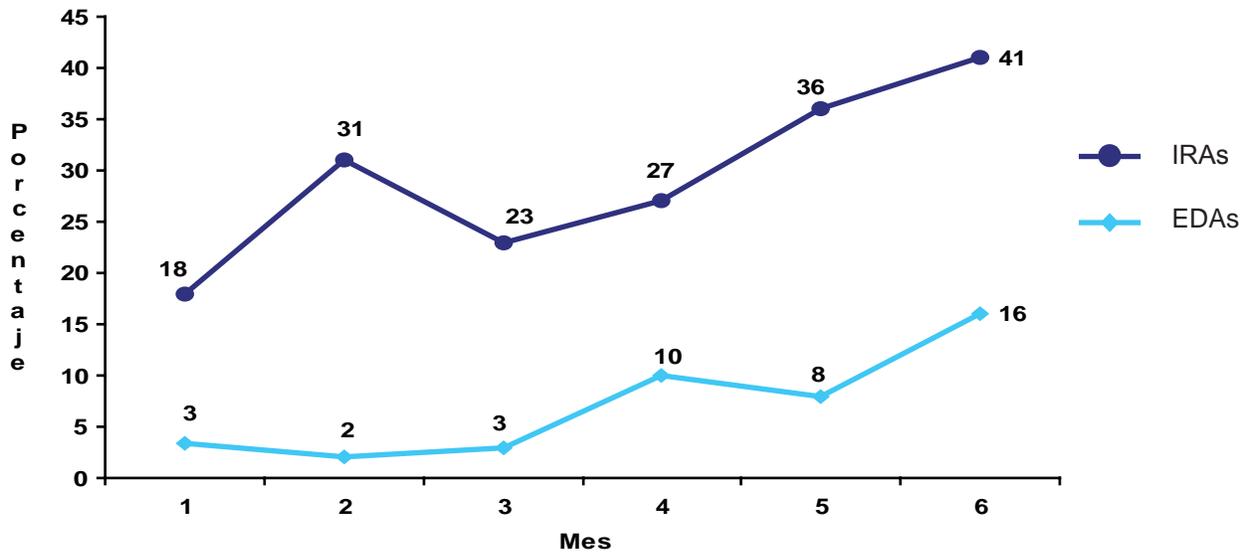
Fuente: Encuesta en la Comunidad a las Madres

**CUADRO 16A.**  
**INCIDENCIA DE IRA SEGÚN TIPO DE LACTANCIA**

Morbilidades/ tipo de lactancia	MESES					
	1	2	3	4	5	6
<b>IRA</b>						
<b>LME y LMPre</b>	6	11	8	6	12	10
Total de Niños y niñas	91	74	65	57	58	49
<b>LMP y LMA</b>	20	34	26	33	41	50
Total de niños y niñas	56	73	82	90	89	98
<b>Porcentajes relativos</b>						
LME y LMPre	6.6	14.9	12.3	10.5	20.7	20.4
LMP y LA	35.7	46.6	31.7	36.7	46.6	51.0

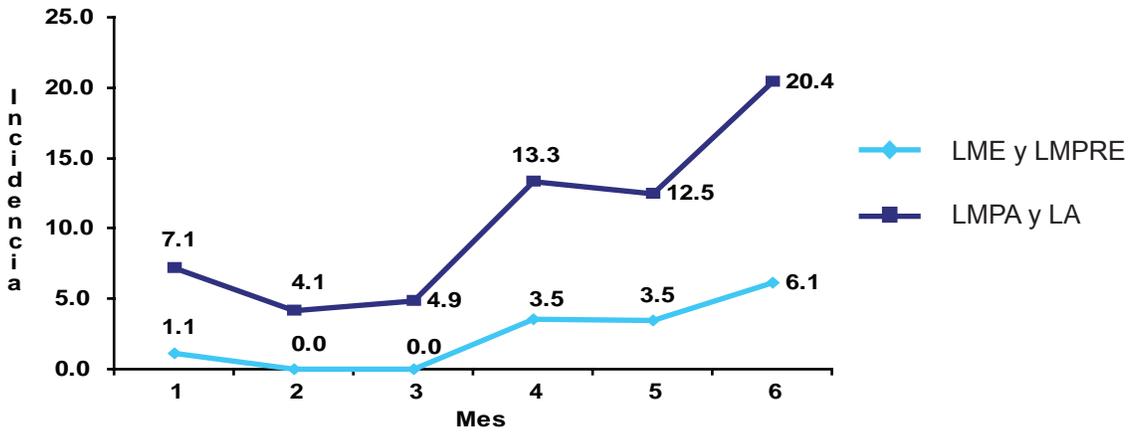
Fuente: Encuesta en la Comunidad a las Madres.

**GRÁFICA 11**  
**EPISODIOS DE EDA E IRA POR MES**



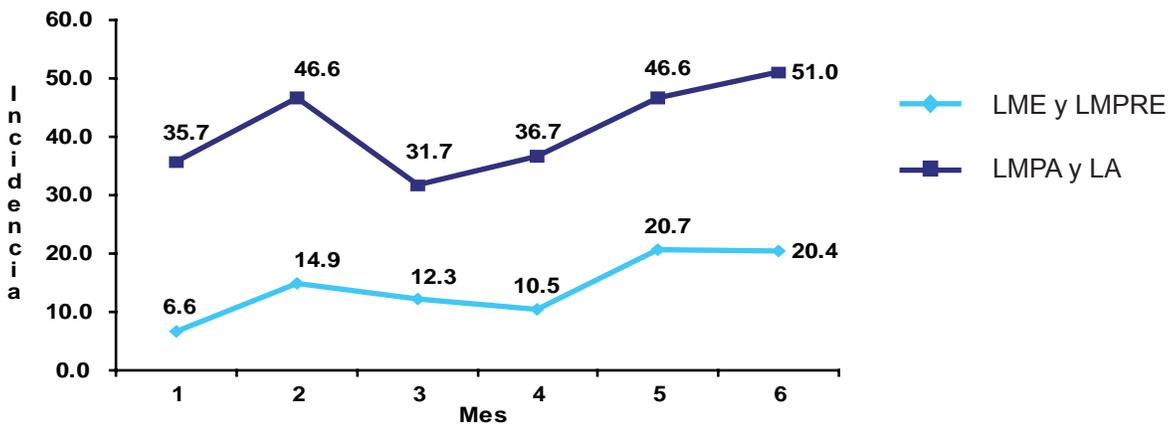
Fuente: Encuesta en la Comunidad a las Madres

**GRÁFICA 12**  
**INCIDENCIA DE EDA SEGÚN TIPO DE LACTANCIA/MES**



Fuente: Encuesta en la Comunidad a las Madres

**GRÁFICA 13**  
**INCIDENCIA DE IRA SEGÚN TIPO DE LACTANCIA/MES**



Fuente: Encuesta en la Comunidad a las Madres

## 6. Costos de producción de los laboratorios de fórmulas lácteas y de las intervenciones de promoción sobre lactancia materna y su impacto en población infantil

Estos datos fueron realizados mediante entrevistas y revisión de documentos en el Dpto. de Costos, Dpto. De Contabilidad, Dpto. de Nutrición y Dietética, Dpto. de Estadística del Ministerio de Salud, del Hospital Santo Tomas, del HGNAS y del Hospital del Niño.

### 6.1. Costos de los laboratorios de fórmulas lácteas del Hospital General Nicolás A. Solano (HGNAS) y del Hospital del Niño (HN)

#### 6.1.1. Centro de costos del laboratorio de fórmulas lácteas del HGNAS.

##### 6.1.1.1. Inversión

Con el fin de establecer la inversión realizada del Centro de costos del laboratorio de fórmulas lácteas de HGNAS se determinó que este centro ocupa un área aproximada de 48 metros cuadrados, que incluyen el área cerrada y los pasillos. El área cerrada la constituyen dos recintos de 31 metros cuadrados, que contienen un alojamiento de B/. 50.000 distribuidos en equipo y mobiliario (cuadro 17).

La inversión total del laboratorio de fórmulas lácteas se ha estimado en B/. 61.603, de los cuales 81% corresponde a equipo y mobiliario y el 19% restante se ha estimado en terreno y edificio (cuadro 17).

#### CUADRO 17.

##### CUADRO DE INVERSIÓN DEL LABORATORIO DE FÓRMULAS LÁCTEAS DEL HGNAS

Rubro	Monto B/.
Terreno	720.00
Edificio	10,850.00
Equipo	49,432.00
Mobiliario	568.00
<b>Inversión total B/.</b>	<b>61,603.00</b>

#### 6.1.1.2. Estimado de egresos

Para determinar el total de egresos en un semestre se trabajó con la información suministrada por la administración del hospital en lo que se refiere al consumo de agua, luz, insumos, salarios y la depreciación del edificio y el equipo. El gasto de intereses es un estimado que supone el pago de intereses durante los primeros seis meses del financiamiento de la inversión total estimada.

El rubro de insumos consumidos es el más elevado de los gastos en el semestre. La cifra que se nos suministró es B/. 4,548, lo que representa el 37 %. Le sigue en importancia el estimado de intereses por el pago que se debería efectuar por el financiamiento de la inversión inicial de B/. 61,603. El monto aproximado de este gasto sería B/ 3,678 en intereses para el primer semestre, para un financiamiento de esta inversión a un plazo de 15 años a una tasa del 12%. Hemos utilizado esta tasa de interés debido a que ésta constituye el costo de oportunidad promedio de la inversión social pública vigente en el Ministerio de Economía y Finanzas. Este gasto representa el 30% del total en ese período.

El concepto de salarios y las prestaciones sociales suman un aproximado de B/. 2.208, lo que explica el 18% del total de gastos en el semestre estudiado. El 15% restante del gasto se destina al pago de luz, agua y reservas por depreciación. Todos estos conceptos llevan a un total de egresos estimados de B/ 12,186 en el semestre. (cuadro 18).

**CUADRO 18  
RESUMEN DE LOS GASTOS DE OPERACIÓN  
PROYECTADOS A SEIS MESES DEL  
LABORATORIO DE FÓRMULAS LÁCTEAS DEL  
HGNAS**

Descripción	Mensual	Semestre
Agua	B/ 2	B/ 12
Luz	57	342
Insumos	758	4,548
Salarios	277	1,662
Prestaciones sociales	91	546
Depreciación de equipo	142	852
Depreciación de edificio	91	546
Intereses (1)		3,678
Total de egresos		B/ 12,186

(1) No se asigna valor mensual debido a que es variable

## 6.2. Producción y distribución de fórmulas lácteas en el HGNAS.

El laboratorio de fórmulas lácteas del HGNAS registró en el primer semestre de 2006 una distribución total de 6,740 fórmulas en la maternidad. Esto significa que el consumo promedio mensual de la maternidad fue de 1,123 fórmulas. El costo medio de las fórmulas se estimó en B/.0.75 (cuadro 19).

La producción de fórmulas por mes era de 1,871 biberones lo que da un total de 70% de la producción total por mes en la maternidad del HGNAS.

**CUADRO 19  
COSTO MEDIO DEL TOTAL DE FÓRMULAS  
LÁCTEAS DISTRIBUIDAS EN LA MATERNIDAD  
DEL HGNAS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE  
DE 2006**

Mes	No. de fórmulas	Costo unitario promedio por mes
Enero	1,261	0.67
Febrero	1,113	0.63
Marzo	1,157	0.88
Abril	1,084	0.65
Mayo	971	0.79
Junio	1,154	0.87
Total	6,740	costo medio mensual B/.0.75

### 6.3. Producción y distribución de fórmulas lácteas por el Hospital del Niño (HN)

El Hospital Santo Tomás (HST) cuenta con una maternidad que destinó una sección como sala de recién nacidos y es abastecida y financiada por el Hospital del Niño (HN). El HST es una institución de tercer nivel que atiende pacientes adultos con un alto nivel de especialización. El abastecimiento de fórmulas lácteas proviene del laboratorio de fórmulas del Hospital del niño.

Observamos que estas fórmulas en la sala de niños eran suministradas al neonato en vasitos o copitas y no en biberones.

El laboratorio de fórmulas lácteas del Hospital del Niño refleja una producción total de 45,000 biberones por mes en todos los servicios demandantes. El costo promedio aproximado de esa producción es de B/0.50 por biberón.

Si estos valores se proyectan en línea recta a un período de seis meses se obtiene una producción total estimada de 270,000 biberones a un valor de esa producción de B/135,000.

La información recabada sobre la producción en el Hospital del Niño y la distribución en el cuarto de niños de la maternidad del HST corresponden al primer semestre del año 2,006.

De enero a junio del 2006 se distribuyó en el cuarto de recién nacidos de la maternidad del HST un total de 13,670 biberones a un costo total aproximado de B/ 6,836.00 cuyo consumo promedio era de 2,278 biberones mensuales (cuadro 20). Observamos que el consumo de fórmulas lácteas del cuarto de recién nacidos de la maternidad del HST es un 5% del total de fórmulas lácteas producidas por mes en el Hospital del Niño.

**CUADRO 20**  
**BIBERONES SUMINISTRADOS POR EL LABORATORIO DE FÓRMULAS LÁCTEAS DEL HOSPITAL DEL NIÑO A LA MATERNIDAD DEL HST. PRIMER SEMESTRE DE 2006**

Mes	No. de Biberones	Costo Total (1)
Enero	2,230	B/ 1,115
Febrero	2,149	1,074
Marzo	2,379	1,190
Abril	2,350	1,175
Mayo	2,343	1,172
Junio	2,219	1,110
Total	13,670	6,836

(1) El costo unitario se estimó en B/ 0.50

### 6.4. Costos de las intervenciones de promoción de la lactancia materna en el HGNAS y en el HST

En esta sección procedemos a agrupar a los profesionales de salud y otros funcionarios involucrados, además de evaluar las instalaciones de promoción a la lactancia materna.

#### 6.4.1. Intervenciones de promoción de la lactancia materna en el HGNAS

Por medio de entrevistas realizadas al personal de salud en las distintas secciones de la maternidad dedicados a suministrar consejos, charlas y orientaciones a las madres sobre lactancia materna, nos permitió determinar que este personal dedica a estas actividades un total aproximado de 32.19 horas por día. (Cuadro 22)

Al momento de levantar la información se reportó un total de 53 funcionarios directamente involucrados en estas actividades. Se incluyen en la lista neonatólogos, pediatras, ginecólogos, obstetras, enfermeras, auxiliares de enfermería, nutricionistas, trabajadores sociales, y personal administrativo.

**CUADRO 21****CÁLCULO DEL SALARIO DEL PERSONAL POR HORAS/DÍA DEDICADAS A SUMINISTRAR CONSEJOS, CHARLAS Y ORIENTACIONES A LAS MADRES SOBRE LACTANCIA MATERNA. 2006**

Tipo Profesional	Profesional <sup>1</sup>	Hora/día Per cápita	Total de horas/día	Promedio Mensual	Por día	Salario <sup>2</sup> mensual/hora	Total <sup>3</sup> aplicable
Neonatólogo	1	0.83	0.83	2,000	66.67	207.30	207.30
Pediatra	5	0.17	0.85	2,455	81.83	52.20	261.00
Enfermera	17	0.75	12.75	800	26.67	75.00	1,275.00
Auxiliar/enfermería	16	0.83	13.28	500	16.67	51.90	830.40
Gineco-Obstetra	5	0.50	2.50	1,300	43.33	81.30	406.50
Nutricionista	1	0.33	0.33	547	18.23	22.50	22.50
Trabajadora social	1	1.00	1.00	800	26.67	99.90	99.90
Secretaria	1	0.17	0.17	200	6.67	4.20	4.20
Trabajador manual	6	0.08	0.84	200	6.67	2.10	12.60
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>		<b>32.19</b>				<b>3,119.40</b>

(1) Se refiere al tiempo dedicado por un profesional

(2) Es el salario aplicable de un profesional

(3) Se calculó en base a seis (6) horas diarias

En términos de horas/día dedicadas a suministrar consejos, charlas y orientaciones a las madres sobre lactancia materna, el grupo de trabajo social (1.0) es el que más tiempo dedica, con una hora por día. El resto de los profesionales no llega a la hora por unidad, seguido por los neonatólogos y los auxiliares de enfermería, ambos con 0.83 horas diarias y las enfermeras con 0.75 horas diarias. Le siguen en importancia los ginecólogos obstetras con media hora diaria cada uno (cuadro 21).

Con estas relaciones profesionales, tiempo dedicado y salarios promedios detallados en el cuadro 21, hemos podido calcular que en el HGNAS se invierte un total aproximado de B/3,119.40 por mes en las actividades de suministrar consejos, charlas y orientaciones a las madres sobre lactancia materna (cuadro 21), en el semestre suma B/ 18,716.40.

Los grupos más numerosos son el de enfermería y el de auxiliares de enfermería. Ambos suman un total de 33 unidades que lo constituyen en conjunto la mayor proporción de horas por día, 62% del total de horas dedicadas a estas actividades. Del total general de 32.19 horas que se dedican por día, 26 horas (81%) del tiempo diario son asumidas por el grupo de enfermeras y auxiliares de enfermería.

El grupo de médicos que es menos numeroso le sigue en importancia. Los neonatólogos, pediatras y ginecólogo-obstetra suman 11 horas y representan el 21% del personal involucrado. Estos suman una dedicación diaria de 4.2 horas, para una participación relativa de 13%.

El resto de los funcionarios, que son en su mayoría uno por grupo cubren las 2.34 horas restantes, lo que representa el 7% del tiempo.

#### **6.4.2. Intervenciones de promoción de la lactancia materna en el HST**

En esta maternidad, los neonatólogos y los pediatras reportan una dedicación aproximada de tres horas por día a la promoción de la lactancia materna. Los ginecólogo-obstetras, junto con las enfermeras reportan dos horas por día cada grupo; mientras que los médicos internos y los auxiliares de enfermería dedican 1.5 y 0.75 horas a la promoción de la lactancia materna, respectivamente (cuadro 23).

En el HST intervienen en la maternidad un total de 133 profesionales y funcionarios que desde sus posiciones también realizan intervenciones de promoción de la lactancia. Como grupo, el de médicos es el más numeroso con 79 (59% del total). El grupo de enfermeras y auxiliares de en-

fermería suman 47, representando así el 35.3%. El resto de los funcionarios, con una menor representatividad explican el 5.3% restante del total.

Con respecto al total de horas por mes, en el HST se dedica un total de 217.9 horas/hombre. Los ginecólogos, con 82 horas son los que más aportan seguidos por las enfermeras y los médicos internos con 58 y 51 horas/hombre

cada grupo. Esto quiere decir que los primeros dedican como grupo un 37.6% del total del tiempo y los otros dos grupos el 26.6% y el 23.4%, respectivamente (cuadro 24).

En términos monetarios, estas actividades de promoción de la lactancia totalizan en salarios la suma de B/ 34,156.20 por mes, lo que implica una erogación aproximada de B/ 204,937.20 en el semestre.

### CUADRO 23

#### CÁLCULO DEL SALARIO DEL PERSONAL POR HORAS/DÍA DEDICADAS A SUMINISTRAR CONSEJOS, CHARLAS Y ORIENTACIONES A LAS MADRES SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EL HST.

JULIO DE 2006

Profesional	Horas/día (1)	Promedio Mensual	Por día	Total Mensual	Total salario mensual
Neonatólogo	3.00	1,350	45.00	16.86	B/ 505.80
Pediatra	3.00	1,200	40.00	15.00	450.00
Enfermera	2.00	750	25.00	6.24	187.20
Auxiliar/enfermería	0.75	500	16.67	1.56	46.80
Ginecólogo obstetra	2.00	2,000	66.67	16.66	499.80
Méd. Interno	1.50	850	28.33	5.31	159.30
Nutricionista	0.50	800	26.67	1.66	48.80
Trabajo social	0.50	900	30.00	1.88	56.40
Trabajador manual	0.08	300	10.00	0.10	3.00

(1) Se refiere al tiempo dedicado por un profesional

(2) Es el salario aplicable de un profesional

### CUADRO 24

#### SALARIO TOTAL DEL PERSONAL POR HORAS/DÍA DEDICADAS A SUMINISTRAR CONSEJOS, CHARLAS Y ORIENTACIONES A LAS MADRES SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EL HST.

JULIO DE 2006

Profesional	Profesionales por día	Horas/día	Salario/mes por profesional	Total aplicable
Neonatólogo	1	3.00	505.80	505.80
Pediatra	3	9.00	450.00	1,350.00
Enfermera (1)	29	58.00	187.20	5,428.80
Aux./enfermería(2)	18	13.50	46.80	842.40
Ginecólogo obstetra	41	82.00	499.80	20,491.80
Méd./interno	34	51.00	159.30	5,416.20
Nutricionista	1	00.50	49.80	49.80
Trab./social	1	00.50	56.40	56.40
Trabajador manual	5	00.40	3.00	15.00
<b>Total</b>		<b>217.90</b>		<b>34,156.20</b>

(1) Incluye 5 enfermeras del Hospital del Niño por día

(2) Incluye 9 auxiliares del Hospital del Niño por día

### 6.4.3 Instalación del Centro de Promoción para la lactancia materna del HST

En el HST al momento de realizarse esta investigación operaba en las instalaciones de la maternidad un centro de promoción destinado a actividades de capacitación, apoyo y orientación a las madres con relación a la lactancia materna, el cual desaparece físicamente con el traslado a las nuevas instalaciones de la maternidad.

El centro de promoción estaba ubicado en el 2º piso (en 2005) y las madres de los recién nacidos asistían a estas orientaciones acerca de la lactancia materna antes del egreso hospitalario.

La información que describimos al respecto fue suministrada por la dirección de esta maternidad al igual que el documento de las políticas de lactancia materna escritas.

---

## 7. Relación costo-beneficio

### 7.1. Relaciones entre el costo- beneficio durante los días de estancia en el HST y HGNS y el tipo de lactancia en esos Hospitales. 1er semestre de 2006.

Con el fin de establecer indicadores de costo-beneficio en las maternidades estudiadas, fueron procesados los datos suministrados en ambos hospitales por el Departamento de Estadística y el Departamento de Nutrición y Dietética. Las cifras de nacidos vivos fueron de 1,556 en el HGNAS y 5,508 en el HST. La muestra de estas dos poblaciones fue de n=73 y n=74 recién nacidos de partos vaginales y cesáreas sin complicaciones, los cuales permanecieron 1.6 días de estancia en el HGNAS y 1 día en el HST, conforme a la información estadística suministrada por ambos hospitales.

Al calcular los días de estancia en los nacidos vivos, resultó un total de 2,490 en el HGNAS y 5,508 en el HST.

El otro aspecto que hemos explorado es el del total de biberones que pudieron ser consumidos en ausencia y presencia absoluta de lactancia materna exclusiva y el cálculo de lo ahorrado. Es decir, que en el supuesto, que toda la necesidad de alimentación del neonato fuese suplida con fórmulas lácteas producidas en los laboratorios de cada hospital con un consumo promedio de un biberón cada tres horas (8 biberones/

día de hospitalización), el resultado al respecto, considerando los días de estancia en el HGNAS sería de 13 biberones y en el HST 8 biberones por neonato por promedio de estancia.

El estudio reveló que el ahorro percibido en concepto de biberones no consumidos debido a la lactancia materna exclusiva fue de B/.25,630 (79%) en el HGNAS y en el HST de B/.30,394 (69%). Considerando que el costo unitario de los biberones en el HGNAS fue B/0.75 y B/0.50 en el HST, el beneficio estimado (ahorro al Estado) por biberones no consumidos fue de B/19,222.59 en el HGNAS y B/15,197.00 en el HST.

Relacionando los biberones consumidos por los neonatos, 6,740 en el HGNAS y 13,670 biberones en el HST, tenemos que la proporción consumida por ausencia total de promoción de LME hubiese sido de 21 % (32,370 biberones) en el HGNAS y 31% (44,064 biberones) en el HST por semestre.

El cuadro 25 describe la relación entre el total de nacidos vivos, la muestra de los neonatos del estudio, el consumo de fórmulas lácteas y si hubiese LME en ambos hospitales.

**CUADRO 25**  
**ESTIMACIÓN DEL AHORRO POTENCIAL POR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LAS**  
**MATERNIDADES POR SEMESTRE. 2006. (1)**

DETALLE	HGNAS	HST
Nacidos vivos	1,556	5,508
Promedio días de estancia	1.6	1
Total de días de estancia ocupados:		
A ) para neonatos de la muestra	117 (n=73)	74 (n=74)
B ) para el total de nacidos vivos	2,490	5,508
Demanda de biberones en ausencia de LME:		
Número de biberones/día/promedio/días de estancia	13	8
Demanda estimada de biberones/días de estancia sin LME	32,370 (100%)	44,064 (100%)
Consumo real de biberones	6.740 (21%)	13,670 (31%)
Biberones estimados ahorrados (b./.) / LME	B/. 25,630 (79%)	B/. 30,394 (69%)
Ahorro potencial en porcentajes con LME (en todos los recién nacidos)	21%	31%
Ahorro estimado en balboas	B/.5,055	B/.6,835
Ahorro por nacido vivo en balboas	B/.3.25	B/.1.24

(1) El período de estudio es un semestre.

Se estiman 8 biberones por neonato en 24 horas.

Los 32,370 y 44,064 biberones estimados para el HGNAS y HST respectivamente, son el resultado de la multiplicación del número total de nacidos vivos por el número de biberones promedio calculado por la estancia promedio en 13 y 8 biberones.

## 7.2. Relación del costo-beneficio de las actividades de promoción de la lactancia materna exclusiva: costo total de la lactancia artificial y el costo total del parto HGNAS y HST.

Con los datos suministrados por ambos hospitales hemos determinado costos relevantes para el desarrollo de la presente esta investigación:

### 7.2.1. Costo Total del Parto (Nacimiento)

Para el costo total del parto consideramos: los costos del parto vaginal normal y cesárea, costo medio de día estancia de la madre y el costo del día estancia del bebé en la maternidad.

Al haber diferencias en los costos de los hospitales por el nivel de atención, es de esperar que

los costos totales sean más altos en el HST que en el HGNAS. Obviamente, la cantidad de nacidos vivos y los recursos asignados al servicio de maternidad del HST son mayores. Así, el costo total de los días cama ocupados en la maternidad del HGNAS durante el período estudiado es de B/ 204,053.14, mientras que para el HST resulta de millón y medio de balboas, aproximadamente (B/.1,487,215.00), (cuadro 26).

**CUADRO 26**  
**COSTO-BENEFICIO DEL EGRESO HOSPITALARIO DEL RECIÉN NACIDO SEGÚN TIPO DE LACTANCIA Y PROMOCIÓN DE LA LM EN EL HGNAS Y EL HST. (1)**

		HGNAS	HST
1	Costo total de hospitalización (2)	B/ 131.14	B/270.01
2	Costo total de los días cama ocupado:		
2a	Según el No. de Neonatos de la muestra	9,573	19,981
2b	Según el total de nacidos vivos	B/.204,053.14	B/.1, 487,215.00
3	Estimación del costo total del parto, consumo de formulas y promoción de LME en el total de nac. vivos	B/.228,275.40	B/.1,698,987.20
4	Estimación del costo promedio del parto, consumo de formulas y promoción de LME/ nacido vivo (3)	B/.146.71	B/. 308.46
5	Costo total de biberones que debieron ser consumidos en ausencia de LME	B/.24,277.50	B/.22,032.00
6	Costo de biberones consumidos	B/.5,055.00	B/.6,835.00
7	Beneficio estimado en balboas por biberones no consumidos (ahorro al Estado)	B/ 19,222.50	B/ 15,197.00
8	Estimación del costo total de fórmulas en ausencia de LME (4)	14,937.60	22,032.00=B/36.965.60

(1) El período de estudio es un semestre

(2) Incluye la atención del recién nacido, del parto vaginal normal y tiempo de estancia

(3) En este ítem se tomo en cuenta incrementó por los salarios

(4) En presencia de LME en los hospitales estos costos no se darían

### 7.3. Costos en salarios dedicados a actividades de promoción de la LME, el costo total del parto y el costo total de los biberones consumidos

Otros costos que consideramos relevantes es la proporción de todos los salarios pagados a los funcionarios por el tiempo que dedican directa o indirectamente a las actividades de promoción de la lactancia materna exclusiva, el costo total del parto y el costo total de los biberones consumidos.

Estos costos sumados se estimaron en B/. 228,275.40 y B/. 1,698,987.20 para el HGNAS y el HST respectivamente por semestre, los cuales al considerar el total nacidos vivos en cada maternidad da por resultado un costo promedio de B/ 146.71 y B/ 308.46 por día estancia para el HGNAS y HST.

De hecho, los biberones que se deberían consumir y no se consumen representan un ahorro de recursos para el Estado, por cuanto no se incurre en su producción. De esto resulta por una parte que el beneficio total por biberones no consumidos es mayor en el HGNAS que en el HST.

También resulta un mayor beneficio promedio por biberones no consumidos. En el HGNAS se logra un ahorro por fórmulas no consumidas de B/ 19,222.50 en total durante el período en estudio, mientras que en el HST este ahorro se estima en B/ 15,197.00.

La estimación del costo total de fórmulas, en ausencia de LME en el HGNAS, sería de B/. 14,937.60 y en el HST de B/. 22,032.00.

## 7.4. Costo - beneficio por episodios de EDA e IRA.

Comenzar la lactancia materna exclusiva en la primera hora es fundamental para la supervivencia en el período neonatal y los primeros años de vida. En América Latina y el Caribe, se calcula que el 66% de las defunciones de lactantes debidas a enfermedad diarreica e infecciones respiratorias agudas que ocurren en los primeros tres meses de vida se podrían prevenir mediante la lactancia materna exclusiva<sup>28</sup>.

Los costos de estas morbilidades en los hogares de los niños de la cohorte son producto de los gastos promedio declarados por las madres en la encuesta domiciliaria, según el hospital de procedencia.

Los promedios de costos por morbilidad de EDA declarado por las madres, incluyendo los costos por medicamentos, transporte, biberones, pañales, agua, combustible, ascendió a B/ 10.00 y por IRA fue de B/ 6.00, en atención domiciliaria. Estos costos por morbilidad se han aplicado en las dos regiones estudiadas.

Los resultados de la morbilidad por EDA fueron 33 episodios en el grupo del HGNAS, de 28 madres encuestadas que declararon estos episodios. De los 33 episodios, 25 (76%) de los niños tuvo sólo uno en los seis meses del estudio y los restantes 8 (24%) reportaron 2 episodios.

**CUADRO 27**  
**COSTO-BENEFICIO ESTIMADO POR EPISODIOS DE EDA E IRA EN LA COHORTE DE NIÑOS NACIDOS EN EL HGNAS Y HST EN ATENCIÓN DOMICILIARIA EN UN SEMESTRE, 2006.**

Detalle	HGNAS		HST		Totales	
	N°	Costo (B/)	N°	Costo (B/)	N°	Costo (B/)
Episodios de EDA	33	330.00	28	280.00	61	610.00
Episodios de IRA	142	852,00	115	690.00	257	1542.00
Estimación de los episodios de EDA en nacidos vivos	703	7,030.00	2,084	20,840.00	2787	27870.00
Estimación de los episodios de IRA en nacidos vivos	3,027	18,162	8,559	51,354	11586	29748.00

El costo total por episodio de EDA de acuerdo a la entrevista efectuada a las madres se estimó en B/.330.00 en atención domiciliaria, para los 33 episodios (cuadro 27). Si se proyecta esta morbilidad al total de nacidos vivos, debieron resultar 703 episodios con un costo total aproximado de B/7,030.00 en atención domiciliaria (niños nacidos en el HGNAS). De los 147 niños encuestados 61 de los 33 del HGNAS y 28 del HST declararon haber padecido de EDA en los primeros 6 meses.

En los casos de IRA en los niños nacidos en el HST, 147 declararon 257 episodios de IRA, de lo que se deduce que en algunos niños se repitieron los episodios. Si los 142 episodios con morbilidad por IRA hubiesen sido manejados

dentro del domicilio, el costo total estimado sería de B/ 852.00. Proyectando estas cifras a los 1,556 nacidos vivos en el período de estudio, resultarían 3,027 episodios a un costo total de B/18,162.00. En este hospital, 64 (88%) de los niños tuvieron 142 episodios de IRA, mientras que 29 (40%) niños tuvieron 33 episodios de EDA. Para estas estimaciones se consideró la ocurrencia semestral de IRA y EDA.

Considerando la cohorte de 1,556 y 5,508 neonatos en el HGNAS y HST respectivamente en el período bajo estudio, los costos estimados por EDA e IRA, ajustados para estas poblaciones serían proporcionalmente menores en la cohorte proveniente del HST que en el HGNAS.

28. Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño. / 48.O consejo directivo.60.A sesión del comité regional Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008. Punto 4.3 del orden del día provisional CD48/7. OMS/OPS, 2008.

La cohorte de niños nacidos en HST registró 22 (30%) niños que tuvieron 28 episodios de EDA, mientras que 63 (85%) niños tuvieron 115 episodios de IRA durante el semestre estudiado.

Una forma complementaria de ver los beneficios de la lactancia materna es aplicando los datos de la Revista del Hospital del Niño del año 2,003 donde se señala "que los niños alimentados con fórmulas lácteas presentan 4 episodios de diarrea al año, de los cuales un caso requirió hospitalización<sup>29</sup>.

Nuestro estudio arroja resultados similares, ya que los niños alimentados con fórmulas lácteas presentaron 4 episodios de EDA al año, de los cuales 1 caso requirió hospitalización (cuadro 30). Mientras que los niños alimentados con lactancia materna mostraron 2 episodios de EDA y no requirieron hospitalización.

Otra morbilidad que afectó a estos niños es la IRA: en promedio presentaron 6 episodios al año y de éstos 2 casos requirieron hospitalización, mientras que los alimentados con leche materna presentaron 3 episodios de IRA al año, sin hospitalización. (cuadro 27).

---

## 7.5. Costos por morbilidades de EDA e IRA, en la cohorte de niños provenientes de las maternidades del HGNAS y HST, con relación al tipo de lactancia en el período bajo estudio.

En el cuadro 28 se establecen beneficios en función de costos hospitalarios y las morbilidades más frecuentes (EDA, IRA), relacionadas al consumo de lactancia materna exclusiva y consumo de fórmula

Para estimar los costos unitarios de los episodios, se utilizó lo reportado en las estadísticas de la Revista del Hospital del Niño (2003). Cabe señalar que el costo promedio de hospitalización por niño, dio como resultado B/.80.00/día y el costo promedio ambulatorio de EDA, fue de B/.23.50 y en la IRA B/.19.50.

El costo sumatorio por la hospitalización de los niños con EDA e IRA, para los que recibieron lactancia parcial y artificial, fue de B/.29,106.60 en los seis meses de estudio y el costo sumatorio para los casos ambulatorios fue de B/.6,051.88; dando un total en costos por estas morbilidades de B/.35,158.48 (Cuadro 28). Este costo se convierte en ahorro para los que recibieron LMPre y LME.

El costo total de los episodios ambulatorios también es menor con LMPre y LME. Al comparar los casos con los dos tipos de lactancia, tratados ambulatoriamente, vemos que los lactantes con fórmula tuvieron un costo total

estimado en ambas morbilidades de B/.6,051.88 mientras que para los que tuvieron LMPre y LME fue B/. 3,490.75, debido al número menor de casos (ver cuadro 28).

El ahorro debido a la LMPre y LME fue de B/.2,651.13. En términos relativos significa que el 63.42% del costo total ambulatorio corresponde al grupo de lactados con fórmulas.

Si sumamos el costo total por EDA e IRA de los 81 niños alimentados con fórmula y los 66 con LMPre y LME, tenemos que los primeros tuvieron un costo total estimado de B/.35,158.48, mientras que los segundos un costo total estimado de B/.3,490.75. Se interpreta entonces que el beneficio total, bajo estas premisas sería B/.31,667.73.

Por una parte, los alimentados con LMPre y LME tuvieron una menor incidencia de EDA e IRA y por la otra, no se presentaron casos de hospitalización en la muestra seleccionada.

Para tener una idea de la magnitud del beneficio monetario realizamos el análisis aplicándolo al total de nacidos vivos en el período de estudio en ambos hospitales (cuadro 28).

---

29. Revista del Hospital del Niño / Panamá, 2003, 2004.

**CUADRO 28**  
**ESTIMACIÓN DE COSTOS POR MORBILIDADES DE EDA E IRA A LA COHORTE DE NIÑOS**  
**PROVENIENTES DE LAS MATERNIDADES DEL HGNAS Y HST CON RELACIÓN AL TIPO DE LACTANCIA**  
**EN EL PERÍODO BAJO ESTUDIO. 2006 (1)**

Detalle	HST (1)	HGNAS
<b>DATOS GENERALES</b>		
Costo del día cama	B/. 90.80	69.39
Días promedio de hospitalización general	3	3
Costo total por hospitalización	272.40	208.17
Costo unitario en el cuarto de urgencia (EDA)*	24.37	22.79
Costo unitario en el cuarto de urgencia (IRA)*	20.37	18.79
<b>NIÑOS CON LACTANCIA PARCIAL</b>		
<b>ENFERMEDAD DIARREICA (EDA):</b>		
No. de lactantes con FL	41 (2)	40 (3)
Episodios estimados	82	80
Hospitalizaciones (25%)	20	20
Ambulatorio (75%)	62	60
Costo por hospitalización	5,448.00	4,163.40
Costo por ambulatorio	1,510.94	1,367.40
<b>Costo total por E D A</b>	6,958.94	5,530.80
<b>INFECCIONES RESPIRATORIAS (IRA):</b>		
No. de lactantes con FL	41	40
Episodios estimados	123	120
Hospitalizaciones (33%)	41	40
Ambulatorio (66%)	82	80
Costo por hospitalización	11,168.40	8,326.80
Costo por ambulatorio	1,670.34	1,503.20
<b>Costo total por I R A</b>	12,838.74	9,830.00
<b>Costo total por EDA e IRA</b>	19,797.68	15,360.80
<b>NIÑOS LACTANCIA MATERNA PREDOMINANTE</b>		
No. de lactantes	32 (4)	34 (5)
Estimado de episodios de E D A	32	34
Costo por ambulatorios	779.84	774.86
Estimado de episodios de I R A	48	51
Costos por ambulatorios	977.76	958.29
<b>Costo total por EDA e IRA</b>	1,757.60	1,733.15
<b>BENEFICIO TOTAL POR ALIMENTAR CON LME</b>	B/ 18,040.08	B/ 13,627.65

(1) Estimaciones realizadas según costos de atención y datos del Boletín del Hospital del Niño (HN). 2,003.

(2) 37 de los 41 lactantes recibieron lactancia materna parcial y artificial

(3) 38 de los 40 lactantes recibieron lactancia materna parcial y artificial

(4) 22 de los 32 lactantes recibieron lactancia materna predominante y exclusiva

(5) 24 de los 34 lactantes recibieron lactancia materna predominante y exclusiva

\*Informes proporcionados por los Dpto. de Costos del HN y del HGNAS

## 7.6. Costos por morbilidades de EDA e IRA al total de nacidos vivos (NV) en las maternidades del HGNAS y HST, con relación al tipo de lactancia en el período bajo estudio.

Los costos totales por la EDA e IRA, suponiendo que todos los recién nacidos hubiesen sido alimentados con fórmula, se estima en B/.3,273,824.41, mientras que este mismo costo si suponemos que todos (en los 2 hospitales) tuvieron lactancia materna exclusiva es de B/. 381,844.00. Esto indica que la estimación del beneficio total por lactancia materna exclusiva es de B/.2,891,980.41, es el ahorro aproximado que se pudiera lograr si los 7,064 nacidos vivos en los dos hospitales del estudio tuvieran lactancia materna exclusiva. (cuadro 29).

Encontramos que los niños alimentados con lactancia artificial presentaron en promedio 4 episodios/niño/año en EDA y 6 episodios/niño/año en IRA, siendo que los niños alimentados con lactancia materna los episodios de EDA fueron 2/niño/año y en IRA 3/niño/año. (cuadro 30)

En el cuadro 31, niños alimentados con lactancia parcial y lactancia artificial, observamos los gastos por consulta ambulatoria que tendría el Hospital del Niño por EDA, de 1 niño de nuestra cohorte alimentado con lactancia artificial en gasto:

$$3 \times B/ 23.50 = B/ 70.50 \text{ /niño/año}$$

$$\text{y en IRA, } 4 \times B/ 19.50 = B/78.00$$

Si sumamos las dos enfermedades el gasto sería B/148.50/niño/año en consulta ambulatoria.

En hospitalizaciones sería:  
EDA 1 x B/. 80.00 = B/. 80.00

y en IRA:

$$2 \times B/. 80.00 = B/. 160.00,$$

Lo que representaría un gasto de B/. 240.00/ niño/año en hospitalización. Si nuevamente sumamos las dos enfermedades en tratamiento ambulatorio y por hospitalización el costo sería de:

$$B/. 388.50/\text{niño/año. (cuadros 30 y 31).}$$

Los gastos con LM Pre y LME de un niño con tratamiento ambulatorio con EDA sería de:

$$2 \times B/. 23.50 = B/.47.00$$

y con IRA:

$$3 \times B/.19.50 = B/. 58.50$$

Lo que suma B/.105.50 /niño/año

En hospitalización no encontramos EDA e IRA en niños alimentados con lactancia materna predominante y lactancia materna exclusiva (cuadros 30 y 31).

**CUADRO 29**  
**ESTIMACIÓN DE COSTOS POR MORBILIDADES DE EDA E IRA AL TOTAL DE NACIDOS VIVOS (NV) EN LAS MATERNIDADES DEL HGNAS Y HST CON RELACIÓN AL TIPO DE LACTANCIA EN EL PERIODO BAJO ESTUDIO. 2006. (1)**

Detalle	HST (2)	HGNAS
<b>Datos generales:</b>		
Total de nacidos vivos	5,508	1,556
Costo del día cama	90.80	69.39
Días promedio de hospitalización	3	3
Costo total por hospitalización	272.40	208.17
Costo unitario por ambulatorio (EDA)	24.37	22.79
Costo unitario por ambulatorio (IRA)	20.37	18.79
<b>SI TODOS LOS NV HUBIESEN RECIBIDO LACTANCIA CON FÓRMULA LÁCTEA (FL)</b>		
<b>Episodios de diarrea:</b>		
Estimado de casos	11,016	3,112
Hospitalizaciones (25%)	2,754	778
Ambulatorio (75%)	8,262	2,334
Costo por hospitalización	750,189.60	161,956.26
Costo por ambulatorio	201,344.94	53,191.86
Costo total por E D A	951,534.54	215,148.12
<b>Episodios de infecciones respiratorias:</b>		
Estimado de casos	16,524	4,668
Hospitalizaciones (33%)	5,508	1,556
Ambulatorio (66%)	11,016	3,112
Costo por hospitalización	1,500,379.20	323,912.52
Costo por ambulatorio	224,375.55	58,474.48
Costo total por I R A	1,724,754.75	382,387.00
Costo total por EDA e IRA	2,676,289.29	597,535.12
<b>SI TODOS LOS NV HUBIESEN RECIBIDO LME</b>		
Estimado de casos de E D A	5,508	1,556
Costo por ambulatorios	134,229.96	35,461.24
Estimado de casos de I R A	8,262	2,334
Costos por ambulatorios	168,296.94	43,855.86
Costo total por EDA e IRA	302,526.90	79,317.10
<b>BENEFICIO TOTAL POR LME</b>	<b>2,373,762.39</b>	<b>518,218.02</b>

(1) Estimaciones realizadas según datos de la Revista del Hospital del Niño del 2,003.

(2) Se utiliza como referencia de los costos de atención en el Hospital del Niño (HN)

**CUADRO 30**  
**INDICADORES BÁSICOS PARA EL CÁLCULO DEL AHORRO POTENCIAL SEGÚN TIPO DE LACTANCIA Y ENFERMEDADES / AÑO**

DETALLE	Nº DE EPISODIOS POR AÑO	AMBULATORIOS	HOSPITALARIOS
<b>Lactancia artificial (81)</b>			
EDA	4	3	1
IRA	6	4	2
<b>Lactancia materna</b>			
EDA	2	2	-
IRA	3	3	-

**CUADRO 31**  
**COSTO PROMEDIO EN TRATAMIENTO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO EN EL HOSPITAL DEL NIÑO**

COSTO PROMEDIO DE HOSPITALIZACIÓN	B/. 80.00 / DÍA
COSTO PROMEDIO AMBULATORIO	EDAs B/. 23.50
	IRAs B/. 19.50

Revista del Hospital del Niño del 2,003

**CUADRO 32**  
**ESTIMACIÓN DEL AHORRO POTENCIAL TOTAL Y EN SERVICIOS SEGÚN INCIDENCIA DE IRA Y EDA**

DETALLE	AMBULATORIO	HOSPITALARIO	TOTAL
<b>Lactancia artificial</b>			
EDA	5,710	6,480	12,190
IRA	6,318	12,960	19,278
<b>Total anual</b>	<b>12,028</b>	<b>19,440</b>	<b>31,468</b>
<b>Total semestral</b>	<b>6,014</b>	<b>9,720</b>	<b>15,734</b>
<b>Lactancia materna</b>			
EDA	3,102	-	3,102
IRA	3,861	-	3,861
<b>Total anual</b>	<b>6,963</b>	<b>-</b>	<b>6,963</b>
<b>Total semestral</b>	<b>3,481</b>	<b>-</b>	<b>3,481</b>
<b>AHORRO POR IRAs Y EDAs EN BALBOAS</b>	<b>2,533</b>	<b>9,720</b>	<b>12,253</b>
<b>AHORRO POR NIÑO EN BALBOAS</b>	<b>17,23</b>	<b>66,12</b>	<b>83,35</b>

**CUADRO 33**  
**AHORRO POTENCIAL POR GASTOS DE ALIMENTACIÓN Y HOSPITALIZACIÓN POR MORBILIDAD Y LACTANCIA MATERNA (1)**

CONCEPTO	AHORRO
Ahorro en biberones	2.25
Ahorro ambulatorio	17.23
Ahorro en hospitalización	66.12
<b>TOTAL</b>	<b>85.60</b>

(1) Cálculo aproximado por lactante

## 8. Conclusiones

Mediante esta investigación comprobamos que existe una relación costo-beneficio favorable traducido en salud, estado nutricional significativo ahorro para el estado y las familias en concepto de servicios de atención médica y alimentación como consecuencia de una lactancia materna exitosa.

- La LMC (LME + LMPred) al primer mes es aceptable con un 61.9%. No obstante disminuye drásticamente ya que al cuarto mes fue de 38.7% y a los seis meses baja a 33.3%.
- Con respecto a la LME la situación es mas preocupante ya que al primer mes fue de 30.6%, al cuarto mes de 8.8% y a los seis meses solamente de 6.8%
- Actualmente, ninguno de los hospitales comparados planifica ni organiza intervenciones de promoción de lactancia materna de manera continua, ni cuenta con un centro de promoción de lactancia materna. Estas actividades son efectuadas por el personal involucrado con las salas de maternidad como parte de sus funciones rutinarias y/o de forma espontánea.
- Si el total de madres amamantaran de forma exclusiva y la necesidad de preparar fórmulas lácteas, fuera nula ya se hubiera concretado el paso de la Iniciativa Hospital Amigos de los Niños (IHAN), pero en la práctica no se ha podido alcanzar.
- No se observaron diferencias significativas entre los tipos de lactancia y los estados nutricionales (global y crónica). Cuando unimos la LMP y la LA se observó que hubo retraso severo y moderado en el indicador T/E
- En el HGNAS el ahorro estimado en concepto de los 32,370 biberones consumidos en ausencia de lactancia materna por semestre fue de B/24,277.50, mientras que en el HST con 44,064 biberones resultó ser de B/22,032.00.
- Los resultados de nuestro estudio fueron similares a los resultados de estudios precedentes descritos en la literatura nacional e internacional, ya que los niños alimentados con fórmulas lácteas presentaron 4 episodios de EDA al año, de los cuales 1 caso requirió hospitalización; mientras que los niños alimentados con lactancia materna mostraron 2 episodios de EDA y no requirieron hospitalización.
- Con respecto a la IRA, los niños alimentados con fórmulas lácteas presentaron en promedio 6 episodios al año y de éstos 2 casos requirieron hospitalización; mientras que los alimentados con leche materna presentaron 3 episodios de IRA al año y no requirieron hospitalización.
- Los costos totales por la EDA e IRA, suponiendo que todos los recién nacidos tuvieron lactancia artificial, se estima en B/.3,273,824.41; mientras que este mismo costo si suponemos que todos (en los 2 hospitales) tuvieron lactancia materna exclusiva es de B/. 381,844.00. Esto indica que la estimación del beneficio total por lactancia materna exclusiva, es de B/.2,891,980.41. Este es el ahorro que se pudiera lograr si los 7,064 nacidos vivos en los dos hospitales del estudio tuvieran LME, sin contar todos los otros costos, gastos, efectos negativos en distintas dimensiones, problemas de inserción social que incrementan el flagelo de la desnutrición e indigencia en la población, aumentando y reproduciendo el círculo vicioso de la pobreza que se evitaría promoviendo desde sus cimientos múltiples intervenciones que aumenten la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en Panamá (LME).
- El costo en salario total y por nacidos vivos del personal que dedica tiempo a la promoción de la lactancia materna resulta mayor en el HST que en el HGNAS.

- El costo total y promedio de la producción de fórmulas lácteas es mayor en el laboratorio de fórmulas del HGNAS que en el del Hospital del Niño.
  - El ahorro potencial promedio en biberones en las maternidades por lactancia materna resultó en B/. 2.25
  - El ahorro potencial total por lactancia materna resultó ser B/. 85.60 por niño/ semestre
  - El ahorro en gastos hospitalarios por EDAs e IRAs resultó en:  
Tratamiento ambulatorio B/. 17.23  
Tratamiento hospitalario B/. 66.12
- 

## 9. Recomendaciones

- Los resultados de la baja prevalencia de lactancia materna en las maternidades de los hospitales estudiados y el seguimiento dado a la cohorte, remarca la necesidad de la educación a madres en el campo de la lactancia materna. Para revertir su declinación se debe incrementar de forma sustancial las actividades educativas de promoción tanto en el nivel hospitalario, como en el primer nivel de atención. El bajo porcentaje de la LME inicial y la creciente deserción durante los primeros 4 a 6 meses de lactancia, indica que sobre este problema debemos actuar principalmente con una política de capacitación al personal sanitario.
- Las actividades de promoción, de capacitación, monitoreo y evaluación en lactancia materna deben ser planificadas y ejecutadas de forma continua. Se deben acreditar los programas y reactivar la Comisión Nacional de Lactancia Materna del Ministerio de Salud como ente promotor y coordinador de la política pública de la lactancia materna. Esta acreditación debe ser obligatoria para que todas las instituciones se involucren a fomentar la lactancia materna cuyo beneficio último es la salud materno-infantil.
- Intensificar el uso de la Lactancia materna incluye la prevención del retardo en talla, hecho que no es valorado adecuadamente por el personal de salud.
- Impulsar líneas de investigación y de profundización desarrollando proyectos de lactancia materna (costo-beneficio).
- Una vez confirmado el ahorro potencial percibido como producto de la lactancia materna exclusiva, recomendamos la inversión de cifras similares a las ahorradas en el programa de promoción de lactancia materna exclusiva. Para que estos programas sean efectivos se requiere invertir suficientes recursos de todas las actividades y materiales de promoción, de capacitación, de monitoreo y evaluación de forma continua y permanente ya que la lactancia materna no es un gasto sino una inversión.
- Revisar e impulsar la iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños como estrategia para la promoción de la política en lactancia materna.

## 10. Glosario

1. **DIARREA AGUDA (IDA)**  
Definimos como diarrea aguda según la OMS al cuadro clínico caracterizado por la eliminación de heces semilíquidas en número de 2-3 ó más al día con alteración en la consistencia de las deposiciones habituales, asociadas o no a síntomas generales (moco, pus, fiebre, escalofrío, náuseas o cólicos abdominales) (generalmente 3 a 5 días y en un período inferior a 14 días)
2. **INFECCION RESPIRATORIA AGUDA (IRA)**  
Se define la infección respiratoria aguda como el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros con un período inferior a 15 días, con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como: tos, rinoresaca, obstrucción nasal, secreción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre.
3. **FÓRMULA:**  
Preparación de la leche (de origen animal o vegetal) administrada en biberón.
4. **MATERNIDAD:**  
Establecimiento donde se atiende a las parturientas (aplicarse a la mujer que está en el momento del parto o recién parida).
5. **ALOJAMIENTO CONJUNTO:**  
Estancia del niño junto a su madre durante la hospitalización.
6. **EVALUACION ANTROPOMÉTRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL (EN):**  
Grado de adecuación de las características anatómicas y fisiológicas del individuo con respecto a parámetros considerados normales relacionados con la ingesta, la utilización y la excreción de nutrientes. El estado nutricional refleja si la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes son adecuados a las necesidades del organismo. El EN se mide a través de índices que son instrumentos estadísticos que se utilizan para medir o evaluar cuantitativamente un fenómeno o situación; en antropometría el indicador se utiliza para evaluar el crecimiento y el estado nutricional, toma como base medidas corporales como el peso y la longitud del individuo. Los indicadores utilizados en la evaluación del estado nutricional en niños de 0-59 meses son:
  - Peso para edad:** es un indicador que está influenciado por la estatura del niño y por el peso para la estatura: por consiguiente, el déficit de peso para la edad indica riesgo de desnutrición global. Este indicador no estima si el problema es de reciente iniciación, solamente déficit de peso, o si es un proceso prolongado en el cual ya se ha afectado el crecimiento en estatura.
  - Talla para la edad:** es la talla del niño comparada con la talla que debe tener para la misma edad y sexo del patrón de referencia. Este indicador resume la historia nutricional de un individuo y permite conocer la medida en que los factores sociales y económicos afectan el consumo y la utilización biológica de los nutrientes en la población. Es un indicador de beneficio a mediano y largo plazo.
7. La OMS (1998 OPS/UNICEF) establece los siguientes indicadores para unificar criterios con respecto a los tipos de lactancia:
  - LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME):** es la alimentación constituida solamente de la leche que segrega el pecho materno durante los primeros 6 meses de vida con ningún otro alimento que no fuese la leche materna (no debe haber recibido alimento sólido alguno, jugos, agua, tes, y otros líquidos)
  - LACTANCIA MATERNA PREDOMINANTE (LMPre):** el lactante recibe leche materna (directamente al pecho o por otro método de su madre o de otra mujer) como principal fuente de alimento. Puede recibir pequeñas cantidades de agua, te, infusiones o jugos de fruta, sales de rehidratación oral, líquidos rituales y gotas o jarabes de vitaminas o medicinas. No recibe leche artificial ni ningún otro alimento.
  - LACTANCIA MATERNA PARCIAL (LMP):** el lactante recibe leche artificial, cereales u otro tipo de alimento, más lactancia materna.
  - LACTANCIA ARTIFICIAL (LA):** el lactante es alimentado con leche comercial y agua.

# 11. Bibliografía

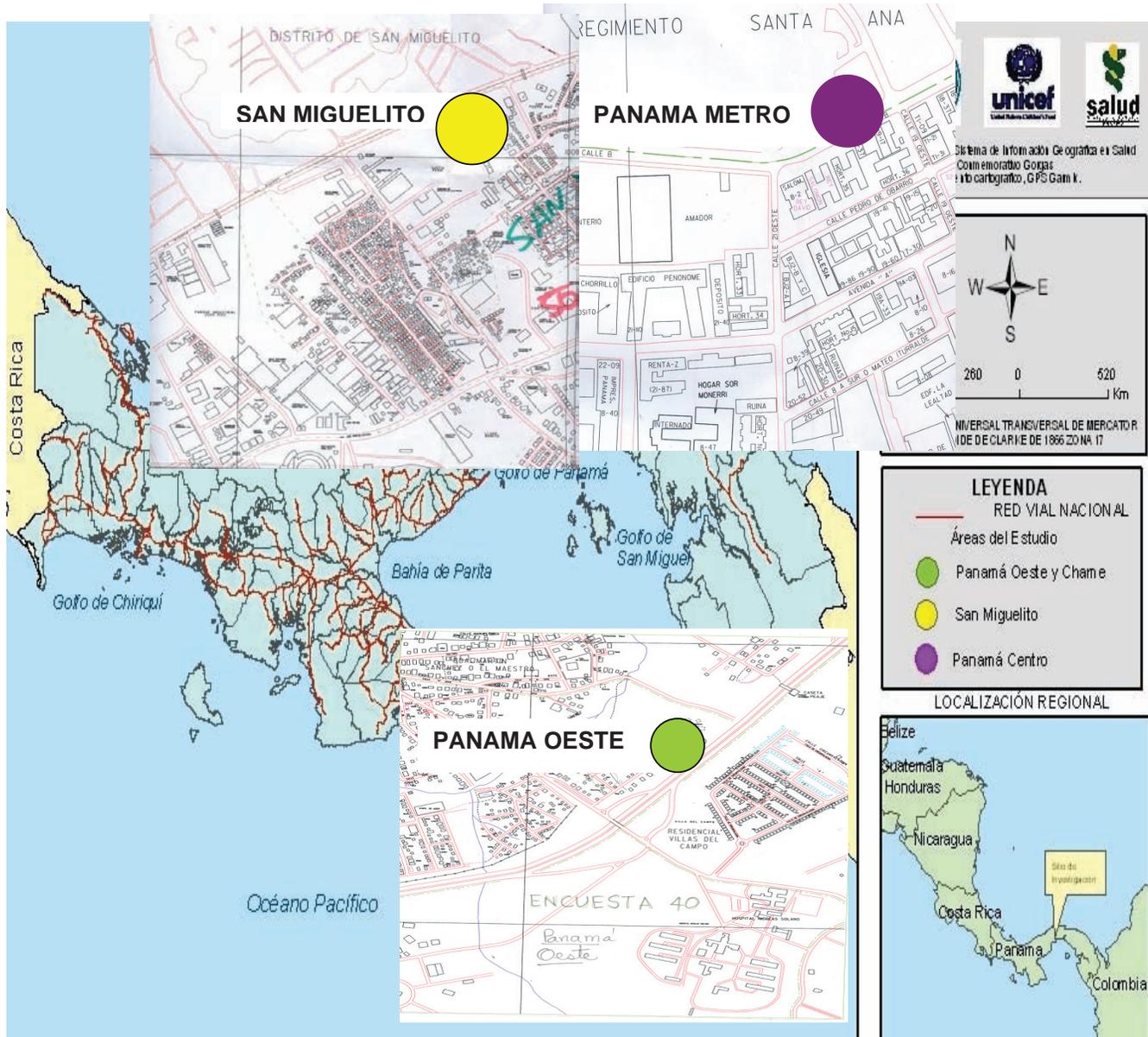
1. **Aguayo, V.; Ross, Jay; et al.** / *Valor monetario de la leche materna en Bolivia*. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID); Academy for Educational Development (AED). Pan American Journal of Public Health: Vol. 10 (4), pág 249-255, 2001.
2. **Banco Mundial** / Programa de capacitación en economía y financiamiento de la salud. Washington, 2001.
3. **Boletín de la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil** / N° 8 Año: 2. (IBFAN), Argentina, 1998.
4. **Declaración de Innocenti** / *Sobre la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna*. OMS/UNICEF. Florencia, Italia, 1990.
5. **El Costo del Hambre: Análisis del Impacto Social y Económico de la Desnutrición Infantil en América Latina**. CEPAL - PMA. Santiago de Chile, 2007.
6. **Escala L., M.A.** / *Curso para personal de salud sobre metodología de la investigación*. Departamento Nacional de Docencia e Investigación. Panamá, 2002.
7. **Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo**, 2006-2015. 47. Consejo Directivo 58.a sesión del Comité Regional, Washington, D.C., EUA, Punto 4.11 del orden del día provisional, CD47/18 (Esp.), 2006.
8. **Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño**. / 48.O consejo directivo.60.A sesión del comité regional Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008. Punto 4.3 del orden del día provisional CD48/7. OMS/OPS, 2008.
9. **Figueredo, E.; García R.** / *Costos del tratamiento por enfermedades en niños privados de la lactancia materna exclusiva*. Rev. Cubana Med. Gen. Integ. v.13 n.5. . Cuba, 1997.
10. **Hernández, C.** / *Infecciones respiratorias agudas en el niño: comportamiento de algunos factores de riesgo*. Acta Pediátrica Méx. 19(3):103-7, 1998
11. **Informe anual de la OMS** / *Salud Pública* 1. Méx. 39; 412-419, 1997.
12. **Lawrence Ruth\*** / *Lactancia materna*. IV ed. España, 1996.
13. **Panamá, Ley N° 50**, noviembre de 1995. República de Panamá.
14. **Ministerio de Salud, UNICEF** / *Lactancia Materna en Panamá: Un camino recorrido*, 1996.
15. **Ministerio de Salud** / *Normas del programa materno Infantil*. Panamá, 1985.
16. **Ministerio de Salud** / *Lineamientos de políticas de investigación en salud en Panamá*, (MINSAL/ICGES), Panamá, 2000.
17. **Morales Gil, I.M.** / *Promoción de la lactancia materna en España: nuevos abordajes para la promoción y apoyo a la lactancia Materna*. España, 2006.
18. **Nativi, J.** / *Introducción a la investigación científica*. Sibauste, Panamá, 2000.

19. **Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)** / . *Las Metas de Desarrollo del Milenio: La Lactancia Materna es parte fundamental de las Metas de Desarrollo del Milenio. Extraído de Baby-Friendly and Beyond. Integrated care for mother and child: a publication of the baby-Friendly Hospital Initiative. Issue Two* traducción: Natalia Rybak, Fundación LACMAT- Buenos Aires. Argentina, 2004.
20. **Organización Mundial de la Salud; UNICEF** / La Iniciativa hospital amigo del niño. Nueva York, USA, 1993.
21. **Organización Mundial de la Salud** / 107ª Reunión Ginebra, 54 Asamblea Mundial de la Salud. EB 107 R16. Nutrición del lactante y del niño pequeño, 2001.
22. **Organización Panamericana de la Salud** / Comunicado de Prensa. Washington, 2006.
23. **Ramírez, May; et al** / *Prácticas institucionales que interfieren o favorecen la lactancia materna en 5 hospitales de Panamá*, MINSA (Depto. materno infantil). Panamá, 1992.
24. **Revista del Hospital del Niño** / Panamá, 2003, 2004.
25. **S.K Lwanga and Lemeshow** / *Manual práctico de la OMS: determinación del tamaño de las muestras en los estudios sanitarios*. Washington, 1991.
26. **UNICEF** / Estado Mundial de la infancia. Carol Bellamy. Directora Ejecutiva. Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2004.
27. **UNICEF, Veneman, Ann M.** Directora Ejecutiva de la UNICEF. / Reportage. GINEBRA/ FLORENCIA, 2005.
28. **UNICEF** / The state of the country we do ITPOPLEOF youth UNICEF Centreworlds children. Statistics, Panamá, 2005.
29. **UNICEF/MINSA.** / *Indicadores poblacionales de evaluación de las prácticas de lactancia materna. Lactancia materna en Panamá: "Un camino recorrido"*. Panamá, 1994.
30. **Villarreal G. & Monroy M.** / *Aceptación de las nuevas normas de alimentación del recién nacido en un grupo de egresados de la sala de puerperio del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja del Seguro Social*. Tesis. Panama, 1984.
31. **Von Kries, R; Koletzko, B; Sauerwald T; et al** / *Breast feeding and obesity: cross sectional study*. Rev. Actualidad Fármaco terapéutica. *BMJ*; 319: 147-5., 1999.

\* OBRA CLÁSICA DE ESTA MATERIA

# 11. Anexos

## ANEXO #1.



**Anexo # 2.** Encuesta en la comunidad a las madres.**ENCUESTA EN LA COMUNIDAD A LAS MADRES**

Entrevistador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
D M A

Hospital donde fue atendida: HST \_\_\_\_\_ HGNAS \_\_\_\_\_  
Nº Encuesta

**COLOQUE UNA X A LA RESPUESTA DADA POR LA MADRE.****DATOS GENERALES**

1. Fecha de salida del hospital: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
D M A

2. Nombre de la madre \_\_\_\_\_ edad de la madre \_\_\_\_\_ años

3. Corregimiento donde vive \_\_\_\_\_  
Comunidad donde vive \_\_\_\_\_  
Dirección donde vive (N de casa y color, calle) \_\_\_\_\_

4. Nivel educativo alcanzado:

No asistió a la escuela	1	Nivel de universidad	5
Nivel primario	2	Estudios técnicos	6
Primer ciclo	3	Profesión u oficio	7
Segundo ciclo	4		

5. ¿Cuantos hijos tiene?

6. Características de la vivienda:

Casa:		Piso:	
De cartón, latón, zinc, madera	1	Tierra	5
Bloques	2	Madera	6
Bloque repellado	3	Cemento	7
Otro (especifique)	4	Otro (especifique)	9

7. De dónde obtiene principalmente el agua:

Acueductos del IDAAN	1	Río o Quebrada	4
Acueducto Rural	2	Agua de lluvia	5
Acueducto Particular	3	Otro (especifique)	6

8. Instalación Sanitaria:

Servicio higiénico dentro del hogar	1	Letrina	3
Tanque séptico	2	Otro (especifique)	4

9. ¿Cómo elimina la basura?

Carro recolector público	1	Quema	5
Carro recolector privado	2	Entierro	6
En terreno baldío	3	Otro (especifique)	7
Río o quebrada	4		

## 10. ¿Cuántos son los ingresos (B/.) que se reciben por mes en esta casa?

¿Entre B/.1.00 a B/500.00?

¿Entre B/501.00 a B/1,000.00?

¿Mas de B/1,001.00?

1
2
3

Anexo 2. Encuesta en la comunidad de las madres		Masc.	Fem.	/	/	
Encuesta Nº	Nombre y apellido del niño(a)		Sexo	Cuándo nació su bebe (día/mes/año)	Peso al nacer (kilogramos)	Talla al nacer (centímetros)
<b>11. ASPECTOS A EVALUAR</b>			<b>MESES</b>			
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
1. Fecha de visita	/ / /05	/ / /05	/ / /06	/ / /06	/ / /06	/ / /06
2. Edad del niño (meses y días)						
3. Peso (kilogramos)						
4. Talla (centímetros)						
5. ¿Qué tipo de lactancia recibe el niño? (Si la respuesta es la <u>2</u> pase a la pregunta 7)	1. __ Materna 2. __ Artificial					
6. ¿Qué tipo de lactancia materna recibió el niño? (Si la respuesta es la <u>2</u> , pase a la pregunta 7)	1. __ Completa 2. __ Parcial					
6a. ¿Qué tipo de lactancia materna recibió el niño?	1. __ Exclusiva 2. __ Predominante					
7. ¿El niño inició otros alimentos este mes?	1. __ SI 2. __ NO					
8. ¿Cuánto dinero (B/.) ha gastado en este ultimo mes (aproximadamente) en la compra de: -fórmulas lácteas para bebés;	B/.	B/.	B/.	B/.	B/.	B/.
9. Cuánto dinero (B/.) ha gastado este mes (aproximadamente) en la compra de: -mamaderas, chupetes y otros materiales que se destinen para la elaboración de las fórmulas lácteas	B/.	B/.	B/.	B/.	B/.	B/.
10. El día de hoy ¿tiene diarrea el niño?	1. __ Si 2. __ No 3. __ No se	1. __ Si 2. __ No 3. __ No se	1. __ Si 2. __ No 3. __ No se	1. __ Si 2. __ No 3. __ No se	1. __ Si 2. __ No 3. __ No se	1. __ Si 2. __ No 3. __ No se
11. ¿En las últimas dos semanas tuvo diarrea el niño?	1. __ Si 2. __ No tuvo 3. __ No se	1. __ Si 2. __ No tuvo 3. __ No se	1. __ Si 2. __ No tuvo 3. __ No se	1. __ Si 2. __ No tuvo 3. __ No se	1. __ Si 2. __ No tuvo 3. __ No se	1. __ Si 2. __ No tuvo 3. __ No se
12. ¿Cuándo fue la última vez que el niño tuvo diarrea?	__ días __ No tuvo __ No se					
13. ¿Llevó al niño al centro de salud o institución de salud por la diarrea?	1. __ Si 2. __ No					
14. ¿En el día de hoy ¿tiene infección respiratoria el niño? (catarro, tos seca, tos con flema, mocos, fiebre, calentura en el pecho, dificultad para respirar)?	1. __ Si 2. __ No 3. __ No se	1. __ Si 2. __ No 3. __ No se	1. __ Si 2. __ No 3. __ No se	1. __ Si 2. __ No 3. __ No se	1. __ Si 2. __ No 3. __ No se	1. __ Si 2. __ No 3. __ No se
15. ¿En las últimas dos semanas el niño se enfermó de infección respiratoria?	1. __ Si 2. __ No 3. __ No se	1. __ Si 2. __ No 3. __ No se	1. __ Si 2. __ No 3. __ No se	1. __ Si 2. __ No 3. __ No se	1. __ Si 2. __ No 3. __ No se	1. __ Si 2. __ No 3. __ No se
16. ¿Cuándo fue la última vez que el niño tuvo infección respiratoria?	__ días __ No tuvo __ No se					
17. ¿Llevó al niño al centro de salud o institución de salud, por la infección respiratoria?	1. __ Si 2. __ No					
18. ¿Quien cuida al niño (a)?						
19. ¿Trabaja fuera de la casa?	1. __ Si 2. __ No					
20. ¿A qué centro de salud o institución de salud lleva al niño?						

¡GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO

ANEXO # 3



**INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS DE ESTUDIOS DE LA SALUD  
COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA DE LA INVESTIGACION**

Panamá, República de Panamá

No. 883/CNBI/ICGES/2005  
9 de noviembre de 2005

Licenciada  
**FARIDE RODRIGUEZ**  
Investigadora Principal

Estimada Lic. Rodríguez:

El Comité Nacional de Bioética de la Investigación del ICGES, recibió el 30 de septiembre de 2005 y en su sesión del 8 de noviembre de 2005, aprobó los siguientes documentos, para ser realizado en el Hospital Santo Tomás y el Hospital Nicolás A. Solano, en voluntarios:

- Protocolo Estudio Prospectivo de la Relación Costo Beneficio de las Intervenciones de Promoción sobre Lactancia Materna en Maternidades vs. Laboratorios de Fórmulas Lácteas de Hospitales Públicos y su Impacto en la Población Infantil. Panamá. 2005
- Formulario de consentimiento informado para las madres de la maternidad del Hospital Santo Tomás y el Hospital Nicolás A. Solano
- Formulario de consentimiento informado para el personal multidisciplinario de salud
- Formulario de consentimiento informado para el personal de Gineco-Obstetricia

Me despido con la seguridad de mi más alta consideración y respeto.

**DRA. RUTH GRACIELA DE LEON**  
Presidenta del Comité Nacional de Bioética de la Investigación



Copia: Dr. Jorge Motta, Director General del ICGES

**"LÍDERES DE LA INVESTIGACIÓN, COMPROMETIDOS CON LA SOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE LA SALUD"**





Investigadoras: Rodríguez Faride, Borace Rosaura, López Aracelly  
Consultor del MINSA: Dr. Ramírez Max

# Conocimientos, actitudes y prácticas del personal multidisciplinario de salud y la promoción realizada a las madres con respecto a la lactancia materna en dos maternidades Panamá, 2006





# Índice

Resumen .....	65
1. Introducción .....	66
2. Objetivos .....	68
3. Metodología.....	69
4. Resultados y discusión.....	71
4.1. Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) del personal multidisciplinario de salud de las maternidades en relación a la lactancia materna (LM). .....	71
4.2. Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) de los médicos Gineco-obstétricos (GO) de las maternidades en relación a la lactancia materna .....	86
4.3. Encuesta realizada a las madres durante su estancia en la maternidad en relación a la lactancia materna.....	94
5. Conclusiones .....	97
6. Recomendaciones.....	98
7. Glosario .....	100
8. Referencias bibliográficas .....	101
9. Anexos.....	102



## Resumen

El primer contacto de las madres con el personal de salud en las maternidades es vital porque aumenta significativamente el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva (LME). Es importante enfatizar la capacitación apropiada, en todos los aspectos sobre la lactancia materna, con la que debe contar el personal de salud y las madres para que las niñas y niños puedan disfrutar de los beneficios de recibir LME.

Actualizar y aumentar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud sería el paso más importante para mejorar la LME, de manera que siempre recomienden la lactancia materna como la alternativa exclusiva para garantizar el bienestar y la salud maternoinfantil, además de reducir la carga presupuestaria destinada a la atención de las enfermedades y consecuencias.

Es por ello que las horas de capacitación y docencia sobre LM para los profesionales de salud son claramente una inversión.

Se presenta un estudio cualitativo, descriptivo, transversal, comparativo para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) del personal multidisciplinario de salud y personal administrativo (PMS-A) de las maternidades en relación a la lactancia materna.

El estudio se realizó en una muestra de maternidades donde se llevan a cabo las políticas por escrito de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños de la UNICEF/OMS (IHAN/UNICEF/OMS) y en donde no existe laboratorio de fórmulas lácteas. La otra maternidad tiene un laboratorio de fórmulas lácteas y no tienen aun las políticas por escrito de la IHAN/UNICEF/OMS.

Se aplicó un cuestionario a las madres para conocer los conocimientos, actitudes y prácticas en cuanto a la lactancia materna adquiridos durante su estancia en la maternidad y en las instalaciones de salud donde se atendieron durante el embarazo.

Se usaron cuestionarios semi-estructurados para entrevistas detalladas con preguntas cerradas y abiertas de tipo cualitativo y cuantitativo. Estos cuestionarios fueron desarrollados por la UNICEF para evaluar el nivel de cumplimiento de las normas básicas de promoción, fomento y apoyo a la LME, al igual que los conocimientos adquiridos por las madres durante su estancia en las maternidades y en las instalaciones de salud en el período del embarazo, para lograr una lactancia materna exitosa. Los mismos se basaron en la metodología de los 10 pasos de la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (IHAN) y fueron aplicados al personal de salud y administrativos de las maternidades en estudio.

El total de respuestas acertadas en la encuesta CAP, aplicadas al personal multidisciplinario de salud fue de 45.9% y las no acertadas 54.1%. Los gineco-obstetras de ambas instituciones obtuvieron 52% de respuestas acertadas.

Más de la mitad de las madres encuestadas en la maternidad (70%) y durante el período de embarazo (53%) no recibieron orientación y por lo tanto no adquirieron los conocimientos necesarios sobre lactancia por parte del personal de salud, Tampoco refirieron haber recibido material educativo sobre LM en las maternidades (85.2%) ni en las instituciones de salud donde se atendieron durante el embarazo (57.6%).

Se requieren acciones permanentes en los ámbitos hospitalario y comunitario para reforzar conocimientos favorables y modificar aquellos inadecuados a fin de promover, proteger y apoyar la lactancia materna.

# 1. Introducción

Resultados de investigaciones y análisis de multivariados realizados sobre conocimientos, actitudes y prácticas dirigidas a promover la lactancia materna, nos sugieren que las instituciones de salud y sus profesionales desempeñan un rol significativo en promover dicha práctica y que las campañas educativas que promueven los beneficios de la lactancia, son estrategias importantes para apoyar a las madres a amamantar durante más tiempo.

En 2006, en el estudio de seguimiento de seis meses, realizado en Panamá, a una cohorte de 147 neonatos, reveló que la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en el primer mes fue de 30.6%, con un importante descenso a 8.8% a los 4 meses y de 7% a los 6 meses. Esta situación exige de la comunidad médica una urgente intervención (13).

Lo expuesto nos indica que las inversiones del estado panameño en actividades de intervención como la promoción de la lactancia materna exclusiva (LME), con el objeto de aumentar los beneficios a la salud del grupo materno infantil se constituye a corto y largo plazo en una inversión. Esperamos con los resultados de este estudio sustentar la inversión en actividades de promoción y capacitación continua, que aumenten la prevalencia de la LME (25%) a los 6 meses en Panamá (2,15).

Existen numerosos factores que influyen en el inicio y la duración de la LM, entre ellos los económicos, sociales, laborales, sanitarios, etc. Una de las causas más directas sobre la que recae la responsabilidad en el abandono de la lactancia es el conjunto de prácticas y recomendaciones médico-sanitarias que se fueron implantando sigilosa e implacablemente a mediados del siglo pasado no sólo en el quehacer médico sino en el saber popular creando en todo el mundo lo que podemos llamar la “cultura del biberón”, contrario a la cultura del amamantamiento. Esta situación de ámbito mundial es iatrogénica con gran repercusión sobre la salud de los niños y de sus madres.

El desconocimiento de los profesionales de salud sobre la LM y sus prácticas y actitudes adversas, ha sido reconocido durante más de una década (5,7).

Observar con detenimiento los conocimientos, actitudes y prácticas de los trabajadores de la salud que están vinculados a la atención de las madres en un período tan importante. Durante el parto en la maternidad es cuando los consejos y orientaciones brindadas son la piedra angular en la decisión que la madre tome para brindar la lactancia materna exitosa a su hijo, representan una información valiosa para mejorar la salud del grupo materno infantil y reducir los gastos del estado y las familias.

Aunque se acepta ampliamente que la capacitación entre profesionales de salud es necesaria, sólo recientemente se ha evaluado su eficacia. La experiencia de la mujer durante el parto influye sobre su motivación con respecto a la lactancia y la facilidad con que pueda iniciarla (10,11).

Los estudios transversales, en países industrializados y los que están en desarrollo, han dejado claro desde hace tiempo que los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales sanitarios frecuentemente no favorecen la LM. Es evidente la necesidad de mejorar la capacitación; pero es preciso aprender mucho más sobre cómo ofrecer una capacitación eficaz y de alta calidad incluyendo los contenidos y metodología y las horas de docencia y de práctica clínica supervisada necesarias, en vez de limitarse a comparar «formación» con «ausencia de formación».(10)

El aumento de los conocimientos puede no incidir en las actitudes o habilidades. Los profesores con experiencia suelen afirmar que un fuerte componente práctico tiene más efecto sobre las actitudes y habilidades que una capacitación consistente básicamente en información teórica. Todo el personal de salud que tenga algún contacto con madres, lactantes o niños debe recibir capacitación (formación) sobre la aplicación de las normas de lactancia. La capacitación sobre LM debe ofrecerse a los distintos tipos de

personal, incluyendo los nuevos empleados; debe durar al menos 18 horas con un mínimo de 3 horas de práctica clínica supervisada y abarcar al menos 8 pasos. (criterios globales de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, 1992) (9,12).

La necesidad de incluir los aspectos prácticos de la LM en la capacitación básica sobre la LME comienza a aceptarse como un paso fundamental; pero puede ser necesario poner al día las prácticas del personal en activo actual antes de que la avanzar con capacitación básica llegue a ser para que sea efectiva.

Son muchos los caminos para obtener la cooperación del personal directivo, pero en general se requiere un proceso de organización, como el establecimiento de un grupo de trabajo, de ser posible multidisciplinario, y la realización de reuniones hasta alcanzar el consenso.

En este estudio, los cuestionarios que se aplicaron al personal de salud y administrativos de las maternidades fueron elaborados por UNICEF/OMS para evaluar el nivel de cumplimiento de las normas básicas de promoción, fomento y apoyo a la LME basado en la metodología de los 10 pasos de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) (8, 9, 10), en donde se indica que todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán:

1. Disponer de una política escrita relativa a la lactancia natural materna exclusiva de forma que sistemáticamente se ponga en conocimiento a todo el personal de salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de manera que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia inmediatamente ocurrido el parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.
7. Facilitar el alojamiento conjunto a las madres y los niños durante las 24 horas del día.

8. Fomentar la lactancia materna a demanda.
9. No dar a los niños alimentados a pecho, biberones o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

Además del cuestionario aplicado al personal de salud, se aplicó otro a las madres en la sala de puerperio de los hospitales en estudio para conocer sus percepciones de las orientaciones recibidas por el personal de salud durante el embarazo y su estancia en la maternidad.

Estudios revelan que las mujeres que estaban más propensas a amamantar habían sido quienes participaron de clases prenatales y aquellas que recibieron consejería sobre lactancia y apoyo en el puerperio inmediato.

El presente estudio reveló que más de la mitad de las madres en la maternidad (70%) y durante el período de embarazo (53%) no habían recibido orientación de tipo informativa y por lo tanto no tenían conocimientos necesarios sobre lactancia que debería transmitirles el personal de salud.

Se requieren acciones permanentes en los ámbitos hospitalario y comunitario para reforzar conocimientos adecuados y rectificar los inadecuados a fin de promover, proteger y apoyar la lactancia materna.

En Panamá, en los años noventa fueron impulsados los cursos de capacitación sobre LM con el apoyo de la UNICEF/OPS. Se impartieron un total de 18 cursos capacitando a 470 agentes de salud; además, 4 cursos más a un grupo de 214 madres maestras que constituyeron una organización de índole religiosa que se dedica a la atención de párvulos en comunidades (7).

Se espera a través de los resultados de nuestro estudio diagnostiquen los conocimientos y prácticas a todo el personal de salud de los diversos niveles de atención primaria y secundaria con respecto a la LM. Actualicen sus conocimientos, promuevan para que aumente la incidencia y prevalencia, para que todas las maternidades y centros de atención de salud del país, se adhieran a la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños de la OMS/UNICEF.

## 2. Objetivos

### Objetivo General

Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) del personal multidisciplinario de salud (PMS), médicos gineco-obstetras (GO) y la promoción realizada a las madres en dos maternidades de Panamá.

### Objetivos Específicos

1. Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tiene el personal multidisciplinario de salud, médicos gineco-obstetras, y personal administrativo con respecto a la lactancia materna en la maternidad María Cantera de Remón del Hospital Santo Tomás y en la maternidad del Hospital General Nicolás A. Solano.
2. Caracterizar el equipo multidisciplinario de salud objeto del estudio conforme a edad, sexo, profesión y hospital de procedencia.
3. Identificar deficiencias de conocimientos y prácticas para incluirlos en las posteriores capacitaciones de los módulos de la IHAN.
4. Ofrecer elementos para la reformulación de la promoción de salud y la capacitación del personal en el tema de LM que podrían aparecer explícitas en la política nacional de salud.
5. Ofrecer información actualizada a las autoridades de salud sobre la situación actual de la lactancia materna.

## 3. Metodología

### 3.1. Tipo de estudio y diseño general:

La presente investigación es un estudio cualitativo, descriptivo, transversal, comparativo, realizado a todo el personal de salud y personal administrativo de las maternidades Maria Cantera de Remón del Hospital Santo Tomás y de la maternidad del Hospital General Nicolás A. Solano, en donde se les administró un cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas sobre LM para evaluar el nivel de cumplimiento de las normas básicas de promoción, fomento y apoyo a la LM.

Se realizó también una encuesta a las madres para conocer aspectos sobre la promoción de la LM adquirida durante su estancia en la maternidad y en las instalaciones de salud donde se atendieron durante el período de embarazo. Estas encuestas representan un esfuerzo técnico, organizacional y de coordinación entre la UNICEF y el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES).

Fueron analizadas 188 encuestas CAP con preguntas de tipo cerradas y abiertas para obtener datos sobre las intervenciones de promoción de la LM a 132 funcionarios de salud y personal administrativo que laboran en la maternidad del Hospital Santo Tomás, en donde se cuenta con políticas escritas de la IHAN/UNICEF/OMS y no se tiene un laboratorio de fórmulas lácteas\*. Del mismo modo esta encuesta se realizó a 56 funcionarios de la maternidad del Hospital Nicolás A. Solano en el cual existe un laboratorio de fórmulas lácteas y no se cuenta con políticas escritas de la IHAN (\*El laboratorio de fórmulas lácteas del Hospital del Niño es el que suministra las fórmulas al cuarto de niños de la maternidad del HST).

Fueron realizadas también 27 encuestas a los médicos gineco-obstetras para evaluar conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre LM que tiene este personal. De éstos 22 eran del HST y 5 del HGNAS.

### 3.2. Universo del estudio

El universo del estudio esta constituido por el personal multidisciplinario de salud: enfermeras, auxiliares de enfermería, neonatólogos, pediatras, nutricionistas, trabajadores sociales, personal administrativo, médicos gineco-obstetras de las maternidades del HST, del HGNAS y las madres de los recién nacidos presentes al momento de la encuesta.

### 3.3. Unidad de análisis y observación

Como unidad de análisis y observación se considera a las maternidades del Hospital Santo Tomás, que cuenta con el documento de las políticas de la IHAN/UNICEF/OMS (intervenciones de promoción a la LME) y no existe laboratorio de fórmulas lácteas y a la maternidad del Hospital Nicolás A. Solano ubicada en Región de Salud Panamá Oeste, en la cual existe un laboratorio de fórmulas lácteas.

### 3.4. Tamaño de la muestra

Para seleccionar el tamaño de la muestra se tomó como referencia todo el personal de salud que se encontraba laborando al momento de aplicar la encuesta al igual que las madres presentes en este período.

### 3.5. Período

Las encuestas CAP realizadas al personal multidisciplinario de salud, personal administrativo, gineco-obstetras y madres fue realizada de febrero a abril del 2006.

### 3.6. Criterios de inclusión y exclusión

#### Hospitales:

**Criterio de inclusión:** Hospital público con maternidad que acepte participar del estudio y que cuente con políticas escritas de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN/UNICEF/OMS) y otro con maternidad que aún no cuenta con las políticas escritas de la IHAN/UNICEF/OMS y que tuviese un laboratorio de fórmulas lácteas.

**Criterio de exclusión:** Hospitales privados y hospitales que no reúnen las características arriba enunciadas.

#### Personal de salud:

**Criterio de inclusión:** Personal que laborará en las maternidades del estudio y que hubiese aceptado mediante el consentimiento informado participar del mismo.

**Criterio de exclusión:** Todo personal que no acepte participar en el estudio; los funcionarios que se encuentren de manera casual en la maternidad al momento de aplicar la encuesta u otro que no reúna los requisitos antes enunciados.

#### Madres de la maternidad:

**Criterio de inclusión:** madres con hijos nacidos vivos presentes al momento de aplicar las encuestas y que hubiesen aceptado mediante el consentimiento informado participar del estudio.

**Criterio de exclusión:** madres que no aceptaran participar en el estudio u otra que no reúna los requisitos antes enunciados.

### 3.7 Fuentes de datos

Las encuestas CAP fueron aplicadas por los investigadores al personal de salud, al personal administrativo y a las madres de ambas maternidades.

Las encuestas CAP aplicadas al personal de salud constaron de 40 preguntas (anexo 3), las de los médicos gineco-obstetras tenían 28 preguntas (anexo 4) y la de las madres 5 preguntas (anexo 5).

Para evaluar el porcentaje de las respuestas acertadas y no acertadas de las encuestas CAP realizadas a ambos grupos institucionales, se utilizó una escala de 0 a 100%, donde el total de las respuestas acertadas iban dentro de la escala de 71 a 100 % y el total de las respuestas no acertadas de 0 a 70 %.

### 3.8. Validación de las encuestas

Las encuestas fueron validadas mediante su aplicación a los funcionarios de la maternidad del Hospital General Manuel Amador Guerrero de Colón, el cual tiene características y personal análogo a aquellos de los hospitales del

presente estudio.

### 3.9. Procedimientos para la recolección y análisis de la información

Los instrumentos utilizados para la recolección de información fueron:

- Formulario de consentimiento informado para el equipo multidisciplinario de salud en las maternidades (anexo 1).
- Formulario de consentimiento informado para los médicos gineco-obstetras en las maternidades (anexo 2).
- Encuesta CAP al personal multidisciplinario de salud. (anexo 3).
- Encuesta CAP a los médicos gineco-obstetras. (anexo 4).
- Encuesta a las madres en las maternidades (anexo 5).
- Formulario de consentimiento informado para las madres en las maternidades (anexo 6).
- Comité Nacional de Bioética de la Investigación (CNBI) (Ver anexo # 7).

El equipo de investigación fue debidamente capacitado para la aplicación de la recolección de la información.

Para el análisis de la información estadística de datos se realizó el cálculo de la media, frecuencias absolutas y relativas con el programa Excel.

### 3.10 Procedimientos para garantizar estudios éticos en las investigaciones con sujetos humanos

Este estudio no involucró procedimientos invasivos para obtener información, pero si implicó dedicación de tiempo por parte de los investigadores y los entrevistados. Se diseñó un formulario de consentimiento informado en el cual se señalaron los objetivos del estudio. El formulario de consentimiento informado fue leído a los participantes previamente a la aplicación de las encuestas. Los datos obtenidos fueron confidenciales y utilizados sólo para fines de la investigación.

### 3.11. Consentimiento informado

El formulario de consentimiento informado fue llenado previo a la realización de las encuestas CAP. (ver anexo 1, 2, 6)

### 3.12. Valoración ética

El protocolo del estudio fue presentado a: Comité Nacional de Bioética de la Investigación (CNBI) (Ver anexo # 7), Comité de Revisión Ética y Científica de la Investigación del Hospital Santo Tomás División de Docencia del Hospital del Niño Dirección del HGNAS, quien lo avaló.

---

## 4. Resultados y discusión

### 4.1. Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) del personal multidisciplinario de salud (PMS) de las maternidades en relación a la lactancia materna (LM)

#### A. Información general

Luego de entrevistar a los jefes de servicio de enfermería, ginecología y obstetricia, neonatología, pediatría, nutricionistas, trabajadoras sociales, personal administrativo y de otras disciplinas para orientarlos respecto a la finalidad del presente estudio, procedimos a entregar los formularios de consentimiento informado de acuerdo a lo señalado por el Comité Nacional de Bioética de la Investigación para luego aplicar las encuestas CAP respectivas.

#### Característica general de la muestra (PMS)

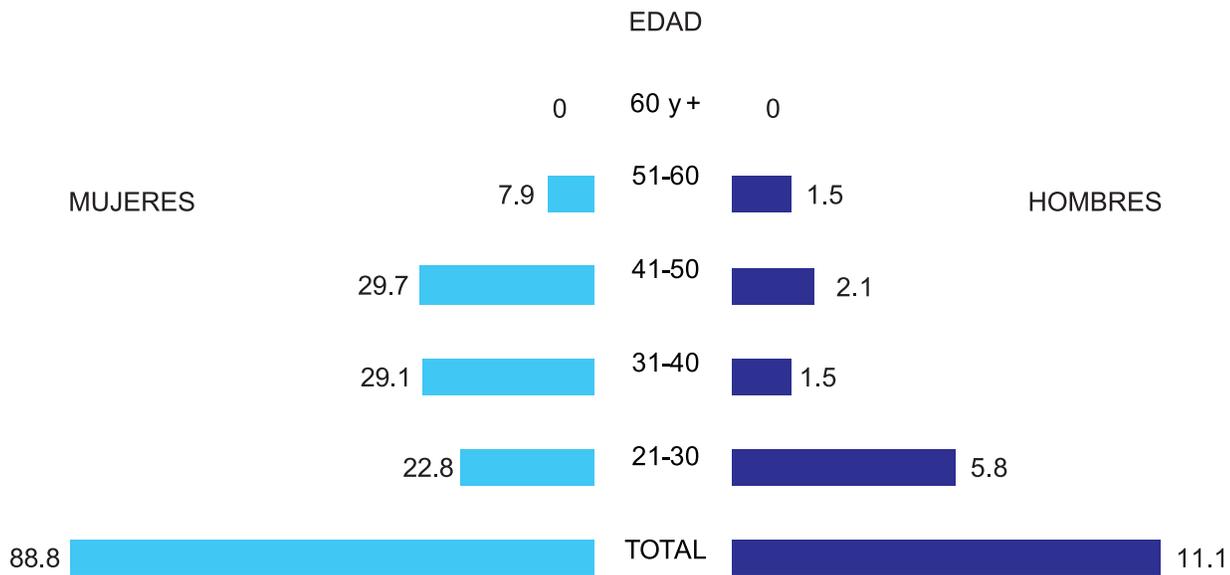
La muestra incluyó a todo el personal multidisciplinario de salud (PMS) de las maternidades a los que se les aplicó la encuesta CAP; estuvo constituida por 188 funcionarios (enfermeras, auxiliares de enfermería, neonatólogos, pe-

diatras, nutricionistas, trabajadores sociales, personal administrativo) de los cuales 11.1% eran del sexo masculino y 88.8% del sexo femenino; la edad promedio era de 37.6 años con una edad mínima de 21 años y una edad máxima de 60.

El personal del HST constituyó el 70.2%, mientras que 29.7% pertenecían al HGNAS. Un 63% eran enfermeras y auxiliares de enfermería, 18% médicos y el 19% correspondió a otras profesiones y personal administrativo.

La pirámide poblacional muestra que el 88% de la muestra de profesionales de salud encuestados pertenecen al sexo femenino y el 11.1% al sexo masculino. El 91.0% de los encuestados se ubicó entre los 21 y 50 años de edad (gráfico 1).

**GRÁFICO 1.**  
**PIRÁMIDE POBLACIONAL DEL PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD DEL HGNAS Y HST SEGÚN SEXO Y EDAD. 2006**



### Profesión

Con relación a la composición total de la muestra según profesión tenemos 3 neonatólogos (1.5%), 7 pediatras (3.7%), 26 médicos internos (13.8%), 67 enfermeras (35.6%), 53 auxiliares de enfermería (28.1%), 3 nutricionistas (1.5%), 8 trabajadoras sociales, (4.2%), y 21 personal administrativo (11.1%). De estos profesionales 56 (29.79%) pertenecían al HGNAS y 132 (70.21%) al HST.

El total de encuestas llenadas por el personal multidisciplinario de salud fueron 188. Este cuestionario estuvo constituido de 40 preguntas de las cuales 37 correspondían a: conocimiento 21 (56.8%), actitudes 2 (5.4%) y prácticas 14 (37.8%).

El total de preguntas de conocimientos eran 21 (100%); de estas respuestas fueron acertadas 38.1% y las no acertadas fueron 61.9% .

El total de preguntas de actitudes eran 2 (100%); de estas respuestas ninguna fue acertada.

El total de preguntas de prácticas eran 14 (100%); 64.3% de las respuestas fueron acertadas y 35.7% las no acertadas.

El total general de respuestas acertadas para el personal multidisciplinario de salud fue de 45.9% y las no acertadas 54.1%.

### B. Conocimientos del personal multidisciplinario de salud.

Para presentar de una manera didáctica, las respuestas acertadas están en recuadro gris y las respuestas no acertadas sobre fondo blanco.

Del total del personal encuestado (n=188), solamente el 10.6% respondió acertadamente que la cantidad de leche producida por la mujer depende de la frecuencia y vigor de las mamadas; de éstos el 7.1% respondió acertadamente en el HGNAS y 12.1% en el HST. (cuadro 1, pregunta 4 (c1, p4).

La frecuencia y vigor de las mamadas constituyen un estímulo favorable a la producción de la leche por las glándulas mamarias, aún mayor que el de los demás factores.

Del personal encuestado sólo el 48.9% respondió favorablemente, es decir que la respuesta correcta es que amamanten exclusivamente; un

47.9% respondió que el consejo que daban a las madres era que amamantara y complementara. En el HGNAS y HST estos porcentajes fueron de 55.4%, 42.9%, 46.2% y 50%, respectivamente para ambas respuestas, (c2, p5).

Estos resultados se alejan del óptimo pese a que ha sido bien documentado que el estado nutricional, incluyendo sus determinantes se ve muy favorecido en los grupos de infantes que se alimentan exclusivamente del pecho materno, siendo menos frecuente el que se desvíen hacia la desnutrición o la obesidad.

En las capacitaciones del personal de salud deberemos poner más énfasis en lo prioritario de optar por la LME, aún en madres que lactan y trabajan por la protección a la salud que confiere dicha práctica en términos de provisión de anticuerpos protectores, calidad de nutriente y fortalecimiento de los lazos afectivos madre-niño. Pese a lo expuesto no debemos sortear las consideraciones socioeconómicas y culturales que establecen diferencias sustanciales a la hora de decidir sobre si amamantar o no y cuánto tiempo hacerlo.

Solamente el 1.1 % y el 59% del total de los encuestados respondió que el cáncer y el SIDA respectivamente son patologías que justifican la interrupción de la lactancia materna; para los hospitales HGNAS y HST fue de 1.8% y 0.8% para cáncer y 73.2%, 53%, para SIDA, respectivamente (c3, p6).

En relación a esto, Ruth A. Lawrence sustenta en su obra "Lactancia Materna", (3,4), que la madre una vez diagnosticada de cáncer de mama para poder recibir la terapia definitiva inmediata no podrá amamantar, además de que se discute aún el papel de la prolactina como coadyuvante del progreso del cáncer de mama ya que aumenta mucho durante la lactancia. Debemos considerar, señala además, que el HIV ha sido aislado de productos humanos como la sangre, el semen, secreciones vaginales, la saliva, lágrimas, líquido cefalorraquídeo, orina y probablemente la leche materna se ha visto implicada en casos de contagio, por lo que deberá prevenirse la transmisión.

El primer caso de SIDA asociado a la lactancia materna fue publicado por Siegler y colaboradores en 1985 luego de recibir la madre sangre contaminada (3).

En relación a la mastitis tratada no debería afectar grandemente la lactancia, mientras que en la hepatitis, luego del tratamiento con la vacuna y la inmunoglobulina se puede amamantar.

En la tuberculosis activa se podrá amamantar luego de la estabilización radiológica y la aplicación de la BCG y la inmunoglobulina al recién nacido.

Del total del grupo estudiado solamente el 12.2% respondió que la edad es de 2 años. (c4, p7). El resto de los estudiados seleccionaron edades menores para el destete.

Al considerarse la lactancia materna con la vida intrauterina extendida, el destete fisiológico debe ser progresivo y con adaptaciones nutricionales, microbiológicas, inmunológicas y psicológicas. Pese a ello las presiones del entorno de la madre suelen inducir el destete prematuro. Conforme a las recomendaciones de la OMS la edad óptima para el destete son los dos años (24 meses).

Del personal multidisciplinario encuestado solamente 16.5% seleccionaron 24 meses (2 años) como la edad hasta la cual debería ser amamantado el niño de una madre bien nutrida. En el HGNAS y el HST respondió de la misma forma el 14.3% y 17.4% respectivamente, (c5, p8).

La OMS recomienda amamantar hasta los 2 años o más dado los beneficios maternos infantiles que ella induce (10).

El 6.9% de los profesionales seleccionó los 24 meses como respuesta para el momento del destete en madres desnutridas y 1.8 y 9.1% en el HGNAS y HST, respectivamente. (c6, p9).

**CUADRO 1**

**CRITERIO DEL PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD ENCUESTADO EN LAS MATERNIDADES DEL HGNAS Y HST EN RELACIÓN A LOS FACTORES DETERMINANTES DE LA CANTIDAD DE LECHE QUE UNA MUJER ES CAPAZ DE PRODUCIR. 2006**

Pregunta 4. La cantidad de leche que una mujer es capaz de producir depende de:	Total		HGNAS		HST	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		188	100.0	56	100.0	132
1. La Ingesta de Líquido	18	9.6	5	8.9	13	9.8
2. El tamaño de los pechos	2	1.1	0	0.0	2	1.5
3. La frecuencia y vigor de las mamadas	20	10.6	4	7.1	16	12.1
4. Su estado emocional	1	0.5	0	0.0	1	0.8
5. Todas son correctas	18	9.6	6	10.7	12	9.1
6. 1 ,3, y 4 son correctas	124	66	39	69.6	85	64.4
7. No sabe	5	2.7	2	3.6	3	2.3

Fuente: Encuesta CAP.

**CUADRO 2**

**CRITERIO DEL PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD ENCUESTADO EN LAS MATERNIDADES DEL HGNAS Y HST EN RELACIÓN A QUÉ CONSEJOS LE DA A LA MADRE QUE ESTÁ AMAMANTANDO Y QUE TIENE QUE IR A TRABAJAR DESPUÉS DE SU DESCANSO POST-NATAL SOBRE LA MANERA DE ALIMENTAR A SU HIJO. 2006.**

Pregunta 5. Qué consejos le da a la madre lactante que está amamantando y que tiene que ir a trabajar después de su descanso post-natal, sobre la manera de alimentar a su hijo?(Una sola respuesta)	Total		HGNAS		HST	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		188	100.0	56	100.0	132
1. Que amamante exclusivamente	92	48.9	31	55.4	61	46.2
2. Que amamante y complemente	90	47.9	24	42.9	66	50.0
3. Que amamante únicamente durante el periodo post-natal	5	2.7	0	0.0	5	3.8
4. Que no amamante	1	0.5	1	1.8	0	0.0

Fuente: Encuesta CAP.

**CUADRO 3**

**CRITERIO DEL PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD ENCUESTADO EN LAS MATERNIDADES DEL HGNAS Y HST EN RELACIÓN A LA INTERRUPCIÓN DE LA LACTANCIA ANTE LA APARICIÓN DE ALGUNAS ENFERMEDADES, 2006.**

Pregunta 6. De acuerdo a su criterio, la madre lactante debe interrumpir la lactancia cuando tiene: (elija una o varias respuestas)	Total		HGNAS		HST	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		188	100.0	56	100.0	132
1. Mastitis	29	15.4	5	8.9	24	18.2
2. Tuberculosis	31	16.5	4	7.1	27	20.5
3. Hepatitis	11	5.9	5	8.9	6	4.5
4. Cáncer	2	1.1	1	1.8	1	0.8
5. Malaria	0	0	0	0.0	0	0.0
6. SIDA	111	59	41	73.2	70	53.0
7. Ninguna	4	2.1	0	0.0	4	3.0

Encuesta CAP.

**CUADRO 4**

**EDAD EN LA CUAL DEBE PRODUCIRSE EL DESTETE SEGÚN EL PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD DE LAS MATERNIDADES DEL HGNAS Y HST. 2006.**

Pregunta 7. ¿A cuántos meses debe producirse el destete completo?	Total		HGNAS		HST	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	188	100	56	100.0	132	100.0
- 6 meses	57	30.3	18	32.1	39	29.5
- 8 meses	2	1.1	1	1.8	1	0.8
- 9 meses	14	7.4	4	7.1	10	7.6
- 10 meses	2	1.1	1	1.8	1	0.8
- 12 meses	21	11.2	16	28.6	5	3.8
- de 12 a 23 meses	16	8.5	1	1.8	15	11.4
- 18 meses	10	5.3	2	3.6	8	6.1
- 24 meses (2 años)	23	12.2	8	14.3	15	11.4
- No sabe	43	22.9	5	8.9	38	28.8

Fuente: Encuesta CAP.

**CUADRO 5**

**EDAD HASTA LA CUAL DEBE SER AMAMANTADO UN NIÑO DE UNA MADRE BIEN NUTRIDA SEGÚN EL PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD DE LAS MATERNIDADES DEL HGNAS Y HST. 2006.**

Pregunta 8. ¿Hasta qué edad considera Usted que debe ser amamantado un niño de una madre bien nutrida	Total		HGNAS		HST	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	188	100.0	56	100.0	132	100.0
- 1 mes	1	0.5	1	1.8	0	0.0
- 6 meses	34	18.1	14	25.0	20	15.2
- 8 meses	2	1.1	1	1.8	1	0.8
- 9 meses	12	6.4	3	5.4	9	6.8
-12 meses	74	39.4	21	37.5	53	40.2
- 18 meses	19	10.1	3	5.4	16	12.1
- 36 meses	1	0.5	1	1.8	0	0.0
- 1 año	2	1.1	2	3.6	0	0.0
- 24 meses (2 años)	31	16.5	8	14.3	23	17.4
- No sabe	12	6.4	2	3.6	10	7.6

Fuente Encuesta CAP.

**CUADRO 6**

**EDAD HASTA LA CUAL SE CONSIDERA DEBE SER AMAMANTADO UN NIÑO DE UNA MADRE DESNUTRIDA SEGÚN PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD DE LAS MATERNIDADES DEL HGNAS Y HST, 2006.**

Pregunta 9. ¿Hasta qué edad considera Usted que debe ser amamantado un niño de una madre desnutrida?	Total		HGNAS		HST	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	188	100.0	56	100.0	132	100.0
- 1 mes	4	2.1	1	1.8	3	2.3
- 2 meses	2	1.1	1	1.8	1	0.8
- 3 meses	15	8	1	1.8	14	10.6
- 4 meses	11	5.9	1	1.8	10	7.6
- 6 meses	62	33	26	46.4	36	27.3
- 8 meses	3	1.6	1	1.8	2	1.5
- 9 meses	3	1.6	1	1.8	2	1.5
- 12 meses	27	14.4	10	17.9	17	12.9
- 24 meses	13	6.9	1	1.8	12	9.1
- No sabe	48	25.5	13	23.2	35	26.5

Fuente: Encuesta CAP.

**CUADRO 7  
RESPUESTA A PREGUNTAS DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD  
ENCUESTADO EN LAS MATERNIDADES DEL HGNAS Y HST, 2006.**

Preguntas	Hospitales								HGNAS								HST							
	(n=188)		SI		NO		NO SABE		Total		SI		NO		NO SABE		Total		SI		NO		NO SABE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10. ¿Ha oído hablar de los Hospitales Amigos de los Niños?	188	100.0	163	86.7	25	13.3	0	0	56	100.0	52	92.9	4	7.1	0	0.0	132	100.0	111	84.1	21	15.9	0	0.0
11. ¿La primera toma de leche materna debe ser inmediatamente después del parto?	188	100.0	184	97.9	3	1.6	1	0.5	56	100.0	56	100.0	0	0.0	0	0.0	132	100.0	128	97.0	3	2.3	1	0.5
12. ¿La madre debe dar pecho (leche materna) cada vez que el bebé lo pida?	188	100.0	178	94.7	10	5.3	0	0.0	56	100.0	55	98.2	1	1.8	0	0.0	132	100.0	123	93.2	9	6.8	0	0.0
13. ¿Conoce la Ley 50, del 23 de noviembre de 1995, Por la cual se protege y fomenta la Lactancia Materna?	188	100.0	121	64.4	66	35.1	1	0.5	56	100.0	32	57.1	24	42.9	0	0.0	132	100.0	89	67.4	42	31.8	1	0.5
14. ¿Conoce los beneficios que otorga el Código del Trabajo, a las mujeres lactantes que trabajan?	188	100.0	140	74.5	47	25.0	1	0.5	56	100.0	41	73.2	15	26.8	0	0.0	132	100.0	99	75.0	32	24.2	1	0.5
15. ¿Ha tenido o conoce alguna comunicación por escrito, sobre protección, promoción y apoyo a la lactancia materna?	188	100.0	146	77.7	41	21.8	1	0.5	56	100.0	36	64.3	20	35.7	0	0.0	132	100.0	110	83.3	21	15.9	1	0.5
16. ¿Ha recibido capacitación sobre lactancia materna en este último año?	188	100.0	82	43.6	105	55.9	1	0.5	56	100.0	14	25.0	42	75.0	0	0.0	132	100.0	68	51.5	63	47.7	1	0.5
17. ¿Los biberones interfieren y dificultan la lactancia materna	188	100.0	153	81.4	25	13.3	10	5.3	56	100.0	49	87.5	4	7.1	3	5.4	132	100.0	104	78.8	21	15.9	7	3.7

Fuente: Encuesta CAP

Hasta en las madres con desnutrición se produce leche a expensas de sus propias reservas para preservar el desarrollo del niño. La calidad de la leche puede afectarse pero se compensa con el aumento de la frecuencia de las mamadas. Conforme a las recomendaciones de la OMS la edad óptima para el destete son los dos años (24 meses).

El 86.7% de los encuestados respondieron que si tenían conocimientos sobre los Hospitales Amigos de los Niños, mientras que el 13.3% respondió que no había oído hablar de ellos. El 92.9% y 84.1% de las respuestas del personal del HGNAS y el HST respectivamente, fueron acertadas (c7, p10).

Los criterios globales para la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños de la OMS/UNICEF fueron proclamados en 1992. El gobierno panameño acogió esta iniciativa mediante la Ley 50 del 23 de noviembre de 1995 "por la cual se protege y fomenta la lactancia materna", respaldándose en el Código Sanitario de 1947 (6).

El 97.9% de los encuestados respondieron que la primera toma de leche materna debe ser inmediatamente después del parto. En el HGNAS el personal encuestado en su totalidad respondió acertadamente y en el HST, el 97.0%, (c7, p11).

Es recomendada la administración de la leche materna inmediatamente después del parto por

su riqueza en leucocitos, su poder antioxidante, por favorecer la lactancia a largo plazo y ayudar a la contracción fisiológica del útero materno. Además es importante señalar que por sus propiedades anti-infecciosas, anti-irritantes y su rápida absorción disminuyen el riesgo relacionado con el posible bronco aspiración.

La mayoría de los profesionales de la salud (94.7%) respondieron que debe dársele pecho al bebé cada vez que lo pida. En el HGNAS se obtuvo 98.2% de respuestas acertadas, mientras que en el HST el 93.2% (c7, p12).

Ha sido bien documentado que la lactancia materna a libre demanda estimula fisiológicamente la producción de la cantidad y calidad de la leche que el niño requiere.

Del personal multidisciplinario encuestado el 64.4% respondió que sí conoce la ley 50 del 23 de noviembre de 1995 del Código de la Familia, "por la cual se protege y fomenta la lactancia materna". Esta ley debería de ser conocida por toda la población en general. En el HGNAS el 57.1% de las respuestas resultaron acertadas y el HST 67.4% (c7, p13). Se evidencia la imperiosa necesidad de difusión de la norma legal favorable a la práctica de la lactancia materna en todo el territorio nacional (6).

El 74.5% del personal multidisciplinario encuestado respondió que sí conocía los beneficios que otorga el Código del Trabajo a las mujeres trabajadoras que lactan a su hijo. En el HGNAS un 73.2% y un 75.0% en el HST (c7, p14) respondió acertadamente.

El Código de Trabajo panameño protege y fomenta la lactancia materna mediante el otorgamiento de permisos especiales para dar continuidad a la lactancia materna durante el horario laboral, sin embargo solamente la mitad de todos los encuestados (47.9%) respondió que cuando la madre iba a trabajar le aconsejaba que amamantara y complementara. En los artículos 105 y 106 se estipula que es un deber del estado proteger la maternidad. El artículo 112 reconoce la licencia por maternidad de 6 semanas antes del parto y 8 semanas después. El artículo 114 reconoce el intervalo de 15 minutos para lactar cada 3 horas o media hora dos veces al

día, además de que el empleador, dentro de sus posibilidades, debe acondicionar un lugar para la lactancia, siempre que tenga más de 20 mujeres empleadas. El artículo 116 trata sobre las jornadas extraordinarias y nocturnas y los turnos rotativos, de manera que las trabajadoras embarazadas no efectúen tareas perjudiciales a su estado. A pesar de la protección que brindan estas leyes, en algunos casos no son cumplidas por los empleadores o son desconocidas por la mujer, sobre todo el artículo 114, quedando fuera de estos beneficios gran cantidad de mujeres que trabajan en empleos no formales, las subempleadas, las que trabajan en la calle, las empleadas domésticas y agrícolas.

También el Código Sanitario en el artículo 156, literal b, acápite a, dispone que toda obrera o empleada pública o particular tendrá facilidades para el amamantamiento de su hijo y las instalaciones, establecimientos y servicios de importancia dispondrán de cunas, coches y otras instalaciones adecuadas.

De allí la importancia de realizar actividades destinadas a la divulgación, educación concientización de la mujer trabajadora, los empleados públicos y los empleadores sobre estos derechos y la importancia de la lactancia materna para estimular la creación de "lugares de trabajo amigos de la madre" que contribuyan al sostenimiento de la lactancia materna. (7).

El 77.7% del personal multidisciplinario encuestado respondió acertadamente que había tenido o conocido alguna comunicación por escrito sobre las políticas de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna; el 64.3% en el HGNAS y en el HST el 83.3% respondió de la misma forma (c7, p15). Resaltamos el hecho de que la maternidad del HST posee norma escrita de los 10 pasos para una lactancia materna exitosa, pero el cumplimiento de la misma es insuficiente. Debemos igualmente tener presente los criterios globales de la OMS/UNICEF cuyo segundo paso implica el "capacitar a todo el personal de salud en las habilidades necesarias para implementar esta política y la misma deberá ser al menos de 18 horas de duración con un mínimo de tres horas de práctica clínica supervisada" (10).

**CUADRO 8  
RESPUESTA A PREGUNTAS DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD  
ENCUESTADO EN LAS MATERNIDADES DEL HGNAS Y HST, 2006.**

Preguntas	Hospitales								HGNAS								HST							
	(n=188)		SI		NO		NO SABE		Total		SI		NO		NO SABE		Total		SI		NO		NO SABE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
18. ¿El factor emoción y de estrés de la madre influyen negativamente en su capacidad de producción láctea?	188	100.0	155	82.4	21	11.2	12	6.4	56	100.0	45	80.4	6	10.7	5	8.9	132	100.0	110	83.3	15	11.4	7	3.7
19. ¿Es importante que el recién nacido tome el calostro?	188	100.0	80	42.6	73	38.8	35	18.6	56	100.0	20	35.7	21	37.5	15	26.8	132	100.0	60	45.5	52	39.4	20	10.6
20. ¿La madre producirá más leche mientras más succione el infante?	188	100.0	179	95.2	4	2.1	5	2.7	56	100.0	51	91.1	1	1.8	4	7.1	132	100.0	128	97.0	3	2.3	1	0.5
21. ¿Los niños amamantados ganan más peso que los niños alimentados con lactancia artificial?	188	100.0	185	98.4	2	1.1	1	0.5	56	100.0	55	98.2	1	1.8	0	0.0	132	100.0	130	98.5	1	0.8	1	0.5
22. ¿La madre que está amamantando debe primero dar los otros alimentos y luego el pecho?	188	100.0	64	34.0	112	59.6	12	6.4	56	100.0	12	21.4	42	75.0	2	3.6	132	100.0	52	39.4	70	53.0	10	5.3
23. ¿Es preferible que el destete se produzca bruscamente?	188	100.0	4	2.1	182	96.8	2	1.1	56	100.0	1	1.8	54	96.4	1	1.8	132	100.0	3	2.3	128	97.0	1	0.5
24. ¿Tiene la maternidad actividades educativas de lactancia materna a madres en el post-parto inmediato?	188	100.0	5	2.7	179	95.2	4	2.1	56	100.0	1	1.8	53	94.6	2	3.6	132	100.0	4	3.0	126	95.5	2	1.1

Fuente: Encuesta CAP

Solamente el 43.6% del personal de salud encuestado respondió favorablemente que había recibido capacitación sobre lactancia materna; de éstos el 25% y 51.5% respondió de forma acertada en el HGNAS y en el HST respectivamente (c7, p16).

Un elemento fundamental de la IHAN es la capacitación del personal de salud. Es responsabilidad indelegable de los trabajadores de salud cualquiera sea su ámbito de trabajo, especialidad, nivel de decisión y jerarquía, asegurar un estado de salud óptimo para el niño y para su madre, evitando la pérdida de las potencialidades con las que todo ser humano nace. Pero no se pueden esperar resultados positivos acerca de todos los beneficios que proporciona la lactancia materna, si al personal de salud no se le suministra capacitación ni se les fortalecen sus conocimientos, prácticas y actitudes acerca de la lactancia materna (4,10).

El personal sanitario de las maternidades o clínicas materno infantil deben recibir una apropiada formación en cuanto a los beneficios para la salud del amamantamiento y manejo de la lactancia materna. Se realizó una encuesta para

evaluar los conocimientos de los residentes de pediatría de toda España. Se obtuvieron 252 encuestas. Se observaron diferencias importantes entre provincias. En la mayoría de las zonas la formación de los residentes de pediatría fue insuficiente. Es necesario organizar cursos que se repitan regularmente para que el personal de salud tenga un nivel de conocimientos adecuados en esta materia tan importante para la salud materno infantil. Las asociaciones profesionales deben participar activamente en organizar la formación de los profesionales de la salud (1).

Observamos con preocupación que aún el 13.3% del personal encuestado opinó que los biberones no interfieren ni dificultan la lactancia materna, 7.1% en el HGNAS y 15.9% en el HST respondió de la misma manera (c7, p17).

Según los criterios globales de la iniciativa Hospital Amigo de los Niños, 1992, no se debe amamantar con biberones, ni se les debe permitir usar chupetes, ya que ello disminuye el estímulo sobre las mamas, la extracción de la leche y su producción lo que conduce al abandono precoz de la lactancia materna. La mayoría del personal encuestado 82.4%,

respondió que el factor emoción y de estrés de la madre influye negativamente en su capacidad de producción láctea, sólo un 11.2% respondió de manera acertada ya que el factor emoción y estrés sólo influyen en condiciones extremas. En el HGNAS y el HST el 45% y el 83.3% del personal respectivamente respondió que influye negativamente.

Es preocupante que el centro hospitalario con política de lactancia materna responda desafortunadamente a esta pregunta. (c8, p18)

Sólo un 42.6% del personal conoce la importancia que tiene para el recién nacido la ingestión de calostro. (c8, p19). Este conocimiento es relevante considerando que el calostro, además de su riqueza nutritiva, es la fuente primaria de la inmunidad pasiva, la cual confiere protección al niño frente a las agresiones del nuevo entorno. Igualmente le estimula el movimiento intestinal de tal modo que el meconio es eliminado rápidamente; lo cual ayuda a liberar la bilis, evitando la ictericia. El calostro posee factores estimulantes y hormonas que favorecen la regulación de los niveles de glucemia en los primeros días de vida; se produce en volúmenes pequeños, justo lo que el niño necesita y es rico en vitamina A ayudando a proteger sus ojos y a reducir las infecciones.

La mayoría, 95.2% del personal multidisciplinario encuestado respondió que la madre producirá más leche mientras más succione el infante. (c8, p20). Esta es en síntesis “la clave de oro” del éxito de la lactancia materna sustentado ampliamente en la literatura científica. (10)

De los encuestados solo un 1.1% respondió acertadamente que los niños amamantados no ganan más peso que los niños alimentados con lactancia artificial. Se observa que 1.8 % y 0.8% del personal en el HGNAS y HST respondieron de forma similar (c8, p21).

Desconocen, en este sentido los beneficios de la lactancia materna como alimentación balanceada y beneficiosa para el desarrollo y crecimiento normal del niño.

Además la Dra. Chessa Lutter, Asesora de Nutrición para América Latina de la OPS, refirió que “la lactancia también protege la salud maternal

al ayudar a las mujeres a perder peso luego de haber dado a luz, lo cual es cada vez más importante en el contexto de la epidemia global de obesidad”.

Solo el 59.6% del personal encuestado respondió que la madre no debe dar otros alimentos antes de dar el pecho materno (c8, p22) pues con ello se disminuirá el volumen de producción y consumo de leche materna.

El 96.8% del personal multidisciplinario encuestado sabe que no es recomendable que el destete se produzca bruscamente (c8, p23). Con una transición gradual el niño y la madre serán beneficiados, fisiológica y afectivamente.

El 95.2% del personal multidisciplinario encuestado respondió que la maternidad no tiene actividades educativas de lactancia materna. En el caso del HGNAS y el HST los porcentajes fueron 94.5% y 95.5%, respectivamente (c8, p24).

Es difícil que las madres en el puerperio continúen con la lactancia materna cuando estos temas están a menudo ausentes en los profesionales de salud y en las instituciones donde laboran. No se puede esperar que el personal de salud ofrezca a las madres orientación eficaz y asesoramiento competente en lo que respecta a la lactancia materna si solo un 2.7% recibe capacitación.

### **C. Prácticas del personal multidisciplinario de salud**

Del personal multidisciplinario el 50% respondió afirmativamente que la práctica más favorable de la lactancia materna del recién nacido es la puesta al seno inmediatamente después del parto. En el HGNAS y en el HST el 46.4% y el 51.5% respectivamente respondió de la misma manera. (c9, p26).

Ha sido establecido que para favorecer la LME el alojamiento conjunto debe empezar inmediatamente después de los partos vaginales normales. Las puérperas deben tener a sus hijos con ellas o en una cuna junto a su cama, a no ser que esté indicada su separación (9). Pese a lo expuesto solo la mitad (50%) del personal considera que debe ser inmediatamente después del parto.

**CUADRO 9**

**RESPUESTAS DEL PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD ENCUESTADO EN LAS MATERNIDADES DEL HGNAS Y HST SOBRE EL MOMENTO EN QUE SE PONE EL RECIÉN NACIDO AL SENO DE SU MADRE EN LA INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA. 2006**

Pregunta 26. ¿En la institución donde Usted trabaja, se pone el recién nacido al seno de su madre? (una respuesta).	Total		HGNAS		HST	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	188	100.0	56	100.0	132	100.0
1. Inmediatamente después del parto	94	50	26	46.4	68	51.5
2. ½ hora de nacido el infante	26	13.8	11	19.6	15	11.4
3. Entre 1-3 horas de nacido el infante	53	28.2	15	26.8	38	28.8
4. Entre 4-12 horas de nacido el infante-	3	1.6	1	1.8	2	1.5
5. Más de 12 horas de nacido el infante	3	1.6	1	1.8	2	1.5
6. Otro	9	4.8	2	3.6	7	5.3

Fuente: Encuesta CAP

**CUADRO 10**

**RESPUESTAS DEL PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD ENCUESTADO EN LAS MATERNIDADES DEL HGNAS Y DEL HST SOBRE LA FRECUENCIA CON LA QUE SE AMAMANTA AL NIÑO, 2006.**

Pregunta 27. ¿Con qué frecuencia se amamanta al niño?	Total		HGNAS		HST	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	188	100.0	56	100.0	132	100.0
1. Horario fijo	13	6.9	5	8.9	8	6.1
2. A libre demanda	175	93.1	51	91.1	124	93.9

Fuente: Encuesta CAP

Cabe señalar que la primera hora es trascendental en la vida de todo ser humano.

Cuando los niños sanos al momento de nacer son colocados piel con piel con sus madres sobre el abdomen y pecho materno demuestran capacidades notables: están alertas. Estimulados suavemente por la caricia de sus madres pueden reptar a través de su abdomen alcanzando su pecho, el cual comienzan a tocar y a frotar, lo cual, estimula la secreción de la oxitocina materna, comenzando así el flujo de leche y realizando las sensaciones de afecto para el niño. Luego, el niño huele y lame el pezón de su madre y finalmente inicia la succión. Esta secuencia de eventos es importante para la supervivencia de los niños. Aunque muchos autores han descrito este comportamiento normal del niño, es ahora que se descubre la importancia de facilitar esta experiencia entre una madre y su hijo.

Los investigadores han documentado el efecto de la sincronización de la primera mamada del recién nacido sobre la mortalidad infantil, cuando los niños comienzan a amamantarse en la primera hora. Lo ocurrido en estas primeras horas de la vida ayuda a las madres y a los niños/as a alcanzar una LM óptima.

El 93.1% del personal multidisciplinario encuestado respondió que el niño debe ser amamantado a libre demanda: En el HGNAS el 91.1% y en el HST 93.9%, respondió igual (c10, p27).

Las madres de recién nacidos normales (inclusive por cesárea) que den pecho no deben tener restricciones de frecuencia y duración de las tomas. Se les debe recomendar amamantarlos siempre que lo demande el niño. La auténtica lactancia a voluntad es posible únicamente con el alojamiento conjunto las 24 horas, para lograr una respuesta tan pronto el niño esté dispuesto a mamar evitando el llanto y la frustración de los bebés. (9).

**CUADRO 11**

**RESPUESTAS DEL PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD ENCUESTADO EN LAS MATERNIDADES DEL HGNAS Y DEL HST SOBRE EL PROMEDIO DE HORAS DE PERMANENCIA DE LOS NIÑOS CON SUS MADRES, 2006.**

Pregunta 28. Los niños permanecen con su madre, en promedio:	Total		HGNAS		HST	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		188	100.0	56	100.0	132
1. nunca	2	1.1	1	1.8	1	0.8
2. de 1 a 5 horas	3	1.6	1	1.8	2	1.5
3. de 6 a 12 horas	3	1.6	2	3.6	1	0.8
4. de 13 a 18 horas	5	2.7	0	0.0	5	3.8
5. de 18 a 23 horas	5	2.7	0	0.0	5	3.8
6. Todo el tiempo (las 24 horas)	170	90.4	52	92.9	118	89.4

Fuente: Encuesta CAP

**CUADRO 12**

**RESPUESTAS DEL PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD ENCUESTADO EN LAS MATERNIDADES DEL HGNAS Y DEL HST SOBRE LA EDAD HASTA LA QUE SE RECOMIENDA LECHE MATERNA COMO ÚNICO ALIMENTO, 2006.**

29. ¿Hasta que edad se recomienda actualmente leche materna como único alimento? (una sola respuesta)	188	100	56	100.0	132	100.0
1. 1 mes	0	0	0	0.0	0	0.0
2. 2 meses	0	0	0	0.0	0	0.0
3. 3 meses	3	1.6	0	0.0	3	2.3
4. 4 meses	13	6.9	4	7.1	9	6.8
5. 5 meses	6	3.2	4	7.1	2	1.5
6. 6 meses	137	72.9	45	80.4	92	69.7
7. 7 y más	29	15.4	3	5.4	26	19.7

Fuente: Encuesta CAP

**CUADRO 13**

**RESPUESTAS DEL PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD ENCUESTADO EN LAS MATERNIDADES DEL HGNAS Y DEL HST SOBRE LA PRÁCTICAS INSTITUCIONALES QUE FAVORECEN LA LACTANCIA MATERNA EN LA MATERNIDAD, 2006.**

Pregunta 30. Indique cuál de estas prácticas institucionales favorece más a la lactancia materna en la Maternidad?	Total		HGNAS		HST	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		188	100.0	56	100.0	132
1. Analgesia durante el parto	3	1.6	0	0.0	3	2.3
2. Permitir descanso nocturno de la madre (retirar el bebé)	7	3.7	2	3.6	5	3.8
3. Puesta al pecho inmediatamente después del parto	164	87.2	50	89.3	114	86.4
4. Pecho cada 3 horas durante la noche	11	5.9	4	7.1	7	5.3
5. Estímulo de la succión con chupete?	3	1.6	0	0.0	3	2.3

Fuente: Encuesta CAP

Del personal multidisciplinario encuestado 90.4% respondió que los niños permanecen con su madre todo el tiempo, las 24 horas. En HGNAS 92.9% y en el HST 89.4%, respondieron igual (c11, p28).

La lactancia no debe tener horario sino disponibilidad de 24 horas, guiada únicamente por el lactante. En toda maternidad la auténtica lactancia irrestricta solo es posible si los niños permanecen con sus madres las 24 horas.

Del personal multidisciplinario encuestado 72.9% respondió que se recomienda actualmente la leche materna como único alimento hasta los 6 meses: en el HGNAS 80.4% y en el HST 69.7% (c12, p29).

Las pautas de la OMS acogidas por el Ministerio de Salud de Panamá recomienda lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

La Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño y de la Madre, estrategia mundial impulsada por OMS/UNICEF, recomienda que los niños y

niñas se amamanten exclusivamente durante los primeros seis meses de vida y después continúen la LM con alimentos complementarios adecuados hasta los dos años de vida.

El 87.2% del personal multidisciplinario encuestado respondió que la práctica institucional que más favorece la lactancia materna en la maternidad es la puesta al pecho inmediatamente después del parto. En el HGNAS 89.3% y en el HST 86.4% respondió en forma similar (c13, p30).

Esta respuesta es respaldada por la temprana estimulación de las glándulas mamarias lo que incrementa la probabilidad de éxito de la lactancia al pecho materno de manera prolongada.

El 64.4% del personal de salud en su totalidad expresa que en el hospital donde labora se practica el alojamiento conjunto, pero cabe señalar que el 25% de éstos manifestó que esta práctica aun no se realiza. En el HGNAS y HST el 64.3% y el 64.4% respectivamente respondió de forma similar. El 10.6% manifestó no saber de esta práctica (c14, p25).

**CUADRO 14  
PRÁCTICAS DEL PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD ENCUESTADO EN LAS MATERNIDADES DEL HGNAS Y EL HST, 2006.**

Preguntas	Hospitales								HGNAS								HST							
	(n=188)		SI		NO		NO SABE		Total		SI		NO		NO SABE		Total		SI		NO		NO SABE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
25. ¿En el hospital donde Usted trabaja, practican el alojamiento conjunto? (permanencia del niño en la misma habitación)	188	100.0	121	64.4	47	25.0	20	10.6	56	100.0	36	64.3	14	25.0	6	10.7	132	100.0	85	64.4	33	25.0	14	7.4
31. ¿Son las fórmulas artificiales compradas por el hospital?	188	100.0	77	41.0	60	31.9	51	27.1	56	100.0	42	75.0	5	8.9	9	16.1	132	100.0	35	26.5	55	41.7	42	22.3
32. ¿Debe dárseles a las madres muestras gratis de fórmulas lácteas cuando estas no quieren amamantar a sus hijos?	188	100.0	20	10.6	155	82.4	13	6.9	56	100.0	5	8.9	47	83.9	4	7.1	132	100.0	15	11.4	108	81.8	9	4.8
33. ¿Se utilizan biberones en los recién nacidos normales	188	100.0	28	14.9	159	84.6	1	0.5	56	100.0	13	23.2	42	75.0	1	1.8	132	100.0	15	11.4	117	88.6	0	0.0
34. ¿Ha recibido capacitación práctica sobre LM en este último año?	188	100.0	63	33.5	125	66.5	0	0.0	56	100.0	9	16.1	47	83.9	0	0.0	132	100.0	54	40.9	78	59.1	0	0.0
35. ¿El recién nacido debe permanecer día y noche con la madre?	188	100.0	177	94.1	10	5.3	1	0.5	56	100.0	55	98.2	1	1.8	0	0.0	123	100.0	122	99.2	9	7.3	1	0.5
36. ¿La primera toma de LM debe ser al menos 3 horas después del parto?	188	100.0	64	34.0	112	59.6	12	6.4	56	100.0	14	25.0	39	69.6	3	5.4	132	100.0	50	37.9	73	55.3	9	4.8
37. ¿Si el niño tiene diarrea hay que suspender unos días la lactancia?	188	100.0	17	9.0	167	88.8	4	2.1	56	100.0	4	7.1	52	92.9	0	0.0	132	100.0	13	9.8	115	87.1	4	2.1
38. ¿Se permite a personas que distribuyen fórmulas lácteas entregar material educativo o muestras gratis de leche artificial a las embarazadas y recién parturientas atendidas	188	100.0	12	6.4	175	93.1	1	0.5	56	100.0	3	5.4	52	92.9	1	1.8	132	100.0	9	6.8	123	93.2	0	0.0

Fuente: Encuesta CAP

El alojamiento conjunto tiene efectos beneficiosos tanto para la lactancia como para la relación madre e hijo. Las madres de partos normales y cesáreas deben permanecer con sus hijos en la misma habitación las 24 horas. El efecto sobre la lactancia puede deberse en parte a que el alojamiento conjunto facilita la lactancia a demanda. La misma se dificulta cuando el bebé está en la sala de niños, mientras que la restricción de las mamadas es difícil en el alojamiento conjunto (9).

El 41.0% del personal respondió que las fórmulas artificiales eran compradas por el hospital. El 75% del HGNAS y 26.5% del HST respondieron afirmativamente la pregunta (c14, p31).

Según el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de 1981, en sus artículos 5 y 6 y la resolución 39-28 de la Organización Mundial de la Salud de 1986 se refieren al cese de suministros gratuitos y de bajo costo de los sucedáneos de la leche materna a las instalaciones de salud debido a que estas prácticas estimulan el uso de biberones. Las normas hospitalarias que sugieren que los establecimientos de salud no pueden participar en la promoción de los sucedáneos de la leche materna y que las mujeres embarazadas o las madres primerizas no deben recibir muestras gratuitas han tardado mucho en ser incorporadas a las legislaciones nacionales de los diferentes países.

Lo que el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna viene a proveer es una protección esencial y experta a los lactantes alimentados artificialmente ya que compromete a todos los países adoptantes a que establezcan sistemas de vigilancia sobre la calidad y la información científica de los productos disponibles en el mercado. Por ejemplo, recuerda WABA, ahora se sabe que la fórmula infantil en polvo (FIP) puede contener bacterias y tóxicos causantes de enfermedades y muerte. “La Administración de Alimentos y Medicinas de los Estados Unidos (United States Food & Drug Administration o FDA) ha prohibido la FIP en todas las salas de neonatos. Las fórmulas de soya tampoco están libres de riesgo y algunos gobiernos incluyendo los de Nueva Zelanda y Gran Bretaña, enérgicamente desalientan su uso”, (14).

Del personal multidisciplinario encuestado 82.4% respondieron negativamente a la pregunta de que si debe dar a las madres muestras gratis de fórmulas lácteas cuando éstas no quieren amamantar a sus hijos (c14, p32).

El Código internacional de Sucedáneos de formulas Lácteas protege la lactancia materna a través de políticas, programas y actividades que cuiden a las mujeres que ya están amamantando y combatan las fuerzas que les sugieren no hacerlo. En tal sentido, el Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en 1981, creó una serie de limitaciones a la promoción y a la comercialización de estos productos y sugirió que los gobiernos deberían tomar acciones para poner en práctica sus principios y objetivos. Panamá se ha adherido a estas iniciativas.

Del personal multidisciplinario encuestado 84.6% respondieron que no se utilizan biberones en los recién nacidos normales, En el HGNAS y HST el 75% y 88.6%, respectivamente (c 14, p33). A pesar que en la maternidad del HST no suministran biberones a las salas de puerperio hay funcionarios (11.4%) que refieren que si se les da biberón a los recién nacidos. Esto nos puede sugerir que la introducción de las maderas a las salas de puerperio se da por parte de la madre, por los familiares, amigos u otras personas. La diferencia entre el HGNAS y el HST es muy pequeña pese a que en el HGNAS la entrega de formulas lácteas en biberones es institucional.

El Código Internacional de Sucedáneos de Fórmulas Lácteas refiere que no se debe utilizar biberón en los recién nacidos en las maternidades.

Del personal multidisciplinario el 66.5% respondió que no habían recibido capacitación práctica sobre lactancia materna en este último año, siendo el 83.9% y 59.1% del HGNAS y HST, respectivamente. (c14, p34).

Se hace necesaria la capacitación práctica obligatoria del personal de salud, sin excepción, sobre lactancia materna como lo refieren los 10 pasos de la IHAN. La misma debe ser de

duración adecuada e incluir sólidos componentes prácticos supervisados que induzcan cambios de actitudes y habilidades que favorezcan la lactancia por parte del personal de salud, aunado a la formulación de normas estrictas. Tanto las normas como la formación continua deben tener sólido respaldo y compromiso de los directivos.

Según Iker y Morgan no se logran cambios significativos al proporcionar información por sí solo, por ser insuficiente para lograr cambios en la conducta. Sloper, McKean y Baum obtuvieron resultados similares tras un seminario sin componente práctico. (9)

Los criterios de la IHAN recomiendan que la duración de la formación sea de al menos 18 horas incluyendo al menos 3 horas de práctica clínica.

En su totalidad el 94.1% del personal multidisciplinario encuestados respondió afirmativamente que el recién nacido debe permanecer día y noche con la madre. En el HGNAS y HST se respondió de manera similar en un 98.2% y 99.2%, respectivamente (c14, p35).

La cohabitación madre-niño favorece no sólo la lactancia materna y los lazos afectivos sino que se ha demostrado que previene los procesos infecciosos en el bebé dada la barrera establecida por la inmunoglobulina A (IgA) de la leche materna.

Sólo el 94.1% del personal multidisciplinario encuestado respondió afirmativamente que la primera toma de leche materna debe ser al menos 3 horas después del parto (c14, p36). Cuanto más temprano se inicie la lactancia materna luego del nacimiento, mayor probabilidad de éxito tendrá la LME del niño.

El 88.8% de los miembros del personal multidisciplinario encuestado respondió que no se debe suspender la lactancia materna si el niño tiene diarrea. El HGNAS y HST respondieron igual en 92.9% y 87.1% (c14, p37).

Conforme a las últimas recomendaciones sobre lactancia materna, ésta no debe ser suspendida cuando el niño esté con diarrea, por el contrario, la protección conferida por este tipo de lactancia

favorece la recuperación del niño. La Dra. Chessa Lutter, Asesora de Nutrición para América Latina de la OPS refirió que “miles de artículos han demostrado los beneficios salvadores de vidas de la lactancia. Estos artículos también han mostrado los efectos protectores de la lactancia en la reducción de la morbilidad, sufrimiento innecesario y costos en cuidados de salud por diarrea, infecciones respiratorias agudas, otitis, algunos cánceres infantiles y otras enfermedades”.

De los miembros del personal multidisciplinario el 93.1% encuestado respondió que no se permite a personas que distribuyen fórmulas lácteas entregar material educativo o muestras gratis de leche artificial a las embarazadas y recién parturientas atendidas. En el HGNAS y HST la misma respuesta se presentó en 92.9% y 93.2%, respectivamente. (c14, p38).

Está claro que si la responsabilidad del equipo multidisciplinario de salud favorece el fomento de la lactancia materna, no deberá introducirse factores de confusión que distraigan a las madres de optar por la lactancia materna exclusiva.

#### **D. ACTITUDES DEL PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD**

Del personal multidisciplinario encuestado 58% respondió que no se debe dar fórmulas lácteas a los recién nacidos: en el HGNAS 55.4% y en el HST 59.1%, respondió en forma similar (c15, p39).

Subyace un porcentaje alto de estas actitudes desfavorable a la LM.

Del personal multidisciplinario encuestado solo 10.6% respondió que nunca se da fórmulas lácteas a los recién nacidos: en el HGNAS 8.9% y en el HST 11.4%, respondió en forma similar (c16, p40).

Es preocupante que en ambas maternidades solo el 10% cree que nunca se deben dar fórmulas lácteas, se requiere aún reforzar actitudes que fortalezcan y protejan la LME evitando la distracción generada por la promoción de sucedáneos de leche materna.

**CUADRO 15  
RESPUESTAS DEL PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD ENCUESTADO EN LAS  
MATERNIDADES DEL HGNAS Y EL HST SOBRE SI CONSIDERA QUE SE LES DEBE DE DAR FÓRMULAS  
LÁCTEAS A LOS RECIÉN NACIDOS. 2006**

Pregunta 39. ¿Considera usted que se le debe dar fórmulas lácteas a los recién nacidos?	Total		HGNAS		HST	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	188	100.0	56	100.0	132	100.0
1. SI	41	21.8	19	33.9	22	16.7
2. Cuando la madre lo solicite?	38	20.2	6	10.7	32	24.2
3. NO	109	58	31	55.4	78	59.1

**CUADRO 16  
RESPUESTAS DEL PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD ENCUESTADO EN LAS  
MATERNIDADES DEL HGNAS Y EL HST SOBRE CUÁNDO SE DAN LAS FÓRMULAS LÁCTEAS A LOS  
RECIÉN NACIDOS.2006**

Pregunta 40. ¿Cuándo se dan las fórmulas lácteas a los recién nacidos?	Total		HGNAS		HST	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	188	100.0	56	100.0	132	100.0
1. Siempre	1	0.5	1	1.8	0	0.0
2.Sólo entre intervalos de amamantamiento	5	2.7	2	3.6	3	2.3
3.Cuando la madre lo solicite	22	11.7	3	5.4	19	14.4
4.Nunca se da	20	10.6	5	8.9	15	11.4
5. En casos especiales especificar?	140	74.5	45	80.4	95	72.0

**CUADRO 17  
PERSONAL DE GINECO-OBSTETRICIA (GO) ENCUESTADO EN LA MATERNIDAD DEL HGNAS Y HST  
SEGÚN SEXO Y EDAD. 2006**

Grupo de Edad / años	TOTAL HGNAS Y HST						HGNAS						HST					
	Total		Masculino		Femenino		Total		Masculino		Femenino		Total		Masculino		Femenino	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
	TOTAL	27	100.0	17	62.9	10	37.0	5	18.5	4	14.8	1	3.7	22	81.4	13	48.1	9
31-42	7	25.9	5	18.5	2	7.4	1	3.7	1	3.7	0	0.0	6	22.2	4	14.8	2	7.4
43-47	8	29.7	4	14.8	4	14.8	2	7.4	1	3.7	1	3.7	6	22.2	3	11.1	3	11.1
50-56	8	29.7	7	25.9	1	3.7	2	7.4	2	7.4	0	0.0	6	22.2	5	18.5	1	3.7

Fuente: Encuesta CAP

**CUADRO 18  
CRITERIO DE LOS GO ENCUESTADOS EN LAS MATERNIDADES DEL HGNAS Y HST EN RELACIÓN A LA  
INTERRUPCIÓN DE LA LACTANCIA ANTE LA APARICIÓN DE ALGUNAS ENFERMEDADES, 2006.**

Pregunta 4. ¿De acuerdo a su criterio, la madre lactante debe discontinuar la lactancia cuando tiene: (elija una o varias respuestas)	Total		HGNAS		HST	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	27	100	5	100.0	22	100.0
1.Mastitis	0	0	0	0.0	0	0.0
2.Tuberculosis	1	3.7	0	0.0	1	4.5
3.Hepatitis	3	11.1	1	20.0	2	9.1
4.Cáncer	1	3.7	0	0.0	1	4.5
5.Malaria	2	7.4	0	0.0	2	9.1
6.SIDA	17	63	3	60.0	14	63.6
Ninguna	3	11.1	1	20.0	2	9.1

Fuente: Encuesta CAP

## 4.2. Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) de los médicos Gineco-Obstetras (GO) de las maternidades en relación a la lactancia materna

### A. Características de la muestra de los GO

Para presentar de una manera didáctica, las respuestas acertadas están en recuadro gris y las respuestas no acertadas sobre fondo blanco.

La muestra total de los médicos gineco-obstetras (GO) de las maternidades estuvo constituida por 27 funcionarios de los cuales el 62.9% eran del sexo masculino y 37% del sexo femenino con edades comprendidas entre 43 a 56 años (c.17).

El personal gineco-obstetra del HST lo constituyó el 81.4%, mientras que 18.5% era del HGNAS.

El total de encuestas llenadas por los GO fueron 27. Este cuestionario estuvo constituido de 28 preguntas de las cuales 25 correspondían a: conocimiento 10 (40%), actitudes 2 (8%) y prácticas 13 (52%).

El total de preguntas de conocimientos eran 10 (100%), de estas respuestas fueron acertadas 50% y 50% las no acertadas.

El total de preguntas de actitudes eran 2 (100%), de estas respuestas ninguna fue acertada.

El total de preguntas de prácticas eran 13 (100%) de éstas 61.5% fueron acertadas y 38.5 % no acertadas.

El total general de respuestas acertadas para los GO fue de 52% y las no acertadas 48%.

Lo anterior muestra una necesidad de apoyo en términos de capacitaciones que deberá ser subsanada para ampliar la cobertura de LME hasta los 6 meses en nuestra población infantil. Al personal multidisciplinario y a los médicos gineco-obstetras se les debe reforzar sus conocimientos teóricos y prácticos.

### B. Conocimientos de los GO.

Se observa que el 63.0% y 3.7% de los encuestados respondió adecuadamente, que la madre lactante debe discontinuar la lactancia cuando tiene SIDA o cáncer. En el HGNAS y en HST el 60% y 63.6% respectivamente respondieron que la madre con SIDA debería discontinuar la lactancia y con relación al cáncer solo el 4.5% de los GO en el HST respondieron afirmativamente que se debe discontinuar la lactancia cuando la paciente tiene cáncer (c18, p4). En el HGNAS ningún ginecólogo acertó pregunta. Ambas patologías justifican la interrupción de la lactancia materna.

Con relación a los métodos de planificación el 74.1% de los GO considera adecuadamente que los anticonceptivos orales pueden tener efecto negativo sobre la producción de leche de la madre (c19, p5).

La mayoría de los métodos utilizados para evitar el embarazo no afectan la calidad de la leche materna. Sin embargo, algunas píldoras anticonceptivas que contienen estrógenos reducen la secreción de leche.

Se observa que el 85.2% de los GO de ambos hospitales han oído hablar de los Hospitales Amigos de los Niños. En el HST la mayoría, 90.9% manifestó que había oído hablar de la IHAN, pero en el HGNAS solo el 60% respondió positivamente (c20, p6).

El 100% de los GO de ambos hospitales estuvo de acuerdo que la primera toma de leche materna debe ser inmediatamente después del parto (c20, p7).

Iniciar la lactancia materna inmediatamente después del parto estimula la producción de leche de la madre. También contribuye a que el útero de la madre se contraiga, un factor que reduce el peligro de una hemorragia abundante o de una infección.

**CUADRO 19**  
**MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE SE CONSIDERA PUEDEN TENER EFECTOS**  
**NEGATIVOS SOBRE LA PRODUCCIÓN DE LECHE DE LAS MADRES SEGÚN LOS GO DEL HGNAS Y HST.**  
**2006**

Pregunta 5. ¿De los métodos de planificación que se listan a continuación, cuáles considera Usted que pueden tener efecto negativos sobre la producción de leche de las madres?	Total		HGNAS		HST	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	27	100.0	5	100.0	22	100.0
1. Anticonceptivos orales	20	74.1	3	60.0	17	77.3
2. Anticonceptivos inyectables	0	0	0	0.0	0	0.0
3. Diafragma	0	0	0	0.0	0	0.0
4. Espiral	0	0	0	0.0	0	0.0
5. Esterilización	0	0	0	0.0	0	0.0
6. D.I.U.	0	0	0	0.0	0	0.0
7. Ritmo	0	0	0	0.0	0	0.0
8. Ninguno	7	25.9	2	40.0	5	22.7

**CUADRO 20.**  
**CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LOS GO ENCUESTADOS EN LAS MATERNIDADES DEL HGNAS Y HST**

Preguntas	Hospitales						HGNAS						HST					
	(n=27)		SI		NO		Total		SI		NO		Total		SI		NO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
6. ¿Ha oído hablar de los Hospitales Amigos de los Niños?	27	100	23	85.2	4	14.8	5	100.0	3	60.0	2	40.0	22	100.0	20	90.9	2	9.1
7. ¿La primera toma de leche materna debe ser inmediatamente después del parto?	27	100	27	100.0	0	0.0	5	100.0	5	100.0	0	0.0	22	100.0	22	100.0	0	0.0
8. ¿La madre debe dar pecho cada vez que el bebé lo pida?	27	100	26	96.3	1	3.7	5	100.0	5	100.0	0	0.0	22	100.0	21	95.5	1	4.5
9. ¿Los biberones interfieren y dificultan la lactancia materna?	27	100	22	81.5	5	18.5	5	100.0	3	60.0	2	40.0	22	100.0	19	86.4	3	13.6
10. ¿Ha recibido capacitación sobre lactancia materna en este último año?	27	100	11	40.7	16	59.3	5	100.0	1	20.0	4	80.0	22	100.0	9	40.9	13	59.1
11. ¿Conoce la ley 50, del 23 de noviembre del 1995, "por la cual se protege y fomenta la lactancia materna"?	27	100	10	37.1	17	62.9	5	100.0	2	40.0	3	60.0	22	100.0	10	45.4	12	54.6
12. ¿Conoce los beneficios que otorga el código de trabajo, a las mujeres lactantes que trabajan?	27	100	16	59.2	11	40.8	5	100.0	2	40.0	3	60.0	22	100.0	9	40.9	13	59.1

Fuente: Encuesta CAP

Un 96.3% de los GO respondieron acertadamente a que la madre debe dar pecho cada vez que el bebé lo pida. (c20, p8). El recién nacido debe ser amamantado cada vez que lo desee desde el mismo momento del parto. La producción de leche aumenta con la frecuencia del amamantamiento.

De los GO el 81.5% de ambos hospitales piensan que los biberones interfieren y dificultan la lactancia materna, sin embargo el 18,5% aún piensan que los biberones no interfieren ni dificultan la lactancia materna. El 40% y 13.6% en el HGNAS y HST respectivamente piensan que los biberones no interfieren con la LM (c20, p9).

No se deben dar biberones a los niños que son amamantados pues la acción de succionar un biberón es muy distinta de la que exige la lactancia materna. Utilizar biberones disminuye la producción de leche de la madre e induce al lactante a abandonar por completo la lactancia materna.

El 59.3% de los GO respondió que en ese último año no recibió capacitación sobre lactancia materna. En ambos hospitales más de la mitad de los GO no recibieron capacitación sobre lactancia materna (c20, p10).

Los gineco-obstetras son uno de los pilares en la divulgación de información tendiente a fomentar el bienestar del nuevo niño y no están recibiendo capacitación sobre la LM. lo reitera la necesidad de capacitación y formación continúa en este importante tema.

Solo el 37.1% de los GO conoce la ley 50 del 23 de noviembre del 1995, "por la cual se protege y fomenta la lactancia materna (c20, p11)

El 40.8% de los GO no conoce los beneficios que otorga el código de trabajo a las mujeres lactantes que trabajan (c20, p12)

Es imperiosa la necesidad de que los médicos GO, al igual que los demás funcionarios de salud, conozcan plenamente la legislación que nos obliga y compromete con la promoción y fomento de la LME.

Con relación a los consejos que da a la madre lactante que está amamantando y que tiene que ir a trabajar después de su descanso pos-natal, sobre la manera de alimentar a su hijo, solo un 51.9% de los GO respondió que amamante exclusivamente hasta los 6 meses y el 37% que amamante y complemente con fórmulas lácteas. Únicamente un 40.0% y un 54.5% de los GO en el HGNAS y en el HST respondieron que hasta los 6 meses (c21, p13).

Nuestros médicos GO deberán ser favorecidos de forma consistente con programas que subsanen estas necesidades.

### C. Prácticas de los GO

Solo el 48.1% de los GO encuestados respondieron que efectivamente se les proporciona folletos o se les indica donde obtenerlos a las madres para que se enteren de las ventajas de la lactancia natural y técnicas de amamantamiento, siendo el 40% y 50% de los GO del HGNAS y HST que respondieron afirmativamente (c22, p14).

De los GO encuestados de ambos hospitales el 100% respondió de forma afirmativa al hecho de que se practica el alojamiento conjunto (c22, p15). Si la madre da a luz en una maternidad tiene derecho a esperar que el recién nacido permanezca con ella en el mismo cuarto durante las 24 horas del día y a que su bebé no reciba preparación para lactantes ni agua si le está amamantando.

Las madres y sus hijos recién nacidos deben ocupar la misma habitación o la misma cama. El lactante debe poder mamar con la frecuencia que desee conforme a lo que se ha planteado.

De los GO encuestados el 33.3% respondieron que no se cuenta con un banco de leche materna en su institución (c22, p16). Los bancos de leche materna deben promoverse y proliferarse con los debidos controles a fin de democratizar el acceso de todo neonato a la leche materna de buena calidad, aunque sus madres estuviesen imposibilitadas para lactarlos.

De los GO encuestados el 81.4% respondieron que no se permite a personas que distribuyen fórmulas lácteas entregar material educativo y muestras gratis de leche a las embarazadas y recién parturientas atendidas, pero un 18.5% manifestó que si se hace. (c22, p17). El 18.5% de los GO sustenta aún más el reforzamiento de los programas educativos en LME.

De los GO encuestados 70.4% respondieron que en la institución donde trabajan no se cuenta con un laboratorio de fórmulas lácteas. En el HGNAS el 80% de los GO manifestaron que si tenían un laboratorio de fórmulas, y en el HST solo el 18.2%. (c22, p18). Preocupa que haya laboratorios de fórmulas lácteas que sustituyan la LM, aún más que el conocimiento de su existencia no sea institucionalmente homogéneo, por parte de los profesionales de la GO.

**CUADRO 21  
CONSEJOS A LA MADRE LACTANTE QUE ESTÁ AMAMANTANDO Y TIENE QUE RETORNAR AL TRABAJO, SOBRE LA MANERA DE ALIMENTAR A SU HIJO SEGÚN LOS GO ENCUESTADOS EN LAS MATERNIDADES DEL HGNAS Y HST. 2006**

Pregunta 13. ¿Qué consejos le da a la madre lactante que está amamantando y que tiene que ir a trabajar después de su descanso post-natal, sobre la manera de alimentar a su hijo? (una sola respuesta)	Total		HGNAS		HST	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	27	100	5	100.0	22	100.0
1. Que amamante exclusivamente hasta los 6 meses	14	51.9	2	40.0	12	54.5
2. Que amamante y complemente con fórmulas lácteas	10	37	3	60.0	7	31.8
3. Que amamante unicamente durante el período post-natal.	2	7.4	0	0.0	2	9.1
4. Que no amamante	1	3.7	0	0.0	1	4.5
5. Que le de fórmulas lácteas.	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Fuente: Encuesta CAP

**CUADRO 22  
PRÁCTICAS QUE TIENEN LOS GO**

Preguntas	Hospitales						HGNAS						HST					
	(n=27)		SI		NO		Total		SI		NO		Total		SI		NO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
14. ¿Le proporciona folletos a las madres y/o le indica donde adquirirlos para que se enteren sobre las ventajas de LM y técnicas de amamantamiento?	27	100.0	13	48.1	14	51.9	5	100.0	2	40.0	3	60.0	22	100.0	11	50.0	11	50.0
15. ¿En el hospital o lugar donde trabaja, practican el alojamiento conjunto? (permanencia del niño en la misma habitación de la madre)	27	100.0	27	100.0	0	0.0	5	100.0	5	100.0	0	0.0	22	100.0	22	100.0	0	0.0
16. ¿En su institución se cuenta con un banco de LM?	27	100.0	9	33.3	18	66.7	5	100.0	2	40.0	3	60.0	22	100.0	7	31.8	15	68.2
17. ¿Se permite a personas que distribuyen fórmulas lácteas entregar material educativo y muestra gratis de leche a las embarazadas y recién parurientas atendidas?	27	100.0	5	18.5	22	81.5	5	100.0	1	20.0	4	80.0	22	100.0	4	18.2	18	81.8
18. ¿En su institución se cuenta con un laboratorio de fórmulas lácteas?	27	100.0	8	29.6	19	70.4	5	100.0	4	80.0	1	20.0	22	100.0	4	18.2	18	81.8
19. ¿El recién nacido debe permanecer día y noche con la madre?	27	100.0	16	59.3	11	40.7	5	100.0	5	100.0	0	0.0	22	100.0	11	50.0	11	50.0
20. ¿La primera toma de LM materna debe ser al menos 3 horas después del parto?	27	100.0	13	48.1	14	51.9	5	100.0	2	40.0	3	60.0	22	100.0	11	50.0	11	50.0
21. ¿Si el niño tiene diarrea hay que suspender unos días la lactancia?	27	100.0	4	14.8	23	85.2	5	100.0	4	80.0	1	20.0	22	100.0	0	0.0	22	100.0

Fuente: Encuesta CAP

Solo el 59.3% de los GO respondió que el recién nacido debe permanecer día y noche con la madre. En el HGNAS el 100% de los GO considera esta práctica aceptable sin embargo en el HST el 50% no lo considera aceptable (c22, p19).

Si la madre da a luz en un centro de maternidad, tiene derecho a esperar que el recién nacido permanezca en el mismo cuarto durante las 24 horas del día y que su bebé no reciba ni preparación para lactantes ni agua si le está amamantando.

El 48.1% de los GO encuestados respondieron que la primera toma de leche materna debe darse al menos 3 h. después del parto. Sólo el 40% de los GO en el HGNAS estuvo de acuerdo con esta aseveración, mientras que en el HST el 50% se manifestó positivamente. (c22, p20). Hace falta la difusión de la norma escrita de la IHAN y su cumplimiento para optimizar la temprana administración de la LM.

De los GO encuestados 85.2% respondieron acertadamente que no se debe suspender la lactancia al niño con diarrea. En el HGNAS el 80% de los GO respondieron que si se le debe suspender mientras que el 100% de los GO en el HST estuvo en desacuerdo (c22, p21).

El amamantamiento puede reducir la gravedad y frecuencia de la diarrea. La leche materna es la mejor fuente de líquido y de alimento para un niño de corta edad con colitis. La leche materna evita la deshidratación y la desnutrición y ayuda a reemplazar los fluidos perdidos. A veces se recomienda a las madres que den menos el pecho cuando un lactante tiene diarrea. Este es un consejo equivocado. Las madres deben seguir amamantando al lactante con mayor frecuencia que antes cuando tiene colitis. Los biberones sucios pueden provocar enfermedades como la diarrea o infecciones del oído. La colitis puede ser fatal para los niños de corta edad. Un lactante alimentado con biberón sigue teniendo más posibilidades de contraer diarrea u otras enfermedades comunes que un lactante alimentado con leche materna

De los GO encuestados 81.5% respondieron que en la institución donde trabajaban se pone al recién nacido al seno de su madre inmediatamente después del parto. En el HGNAS los

GO se manifestaron al 100% de acuerdo con la práctica de colocar al recién nacido inmediatamente después del parto y en el HST el 77.3% (c23, p22).

Los recién nacidos deben estar cerca de sus madres y conviene iniciar la lactancia materna inmediatamente después del parto.

El 100% de los GO de ambos hospitales respondieron unánimemente que la frecuencia de amamantar al niño debe ser a libre demanda (c24, p23).

La producción de leche aumenta con la frecuencia del amamantamiento.

El método de planificación familiar que el GO recomendaba acertadamente a la madre que amamantaba y quería espaciar sus hijos era el DIU en un 44.0%, anticonceptivos inyectables un 29.6%, el espiral un 11.1% y el diafragma un 7.4%. (c25, p24).

De los GO encuestados el 70.4% respondieron que hasta los 6 meses es recomendada la lactancia materna como único alimento (c26, p25). En el HGNAS el 20% respondió positivamente a esta pregunta y 81.8% así lo recomendó el HST. La leche materna es por sí sola el mejor alimento y la mejor bebida que puede darse a un bebé menor de seis meses de edad. Este no precisará ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua, durante este período. Incluso en climas secos y calurosos la leche materna es suficiente para satisfacer las necesidades de líquidos del lactante.

Durante los primeros meses cuando un niño se encuentra expuesto a mayores riesgos, el amamantamiento exclusivo ayuda a proteger al lactante contra la diarrea y otras infecciones.

De los GO encuestados 96.3% respondieron que la práctica institucional que más favorece la lactancia materna en la maternidad es la puesta al pecho inmediatamente después del parto. (c27, p26). Iniciar la lactancia materna inmediatamente después del parto estimula la producción de leche de la madre. También contribuye a que el útero de la madre se contraiga, un factor que reduce el peligro de una hemorragia abundante o de una infección.

**CUADRO 23**

**¿EN LA INSTITUCIÓN DONDE USTED TRABAJA, SE PONE AL RECIÉN NACIDO AL SENO DE SU MADRE?**

Pregunta	Total		HGNAS		HST	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
22. En la institución donde usted trabaja se pone al recién nacido al seno de su madre?	27	100	5	100.0	22	100.0
1- Inmediatamente después del parto.	22	81.5	5	100.0	17	77.3
2. media hora de nacido el infante	1	3.7	0	0.0	1	4.5
3.-Entre 1-3 horas de nacido el infante.	3	11.1	0	0.0	3	13.6
4- Entre 4 – 12 horas de nacido el infante.	1	3.7	0	0.0	1	4.5
5- Más de 12 horas de nacido el infante.	0	0	0	0.0	0	0.0
6- Otro: Especificar.	0	0	0	0.0	0	0.0

Fuente: Encuesta CAP

**CUADRO 24**

**¿CON QUÉ FRECUENCIA SE AMAMANTA AL NIÑO?**

Pregunta 23. ¿Con qué frecuencia se amamanta al niño?	Total		HGNAS		HST	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	27	100	5	100.0	22	100.0
-1. Horario fijo	0	0	0	0	0	0
2. A libre demanda	27	100	5	100.0	22	100.0

Fuente: Encuesta CAP

**CUADRO 25**

**¿QUÉ MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR RECOMIENDA A LA MADRE QUE AMAMANTA Y QUIERE ESPACIAR HIJOS?**

Pregunta 24. ¿Qué método de planificación familiar recomienda a la madre que amamanta y quiere espaciar hijos?	Total		HGNAS		HST	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	27	100	5	100.0	22	100.0
1.Anticonceptivos orales	1	3.7	1	20.0	0	0.0
2.Anticonceptivos inyectables	8	29.6	3	60.0	5	22.7
3.Diafragma	2	7.4	0	0.0	2	9.1
4.Espiral	3	11.1	0	0.0	3	13.6
5. Esterilización	0	0	0	0.0	0	0.0
6.D.I.U.	12	44.4	1	20.0	11	50.0
7.Ninguno	1	3.7	0	0.0	1	4.5

Fuente: Encuesta CAP

**CUADRO 26**

**¿HASTA QUE EDAD SE RECOMIENDA ACTUALMENTE LA LACTANCIA MATERNA COMO ÚNICO ALIMENTO?**

Pregunta 25. ¿Hasta que edad se recomienda actualmente lactancia materna como único alimento?	Total		HGNAS		HST	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	27	100	5	100.0	22	100.0
1. 1 mes	0	0	0	0.0	0	0.0
2. 2 meses	0	0	0	0.0	0	0.0
3. 3 meses	4	14.8	1	20.0	3	13.6
4.4 meses	1	3.7	1	20.0	0	0.0
5. 5 meses	0	0	0	0.0	0	0.0
6. 6 meses	19	70.4	1	20.0	18	81.8
7. 7 meses y más	3	11.1	2	40.0	1	4.5

Fuente: Encuesta CAP

**CUADRO 27**

**¿INDIQUE CUÁL DE ESTAS PRÁCTICAS INSTITUCIONALES FAVORECE MÁS A LA LACTANCIA MATERNA EN LA MATERNIDAD?**

Pregunta 26. ¿Indique cuál de estas prácticas institucionales favorece más a la lactancia materna en la maternidad?	Total		HGNAS		HST	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	27	100	5	100.0	22	100.0
1. Analgesia durante el parto	0	0	0	0.0	0	0.0
2. Permitir descanso nocturno de la madre (retirar el bebé)	0	0	0	0.0	0	0.0
3. Puesta al pecho inmediatamente después del parto	26	96.3	5	100.0	21	95.5
4. Pecho cada 3 hrs. Durante la noche	1	3.7	0	0.0	1	4.5
5. Estímulo de la succión con chupete.	0	0	0	0.0	0	0.0

Fuente: Encuesta CAP

**CUADRO 28**

**CONSIDERACIÓN QUE TIENEN LOS GO ACERCA DE DAR O NO FÓRMULAS LÁCTEAS A LOS RECIÉN NACIDOS**

Pregunta 27. ¿Considera Usted que se deben dar fórmulas lácteas a los recién nacidos?	Total		HGNAS		HST	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	27	100.0	5	100.0	22	100.0
1. SÍ	3	11.1	2	40.0	1	4.5
2. Cuando la madre lo solicite?	10	37.0	0	0.0	10	45.5
3. NO	14	51.9	3	60.0	11	50.0

Fuente: Encuesta CAP

**CUADRO 29**

**RESPUESTAS DE LOS GO ENCUESTADOS EN LAS MATERNIDADES DEL HGNAS Y EL HST SOBRE CUÁNDO SE DAN LAS FÓRMULAS LÁCTEAS A LOS RECIÉN NACIDOS. 2006**

Pregunta	Total		HGNAS		HST	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
28. ¿Cuándo se dan las fórmulas lácteas a los recién nacidos?	27	100.0	5	100.0	22	100.0
1. Siempre	5	18.6	2	40.0	3	13.5
2. Sólo entre intervalos de amamantamiento	2	7.4	0	0	2	9.1
3. Cuando la madre lo solicite	7	25.9	1	20.0	6	27.3
4. Nunca se da	6	22.2	1	20.0	5	22.8
5. En casos especiales?	7	25.9	1	20.0	6	27.3

Fuente: Encuesta CAP

**CUADRO 30**

**RESPUESTA DE LA MADRE ACERCA SI LE DIERON EN LA MATERNIDAD ALGÚN CONSEJO O CHARLA SOBRE LACTANCIA**

Preguntas	TOTAL						HGNAS						HST					
	SI		NO		Total		SI		NO		TOTAL		SI		NO			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
1. ¿En la maternidad le han dado algún consejo o charla sobre lactancia materna?	150	100.0	45	30.0	105	70.0	73	100.0	3	4.1	70	95.9	77	100.0	42	54.5	35	45.5

\*Información recogida de las madres en las maternidades

**CUADRO 31**  
**RESPUESTAS DE LAS MADRES EN LA MATERNIDAD ACERCA DE QUE SI HABÍA RECIBIDO ALGÚN MATERIAL EDUCATIVO SOBRE LACTANCIA MATERNA**

Preguntas	TOTAL						HGNAS						HST					
			SI		NO		Total		SI		NO		TOTAL		SI		NO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2. ¿Ha recibido algún material educativo sobre lactancia materna en esta maternidad?	149	100.0	22	14.8	127	85.2	72	100.0	2	2.8	70	97.2	77	100.0	20	26.0	57	74.0

\*Información recogida de las madres en las maternidades

#### D. Actitudes de los GO

Solo el 51.9% de los GO respondieron que no le dan fórmulas lácteas a los recién nacidos. (c28, p27). El 40% de los GO en el HGNAS respondió que si le dan fórmulas a los recién nacidos mientras que en HST únicamente el 4.5% se manifestó positivamente a esta pregunta. Lo expuesto denota que hay mayor información sobre este tema entre los GO del HST respecto al HGNAS. Aun la mitad de los GO consideran que el recién nacido tiene que recibir fórmulas (con excusas o sin excusas).

El recién nacido no necesita ingerir ningún alimento ni líquido mientras espera que aumente la reserva de leche de la madre.

Entre las actitudes está la presunción de que los profesionales de salud lo saben todo; la creencia de que no hay diferencias importantes entre la lactancia materna y la artificial; la resistencia a dedicar tiempo y apoyo a la lactancia, y la negación del impacto de la información incoherente o errónea.

Es preocupante que solo el 22.2% de los GO manifieste que nunca se debe de dar formulas lácteas a los recién nacidos. La respuesta de los GO de ambos hospitales fue similar. (c29, p28). En este caso disminuyó el porcentaje de los GO que facilita la LM por aducir con excusas que se dan las fórmulas lácteas a los recién nacidos por solicitud de la madre.

### 4.3. Encuesta realizada a las madres durante su estancia en la maternidad en relación a la lactancia materna.

Paralelamente y durante la ejecución de la encuesta a los profesionales de la salud aplicamos una encuesta a las madres en la maternidad para conocer si habían recibido conocimientos previos durante el embarazo y si en la maternidad habían recibido alguna orientación y/o información relacionada con la lactancia materna, por parte de los trabajadores de la salud. Las respuestas fueron las siguientes:

El 70% de las madres en las maternidades respondió que no habían recibido consejo alguno o charla sobre lactancia materna durante su estadía en la maternidad. Esto es preocupante pues si a la mayoría de las madres se les brinda escasa o ninguna información sobre lactancia materna no se puede esperar que la prevalencia de la lactancia materna aumente ni que disminuyan las morbilidades causadas por el abandono precoz de la lactancia materna (c30, p1). Los profesionales de la salud deberían estar capacitados para despejar toda duda que tengan las madres sobre lactancia materna en este período tan crítico de su estancia en la maternidad.

También la mayoría, 85.2% de las madres encuestadas, respondió que no habían recibido material educativo sobre lactancia en la maternidad. Los materiales educativos sirven de apoyo al conocimiento y prácticas brindadas. (c31, p2).

Durante los 9 meses de embarazo, 80.6% de las madres encuestadas manifestaron que se atendieron en los centros de salud, 9% en clínicas privadas, las restantes se atendieron en puestos de salud, policlínicas de la Caja del Seguro Social, u otros (c32, p3). La selección de población objetivo de las capacitaciones a las madres deberá considerar estos datos.

Las madres durante la entrevista nos manifestaron que les gustaría recibir folletos ilustrativos durante su estancia y al salir del hospital, sobre todo lo relacionado a la lactancia materna y los anticonceptivos; también nos refirieron que al salir de la maternidad les hubiese gustado formar parte de un grupo de madres que se apoyen para dar y recibir consejos sobre lactancia materna.

Los grupos de apoyo a la lactancia, incluyendo consejería anticipada (embarazo) y seguimiento mensual clínico de la madre y los infantes en los centros de salud, (durante los meses subsiguientes al puerperio) pueden aumentar significativamente el porcentaje de bebés amamantados exclusivamente con leche materna, hasta finalizar los seis meses de edad. En muchos países las mujeres han constituido grupos sociales de apoyo que ayudan a las madres que desean amamantar a sus hijos. Los agentes de salud darán ayuda a la creación y al funcionamiento de estos grupos y enviarán a las madres, sobre todo a las jóvenes inexpertas, cuando sean dadas de alta en el hospital o la clínica para que las auxilien a superar los problemas que pueda plantear la iniciación de la lactancia.

La mayoría de las madres estudiadas, 52.9%, manifestaron que durante el embarazo no le dieron información alguna o charla relacionada con la lactancia materna en la institución donde se atendieron (c33, p4).

La información y las charlas deben estar a cargo de un equipo multidisciplinario, especialmente capacitado en detectar problemas de lactancia y orientar en forma específica a las madres que lo requieren, otorgándole a ellas y su familia una atención inmediata, presentándole soluciones personalizadas y respetando sus características socioculturales.

Durante los 9 meses de embarazo el 57.6% de las madres manifestó que no recibió ningún material educativo sobre lactancia materna en la institución donde se atendió (c34, p5).

La importancia crítica que tiene el personal de salud en la protección, la promoción y el apoyo de la lactancia natural debe juzgarse dentro del contexto general de su compromiso a favor de la sociedad. Ellos ocupan una posición inigualable para influir sobre la organización y el funcionamiento de los servicios de salud que se prestan a las madres antes, durante y después del embarazo y el parto.

**CUADRO 32**  
**RESPUESTAS DE LAS MADRES ACERCA DE DÓNDE SE ATENDIÓ DURANTE LOS 9 MESES DE EMBARAZO**

PREGUNTA 3. ¿Dónde se atendió durante los 9 meses de embarazo?	Total HST	
	Nº	%
	67	100.0
1. Centro de Salud	54	80.6
2. Puesto de Salud	1	1.5
3. Policlínica de la Caja del Seguro Social (CSS)	3	4.5
4. Clínica Privada	6	9.0
5. No se atendió	0	0.0
6. Otro (especifique)	3	4.5

\*Información recogida de las madres en las maternidades

**CUADRO 33.**  
**INFORMACIÓN O CHARLA SOBRE LACTANCIA MATERNA SUMINISTRADA EN LA INSTITUCIÓN DONDE SE ATENDIERON LAS MADRES DURANTE LOS 9 MESES DE EMBARAZO\***

	TOTAL		SI		NO	
	N	%	N	%	N	%
4. ¿Durante el embarazo le dieron alguna información (verbal) o charla sobre lactancia materna en la institución donde se atendió?	68	100.0	32	47.1	36	52.9

\*Información recogida de las madres en las maternidades

**CUADRO 34.**  
**RESPUESTAS DE LAS MADRES ACERCA DE HABER RECIBIDO ALGÚN MATERIAL EDUCATIVO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA INSTITUCIÓN DE SALUD DONDE SE ATENDIERON DURANTE EL EMBARAZO\***

Preguntas	TOTAL					
			SI		NO	
	N	%	N	%	N	%
5. ¿Recibió algún material educativo sobre lactancia materna en la institución de salud donde se atendió durante el embarazo?	59	100.0	25	42.4	34	57.6

\*Información recogida de las madres en las maternidades

El apoyo que se brinda a las madres en el embarazo, parto y puerperio inmediato debe estar basado en la evidencia científica relacionada con el crecimiento y desarrollo infantil y las necesidades que surgen en esta etapa del ciclo vital. Apoyo específico a la lactancia en aquellas madres que presentan algún problema relacionado con el amamantamiento, evitando así el abandono temprano de esta práctica.

El personal de salud debe tomar la iniciativa de preservar o de restablecer una “cultura de la lactancia natural” fomentando una actitud positiva hacia este modo de lactancia en la sociedad en

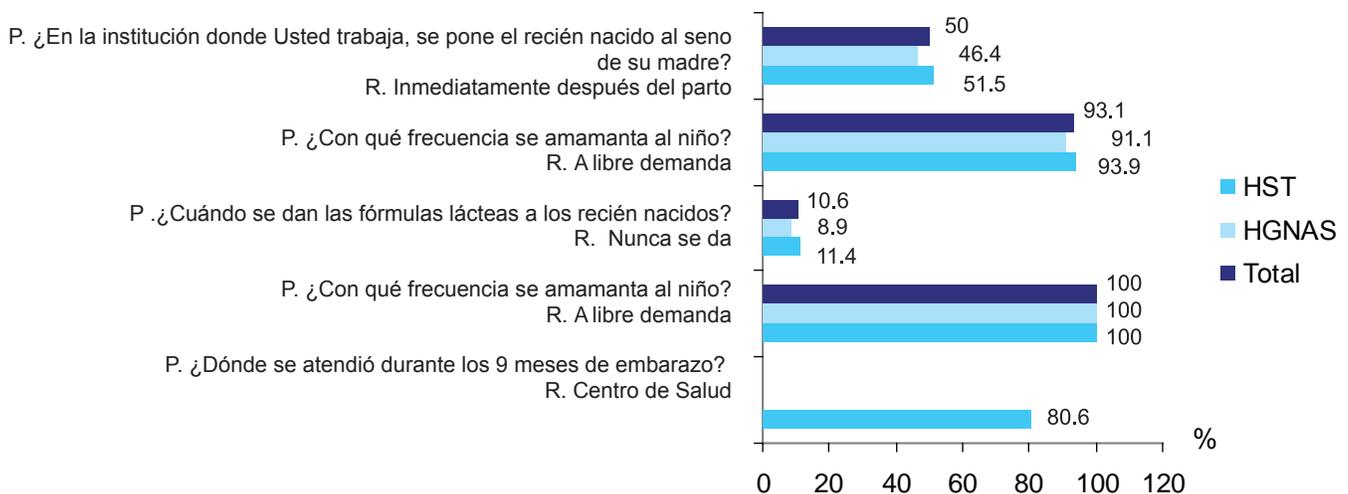
general, estimulando en ese sentido a los líderes de la comunidad y colaborando estrechamente con ellos. Es importante el modelo que pueden mostrar los agentes de salud del sexo femenino que dan de mamar a sus propios hijos; y el hecho de que se de a esas mujeres el tiempo y las facilidades necesarias para que lacten, constituirá una indicación activa del apoyo que la sociedad en general brinda en ese sentido.

## SÍNTESIS DE LAS PRINCIPALES PREGUNTAS Y RESPUESTAS DE LOS CUESTIONARIOS DURANTE LAS ENCUESTAS

### EL SÍ CORRESPONDE A LA RESPUESTA CORRECTA



### P. = PREGUNTA / R. = RESPUESTA / Y LOS PORCENTAJES TOTALES Y POR HOSPITAL



## 5. Conclusiones

- Los resultados obtenidos en el presente estudio indicaron desconocimiento (cerca al 14%) de la iniciativa denominada Hospital Amigo de los Niños y de los 10 pasos para una lactancia exitosa por parte de todos los grupos de trabajadores de salud.
- Un grupo sustancial del personal multidisciplinario de salud, incluyendo los gineco-obstétricas (GO) (62.9% y 40.8%), mostraron desconocer la Ley 50 del 23 de noviembre de 1995 y los beneficios que confiere el Código de Trabajo a las madres lactantes en sus aspectos de protección y fomento de la LME.
- El 48.1% de los GO aún consideran a las fórmulas lácteas en el período postnatal como alternativa para la alimentación del recién nacido y el 77.8% de estos profesionales reiteraron que se dan fórmulas lácteas a estos niños con justificaciones varias, lo cual riñe con lo expresado en el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las subsiguientes resoluciones emitidas respecto al tema.
- Sólo el 59.3% de los médicos gineco-obstétricas considera que el recién nacido debe permanecer día y noche con la madre, el 100% de los mismos informan que en su hospital practican el alojamiento conjunto y 48.1% de estos profesionales manifestó que el niño debe recibir la primera toma de leche al menos 3 horas después del parto, lo que pone en riesgo el estímulo y contacto inmediato con el pecho materno.
- La insuficiencia en los conocimientos, prácticas y actitudes identificadas en los profesionales de salud limita a la madre de una gama de beneficios asociados a la LM exitosa.
- En los hospitales estudiados, los profesionales de salud mostraron la necesidad apremiante de programas permanentes de capacitación teórica y práctica sobre lactancia materna. Conforme a lo informado por el personal de salud, 59.3% de los GO no recibió capacitación teórica durante el último año, el 66.5% y 55.9% de personal multidisciplinario de salud no obtuvo capacitación práctica ni teórica, respectivamente.
- No podemos pretender que los profesionales de salud que no han recibido formación en relación a la LM puedan ofrecer a las madres orientación eficaz y asesoramiento competente.
- Los datos obtenidos nos reiteran que la percepción que una persona tiene sobre sus conocimientos puede no ser un buen indicador de su aprendizaje.
- El personal de las maternidades bajo estudio respondió no haber realizado actividades educativas de LM para las madres (95.2%).
- Conforme a la declaración de las madres, hay una insuficiente transmisión de la información sobre LM por parte del personal de salud en su totalidad, hecho este que se observa en la elevada proporción (70%) de las madres lactantes y de las gestantes estudiadas (52.9%), que manifestaron que no recibieron información verbal o charlas sobre LM en la maternidad ni durante el embarazo.
- Hay un porcentaje alto de “no inicio institucional de lactancia materna”, sobre el que debemos actuar con prontitud, principalmente con una política de formación del personal sanitario en el tema.
- Las normas que promueven o protegen la lactancia materna deben ser reconocidas por todo el personal de salud de las maternidades y del primer nivel de atención.

- La existencia de normas escritas sobre la LME constituye requisito indispensable para avanzar en el proceso de formación del personal y la aplicación de la misma, siempre que vaya acompañado de su implementación práctica.
- La evaluación presencial de las maternidades bajo estudio nos permite concluir que no contaban con locales adecuados para instrucción a las madres en LM.
- Un porcentaje considerable de las madres encuestadas en las maternidades e instituciones de salud donde fueron atendidas durante el embarazo (85.2% y 57.6% respectivamente), refirió no haber recibido material educativo sobre LM.
- Solo 33% de los GO indicó conocer que existen bancos de leche materna.
- Es innegable la necesidad de modificar actitudes que constituyan un obstáculo para la promoción y práctica de la lactancia.

---

## 6. Recomendaciones

- Los resultados de la presente investigación constituyen información útil y aplicable por las instituciones de salud públicas y privadas, en su desafío por mejorar la calidad de la atención médica.
- Las evidencias obtenidas mediante esta investigación servirán al Ministerio Salud como herramienta de sustentación para retomar, revisar y aplicar inmediatamente las políticas y normas existentes en relación a la LME.
- Es recomendable aprovechar la asistencia de las madres y mujeres a los centros de salud y policlínicas para brindarles suficiente orientación sobre lactancia materna.
- Desarrollar en todos sus artículos la Ley 50 del 23 de noviembre de 1995 y los beneficios que confiere el Código de Trabajo a las madres lactantes, en sus aspectos de protección y fomento de la LME para garantizar que todas las instituciones que proporcionen servicios de maternidad practiquen en su totalidad los “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural” que aparecen en la declaración conjunta OMS/UNICEF (Ginebra, 1989) titulada “Protección, fomento y apoyo de la lactancia materna: papel especial de los servicios de maternidad”.
- Es imperativo que el equipo multidisciplinario de salud se apropie de las políticas de la IHAN y se institucionalice la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños para que, a corto y mediano plazo, logremos las transformaciones necesarias para favorecer la intensificación de la práctica de la LME.
- Tomar medidas contundentes para la puesta en práctica en Panamá de los principios y objetivos de todos los artículos del Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud.
- Aprobar leyes innovadoras y dar a conocer y cumplir las existentes para la protección de los derechos de amamantamiento de las

trabajadoras y el establecimiento de medios para llevarlos a la práctica.

- Se hace necesario organizar capacitaciones con componentes prácticos que se renueven periódicamente y cubran los niveles de pre grado y servicio, para que el personal de salud tenga un nivel de conocimientos adecuado en esta materia tan importante para la salud materno-infantil.
  - Para lograr cambios sustanciales en las prácticas hospitalarias, la capacitación deberá ser obligatoria y fortalecida con normas de lactancia que se cumplan estrictamente. Estas intervenciones deberán aplicarse simultáneamente.
  - Se deberá informar y educar al personal de salud para aumentar su capacidad de inducir la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes.
  - Debe fortalecerse la institucionalización, proyectada a las madres, de la práctica de LME desde la atención prenatal a nivel primario y en su estancia en las maternidades, lo que haría viable la implementación de este tipo de lactancia a partir del parto.
  - Dotar las maternidades de los hospitales de los distintos niveles de atención con áreas físicas destinadas a la orientación, instrucción de las madres y provisión de literatura (folletos u otro material didáctico) que divulguen las técnicas de amamantamiento y demás aspectos alusivos al tema, con el fin de que se impulsen las estrategias de fomento de la LM en nuestro país.
  - Recomendamos que toda embarazada y madre lactante reciba la orientación experta de los profesionales de la nutrición, mediante controles durante la gestación y la lactancia.
  - Promover la creación y puesta en funcionamiento de la iniciativa “Centros de Salud Amigos de la Madre y el Niño” de la OMS-UNICEF, donde el personal de salud sea capacitado y actualizado para brindar consejos y charlas a las madres durante el embarazo y lactancia, debido a que las madres han
- declarado una insuficiente transmisión de información sobre LM por parte del personal de salud.
  - Será de gran ayuda propiciar la identificación de los grupos de apoyo a la lactancia materna procedentes de la comunidad, que coordinados por las instituciones de salud, contribuyan a aumentar la difusión e implementación de las normas de lactancia materna.
  - Recomendamos realizar actualizaciones y capacitaciones a todo el personal en las técnicas de pasteurización para su empleo en los bancos de leche materna.
  - Corresponderá a los equipos técnicos ministeriales realizar un análisis crítico de los cambios organizacionales necesarios para una LM exitosa y prolongada.

## 7- Glosario

1. **ACTITUDES (A):** Es la disponibilidad del individuo para cambiar su comportamiento, adoptando nuevas prácticas para promover, proteger y apoyar a la madre con relación a la lactancia materna.
2. **CONOCIMIENTOS (C):** Se refiere a la información que percibe o tiene el personal de salud y administrativo sobre la promoción, protección y apoyo a la madre con relación a la lactancia materna.
3. **PRÁCTICAS (P):** Medidas y hábitos que realiza el individuo en su vida diaria para promover, proteger y apoyar a la madre con relación a la lactancia materna.
4. **MATERNIDAD:** Establecimiento donde se atiende a las parturientas (aplicarse a la mujer que está en el momento del parto o recién parida).
5. **ALOJAMIENTO CONJUNTO:** Estancia del niño junto a su madre durante la hospitalización.

## 8. Referencias bibliográficas

- 1- Anales de Pediatría. Informe sobre el conocimiento de los residentes de pediatría en el manejo de la lactancia materna. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. 58:263-7. España. 2003.
- 2- Indicadores de situación de seguridad alimentaria y nutricional en Centroamérica y República Dominicana. Programa Regional para la Seguridad, Alimentación y Nutrición en Centroamérica y República Dominicana. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP). Pág. 34- 2007.
- 3- Lawrence, Ruth. Lactancia Materna. IV ed. España. 1996.
- 4- Lawrence, R. A. Practices and attitudes toward breast-feeding among medical professionals. Pediatrics, 70(6):912-920. 1982
- 5- Lazzaro, E; Anderson, J; Auld, G. Medical professionals attitudes towards breastfeeding. Journal of human lactation, 11(2):97-101. 1995
- 6- MINISTERIO DE SALUD, UNICEF. Lactancia materna en Panamá: un camino recorrido. Panamá. 1996.
7. OMS y UNICEF, Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia materna. Florencia, Italia, 1990.
8. OMS y UNICEF. La Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Nueva York, USA, 1993
9. OMS/UNICEF. Pruebas científicas de los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural. Document WHO/CHD/98.9OMS, Ginebra, 1998.
10. OMS World Health Organization. Bulletin of the 68(5) 625-631. Declaración Conjunta OMS/ UNICEF. Ginebra, 1989
11. Panamá. Ley 50 del 23 de noviembre de 1995. Ministerio de Salud.
12. Práctica y promoción de la lactancia natural en hospitales amigos del niño: curso de 18 horas para el personal de la maternidad. UNICEF/OMS, 1992.
13. Rodríguez, F. D; Borace, R; A, López; Cuellar M; Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud; Relación Costo Beneficio de las intervenciones de promoción sobre lactancia materna vs. laboratorios de fórmulas lácteas. Panamá, 2006.
14. Sociedad Argentina de Pediatría. Semana Internacional de la Lactancia Materna. 25 años en defensa de la creación del "Código..." en defensa de la Lactancia Materna. Argentina. 2006.
15. UNICEF.- ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA. 2005, 2006,2007.

## **9. Anexos**

## Anexo 1. Formulario de consentimiento informado

PARA EL PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD  
SOBRE ENCUESTA C.A.P.

HST  1 HGNAS  2

El Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud realiza una investigación en las maternidades del Hospital Santo Tomas y del Hospital G. Nicolás A. Solano para obtener información de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas (C.A.P.) sobre Lactancia Materna.

Esta encuesta (C.A.P.) se aplicará al personal multidisciplinario de salud que labore en las maternidades.

La participación en este ejercicio es de forma voluntaria y la información que usted nos proporcione será confidencial y anónima.

Le agradecemos el tiempo prestado y su aporte para el mejoramiento de las estrategias de promoción sobre Lactancia Materna en nuestro país.

Si está de acuerdo en participar debe firmar esta nota.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
D M A

Anexo 2. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA LOS MEDICOS GINECO-OBSTETRAS  
SOBRE ENCUESTA C.A.P.

HST  1 HGNAS  2

El Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud realiza una investigación en las maternidades del Hospital Santo Tomas y del Hospital G. Nicolás A. Solano para obtener información de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas (C.A.P.) sobre Lactancia Materna.

Esta encuesta (C.A.P.) se aplicará al personal multidisciplinario de salud que labore en las maternidades.

La participación en este ejercicio es de forma voluntaria y la información que usted nos proporcione será confidencial y anónima.

Le agradecemos el tiempo prestado y su aporte para el mejoramiento de las estrategias de promoción sobre Lactancia Materna en nuestro país.

Si está de acuerdo en participar debe firmar esta nota.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
D M A

## Anexo # 5. Encuesta a la madre en la maternidad

HST  1  
HGNAS  2

Hospital:

Encuesta # \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2005

1. En la maternidad le dieron algún consejo o charla sobre lactancia materna?  1 si  2 no
2. Recibió algún material educativo sobre lactancia materna al salir de la Maternidad?  1 si  2 no
3. Donde se atendió durante los 9 meses de embarazo?  
1-Centro de Salud  1  
2-Puesto de Salud  2  
3-Policlínica de la Caja de Seguro Social  3  
4-Clínica privada  4  
5- No se atendió  5  
6- Otro (especifique)  6
4. Durante el embarazo le dieron alguna orientación o charla sobre lactancia materna en la institución donde se atendió?  1 si  2 no
5. Recibió algún material educativo sobre lactancia materna en la institución de Salud donde se atendió durante el embarazo?  1 si  2 no

Anexo # 6. Formulario de consentimiento informado para las madres en las maternidades.

INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS DE ESTUDIOS DE LA SALUD

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

HST  1  
HGNAS  2

PARA: LAS MADRES DE LA MATERNIDAD:

ENCUESTA # \_\_\_\_\_

El Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud realiza una investigación en las maternidades del Hospital Santo Tomas y del Hospital G. Nicolás A. Solano para obtener información de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas (C.A.P.) sobre Lactancia Materna.

Usted ha sido seleccionada para participar de este estudio y deseáramos contar con su consentimiento para responder algunas preguntas concernientes al tema.

Los datos que usted nos proporcione son de carácter estrictamente confidencial.

La participación en este ejercicio es voluntaria.

Los teléfonos donde nos puede localizar son: 227-4111 extensión 145 y 137 en el horario de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. o al 675-5100 para mensajes después de las 4:00p.m.

Le agradecemos el tiempo prestado y sus aportes.  
Si está de acuerdo en participar debe firmar esta nota.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Anexo 3. Encuesta cap al personal multidisciplinario de salud

Entrevistador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hospital: HST \_\_\_\_\_ HGNAS \_\_\_\_\_ N° Encuesta \_\_\_\_\_  
 D M A

### COLOQUE UNA X A LA RESPUESTA CORRECTA

#### A. INFORMACION GENERAL:

1. Sexo  1 Femenino  2 Masculino

2. Edad Años \_\_\_\_\_

3.	5	5- Otro (especifique)	1
	1-Neonatólogo		
	2 2-Pediatría		
	3 3-Enfermería		
	4 4-Auxiliar de Enfermería		

#### A. CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA NATURAL:

4. La cantidad de leche que una mujer es capaz de producir depende de:

- |   |   |
|---|---|
| 1- La ingesta de líquido                | 1 |
| 2- El tamaño de los pechos              | 2 |
| 3- La frecuencia y vigor de las mamadas | 3 |
| 4- Su estado emocional                  | 4 |
| 5- Todas son correctas                  | 5 |
| 6- 1, 3 y 4 son correctas               | 6 |
| 7- No sabe                              | 7 |

5. ¿Qué consejos le da a la madre lactante que está amamantando y que tiene que ir a Trabajar después de su descanso post-natal, sobre la manera de alimentar a su hijo? (Una sola respuesta).

- |   |   |
|---|---|
| 1-Que amamante exclusivamente                           | 1 |
| 2-Que amamante y complemente                            | 2 |
| 3-Que amamante únicamente durante el período post-natal | 3 |
| 4-Que no amamante                                       | 4 |

6. De acuerdo a su criterio, la madre lactante debe interrumpir la lactancia cuando tiene: (elija una o varias respuestas)

- |                |   |
|----------------|---|
| 1-Mastitis *   | 1 |
| 2-Tuberculosis | 2 |
| 3-Hepatitis *  | 3 |
| 4-Cáncer       | 4 |
| 5-Malaria      | 5 |
| 6-SIDA         | 6 |
| 7-Ninguna      | 7 |

- |                  |   |
|------------------|---|
| 6 meses          | 1 |
| 8 meses          | 2 |
| 9 meses          | 3 |
| 12 meses         | 4 |
| de 12 a 23 meses | 5 |

- |                   |   |
|-------------------|---|
| 18 meses          | 6 |
| 24 meses (2 años) | 7 |
| no sabe           | 8 |

7. ¿A los cuántos meses debe producirse el destete completo?

- |                   |   |
|-------------------|---|
| 6 meses           | 1 |
| 8 meses           | 2 |
| 9 meses           | 3 |
| 12 meses          | 4 |
| de 12 a 23 meses  | 5 |
| 18 meses          | 6 |
| 24 meses (2 años) | 7 |
| no sabe           | 8 |

- |                   |   |
|-------------------|---|
| 6 meses           | 1 |
| 8 meses           | 2 |
| 9 meses           | 3 |
| 12 meses          | 4 |
| de 12 a 23 meses  | 5 |
| 18 meses          | 6 |
| 24 meses (2 años) | 7 |
| no sabe           | 8 |

8. -¿Hasta qué edad considera Usted que debe ser amamantado un niño de una madre bien nutrida?

- |                   |   |
|-------------------|---|
| 6 meses           | 1 |
| 8 meses           | 2 |
| 9 meses           | 3 |
| 12 meses          | 4 |
| de 12 a 23 meses  | 5 |
| 18 meses          | 6 |
| 24 meses (2 años) | 7 |
| no sabe           | 8 |

- |                   |   |
|-------------------|---|
| 6 meses           | 1 |
| 8 meses           | 2 |
| 9 meses           | 3 |
| 12 meses          | 4 |
| de 12 a 23 meses  | 5 |
| 18 meses          | 6 |
| 24 meses (2 años) | 7 |
| no sabe           | 8 |

9. -¿Hasta qué edad considera Usted que debe ser amamantado un niño de una madre desnutrida?

- |  |   |    |   |    |   |         |
|--|---|----|---|----|---|---------|
| 10. ¿Ha oído hablar de los Hospitales Amigos de los Niños?   | 1 | si | 2 | no | 3 | No sabe |
| 11. ¿La primera toma de leche materna debe ser inmediatamente después del parto?                             | 1 | si | 2 | no | 3 | No sabe |
| 12. ¿La madre debe dar pecho (leche materna) cada vez que el bebé lo pida?                                   | 1 | si | 2 | no | 3 | No sabe |
| 13. ¿Conoce la Ley 50, del 23 de noviembre de 1995, "Por la cual se protege y fomenta la Lactancia Materna"? | 1 | si | 2 | no | 3 | No sabe |

14. ¿Conoce los beneficios que otorga el Código de Trabajo, a la mujeres lactantes que trabajan?  1 si  2 no  3 no sabe
15. ¿Ha tenido o conoce alguna comunicación por escrito, sobre protección, promoción y apoyo a la lactancia materna?  1 si  2 no  3 No sabe
16. ¿Ha recibido capacitación sobre lactancia materna en este último año?.  1 si  2 no  3 No sabe
17. ¿Los biberones interfieren y dificultan la lactancia materna?  1 si  2 no  3 No sabe
18. ¿El factor emoción y de stress de la madre influyen negativamente en su capacidad de producción láctea?  1 si  2 no  3 No sabe
19. ¿Es importante que el recién nacido tome calostro?  1 si  2 no  3 No sabe
20. ¿La madre producirá más leche mientras más succione el infante?  1 si  2 no  3 No sabe
21. ¿Los niños amamantados ganan más peso que los niños alimentados con lactancia artificial?.  1 si  2 no  3 No sabe
22. ¿La madre que está amamantando debe primero dar los otros alimentos y luego el pecho?.  1 si  2 no  3 No sabe
23. ¿Es preferible que el destete se produzca bruscamente?  1 si  2 no  3 No sabe
24. ¿Tiene la maternidad actividades educativas de lactancia materna a madres en el post-parto inmediato?.  1 si  2 no  3 No sabe

**B. PRACTICAS SOBRE LACTANCIA NATURAL:**

25. ¿En el hospital donde Usted trabaja, practican el alojamiento conjunto? (permanencia del niño en la misma habitación de la madre)  1 Si  2 No  3 No sabe

26. ¿En la institución donde Usted trabaja, se pone el recién nacido al seno de su madre? (una sola respuesta).

1- Inmediatamente después del parto

2- 1/2 hora de nacido el infante

3- Entre 1 - 3 horas de nacido el infante

4- Entre 4 - 12 horas de nacido el infante

<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4

- 5- Más de 12 horas de nacido el infante  
6- Otro (especificar)

5
6

27. ¿Con qué frecuencia se amamanta al niño?

- 1- Horario fijo  
2- A libre demanda

1
2

28. Los niños permanecen con su madre, en promedio:

- 1- nunca  
2- de 1 a 5 horas  
3- de 6 – 12 horas  
4- de 13 – 18 horas  
5- de 18 – 23 horas  
6- todo el tiempo (las 24 horas)

1
2
3
4
5
6

29. ¿Hasta qué edad se recomienda actualmente leche materna como único alimento?  
(una sola respuesta).

- 1- 1 mes  
2- 2 meses  
3- 3 meses  
4- 4 meses  
5- 5 meses  
6- 6 meses  
7- 7 y mas

1
2
3
4
5
6
7

30. Indique cuál de estas prácticas institucionales favorece más la lactancia materna en la Maternidad:

- 1-Analgésia durante el parto.  
2-Permitir descanso nocturno de la madre (retirar el bebé).  
3-Puesta al pecho inmediatamente después del parto.  
4-Pecho cada 3h durante la noche  
5-Estímulo de la succión con chupete

1
2
3
4
5

31.  No sabe  no  sí ¿Son las fórmulas artificiales compradas por el hospital?
32.  Debe dárseles a las madres muestras gratis de fórmulas  No sabe  no  sí  lácteas cuando éstas no quieren amamantar a sus hijos?.
33.  No sabe  no  sí ¿Se utilizan biberones en los recién nacidos normales?
34.  Ha recibido capacitación práctica sobre lactancia materna en  No sabe  no  sí este último año?.
35.  No sabe  no  sí El recién nacido debe permanecer día y noche con la madre?
36.  La primera toma de leche materna debe ser al menos 3 horas  No sabe  no  sí después del parto?
37.  No sabe  no  sí ¿Si el niño tiene diarrea hay que suspender unos días la lactancia?

38. ¿Se permite a personas que distribuyen fórmulas lácteas entregar material educativo o muestras gratis de leche artificial

No sabe3no2sí1a las embarazadas y recién parturientas atendidas?

**C. ACTITUDES SOBRE LACTANCIA NATURAL:**

39. ¿Considera usted que se debe dar fórmulas lácteas a los recién nacidos?

1-Sí

2-Cuando la madre lo solicite

3-No

1

2

3

40. ¿Cuándo se dan las fórmulas lácteas a los recién nacidos?

1-Siempre

2-Sólo entre intervalos de amamantamiento

3-Cuando la madre lo solicite

4-Nunca se da

5-En casos especiales (especificar)

1

2

3

4

5

*\*Estas preguntas están basadas en los 10 pasos de la IHAN/OMS/UNICEF.*

**¡GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO!**

## Anexo 4. Encuesta cap al personal de gineco-obstetricia

Entrevistador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hospital: HST\_\_\_\_ HGNAS\_\_\_\_ N° Encuesta  
 D M A

### COLOQUE UNA X A LA RESPUESTA CORRECTA

#### A. INFORMACION GENERAL:

1. Sexo  1 Femenino  2 Masculino
2. Edad Años \_\_\_\_\_
3. 1-Ginecólogo Obstetra  1  
 2- Otro (especifique)  2

#### A. CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA:

4. ¿De acuerdo a su criterio, la madre lactante debe discontinuar la lactancia cuando tiene: (elija una o varias respuestas)

- |                |                            |
|----------------|----------------------------|
| 1-Mastitis     | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2-Tuberculosis | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3-Hepatitis    | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4-Cáncer       | <input type="checkbox"/> 4 |
| 5-Malaria      | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6-SIDA         | <input type="checkbox"/> 6 |
| 7-ninguna      | <input type="checkbox"/> 7 |

5. ¿De los métodos de planificación que se listan a continuación, cuáles considera Usted que pueden tener efectos negativos sobre la producción de leche de las madres? (elija una o varias respuestas)

- |                               |                            |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1-Anticonceptivos orales      | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2-Anticonceptivos inyectables | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3-Diafragma                   | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4-Espiral                     | <input type="checkbox"/> 4 |
| 5-Esterilización              | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6-D.I.U.                      | <input type="checkbox"/> 6 |
| 7-Ritmo                       | <input type="checkbox"/> 7 |
| 8-ninguno                     | <input type="checkbox"/> 8 |

6. ¿Ha oído hablar de los Hospitales Amigos de los Niños?  1 si  2 no  3 No sabe

7. ¿La primera toma de leche materna debe ser inmediatamente después del parto?
- 1 si 2 no 3 No sabe
8. ¿La madre debe dar pecho cada vez que el bebé lo pida?.
- 1 si 2 no 3 No sabe
9. ¿Los biberones interfieren y dificultan la lactancia materna?.
- 1 si 2 no 3 No sabe
10. ¿Ha recibido capacitación sobre lactancia materna en este último año?.
- 1 si 2 no 3 No sabe
11. ¿Conoce la Ley 50, del 23 de noviembre de 1995, “Por la cual se protege y fomenta la Lactancia Materna”?
- 1 si 2 no 3 No sabe
12. ¿Conoce los beneficios que otorga el Código de Trabajo, a la mujeres lactantes que trabajan?
- 1 si 2 no 3 No sabe
13. ¿Qué consejos le da a la madre lactante que está amamantando y que tiene que ir a trabajar después de su descanso post-natal, sobre la manera de alimentar a su hijo? (una sola respuesta).

1-Que amamante exclusivamente hasta los 6 meses

2-Que amamante y complemente con formula lácteas

3-Que amamante únicamente durante el período post-natal

4-Que no amamante

5-Que le de formulas lácteas

1
2
3
4
5

**B. PRACTICAS SOBRE LACTACIA NATURAL:**

14. ¿Le proporciona folletos a las madres y/o le indica donde adquirirlos para que se enteren sobre las ventajas de la lactancia natural y técnicas de amamantamiento?  1 **si**  2 no

15. ¿En el hospital o lugar donde trabaja, practican el alojamiento conjunto? (permanencia del niño en la misma habitación de la madre).  1 **si**  2 no

16. ¿En su institución se cuenta con un banco de leche materna?  1 **si**  2 no

17. ¿Se permite a personas que distribuyen fórmulas lácteas entregar material educativo y muestras gratis de leche a las embarazadas y recién parturientas atendidas?.  1 **si**  2 **no**

18. ¿En su institución se cuenta con un laboratorio de formulas lácteas?  1 **si**  2 **no**

19. ¿El recién nacido debe permanecer día y noche con la madre?  1 **si**  2 no

20. ¿La primera toma de leche materna debe ser al menos 3 h después del parto?  1 **si**  2 **no**

21. ¿Si el niño tiene diarrea hay que suspender unos días la lactancia?  1 **si**  2 **no**

22. ¿En la institución donde Usted trabaja, se pone el recién nacido al seno de su madre ? (una sola respuesta).

- 1- **Inmediatamente después del parto**
  - 2- 1/ 2 hora de nacido el infante
  - 3- Entre 1-3 horas de nacido el infante
  - 4- Entre 4-12 horas de nacido el infante
  - 5- Más de 12 horas de nacido el infante
  - 6- Otro (especificar)
- |   |
|---|
| 1 |
| 2 |
| 3 |
| 4 |
| 5 |
| 6 |

23. ¿Con qué frecuencia se debe amamantar al niño?  
 1- Horario fijo  1  
 2- **A libre demanda**  2

24. ¿Qué método de planificación familiar recomienda a la madre que amamanta y quiere espaciar hijos ?.(elija una o varias respuestas)

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| 1- Anticonceptivos orales      | 1 |
| 2- Anticonceptivos inyectables | 2 |
| 3- Diafragma                   | 3 |
| 4- Espiral                     | 4 |
| 5- Esterilización              | 5 |
| 6- D.I.U.                      | 6 |
| 7- ninguno                     | 7 |

25. ¿Hasta qué edad se recomienda actualmente leche materna como único alimento?  
(elija una respuesta)

- |            |   |
|------------|---|
| 1- 1 mes   | 1 |
| 2- 2 meses | 2 |
| 3- 3 meses | 3 |
| 4- 4 meses | 4 |
| 5- 5 meses | 5 |
| 6- 6 meses | 6 |
| 7- 7 y mas | 7 |

26. Indique cuál de estas prácticas institucionales favorece más la lactancia materna en la Maternidad:

- |   |   |
|---|---|
| 1-Analgésia durante el parto.                               | 1 |
| 2-Permitir descanso nocturno de la madre (retirar el bebé). | 2 |
| 3-Puesta al pecho inmediatamente después del parto.         | 3 |
| 4-Pecho cada 3h durante la noche                            | 4 |
| 5-Estímulo de la succión con chupete                        | 5 |

**C. ACTITUDES SOBRE LACTANCIA NATURAL:**

27. ¿Considera usted que le debe dar fórmulas lácteas a los recién nacidos?

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| 1-Sí                          | 1 |
| 2-Cuando la madre lo solicita | 2 |
| 3-No                          | 3 |

28. ¿Cuando el recién nacido amamantado llora de hambre, se le debe complementar con biberón.?

- |      |   |
|------|---|
| 1-Sí | 1 |
| 2-No | 2 |

*\*Estas preguntas están basadas en los 10 pasos de la IHAN/ OMS/ UNICEF.*

**¡GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO!**