

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO



**ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CERTIFICACIÓN DE
LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA
Y EL NIÑO, PARA FORTALECER LAS COMPETENCIAS DEL
PERSONAL DE SALUD DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL Y LOGRAR UNA MEJOR ATENCIÓN A LA MADRE
GESTANTE O PUÉRPERA**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN
GERENCIA SOCIAL

AUTORA:
FANNY ESTHER MORA VIDAL

ASESOR
Mg. JAVIER ALEJANDRO PINEDA MEDINA

LIMA – PERÚ
2021

AGRADECIMIENTOS

Al grupo de profesores de la Maestría en Gerencia Social de la Pontificia Universidad Católica del Perú, especialmente al Profesor Javier Pineda del Taller Especial de Investigación en Gerencia Social por su calidad profesional y buena disposición en la asesoría que me ha brindado a lo largo de la presente investigación.

Así mismo, quiero agradecer al personal asistencial y administrativo del INMP y particularmente al equipo profesional del Comité de Lactancia Materna del Instituto Nacional Materno Perinatal quienes me han brindado todo el apoyo necesario para desarrollar mi investigación. Y muy especialmente a la Dra. Peditra Neonatóloga Ylia Espinoza, Presidenta del Comité de Lactancia Materna del INMP por su lucidez, sus aportes, sus comentarios y su apoyo desinteresado en mi presente investigación.

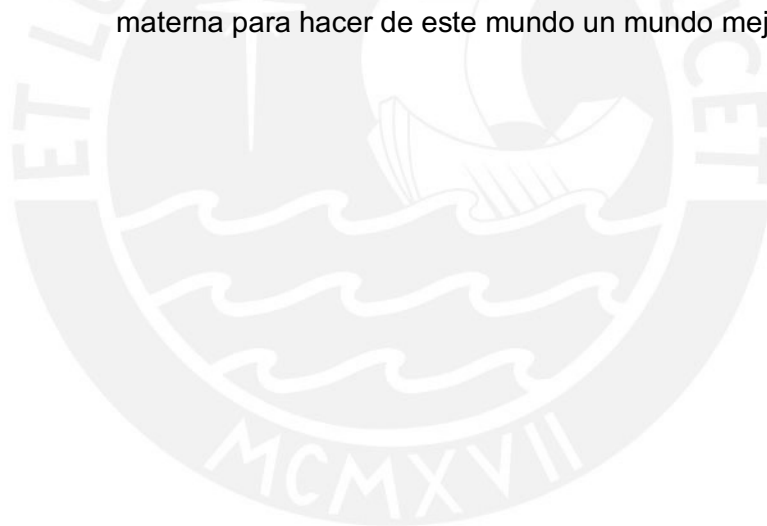
No quiero olvidar de agradecer a todas las madres gestantes y puérperas del INMP que me permitieron ingresar en su experiencia personal en torno a la lactancia materna y compartir sus vivencias, sus dificultades, sus avances, sus anhelos, a veces sus temores y sus lágrimas cuando las cosas no se presentaban como ellas querían. A todas ellas, mujeres peruanas que buscan salir adelante con la lactancia de sus hijos a pesar de las dificultades, a todas ellas que se merecen condiciones adecuadas que aseguren una lactancia exitosa para sus hijos.

DEDICATORIA

A mi mamá y mi papá por su entusiasmo frente a los niños y a la lactancia.
A mis hijos, Izia y Loïc, por la bella experiencia de lactancia vivida con cada uno de ellos y por la ternura que me han enseñado a dar en cada momento.

A mi esposo por su escucha y su compañía activa en todo este bello proceso.

Y a todas las mamás con las que he tenido la suerte de compartir sus experiencias de lactancia en los últimos 16 años, cada intento y cada esfuerzo, cada avance, cada alegría, sólo han reforzado mi enorme respeto que cada una de ellas se merece y el incansable interés, entusiasmo y pasión por la lactancia materna para hacer de este mundo un mundo mejor y más justo.



RESUMEN

La Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) es una estrategia mundial de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna (LM), que surge en 1991 del esfuerzo conjunto de UNICEF/OMS acorde a las recomendaciones de la Declaración de Innocenti (1989) y los “10 Pasos para una Lactancia Feliz”. El Perú adopta la Iniciativa en 1992. En 2014, el Ministerio de Salud relanza la iniciativa: Directiva Administrativa para la Certificación de ESAMNN¹ que enfatiza los criterios técnico-normativos que careció la iniciativa en 1992. El Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) se recertifica en agosto 2018 como ESAMNN, comprometiéndose a cumplir los tres pilares que componen la certificación, siendo el más importante los “10 Pasos para una Lactancia Materna Exitosa”, donde el Paso 2 “Capacitación del personal de salud”, base de la presente investigación, se ocupa de la formación teórico-práctica y la actualización científica en LM, así como del fortalecimiento de habilidades de comunicación del personal de salud para asegurar una atención adecuada de acompañamiento de la madre en LM y asegurar el éxito de su lactancia. En ese sentido el objetivo general de la presente investigación plantea: Conocer los factores que influyen en la implementación de la ESAMNN, para fortalecer las capacidades del personal de salud del INMP y lograr una mejor atención a la madre gestante o puérpera, analizando el desarrollo de sus competencias y habilidades de comunicación, así como la información brindada, el apoyo práctico, la experiencia en LM, y el trato ofrecido por el personal de salud, para proponer recomendaciones de mejora sobre las capacitaciones ofrecidas al personal de salud. La información y el material producido en la presente investigación, aporta pautas para una mayor interacción del personal de salud con las madres usuarias de un establecimiento de salud, en el ámbito de la LM.

¹ D.A. N° 201-MINSA/DGSP V.01

ABSTRACT

The Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) is a global strategy for the promotion, protection and support of breastfeeding, which arose in 1991 from the joint effort of UNICEF / WHO following the recommendations of the Declaration of Innocenti (1989) and the "Ten Steps to successful Breastfeeding." Peru adopted the Initiative in 1992. In 2014 the Ministry of Health relaunched the initiative: Administration directive for the Certification of ESAMNN² that emphasizes the technical-normative criteria that the initiative lacked in 1992. The National Maternal-Perinatal Institute (INMP) is recertified in August 2018 as ESAMNN, committing to comply with the three pillars that make up the certification, the most important being the "10 Steps for Successful Breastfeeding", where Step 2 "Training of health staff", the basis of this research, deals with of theoretical-practical training and scientific updating in breastfeeding, as well as the strengthening of communication skills of health staff to ensure adequate follow-up care of the mother in breastfeeding and to ensure the success of her breastfeeding. In this sense, the general purpose of this research is to know the factors that influence the implementation of the ESAMNN, to strengthen the capacities of the INMP health staff and achieve better care for the pregnant or puerperal mother, by analyzing the evolution of their communication skills as well as the information provided, their practical support, their experience in breastfeeding, and the treatment they offer, in order to propose recommendations on the training offered to health staff. The information and material given in this research provides guidelines for a greater interaction of health staff with mothers who are users of a health facility, in the field of breastfeeding.

² D.A. N° 201-MINSA/DGSP V.01

ÍNDICE	Pág.
Agradecimientos	2
Dedicatoria	3
Resumen	4
Abstract	5
Índice	6
Siglas y Abreviaturas	9
Capítulo I: Introducción	10
1.1 Planteamiento del problema	13
1.2 Justificación de la investigación	20
1.3 Objetivos de la Investigación	23
Capítulo II: Marco Conceptual	24
2.1 Marco Contextual y Normativo	24
2.1.1 Diagnóstico Social	24
Contexto de la Realidad que se Investiga	24
Antecedentes	28
Desnutrición y Morbi-Mortalidad Infantil en el Perú	28
Anemia Infantil	32
Salud Infantil	33
Mortalidad Infantil y en la Niñez	35
Situación Actual de la LM en el Perú	38
Inicio de la LM	38
LM en niñas y niños menores de seis meses de edad	41
Otros Indicadores de LM	43
LM en la Región América Latina	43
Incremento del Mercadeo de Sucedáneos de la Leche	
Materna en el Perú	45
2.1.2 Marco Normativo	46
Objetivos de Desarrollo Sostenible	46
Reglamento de Alimentación Infantil	50
Ley General de Salud N° 26842	51
Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-2012	51
Iniciativa Hospitales Amigos de la Madre y el Niño	52
2.1.3 Investigaciones Relacionadas	61
Discontinuidad del cuidado de la LM: "No hay capitán del barco"	61

¿Los consultorios pediátricos son "solidarios" con la LM? Discrepancias entre los informes de madres y profesionales de la salud	63
2.2 Marco Teórico	65
2.2.1 Enfoques	65
Enfoque de Desarrollo Humano	65
Enfoque del Curso de Vida	66
Enfoque de Derecho a la Salud	67
Enfoque de Fortalecimiento de Capacidades	69
Enfoque de Desarrollo Personal	70
Enfoque de Empoderamiento	71
Enfoque de la Ética del Cuidado	73
2.2.2 Principales Conceptos	75
Promoción de la LM puede salvar vidas	75
Iniciar la LM en la primera hora del recién nacido	77
Capítulo III: Diseño de la Investigación	80
Capítulo IV: Presentación, Análisis e Interpretación de los Resultados	85
4.1 Las capacitaciones ofrecidas al Personal de Salud del INMP en el marco de la Certificación ESAMNN, están desarrollando sus competencias y habilidades de comunicación para asegurar el apoyo adecuado a la madre gestante y puérpera	87
4.1.1 Capacitaciones ofrecidas al Personal de Salud del INMP en el marco de la Certificación ESAMNN	88
Contenidos de las Capacitaciones	92
Temas que más interesan al personal de salud	94
Limitación en horas prácticas	97
Limitación de la Participación del Personal Médico	98
Avances y fortalezas	103
Mejores Conocimientos	103
Avances limitados de prácticas claves.....	105
Adquisición Limitada de Sucedáneos de Leche Materna	106
Debilidades Encontradas	107
Paso 3. Promoción de la LM Durante el Embarazo	107
Paso 4: Contacto Piel a Piel	108
Paso 7: Alojamiento Conjunto	109
Calostroterapia	110

4.1.2 Desarrollo de las competencias y habilidades de comunicación en el Personal de Salud para asegurar el apoyo adecuado a la madre gestante y puérpera	112
4.1.3 Atención que recibe la madre gestante o puérpera por el Personal de Salud del INMP, a partir de las capacitaciones que recibió	118
4.2 La información y el apoyo práctico en LM brindado por el personal de salud a la madre gestante y puérpera, contribuye al mejoramiento de su experiencia en LM	128
4.2.1 La información en LM que brinda el personal de salud a la madre puérpera	128
4.2.2 El apoyo práctico en LM que brinda el personal de salud a la madre puérpera	140
4.2.3 Mejoramiento de la LM de la madre a partir de la información y el apoyo práctico que recibió por el personal de salud	150
Debilidades encontradas en el apoyo práctico brindado fuera del parto	153
4.3 La experiencia, las habilidades de comunicación y el trato ofrecido por el personal de salud, está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante y puérpera	162
4.3.1 La experiencia del personal de salud en LM, está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante o puérpera	163
4.3.2 Las habilidades de comunicación del personal de salud, está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante o puérpera	171
Comunicar claramente	174
Saber escuchar	178
Empatía	181
4.3.3 El trato ofrecido por parte del personal de salud, está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante y puérpera	185
La Historia de los 8 Pañales	201
Capítulo V: Conclusiones	204
Capítulo VI: Recomendaciones	213
Capítulo VII: Propuesta de Mejora	219
Bibliografía	225
Anexos	232

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AMS	: Asamblea Mundial de la Salud
BFHI	: The Baby-Friendly Hospital Initiative
BLH	: Banco de Leche Humana
CLM	: Comité de Lactancia Materna
DA	: Directiva Administrativa
DS	: Decreto Supremo
DGSP	: Dirección General para la Salud de las Personas
EDA	: Enfermedad Diarreica Aguda
ENDES	: Encuesta Nacional de Demografía y de Salud Familiar
ESAMNN	: Establecimiento de Salud Amigo de la Madre, la Niña y el Niño
FAO	: Food and Agriculture Organization of the United Nations
IBFAN	: International Baby Food Action Network
IHAMN	: Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño
IHAN	: Iniciativa Hospital Amigo del Niño
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
INMP	: Instituto Nacional Materno Perinatal
IRA	: Infección Respiratoria Aguda
LM	: Lactancia Materna
LME	: Lactancia Materna Exclusiva
MINSA	: Ministerio de Salud
NTS	: Norma Técnica de Salud
OMS	: Organización Mundial de la Salud
ODS	: Objetivos de Desarrollo Sostenible
OPS	: Organización Panamericana de la Salud
PNUD	: Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo
RAI	: Reglamento de Alimentación Infantil
RM	: Resolución Ministerial
UCI	: Unidad de Cuidados Intensivos
UCIN	: Unidad de Cuidados Intermedios
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund
USAID	: United States Agency for International Development

**ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA
CERTIFICACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO, PARA
FORTALECER LAS COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE SALUD
DEL INMP Y LOGRAR UNA MEJOR ATENCIÓN A LA MADRE
GESTANTE O PUÉRPERA**

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se centra en la DA para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño³, con el mismo rango de norma técnica que plantea los criterios técnico-normativos para la certificación; y busca subsanar los vacíos de la IHAMN⁴ en el Perú de 1993, adoptada a partir de la estrategia mundial IHAN que nace en 1990 del esfuerzo conjunto UNICEF/OMS cuyo objetivo central es proteger, promover y apoyar la LM desde los establecimientos de salud que posean servicios de atención de parto y del recién nacido respetando los 10 Pasos para una Lactancia Exitosa.

El inicio temprano de LM puede salvar la vida de niñas y niños, como lo confirman los estudios The Lancet 2016: "Mejorar las prácticas de la lactancia podría salvar (cada año), las vidas de 820 000 niños menores de 5 años (donde el 87 % de ellos no llega a los 6 meses)". Y permitirles un crecimiento y desarrollo socioemocional óptimos que pueden incidir en una mejor calidad de vida; las cuales representan intervenciones de mejor costo/beneficio. Sin dejar de mencionar los beneficios para la salud materna como protegerla contra el cáncer de mama (previene unas 20 000 muertes anuales), cáncer de ovario y la diabetes tipo II⁵.

³ DA N° 201-MINSA/DGSP V.01. R.M. N° 609-2014/MINSA

⁴ Iniciativa Hospital Amigo del Niño, OMS/UNICEF. 1991

⁵ C. Victora, R. Bahl, A. Barros, G.V.A Franca, S. Horton, J. Krasevec, S. Murch, M. J. Sankar, N. Walker, and N. C. Rollins. 2016. "Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms and Lifelong Effect." The Lancet Breastfeeding Series Group vol. 387, 2016 (10017):475-490

En ese sentido, la recertificación en agosto 2018 del INMP como ESAMNN es de sumo interés, en la medida que se trata de un establecimiento de salud Nivel III-2 de referencia nacional, que recibe casos de alta complejidad gineco-obstétrica y neonatal; que atiende alrededor de 20 mil partos al año y que cuenta con 2450 trabajadores, entre personal administrativo y asistencial.

Condiciones que describen la doble oportunidad que representa la recertificación del INMP, por un lado el gran reto que ha tenido que asumir el del INMP para llevar adelante la recertificación, que entraña numerosas tareas, como la capacitación del personal de salud (Paso 2 de los 10 Pasos para una Lactancia Exitosa) la misma que redundará en la adecuada atención brindada a las madres usuarias del INMP y que interesa conocer más a fondo en esta investigación; y por otro lado, la oportunidad de atender adecuadamente con personal capacitado, a gran número de madres gestantes y puérperas junto con sus recién nacidos que vienen al INMP.

De los hallazgos encontrados podemos decir que las capacitaciones ofrecidas por el CLM al personal de salud del INMP, en términos generales tiene un impacto positivo en la actualización en temas de LM y está permitiendo una atención adecuada, el apoyo práctico ofrecido, trato más humano, explicación clara, más y mejor escucha, entre otros puntos, que redundará en una mejora de la experiencia de LM de las madres usuarias y una mejor interacción entre el personal de salud y la madre gestante y puérpera.

Pero también se evidencian algunos aspectos descuidados que salen a flote de cuando en cuando, poca promoción de la LM durante el embarazo, separación de la diada madre/bebé sin razón aparente, poca participación del personal médico, carencias especialmente en el ámbito humano, que son cuestionados por las mismas madres como falta de empatía, brusquedad, frialdad y poco acompañamiento de las madres cuyos bebés sufren hospitalizaciones largas, entre otros puntos. Todos estos hallazgos nos permiten asegurar que, si bien se ha avanzado en buena dirección, todavía existen aspectos por mejorar que es necesario atender.

El capítulo primero plantea el problema de la presente investigación visto desde la importancia de las estrategias globales de UNICEF/OMS como la IHAN y su correspondiente a nivel nacional, para intervenir en la promoción, protección y apoyo a la LM con el fin de permitir la sobrevivencia y las mejores condiciones de vida de la niña y el niño en el Perú. En ese capítulo también se desarrollarán los objetivos de la investigación que buscan conocer mejor la capacitación del personal de salud del INMP para su certificación como ESAMNN.

En el segundo capítulo, se expondrá la situación de los principales indicadores de morbi-mortalidad infantil, salud y de LM en el Perú de hoy; así como el marco normativo internacional y nacional que explica la pertinencia de la estrategia ESAMNN, y su impacto en la reducción de la morbi-mortalidad infantil y en el desarrollo integral de la niña y el niño en el Perú. Del mismo modo en este capítulo se desarrollará el marco teórico referencial como los enfoques que enmarcan la presente investigación y los conceptos claves.

El tercer capítulo describe someramente el diseño de la investigación cualitativa y sus principales instrumentos que dirigen la investigación. En el cuarto capítulo, se desarrolla el análisis e interpretación de los resultados encontrados, en torno a las capacitaciones ofrecidas por el CLM del INMP en el marco de la certificación ESAMNN para fortalecer y mejorar las competencias y capacidades del personal de salud y su incidencia en la atención adecuada brindada a la madre gestante y puérpera para asegurar su experiencia de LM que redundará en una mejor salud materno-infantil y mejor desarrollo integral de la niña y el niño.

El quinto capítulo expone las conclusiones del análisis de los resultados. El capítulo sexto expone las recomendaciones a partir de la lectura de las conclusiones. Y en el capítulo séptimo se presenta una propuesta de mejora con el fin de incorporarla en las capacitaciones que se ofrecen al personal de salud en el marco de la Certificación ESAMNN. Y al final se concluye con la bibliografía revisada.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La leche humana es un alimento natural específico y óptimo para el bebé humano y niñas y niños pequeños, que les corresponde como mamíferos que son. Ella provee de todos los nutrientes esenciales (lípidos, hidratos de carbono, proteínas, vitaminas y minerales), así como hormonas, factores inmunológicos y un conjunto diverso de microbios sean bacterias, archaea, virus, protozoos y hongos anaeróbicos que conforman la microbiota de la leche humana⁶; que en conjunto van a permitir el crecimiento adecuado, el vínculo afectivo seguro, la plasticidad cerebral y el desarrollo socioemocional para alcanzar una vida digna y con plenitud de todas sus capacidades humanas.

La leche humana es un tejido vivo, complejo y en adaptación constante a las condiciones y necesidades del bebé y de la madre. El calostro humano producido en pequeñas cantidades por la madre durante los primeros días del recién nacido, presenta características particulares que la diferencia de la leche madura y que le permite cumplir funciones inestimables debido a su alta concentración de proteínas, así como su baja concentración de lactosa y ácidos grasos, sus grandes cantidades de colesterol y ácidos grasos de cadena larga (encargadas de la mielinización, desarrollo del tejido cerebral y síntesis de enzimas), vitaminas liposolubles (E, A y K), también vit. B12 (hidrosoluble), insulina, nucleótidos y nucleósidos, células vivas como leucocitos, células epiteliales secretoras, minerales (sodio y zinc).

De esta manera, el calostro es el alimento perfecto y de fácil asimilación para el recién nacido, cuyo sistema digestivo e inmunológico se encuentra todavía en proceso de maduración, permitiéndole el “sembrado” temprano de bacterias de la leche o del “microbiota” de la madre en el intestino del lactante para conformar una importante barrera protectora contra bacterias patógenas y enfermedades y su impacto en la sobrevivencia de la niña y el niño.

De ahí la importancia del inicio de la lactancia durante la primera hora, que además está determinado por el contacto físico entre la madre y el bebé inmediatamente después del parto que permitirá el “neurocomportamiento” innato del recién nacido

⁶ Ojo-Okunola, A., Nicol, M. & du Toit, E., 2018. Human Breast Milk Bacteriome in Health and Disease. *Nutrients*, 10(1643), pp. 1-13

en busca de su alimento del seno de su madre, diferente del comportamiento de mantenimiento de la lactancia. El “neurocomportamiento” sucede en un período “crítico”, un momento único e irrepetible que asegura la continuidad de su bienestar en el presente y en el futuro. La lactancia en la primera hora es “un comportamiento especialmente frágil y transitorio⁷” vulnerable a cualquier intervención temprana sin fundamento.

“Independientemente de que el parto tenga lugar en una choza de una aldea rural o en un hospital de una gran ciudad, amamantar a los recién nacidos dentro de la primera hora de vida equivale a brindarles la mejor oportunidad de sobrevivir, crecer y desarrollar todo su potencial. Estos beneficios hacen del inicio temprano de la lactancia una medida clave de la atención neonatal esencial en el Plan de Acción para Todos los Recién Nacidos⁸”.

Sabemos que la lactancia en la primera hora es crucial, un recién nacido que amamanta durante la primera hora tiene más probabilidades de sobrevivir a diferencia del que no lo hace. Así lo confirma un meta-análisis de cinco estudios con más de 130 000 recién nacidos que recibieron LM⁹, donde se identifica tres grupos, el primer grupo de recién nacidos amamantaron entre 2 a 23 horas después del parto y presentaron un riesgo de morir mayor al 33% de los que amamantaron en la primera hora después del parto. Y los que amamantaron más allá de las 24 horas, tuvieron el doble de riesgo de morir. En conclusión, cuanto más tarde se inicia la LM, más riesgos de muerte y de infecciones enfrenta el recién nacido.

En ese sentido, el período que gira entorno al nacimiento de un recién nacido, es un período crítico para su vida y la de su madre. Y la LM hace la diferencia, porque puede permitirle su sobrevivencia protegiéndole de numerosas enfermedades comunes inclusive de la muerte, y ofreciéndole además la posibilidad de un futuro más promisorio.

La Serie de Estudios sobre LM por The Lancet en 2016 lo confirman:

⁷ Alberts, Jeffrey R. Learning as adaptation of the infant. *Acta Paediatrica*. Nurturing the Child. Jun 1994 Volume 83, Issue s397

⁸ Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Every Newborn: An action plan to end preventable deaths*, OMS, Ginebra, 2014.

⁹ Smith, Emily R, et al. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, vol. 12, no. 7, 25 de Julio 2017.

- Mejorar las prácticas de la lactancia podría salvar las vidas de 820 000 niños menores de 5 años (el 87 % de ellos no llega a los 6 meses)
- Promueve el crecimiento saludable y fortalece el desarrollo cerebral.
- Contribuye a evitar el 50 % de todas las enfermedades diarreicas y un tercio de las infecciones respiratorias en niños de países de ingresos bajos y medios.
- Protege contra el sobrepeso y la obesidad infantil.
- Beneficia la salud materna: protege contra el cáncer de mama (previene unas 20 000 muertes anuales), el cáncer de ovario y la diabetes tipo II.

Sin embargo, a pesar de las claras evidencias, UNICEF confirma lamentablemente que sólo el 40% de los recién nacidos en el mundo reciben LME en los primeros seis meses¹⁰ : “Sólo 2 de cada 5 lactantes menores de seis meses son alimentados exclusivamente con leche materna, como se recomienda”.

En este difícil contexto donde está en juego la vida de millones de niñas y niños en el mundo, las organizaciones internacionales más importantes como UNICEF y la OMS han venido trabajando en las últimas décadas unificando esfuerzos para promover iniciativas que permitan apoyar, proteger y promover la LM y participar en la disminución de la desnutrición y la morbi-mortalidad de las niñas y niños menores de 5 años en el mundo y permitirles una vida digna con el desarrollo óptimo de sus capacidades.

Una de las más importantes es la estrategia BFHI en español IHAN 1991-1992 lanzada de manera conjunta por la OMS y UNICEF para concretizar la segunda meta operacional de la Declaración de Innocenti, Sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la LM (1990) “Garantizar que todas las instituciones que proporcionen servicios de maternidad practiquen plenamente la totalidad de los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa”, cuyo fin principal es mejorar las rutinas de atención en las Maternidades porque es ahí donde ocurre la mayoría de los nacimientos institucionales y es ahí donde se consolida la formación de los profesionales.

¹⁰ Los bebés y las madres del mundo sufren los efectos de la falta de inversión en la LM
Comunicado de Prensa UNICEF Agosto 2017
<https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/los-beb%C3%A9s-y-las-madres-del-mundo-sufren-los-efectos-de-la-falta-de-inversi%C3%B3n-en>

“Basada en evidencias científicas la IHAN pretende mejorar la llegada al mundo de los seres humanos. Humanizando la atención perinatal y protegiendo la LM natural desde sus inicios”¹¹.

Para ser considerado Hospital Amigo del Niño se debe cumplir con los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa los cuales se describen en el Cuadro N° 1

Cuadro N° 1.1 : Los 10 Pasos Para una Lactancia Exitosa

Los 10 Pasos Para una Lactancia Exitosa Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán:	
1.	Disponer de una Política por escrito relativa a la LM que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
2.	Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3.	Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la LM y la forma de ponerla en práctica.
4.	Contacto precoz: Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5.	Mostrar a las madres cómo se debe amamantar y cómo mantener su 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 de las madres y sus bebés durante las 24 horas del día.
8.	Fomentar el amamantamiento a libre demanda.
9.	No dar a los bebés amamantados chupones ni biberones
10.	Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la LM y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

Fuente: OMS/UNICEF¹². Cuadro elaborado por la investigadora.

La IHAN cuenta además como eje orientador al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la LM (AMS N° 34 de la OMS 1981).

La IHAN de la UNICEF/OMS en un primer momento fue considerada un éxito y ha sido un catalizador importante para la protección, promoción y el apoyo de la LM

¹¹ OMS/UNICEF. Protecting, Promoting and Supporting Breast-Feeding. The Special Role of Maternity Services. Geneva 1989

¹² OMS. Salud Familiar y Reproductiva. División de Salud y Desarrollo del Niño. Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. WHO/CHD/98.9 Ginebra 1998.

en el mundo. Pero con el pasar de los años la IHAN perdió impulso y ha sufrido una serie de cambios y ajustes desde la OMS/UNICEF para revitalizar la iniciativa a nivel mundial. En 2007 en su primera evaluación luego de su 15 aniversario y en 2016 una segunda evaluación a los 25 años de la IHAN.

En el Perú, en 1992 el MINSA a través del Sub-Programa de Crecimiento y Desarrollo (CRED) adopta la Iniciativa, acreditando en un período de 5 años a 90 Hospitales Amigos de la Madre y el Niño en todo el país, una de las cifras más altas en toda América Latina, con el apoyo de la OMS/OPS, UNICEF y USAID-Perú. Pero estos Hospitales no fueron monitoreados y supervisados como correspondía y poco a poco fueron perdiendo su acreditación porque no pudieron sostener sus compromisos.

Es así que, en 2014, luego de algunos intentos vanos en el 2012, aparece la DA N° 201-MINSA/DGSP V.01 para la Certificación de ESAMNN con el mismo rango de Norma Técnica. En ella se expone los tres componentes a tomar en cuenta en la evaluación para obtener la certificación:

1. Los 10 Pasos para una Lactancia Exitosa (75%)
2. Publicidad y adquisiciones de sucedáneos de la leche materna, biberones y tetinas (15%)¹³
3. Lactario Institucional (10%)

El INMP se acreditó la primera vez en 1994 como Hospital Amigo de la Madre y el Niño, recertificándose nuevamente en agosto 2018 con la nueva DA N° 201-MINSA/DGSP V.01 vigente.

La Iniciativa en conjunto, busca en última instancia sensibilizar, concientizar e involucrar a todos los profesionales que laboran en un establecimiento de salud que atienden a madres y a niños, y que cuenta con una política interna coherente de apoyo, promoción y protección de la LM para contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil y lograr elevar la calidad de vida de las niñas y los niños y la de sus madres de nuestro país.

¹³ El establecimiento de salud no recibe donaciones ni compra a precios rebajados los sucedáneos de leche materna. Sólo puede adquirir lo requerido con justificación médica (sólo para los establecimientos que atienden partos y recién nacidos).

En ese sentido, se necesita partir de un mismo objetivo compartido: entender la importancia ineludible de la LM y sus repercusiones presentes y futuras en la salud materno infantil y en la calidad de vida de ambos. Para esto, una de las estrategias fundamentales está la de realizar capacitaciones continuas de todo el personal, que permita elevar los conocimientos en torno a las evidencias científicas que respaldan la LM y así poder unificar criterios teóricos-prácticos frente a las necesidades que nos plantean las madres y sus bebés.

Sin embargo, las evidencias confirman que la información y el apoyo técnico o práctico no son suficientes a la hora de apoyar en lactancia a una madre y su bebé. Se necesita saber llegar y compartir información pertinente con la madre y su bebé. Se necesita manejar habilidades de comunicación y desarrollar capacidades interpersonales que permitan construir un ambiente propicio para el intercambio y una conexión saludable con esa madre, y poder compartir información actualizada y adecuada y poder asegurar su lactancia. En ese sentido el paso 2 debe poner énfasis en la capacitación teórico práctica de competencias y habilidades de comunicación del personal de salud.

Toda ocasión de intercambio entre la madre y el personal de salud, debe ser una oportunidad aprovechada para reforzar sus conocimientos en LM, y que permita dar el apoyo teórico-práctico y emocional que la madre necesita, acorde a las demandas y expectativas de la madre, debe ser de calidad y debería corresponder con el momento sensible que atraviesa toda mujer y su bebé alrededor del puerperio y su lactancia.

En ese sentido, el profesional de salud necesita consolidar dos aspectos indisolubles entre sí para lograr un buen acompañamiento de la madre en su experiencia de lactancia.

- Manejo de conocimientos en torno a la LM, actualizados y basados en evidencias científicas. Del cual se ocupa el paso 2 de la Iniciativa.
- Manejo de competencias y habilidades de comunicación, también llamado Consejería en LM que permita la escucha activa, la empatía y la comunicación asertiva para lograr el empoderamiento de la madre en su experiencia de lactancia. Se considera este aspecto una pieza clave para

cerrar el círculo del buen apoyo adecuado y eficaz para las madres y sus bebés y asegurar su experiencia exitosa en LM. Aspecto también presente en el paso 2 pero que falta darle mayor atención. En este sentido, las preguntas que enmarcan la presente investigación son las siguientes:

PREGUNTA GENERAL:

¿Qué factores influyen en la Certificación ESAMNN, para fortalecer las capacidades del personal de salud del INMP y lograr una mejor atención a la madre gestante y puérpera?

PREGUNTAS ESPECÍFICAS:

¿Las capacitaciones ofrecidas por el CLM al personal de salud del INMP, en el marco de la Certificación ESAMNN, están desarrollando sus competencias y habilidades de comunicación para asegurar el apoyo adecuado en LM a la madre gestante o puérpera?

¿En qué medida la información brindada y el apoyo práctico en LM ofrecido a la madre gestante o puérpera por parte del personal de salud del INMP, están contribuyendo a mejorar su experiencia de LM y la de su niña/niño recién nacido?

¿La experiencia en LM, las habilidades de comunicación y el trato ofrecido por el personal de salud del INMP, está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante o puérpera?

1.2 JUSTIFICACIÓN

El Perú históricamente es un país “lactador”, sus altas tasas de LM en relación a otros países de América Latina y el Caribe lo confirman. Sin embargo, en los últimos años, se presencia el retroceso silencioso de varios indicadores en LM que preocupa; al mismo tiempo que se observa un incremento de la publicidad y del consumo de los sucedáneos de la leche materna en el mercado peruano en los últimos años.

La LM en la primera hora descendió de 55.6% en el 2013 a 49.7% en el 2018, siendo más importante en áreas rurales (68.7%) que en las urbanas (43.4%). El promedio nacional de LME ha bajado a 66.4% en 2018 y es más importante en áreas rurales con 79.6% que en zonas urbanas con 61.2%, observándose en los tres casos, una curva sinuosa de subidas y bajadas en los últimos años, pero siempre con la tendencia a seguir disminuyendo.

También sigue bajando la duración mediana de la LME que es de 3.8 meses. El promedio de la duración de la LM es de 21.1 meses sin llegar al mínimo recomendado por la OMS y UNICEF de 24 meses o más. Las cifras también nos muestran que mientras que por un lado los partos institucionales han aumentado en el Perú pasando de 81.3% (2009) a 93% en 2017, las cesáreas también han aumentado de 21.4% en 2009 a 34.2% en 2017, mientras que el inicio de la lactancia temprana a disminuido de 52.7% en 2009 a 48.2% en 2017.

Además, las cifras de desnutrición crónica infantil en nuestro país, si bien es cierto que han disminuido a nivel nacional con 12.2%, sin embargo, las cifras en las zonas rurales siguen siendo muy altas, llegando a 25.7% mucho más que el triple que en zonas urbanas de 7.3%. Y más grave en la sierra que en la selva, y con más énfasis en los departamentos más pobres de nuestro país como Huancavelica 32%, Cajamarca 27.4%, Huánuco 22.4%, Amazonas 20.4%, Ayacucho 20.2%.

La anemia infantil sigue presente en el Perú 43.5% sin mejoras sustanciales después del 2011 con 41.6%. Más preponderante en áreas rurales que urbanas. Lo mismo se puede decir en lo referente a IRA, se evidenciaron mejoras hasta 2007-2008, luego se estancó alrededor de 14.4% y lo que es más delicado, es

que las cifras parecen incrementarse en áreas rurales. El porcentaje de EDA en niños menores de 5 años presenta un 10.7% muy similar desde 2013 con 10.9%.

Estas cifras hablan de la fragilidad de los avances en materia de anemia, morbimortalidad y desnutrición crónica infantil a nivel nacional. Y donde las áreas rurales son las más vulnerables que las urbanas. Además, se aprecia un estancamiento de las mejoras de estos indicadores desde hace algunos años, incluso con la amenaza de rebrotar en algunos casos.

En general, se puede evidenciar que las niñas y niños menores de cinco años de nuestro país, no nacen con las mejores condiciones para sobrevivir y desarrollar sus capacidades humanas. Al contrario, estas condiciones son más agresivas en las áreas rurales de nuestro país.

Además, encontramos que las cifras, de los principales indicadores de LM en nuestro país señalan tendencias a la baja desde hace varios años y que tienen un impacto preocupante en la sobrevivencia, salud y desarrollo integral de las niñas y niños del Perú. Sabiendo que la LM les podría permitir superar los efectos de las difíciles condiciones en las que les toca vivir y asegurar la vida y un futuro promisorio.

Por otro lado, el incremento vertiginoso de la oferta, la publicidad indiscriminada y las ventas exponenciales de los sucedáneos de la leche materna en los últimos años en nuestro país, va consolidando una cultura del biberón (aquella que sugiere que la leche artificial es tan buena o mejor que la leche materna) y permitiendo el retroceso rápido de los principales indicadores de la LM en el Perú. Lo cual pone en evidencia el descuido de la promoción del RAI y de los entes responsables de la vigilancia del Código de Comercialización de los Sucédáneos de la Leche Materna.

En ese contexto, el relanzamiento de la iniciativa ESAMNN normado por la DA para la Certificación de ESAMNN N° 201-MINSA/DGSP V.01 en 2014 y que toma en cuenta tres criterios: (01) Los 10 Pasos para una Lactancia Exitosa, (02) Publicidad y adquisiciones de Sucédáneos de la Leche Materna, biberones y tetinas y (03) Lactario Institucional; se constituye en un ámbito importante de

resistencia desde los establecimientos de salud, públicos y privados; juega un rol muy importante de protección, promoción y apoyo de la LM para la atención de madres y sus bebés.

En ese sentido el Paso 2 en el cual se centra la presente investigación, referida a la Capacitación del Personal de Salud en materia de LM, a través del cual se plasma la Política de promoción, protección y apoyo de la LM del Establecimiento de Salud, la actualización científica en LM y el desarrollo de habilidades de comunicación del personal de salud.

Es justamente, en este último punto donde se centra la presente investigación, porque la capacitación y desarrollo de habilidades de comunicación es crucial en la medida que permite la consolidación del apoyo al binomio madre-bebé. Donde se conjugan la información actualizada con evidencia científica y los recursos comunicativos e interpersonales que pone en juego el personal de salud para acompañar empáticamente a la madre y permitirle el éxito en su lactancia. En pocas palabras, no basta la información adecuada, es importante saber compartirla humanamente.

Visto de esta manera, cada encuentro entre personal de salud y madre-bebé, es una oportunidad para ofrecer información y ayuda práctica que permitan a la madre-bebe consolidar su experiencia de LM. Cada encuentro es una buena oportunidad para desplegar competencias de acompañamiento que promuevan y protejan la LM de cada madre-bebé.

En ese sentido, el profesional de salud, necesita una capacitación que incluya no sólo manejo de información actualizada en torno a la LM si no también manejo de competencias y habilidades de comunicación que permitan lograr un buen acompañamiento a la madre en su lactancia, a partir de una buena escucha, empatía y una comunicación asertiva.

Con todo ello, se espera proponer recomendaciones para mejorar las capacitaciones ofrecidas al personal de salud en el marco de la IHAMN hoy llamado ESAMNN. Aquí radica la pertinencia de la Gerencia Social en la presente investigación.

1.3 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Conocer los factores que influyen en la Certificación ESAMNN, para fortalecer las capacidades del personal de salud del INMP y lograr una mejor atención a la madre gestante o puérpera, analizando, el desarrollo de sus competencias y habilidades de comunicación, así como la información brindada, el apoyo práctico, la experiencia en LM, y el trato ofrecido por el personal de salud, para proponer recomendaciones de mejora sobre las capacitaciones ofrecidas al personal de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS :

- Conocer si las capacitaciones ofrecidas por el CLM al personal de salud del INMP, en el marco de la Certificación ESAMNN, están desarrollando sus competencias y habilidades de comunicación para asegurar el apoyo adecuado en LM a la madre gestante o puérpera.
- Identificar y analizar las competencias y habilidades de comunicación que se ponen en juego por parte del personal de salud en cada encuentro del personal de salud y madre-bebé.
- Determinar si la información brindada y el apoyo práctico en LM ofrecido a la madre gestante o puérpera por parte del personal de salud del INMP, está contribuyendo a mejorar su experiencia de LM y la de su niña/niño recién nacido.
- Identificar si la experiencia en LM, las habilidades de comunicación y el trato ofrecido por el personal de salud del INMP, está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante o puérpera.
- Proponer recomendaciones para mejorar las capacitaciones ofrecidas al personal de salud en el marco de la Iniciativa Hospital de la Madre, la Niña y el Niño.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

2.1 MARCO CONTEXTUAL Y NORMATIVO

2.1.1 DIAGNÓSTICO SOCIAL

CONTEXTO DE LA REALIDAD QUE SE INVESTIGA

La presente investigación se desarrolló en el INMP ex Maternidad de Lima, ubicado en el corazón del Cercado de Lima.

Foto N° 2.1 : Fachada y patio interior del INMP



Fuente: Google

El INMP es un Establecimiento de Salud de ámbito público, fundado en 1826 y depende directamente del MINSA del Perú. Está especializado en la atención materno perinatal y como su nombre lo indica, es un establecimiento de salud que incorpora en sus funciones la investigación y enseñanza desde 1992 donde recibe su nombre de INMP. En 2006 es categorizado como Establecimiento de Salud Nivel III-2 por su complejidad médico-quirúrgica dentro del área materno-perinatal en todo el país. Tal como lo precisa el Reglamento de Organización y Funciones del INMP:

“El INMP es un órgano desconcentrado del MS, responsable de la investigación científica, la enseñanza y la atención especializada y altamente especializada en el campo de la salud reproductiva de la mujer y del neonato. Asimismo, debe

desarrollar la innovación tecnológica y proponer normas en su campo con énfasis en la salud materno neonatal¹⁴.

Debido a su rango, el INMP es un Establecimiento de Salud de referencia a nivel nacional para la atención de casos de alta complejidad gineco-obstétrica y neonatal, recibiendo principalmente usuarios de tipo corporativo, es decir, aquellos que han sido captados por los establecimientos de salud correspondiente al sector, que no pueden responder a las complejidades presentadas a causa de los limitados servicios prestados. Entre sus especialidades tenemos: Salud materna, sexual y reproductiva, Cardiología, Medicina Interna, Oftalmología, Medicina preventiva, Anestesiología y Nutrición. Teniendo también las siguientes sub especialidades como Neonatología, Medicina fetal, Medicina reproductiva y Cirugía fetal.

Foto N° 2.2 : Brindando apoyo en LM a las madres usuarias del INMP en diversos servicios del establecimiento



Fuente: Fotos de la investigadora. 1 y 6: Alojamiento Conjunto Pabellón C. 2: Cuidados Intermedios IV. 3: Brindando Taller de Consejería en Lactancia y Técnicas de Amamantamiento al personal de salud. 4: Cuidados Intermedios III. 5: Pabellón B

El INMP atiende aproximadamente 22 000 nacimientos al año con un promedio mensual de 1 858 nacimientos y 60 nacimientos por día, entre partos normales y partos por cesáreas.

¹⁴ RM N° 504-2010 MINSa. Lima, 22 de junio del 2010. Reglamento de Organización y Funciones del INMP.

Sin embargo, como se puede apreciar en la tabla 2.1, la evolución de número de partos y número de nacimientos fue in crescendo hasta 2016, llegando a la cifra de 21 968 pero a partir de 2017 se observa una tendencia a la disminución de 19 288 partos en 2017, 18 124 partos en 2018 y 16 897 partos atendidos en 2019, año en el que se observa un promedio mensual de 1 408 partos y 46 partos por día, así como 7 689 cesáreas¹⁵.

Tabla N° 2.1 : INMP: Parto - Cuadro comparativo, 2012 – 2018

Población General	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total Partos en el periodo	15,991	17,052	18,417	21,605	21,968	19,288	18,124
Promedio parto mensual	1,333	1,421	1,535	1,800	1,831	1,607	1,510
Promedio parto diario	44	47	51	60	61	54	50
Total Partos Vaginales	8,827	9,555	11,031	11,957	12,200	10,605	10,314
Total Partos por Cesárea	7,164	7,497	7,386	9,648	9,768	8,683	7,810
Partos Serv. Emergencia	10	14	13	15	16	12	13
Partos Gemelares	231	235	267	296	314	321	319
Partos Trillizos	3	2	0	2	1	2	4

Fuente: MINSA – INMP

Elaboración: INMP / OEI-Equipo Funcional de Estadística

El INMP también cuenta con un BLH desde 2010, implementada inicialmente en coordinación con la Universidad de Valencia, España, con el aporte de la Comunidad Europea y con la cooperación internacional de Brasil para el componente técnico. La definición operativa del BLH según la NTS:

“Un servicio de salud especializado responsable de la promoción, protección y apoyo a la LM, asimismo de la procura, procesamiento, control de calidad y distribución de la leche humana donada. Es dependiente de la unidad prestadora de servicios de salud de pediatría y neonatología¹⁶”.

El objetivo fundamental del BLH es de: “Disponer de leche humana segura para las y los recién nacidos y lactantes que por su condición clínica o por condiciones materna no pueden ser amamantados directamente de su propia madre¹⁷”.

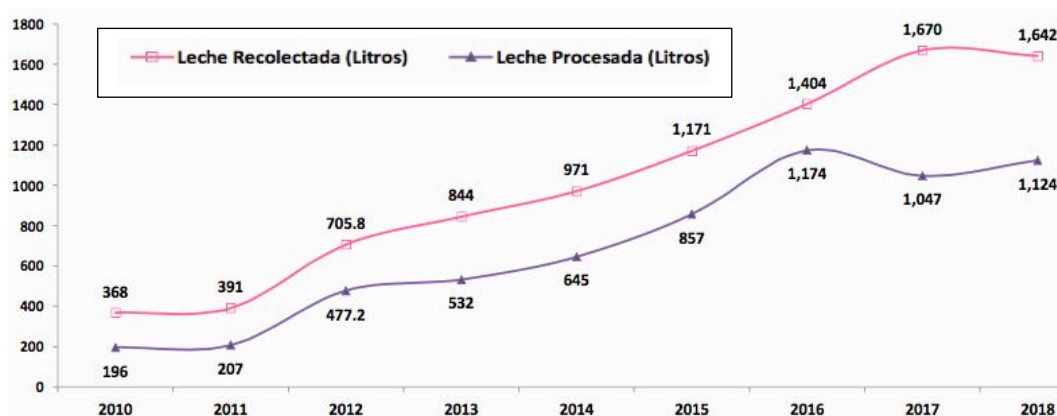
¹⁵ Indicadores Hospitalarios INMP 2019 Total. Número total de cesáreas realizadas y Número total de partos atendidos.

¹⁶ NTS para la Implementación, Funcionamiento y Promoción de BLH en el Perú NTS N° 152-MINSA/2019/DGIESP

¹⁷ Idem.

En ese sentido, en el gráfico 2.1 podemos apreciar la evolución de las cantidades de Leche Humana recolectada y pasteurizada en los últimos 8 años, que se han ido incrementando, pero que todavía siguen siendo cifras bastante modestas.

Gráfico N° 2.1 : Leche Humana Recolectada/Pasteurizada del BLH INMP 2010-2018



Fuente: MINSA – INMP

Elaboración: INMP / OEI-Equipo Funcional de Estadística

En el gráfico 2.2 se puede observar el incremento de la cantidad de recién nacidos menores de 2500 gr del INMP que reciben y se benefician de la leche humana donada y procesada.

Gráfico N° 2.2 : Recién nacidos < 2500 gr usuarios del BLH INMP 2010-2018



Fuente: MINSA – INMP

Elaboración: INMP / OEI-Equipo Funcional de Estadística

Sin embargo, este incremento no se corresponde con el poco crecimiento del número de donantes de leche humana como se observa en la tabla 2.2.

Tabla N° 2.2 : Número de Donantes de Leche Humana del BLH del INMP 2015 - 2018

Número de Donantes de Leche Humana				
Año :	2015	2016	2017	2018 (Octubre)
Número :	1600	1487	1873	1449

Fuente: MINSa – INMP¹⁸

Podemos decir que el BLH del INMP representa un enorme esfuerzo del equipo técnico del INMP y del MINSa para sacar adelante esta importante iniciativa que responde a grandes responsabilidades y retos frente a la nutrición de los bebés la mayoría de ellos prematuros del INMP.

Antecedentes

Desnutrición y Morbi-Mortalidad Infantil en el Perú

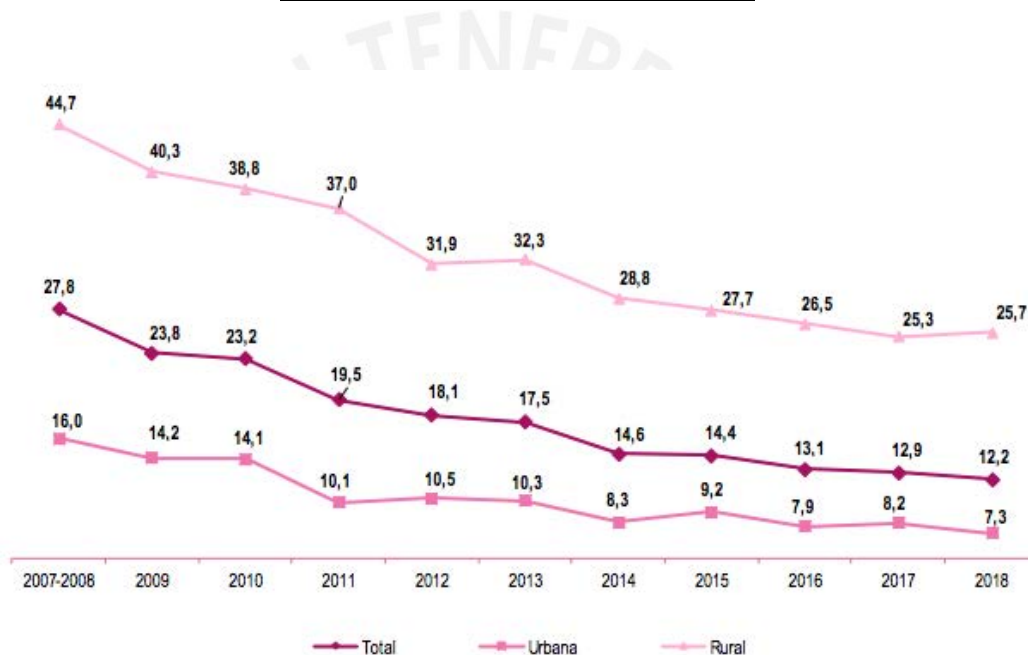
La desnutrición crónica infantil es un indicador importante que evalúa el grado de atención que apuesta un país por las demandas sociales fundamentales de su población particularmente aquellas que van a afectar directa o indirectamente la nutrición de las niñas y niños. Este indicador resulta de la comparación de la talla de la niña o niño con las tallas esperadas para su edad y sexo, según el Patrón de Crecimiento Infantil elaborado por la OMS a partir del estudio de niñas y niños de diferentes partes del mundo en el 2006, quienes habían crecido bajo buenas condiciones de salud como haber recibido LM en sus primeros años, una buena nutrición con un aporte variado y balanceado de alimentos complementarios, presentar menos episodios de enfermedades entre otros.

Actualmente como se observa en el gráfico 2.3 según la ENDES 2018, los porcentajes totales de desnutrición crónica siguen bajando a nivel nacional 12.2%

¹⁸ Datos tomados de la ponencia de la Dra. Carmen Rosa Dávila en el lanzamiento de la NTS para la Implementación, Funcionamiento y Promoción de BLH en el Perú NTS N° 152-MINSa/2019/DGIESP. MINSa. 1 de agosto 2019

de niñas y niños menores de 5 años, menos que el año pasado y menos de la mitad de las cifras de la ENDES 2000 donde el Perú contaba con 25.4%. Sin embargo, las cifras globales ocultan datos alarmantes, la desnutrición crónica infantil es muy alta en zonas rurales 25.7%, más del triple que en zonas urbanas 7.3%, afectando principalmente las niñas y niños que viven en la sierra con 21.1% y la selva con 17.2%.

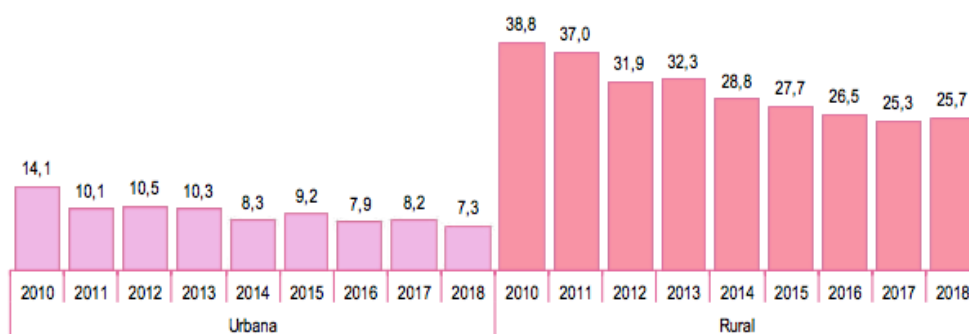
Gráfico N° 2.3 : Perú: Evolución de niñas y niños menores de cinco años de edad con Desnutrición Crónica (Patrón OMS), según Área de Residencia, 2007-2008, 2009-2018 (Porcentaje)



Fuente: INEI - ENDES

Lo mismo se puede evidenciar en el gráfico 2.4, donde se muestra la diferencia abismal e histórica entre la desnutrición crónica de niñas y niños de áreas urbanas y áreas rurales, desde 2010 hasta la actualidad. Sabiendo además que según la ENDES 2018, los departamentos más pobres asumen las peores cifras de desnutrición crónica infantil, Huancavelica 32%, Cajamarca 27.4%, Huánuco 22.4%, Amazonas 20.4%, Ayacucho 20.2%, (ENDES 2018). Además, se evidencia mayor desnutrición crónica en niñas y niños cuyas madres tienen nivel educativo primario o menos educación (25.6%)

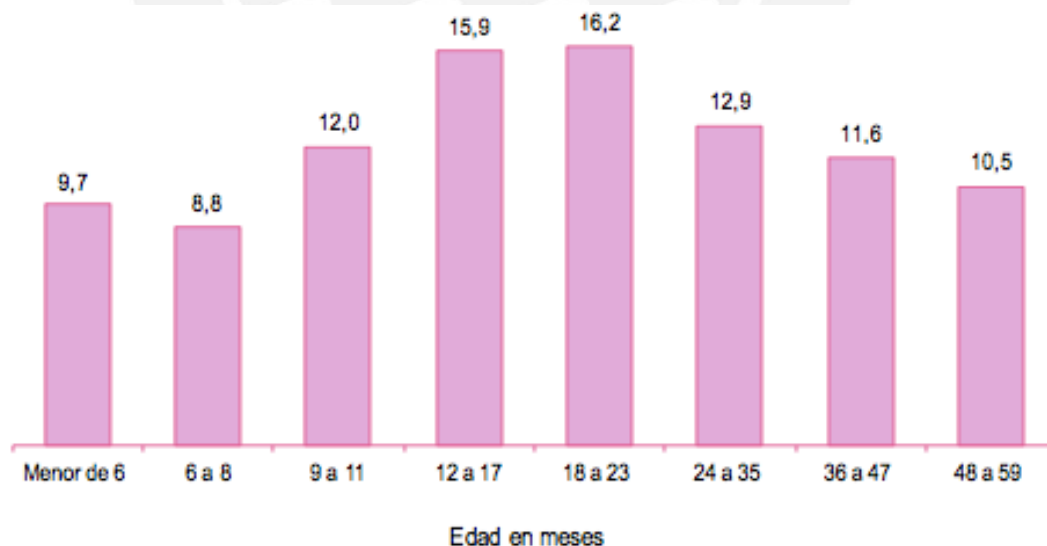
Gráfico N° 2.4 : Perú: Desnutrición Crónica entre las niñas y niños menores de 5 años, según área de residencia, 2010-2018 (Porcentaje)



Fuente: INEI - ENDES

Y el gráfico 2.5, nos permite observar la distribución de la desnutrición crónica por edades de las niñas y niños menores de 5 años, donde se puede apreciar que la desnutrición crónica afectó más a niñas y niños de 18 a 23 meses con 16.2% y al grupo 12 a 17 meses con 15.9%.

Gráfico N° 2.5 : Perú: Niñas y niños menores de cinco años de edad con desnutrición crónica (Patrón OMS), según grupos de edad, 2018 (Porcentaje)

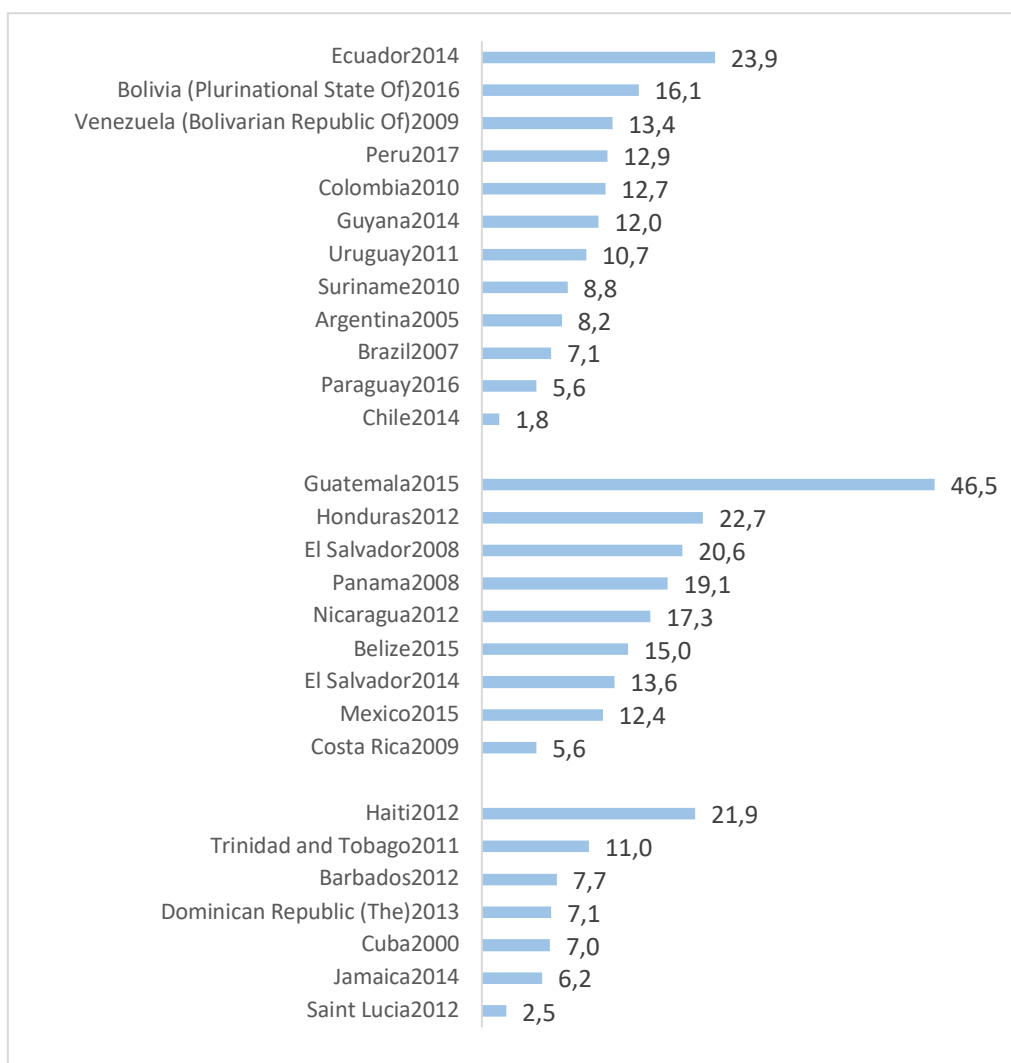


Fuente: INEI – ENDES

Y si comparamos la desnutrición crónica infantil dentro de la región de América Latina y el Caribe, como se aprecia en el gráfico 2.6; el Perú se encuentra por

debajo de Ecuador con 23.9%, Bolivia 16.1% y Venezuela 13.4% pero por encima del resto de países de América del Sur. Por debajo también de las cifras de los países de Centro América y muy cerca de México con 12.4% y muy lejos de Costa Rica con 5.6%. Y con cifras superiores a los países del Caribe como Cuba con 7%, República Dominicana 7.1% entre otros.

Gráfico N° 2.6 : Desnutrición crónica de niñas y niños menores de 5 años de edad en América Latina y el Caribe



Fuente: UNICEF analysis based on UNICEF, WHO, and the World Bank, Joint Child Malnutrition Estimates: 2018 edition.

A modo de resumen, la desnutrición crónica en niñas y niños de menores de 5 años representa todavía una carga histórica muy difícil de resolver en nuestro país. Si bien las estadísticas nos muestran cifras totales alentadoras, la verdad es

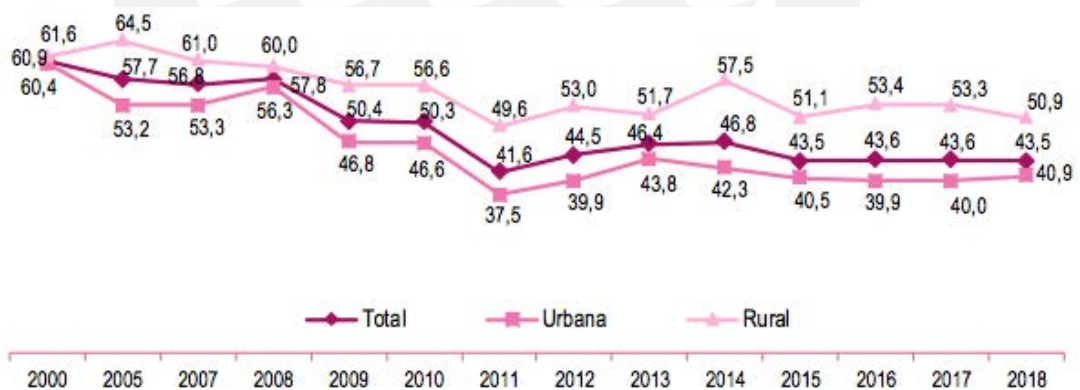
que ocultan grandes desigualdades, donde las niñas y niños de áreas rurales se llevan la peor parte 25.7%, especialmente la sierra, seguido de la selva.

Y si comparamos a nivel América Latina y el Caribe, en términos generales estamos en una línea media que sólo deja evidenciar que todavía falta mucho por trabajar para el bienestar y salud integral de las niñas y niños de nuestro país.

Anemia Infantil

En el Perú, la prevalencia de la anemia en niños entre 6 a 35 meses según la ENDES 2018 es de 43.5% en cifras globales y muestra una oscilación de subidas y bajadas desde 2011 como se puede apreciar en el gráfico 2.6. Es verdad que desde el 2000, las cifras promedio han disminuido de modo importante, de 60.9% de anemia en niños de 6 a 35 meses, llegó a descender a 41.6 % en 2011; pero de ahí en adelante no ha habido grandes variaciones y lo más importante es que la anemia infantil sigue siendo un triste flagelo en nuestro país.

Gráfico N° 2.7 : Perú: Evolución de la Anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses de edad, según área de residencia, 2000-2018 (Porcentaje)



Fuente: INEI - ENDES

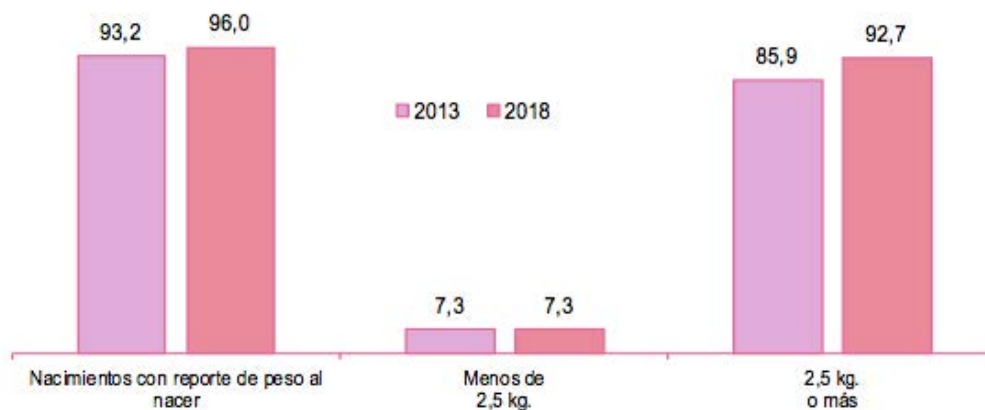
Además, el gráfico 2.7 confirma que la anemia afecta más a niñas y niños de 6 a 35 meses de las zonas rurales 50.9% que de las zonas urbanas 40.9%, con una variación importante de aproximadamente 10 puntos de diferencia. La ENDES 2018 evidencia también que la anemia está más presente en niñas y niños del quintil inferior 53.6% y cuyas madres no cuentan con educación primaria o nivel inferior 51.9%.

Salud Infantil

Para estudiar la situación de la salud infantil en el Perú es necesario revisar las cifras nacionales del peso al nacer de la niña o niño. Así como también la prevalencia de las principales enfermedades de las niñas y niños menores de 5 años como son la IRA y EDA.

El peso al nacer es una información pertinente en la medida que indica un factor de riesgo en la salud y la supervivencia del recién nacido. Según podemos observar en el gráfico 2.8 referido al peso al nacer de nacidas y nacidos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta y al comparar las cifras de la ENDES 2018 con la ENDES 2013, se aprecia que se ha incrementado el porcentaje de niñas y niños que nacen con más de 2.5 kg; aunque permanece inamovible el porcentaje de niñas y niños nacidos vivos que nacen con menos de 2.5 kg.

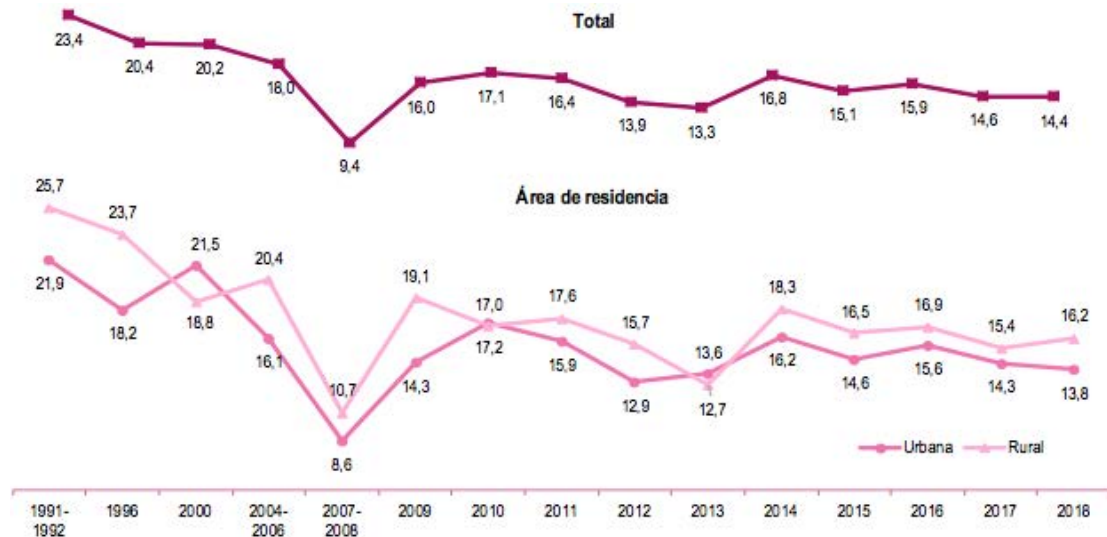
Gráfico N° 2.8 : Perú: Peso al Nacer de nacidas y nacidos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta, 2013 y 2018 (Porcentaje)



Fuente: INEI - ENDES

Por otro lado, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) es otro indicador importante que nos habla de la situación de salud de las niñas y niños menores de 5 años porque es un causal bastante común de mortalidad de la niñez. Para efectos de la ENDES se pregunta si la niña o el niño presentó IRA en los últimos 14 días, y se encontró 14.4% como promedio total, siempre más importante en áreas rurales que en áreas urbanas.

Gráfico N° 2.9 : Perú: Evolución de la Prevalencia de IRA, 1991-1992, 1996, 200, 2004-2006, 2007-2008, 2009-2018 (Porcentaje)



Fuente: INEI - ENDES

Además, como se puede apreciar en el gráfico 2.9, las cifras actuales son mejores que las de los años 90 donde se presentaba porcentajes alrededor del 20%, pero después de la gran disminución de los porcentajes de IRA en 2007-2008, ya no se ha vuelto a presentar grandes mejoras. Seguimos rondando alrededor del 14.4% y lo que es más preocupante, esta cifra es más alta que la encontrada en 2013 cuyo porcentaje total fue 13.3%. En ese sentido, se puede observar una tendencia al aumento de los porcentajes de IRA sobre todo en el área rural que pasó de 15.4% a 16.2%.

Por otro lado, la EDA sigue siendo también otro flagelo responsable de muerte en la niñez en nuestro país. Según la ENDES 2018 el porcentaje promedio nacional de EDA, es decir de niñas y niños menores de cinco años que presentaron diarrea en los últimos catorce días antes de la entrevista es 10.7%, lo cual nos habla de una ligera tendencia a la baja que se ha instalado desde hace ya varios años como se puede apreciar en el gráfico 2.10. Sin embargo, la prevalencia de EDA sigue siendo más presente en las zonas rurales (12.1%) que en las áreas urbanas (10.3%), confirmando otra vez más las grandes dificultades de salud que asumen las niñas y niños de zonas rurales de nuestro país.

Gráfico N° 2.10 : Evolución de la prevalencia de EDA en menores de 5 años de edad, 1986, 1991-1992, 1996, 2000, 2004-2006, 2007-2008, 2009-2018

(Porcentaje)



Fuente: INEI - ENDES

A partir de las principales cifras de la ENDES que hablan de la salud de la niña y niño en nuestro país y que hemos revisado hasta aquí. Podemos decir que, en nuestro país, todavía hay grandes retos por superar. Las cifras totales ocultan grandes brechas entre el mundo rural y el mundo urbano. La desnutrición crónica infantil es un flagelo histórico en las áreas rurales principalmente en los departamentos pobres. La prevalencia de IRA y EDA es muy alta en zonas rurales y con tendencia al aumento. Además, la escasa educación de la madre es un factor que incrementa la vulnerabilidad de las niñas y niños en nuestro país.

Todo esto pone en evidencia que las niñas y niños que nacen en nuestro país, deben asumir condiciones difíciles para sobrevivir y lograr una salud plena, particularmente en áreas rurales y más si sus madres tienen poco nivel educativo.

Mortalidad Infantil y en la Niñez

La mortalidad infantil se refiere a la muerte ocurrida en niños menores de un año y será mortalidad neonatal si la muerte ocurre en los primeros días antes del primer mes de vida, mortalidad post-infantil, si la muerte acaece entre el primer año y antes de los 5 años de vida. Por su parte la mortalidad en la niñez, se trata

de la mortalidad de niños antes de cumplir los 5 años. No olvidemos que las tasas de mortalidad se expresan por mil nacidos vivos, excepto las Tasas de Mortalidad post-infantil que se expresa por mil niñas o niños que han cumplido de 12 meses.

Si observamos la progresión de las cifras según la tabla 2.3, vemos que todas las cifras del último quinquenio son mejores que las de hace 15 años, pero no necesariamente mejor que las cifras del segundo quinquenio. Al contrario, en algunos casos, las cifras han retrocedido.

Tabla N° 2.3: Perú: Mortalidad Neonatal, Post-Neonatal, Infantil, Post-Infantil y en la Niñez, según Períodos de cinco años anteriores a la Encuesta, 2017-2018

Periodo	Fecha central 1/	Mortalidad neonatal (MN)	Post-neonatal 2/ (MPN)	Mortalidad infantil (,q,)	Post-infantil (,q,)	En la niñez (,q,)
0-4	Julio 2015	10	5	15	4	19
5-9	Julio 2010	10	6	15	3	18
10-14	Julio 2005	12	11	23	5	27

1/ Como el trabajo de campo se realizó entre el 02 de marzo y 19 de diciembre de 2017, y el 02 de febrero y 16 de diciembre de 2018, las tasas para el periodo 0 a 4 años antes de la encuesta tiene como fecha central: julio 2015. En forma similar para los otros períodos.

2/ Calculada como la diferencia entre la tasa de mortalidad infantil y la de mortalidad neonatal.

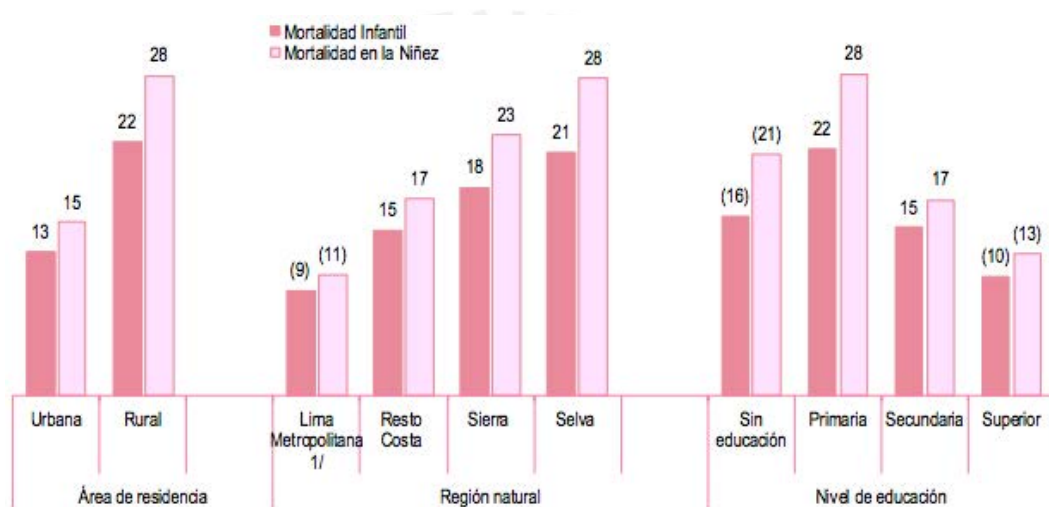
Fuente: INEI - ENDES

Observemos con más detenimiento la tabla 2.3, la tasa de mortalidad infantil (15 muertes por mil nacidos vivos) y mortalidad neonatal (10 muertes por mil nacidos vivos) se han quedado estables respecto al segundo quinquenio. Pero en la mortalidad post-infantil y en la niñez, se encuentra que se ha incrementado en un punto cada uno de ellos, respecto al segundo quinquenio. Por el contrario, la mortalidad post-neonatal si ha mejorado en un punto respecto del quinquenio anterior y mucho más, 6 puntos, respecto al tercer quinquenio.

Pero lamentablemente estas cifras globales esconden siempre diferenciales entre área de residencia, región natural, educación de la madre y quintil de riqueza. El gráfico 2.11 muestra que la mortalidad infantil del niño menor de un año es de 22 y de 28 muertes en la niñez por mil nacidos vivos en el área rural, más importante que en área urbana donde se encuentran cifras de 13 y 15.

La selva será más difícil de sobrevivir para los niños menores de 5 años, que la sierra, que el resto de la costa y que Lima, de acuerdo a orden de importancia, como se ve en el gráfico 2.11, habrá 21 muertes de niños menores de un año y 28 de niños menores de cinco años por cada mil vivos. Las tasas de mortalidad se incrementan si la madre no tiene educación primaria.

Gráfico N° 2.11 : Perú: Diferenciales de la Mortalidad Infantil y en la Niñez para los diez años anteriores a la encuesta según Área de Residencia y Nivel de Educación, 2017-2018 (Porcentaje)



Nota: Los datos entre paréntesis son sólo referenciales, poseen coeficiente de variación superior a 15%. 1/ Comprende la Provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.

Fuente: INEI - ENDES

Hasta aquí he querido describir rápidamente los principales indicadores y factores que participan en la salud y desarrollo integral de la niña y el niño menor de 5 años en nuestro país. Cada cifra aislada no se puede entender si no observamos su evolución en el tiempo y en comparación con otros países en algunos casos. Y las cifras globales ocultan las realidades diversas de nuestro país, donde las áreas rurales son las que presentan las condiciones más adversas y con las peores cifras en relación con las áreas urbanas o ciudades particularmente como Lima. También vemos que la educación de la madre es un factor muy importante que afecta la salud y la nutrición de la niña y el niño.

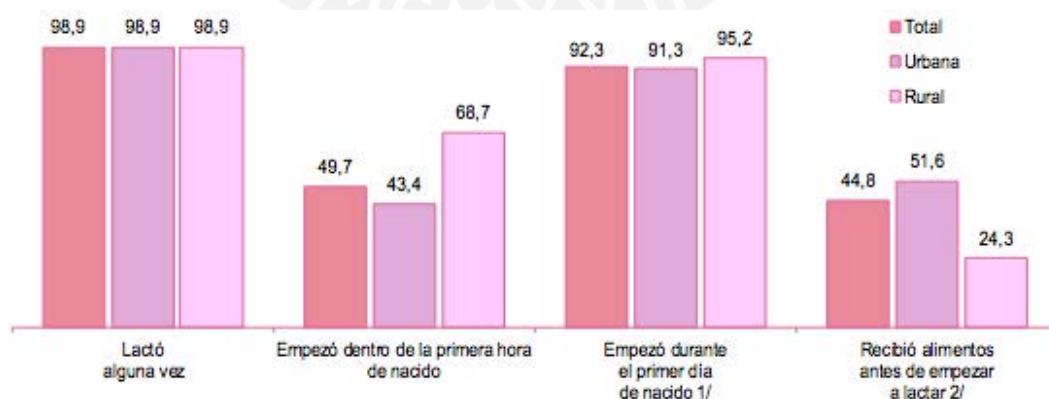
Situación Actual de la LM en el Perú

Inicio de la LM

Las evidencias científicas recomiendan iniciar la LM durante la primera hora de nacimiento del bebé al mismo tiempo que se realiza el contacto piel a piel, siempre y cuando las buenas condiciones de salud del recién nacido y de la madre lo permitan. Esta práctica va a permitir instalar todas las condiciones necesarias para asegurar el afianzamiento del bebé al pecho de la madre y una buena producción calostrada temprana, que marcará el éxito de la LM en las semanas y meses futuros; asegurando la sobrevivencia del recién nacido y su protección contra enfermedades.

Sin embargo, esta práctica no es generalizada, lo cual se puede apreciar en el gráfico 2.12, solo el 49.7% de recién nacidos inician la lactancia durante la primera hora, siendo mucho más preponderante en zonas rurales 68.7% que en zonas urbanas 43.4%. Esto es muy importante porque vivir en zonas urbanas y mejor educación de la madre son factores que irónicamente juegan en contra de la instalación de la lactancia desde la primera hora.

Gráfico N° 2.12 : Perú: LM Inicial y Alimentación Suplementaria de niñas y niños nacidos en los últimos cinco años anteriores a la encuesta, por área de residencia, 2018 (Porcentaje)



1/ Incluye las niñas y niños que empezaron la lactancia durante la primera hora de nacido.
2/ Niñas y niños a quienes se les dio algún alimento diferente de la leche materna durante los primeros días de nacidos antes que la madre empezara a amamantarlo de manera regular.

Fuente: INEI - ENDES

También se puede apreciar que un alto porcentaje de recién nacidos inician la lactancia durante el primer día, hablamos de 92.3% donde están incluidos las niñas y niños que amamantaron la primera hora, siendo este porcentaje más importante en zonas rurales 95.2% que en zonas urbanas con 91.3%. Nos preocupa que la LM no empiece en la primera hora porque es indicador de que el recién nacido recibió un sucedáneo de leche materna y que puede interferir de alguna manera en la buena instalación de la lactancia.

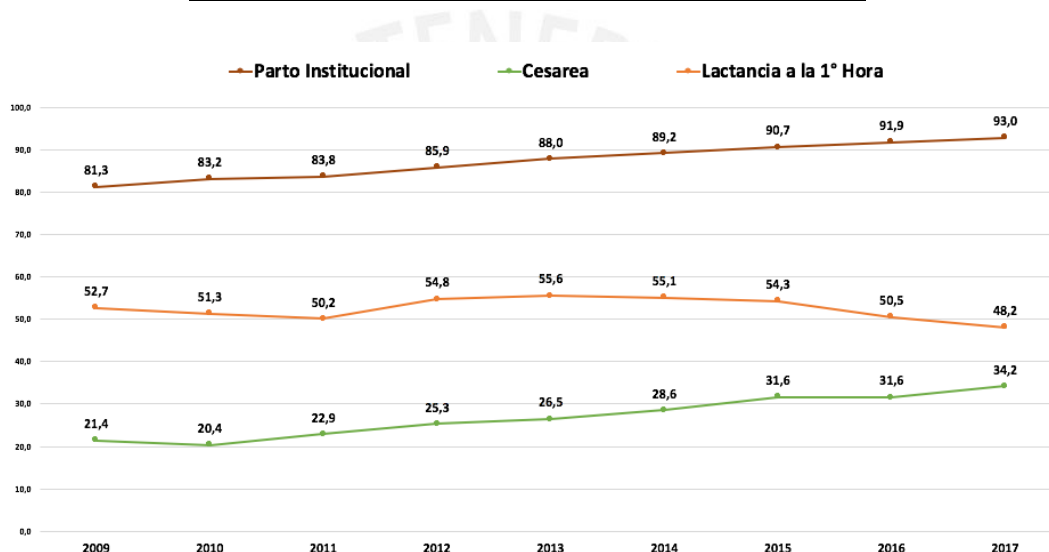
Se puede ver también que 98.9% de niñas y niños que nacieron en los cinco años antes de la encuesta ENDES 2018 y que lactaron alguna vez, esta cifra es igual en áreas urbanas y rurales. Hay que decir que esta cifra es bastante general y no brinda mucha información, incluye las niñas y niños que hicieron lactancia exclusiva y con alimentación complementaria después de los 7 o 9 meses, y también incluye a niñas y niños que amamantaron una semana o un mes. Pero, el alto porcentaje de esta cifra, lo único que puede dejar entrever es que casi todas las niñas y niños que nacieron en los últimos cinco años antes de la ENDES 2018 lactó alguna vez, lo cual deja ver que la LM sigue siendo un referente nutricional o mejor dicho la norma para las madres encuestadas, porque dice de alguna manera “se intentó”, “que querían”, aunque al final no lo lograron o se desanimaron y aquí surge la responsabilidad de los establecimientos de salud y los profesionales de salud quienes deben brindar toda la información y las facilidades para que las madres logren con éxito su proyecto de lactancia.

Por el contrario, el porcentaje de niñas y niños que recibieron otro alimento durante los tres primeros días antes de empezar a lactar 44.8% se refiere a que recibieron principalmente sucedáneos de leche materna, y se aprecia además que esta práctica es más recurrente 51.6% en áreas urbanas que en áreas rurales 24.3%.

A modo de resumen, se puede decir que todavía existen numerosas barreras para poder iniciar la LM durante la primera hora, el porcentaje de niñas y niños que si lo hacen es modesto 49.7% respecto a los que si empiezan durante el primer día o los que hacen lactancia después de algunos días luego de haber empezado con algún sucedáneo de leche materna. Lo cual representa, la enorme tarea por instalar las practicas adecuadas en los establecimientos de salud donde nacen las niñas y niños, especialmente en las áreas urbanas.

En el siguiente gráfico 2.13 se compara la evolución en los últimos años del parto institucional, cesárea y lactancia en la primera hora, desde el 2009 al 2017 y lo que encontramos es realmente alarmante. Porque efectivamente se aprecia un franco incremento de partos institucionales, de 81.3% en el 2009 a 93% en el 2017, lo cual es un avance importante porque debería significar partos seguros para las madres y sus bebés, es decir, partos vaginales y lactancia en la primera hora.

Gráfico N° 2.13 : Parto Institucional, Cesáreas y Lactancia en la Primera Hora del Recién Nacido 2009, 2016 (Porcentajes)



Fuente: INEI - ENDES

Sin embargo, las cifras dicen otra cosa, se encuentra que a medida que aumentan los partos institucionales, las cesáreas también se incrementan, pasando de 21.4% en 2009 a 34.2% en 2017, un incremento de casi 13 puntos porcentuales en 8 años. Y como las evidencias científicas lo demuestran, una cesárea entraña diversas razones para la separación madre-bebé lo cual repercute negativamente en la buena instalación de la lactancia en la primera hora. Y es tal como se observa en el gráfico 2.13: mientras aumentan los partos institucionales y las cesáreas, la lactancia durante la primera hora simplemente disminuye, pasando de 52.7% en el 2009 a 48.2% en el 2017.

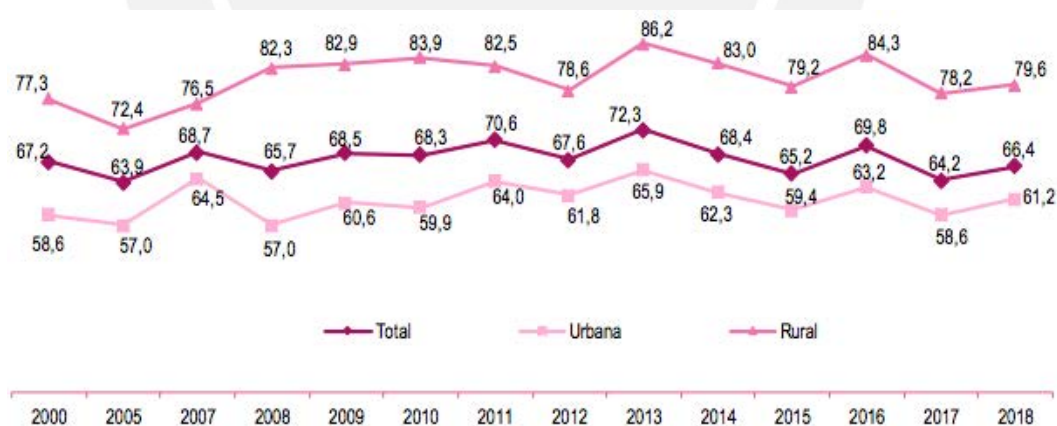
Creo que este gráfico resume bien la idea que las cesáreas no colaboran a favor de la lactancia en la primera hora. Y en nuestro país, lamentablemente, los partos institucionales no son garantía de parto vaginal ni de lactancia en la primera hora.

La LM en niñas y niños menores de seis meses de edad

La LME durante los primeros seis meses de edad es un factor fundamental en la vida de las niñas y niños porque le permitirá crecer saludablemente en peso y talla, desarrollar su sistema inmunológico que le permitirá enfrentar a las enfermedades y un desarrollo adecuado de su inteligencia, sin olvidar la instalación de un apego afectivo con su madre.

Según la ENDES 2018 se alcanzó 66.4% de LME en niñas y niños menores de 6 meses, que representa una disminución en términos generales de los promedios alcanzados años anteriores, que se aprecia bien en el Gráfico N° 14, donde se muestra la evolución de este porcentaje desde el año 2000. Los porcentajes han estado siempre en subidas y bajadas, alcanzando su máxima de 72.3% en el 2013, pero a partir de ahí, sólo se sigue bajando y este 66.4% no es más la confirmación de esta tendencia.

Gráfico N° 2.14 : Perú: Evolución de la LM en niñas y niños menores de seis meses de edad, según área de residencia, 2000, 2005, 2007-2018
(Porcentaje)



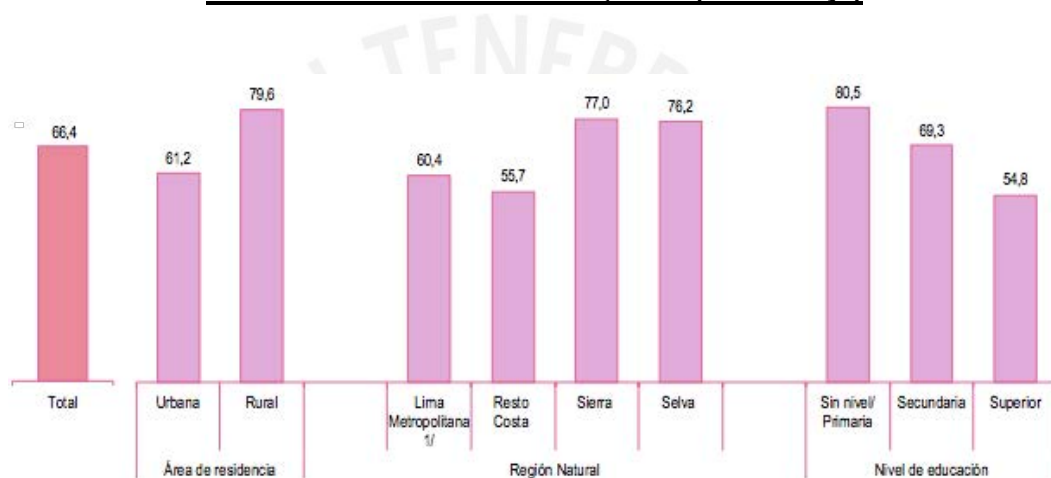
Fuente: INEI - ENDES

Del mismo gráfico se desprende que la LME durante los primeros 6 meses es más importante en las áreas rurales, donde se alcanzó a 79.6%, 10 puntos más que el promedio total y 18 puntos más que el promedio de las zonas urbanas que llega a 61.2%. Lo cual es doblemente preocupante porque podemos apreciar que en las zonas rurales se puede apreciar un descenso de los porcentajes de LME, de lo que antes se podía tener 86.2% en 2013, ahora presenciamos cifras menores.

Además, la LME en las zonas urbanas sigue siendo menor que las cifras totales y pareciera que no se hace mucho por revertir esta tendencia.

En el gráfico 2.15, se puede apreciar con más claridad que la LME es más importante en las áreas rurales que en las zonas urbanas, y está más presente en la sierra (77%), seguido de la selva (76.2%), mientras que en el resto de la costa (55.7%) es mucho más bajo que en Lima Metropolitana (60.4%).

Gráfico N° 2.15: Perú: Niñas y niños menores de seis meses con LM, según características seleccionada, 2018 (Porcentaje)



1/Comprende la Provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.
Fuente: INEI - ENDES

También se puede apreciar que el nivel educativo de la madre juega un papel importante al momento de estudiar la LME que hay que tener en cuenta. Se puede decir que, a mayor nivel educativo menos práctica de la LME, 80.5% en madres sin nivel educativo o educación primaria, 69.3% con educación secundaria y cae a 54.8% cuando la madre tiene formación superior. Esto es bastante preocupante, porque es todo lo contrario de lo que se espera, a mayor nivel educativo de la madre, ella tendría que tener más recursos para estar informada adecuadamente de los beneficios de la lactancia para ella y su bebé y poder tomar decisiones bien informadas. Pero lamentablemente esto no es así, lo que encontramos de hecho es todo lo contrario, lo cual, es una señal de alarma que pone en evidencia espacios descuidados en nuestro país, como la educación superior de las mujeres donde o hay espacio para la ética del cuidado¹⁹

¹⁹ Enfoque de la Ética del cuidado. Joan Tronto.

Otros Indicadores de LM

La tabla 2.4 muestra la evolución de tres indicadores en LM en el Perú en los últimos años tomado de los datos de la ENDES 2010, 2012, 2014, 2016 y 2018. Donde se puede apreciar una disminución progresiva de la duración mediana de la LME, de 4.2 meses en el 2010 ha pasado a 3.8 meses en el 2018. Es decir que no basta instalar la LM si no, mantenerla con buena información y buen apoyo práctico.

Tabla N° 2.4 : EVOLUCIÓN DE INDICADORES DE LM

	Duración mediana de la lactancia en meses en menores de 3 años				
	ENDES 2010	ENDES 2012	ENDES 2014	ENDES 2016	ENDES 2018
Duración mediana de LME	4.2	4.1	4.6	4.1	3.8
Lactancia Predominante 1/	4.9	4.6	4.9	4.6	4.3
Promedio de la duración de LM en niños y niñas menores de 3 años	21.2	20.1	21.2	20.6	21.1

Fuente: INEI - ENDES

Elaborado por la investigadora

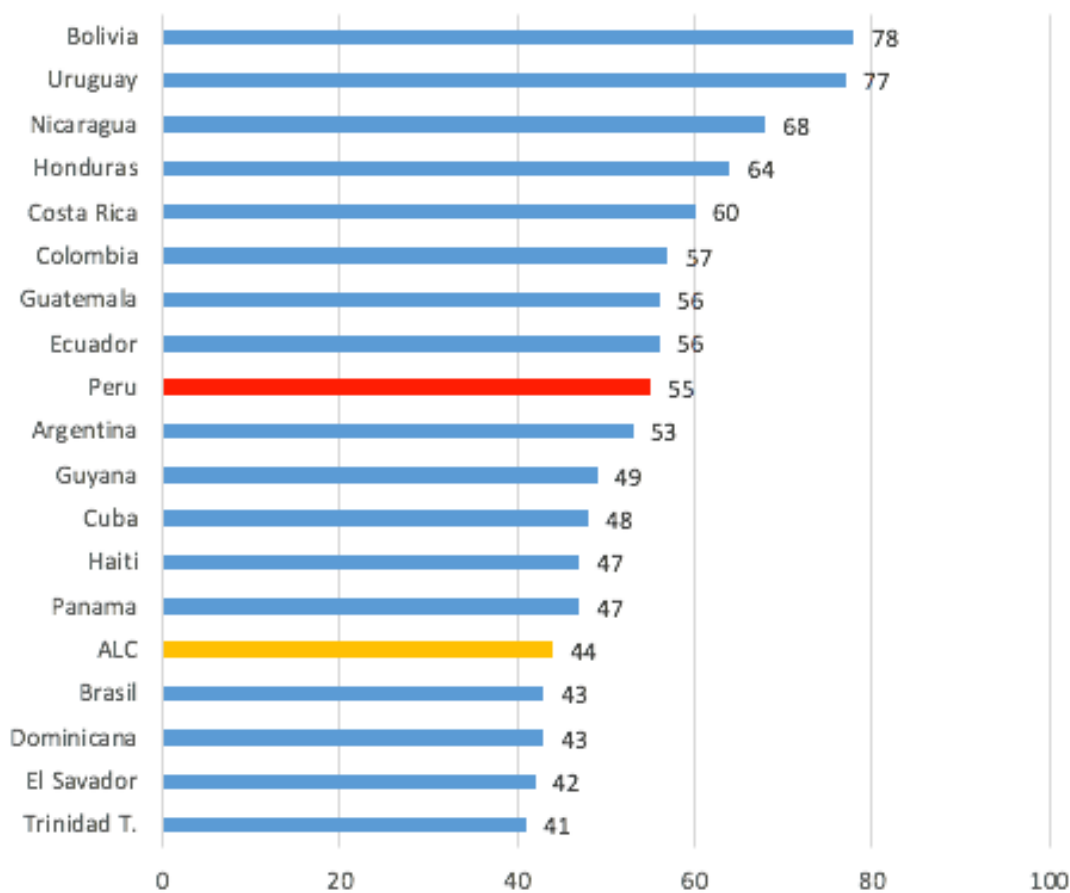
1/ Recibieron lactancia exclusiva o recibieron lactancia y sólo agua, líquidos y/o jugos solamente (excluye otras leches)

La lactancia predominante, es aquella donde la niña y el niño recibe leche materna pero también otras bebidas distintas a leche artificial. Esta lactancia predominante también presenta disminución en su duración promedio, de 4.9 meses en 2010 pasa a 4.3 meses en 2018. También se aprecia el promedio de la duración de la LM en niñas y niños menores de 3 años. Este promedio es de 21.1 meses, es decir, no llega ni a los dos años de duración promedio de la lactancia.

LM en la Región América Latina

El Perú siempre se ha caracterizado por mantener cifras altas en LM a nivel de la región América Latina y el Caribe. Pero esto no sucede cuando hablamos del inicio de la LM en la primera hora, no es precisamente que sobresalgamos en esto. Estamos en el medio del resto de los países de la región. Es lo que se muestra en el gráfico 2.16.

Gráfico N° 2.16: Inicio de la LM en la primera hora en América Latina y el Caribe 2016 (Porcentajes)

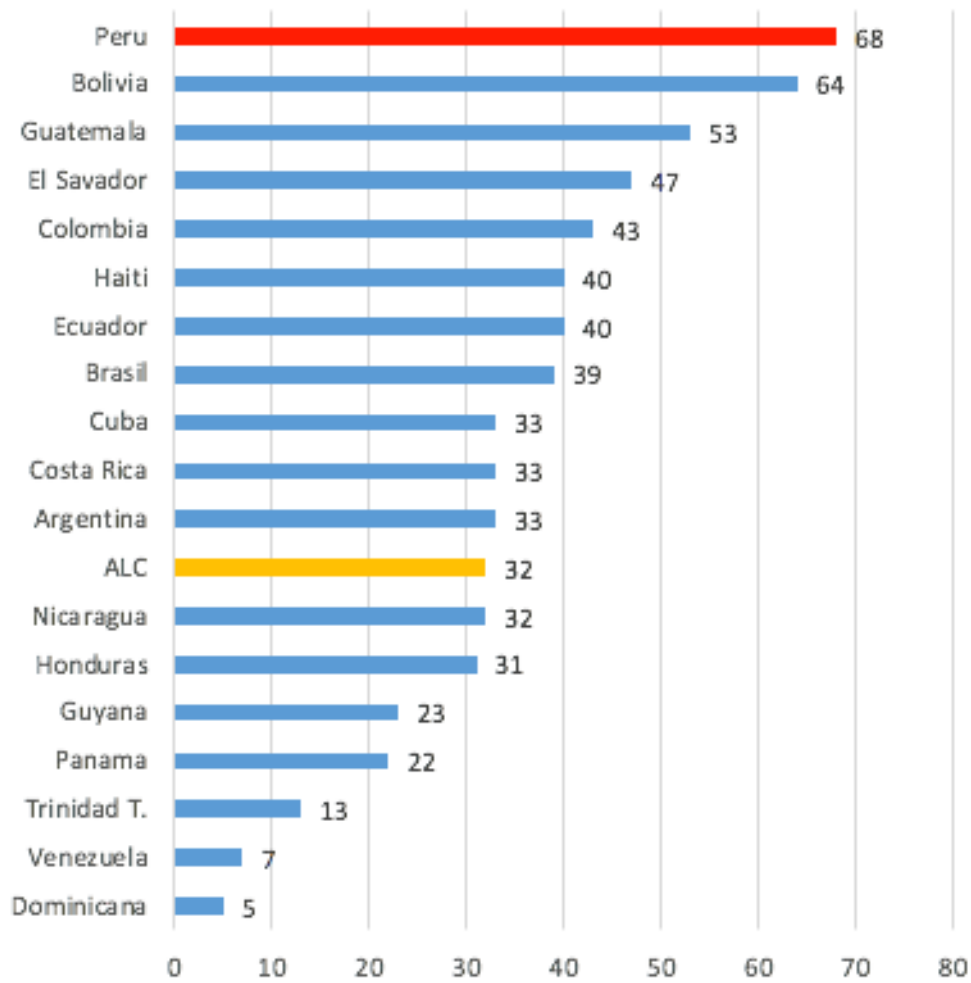


Fuente: Estado Mundial de la Infancia 2016. UNICEF

No sucede así cuando hablamos de porcentajes de LME donde el Perú sigue teniendo el primer lugar, como se puede apreciar el Gráfico N° 2.17, a pesar de la tendencia a la disminución de sus cifras. Lo cual nos deja la evidencia de que el Perú no está aislado del resto del mundo y que las dificultades y los grandes retos frente a la lactancia, son los mismos en el resto de los países de la región.

Hasta aquí se puede decir que las cifras en torno a la LM en el Perú que se evidencian de las ENDES de los últimos años y de las cifras de la región América Latina y el Caribe. Todas son cifras positivas en sí mismas, que hablan bien de la prevalencia de la práctica de la LM en nuestro país. Pero cuando se analizan en términos de procesos, se puede apreciar con tristeza, la disminución progresiva o estancamiento de todo lo avanzado en los últimos años.

**Gráfico N° 2.17: LME en menores de 6 meses en América Latina y el Caribe
2016 (Porcentajes)**



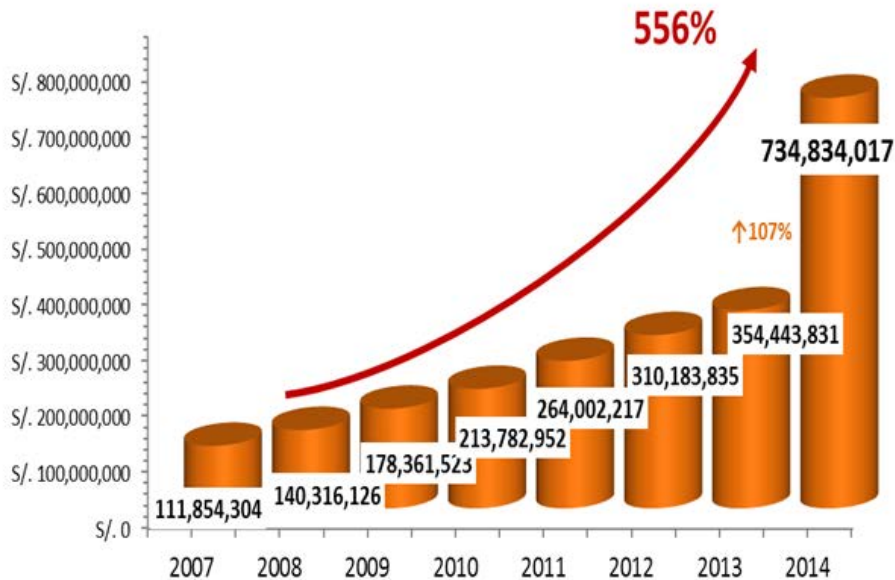
Fuente: Estado Mundial de la Infancia 2016. UNICEF

¿Cómo explicar esta situación?

Incremento del Mercado de Sucedáneos de la Leche Materna en el Perú

El factor más importante que está afectando la LM en el Perú es la comercialización irresponsable de los sucedáneos de la leche materna como se puede apreciar en el gráfico 2.18, donde se ve el incremento de las ventas de los sucedáneos de la leche materna en el mercado privado peruano, el cual presentaba un incremento promedio anual de 20%; sin embargo, entre el 2013 y el 2014, se registró un salto exponencial de más de 100% que se corresponde con una disminución importante de las tasas de LME en el Perú.

Gráfico N° 2.18 : Crecimiento del Mercado de Sucedáneos de la Leche Materna en el Perú – en Nuevos Soles 2014



Fuente: Observatorio de Medicamentos DIGEMID, realizado por IMS HEALTH

Hasta aquí se puede apreciar las principales evidencias estadísticas sobre la situación de la LME en el Perú, donde se puede apreciar en general, un panorama de estancamiento en todo lo avanzado hasta aquí en temas de LM, cifras que representan a miles de niñas y niños del país, para quienes la LM significa la diferencia entre la vida y la muerte.

2.1.2 MARCO NORMATIVO

Objetivos de Desarrollo Sostenible

Erradicar la pobreza y permitir el desarrollo y la mejora de las condiciones de vida de todas las personas, respetando el planeta y sus recursos naturales, es el reto medular de los nuevos ODS lanzados el 2015 por los estados miembros de las Naciones Unidas como meta para el 2030. Tomando en cuenta el contexto de cambio climático en el que vivimos, no podemos pretender superar los grandes problemas que aqueja a las personas y las sociedades de espaldas al planeta, todo lo contrario, el desarrollo que se necesita para resolver los grandes problemas actuales, es un desarrollo sostenible que contempla un ámbito

económico, social y ambiental. Y todos los Estados del mundo, el sector privado, instituciones no gubernamentales, los profesionales de todo ámbito y disciplina y cada uno de nosotros estamos llamados a cooperar en este importante reto.

Para eso la Naciones Unidas propone una agenda organizada en 17 ODS y 169 metas específicas, todas integradas y conectadas entre sí, de tal modo que toda intervención en un ámbito tendrá impacto en el resultado de los otros. Aquí la relación de los 17 ODS²⁰: (1) Fin de la pobreza, (2) Hambre cero, (3) Salud y bienestar, (4) Educación de calidad, (5) Igualdad de género, (6) Agua limpia y saneamiento, (7) Energía asequible y no contaminante, (8) Trabajo decente y crecimiento económico, (9) Industria, Innovación e infraestructura, (10) Reducción de las desigualdades, (11) Ciudades y comunidades sostenibles, (12) Producción y consumo responsables, (13) Acción por el clima, (14) Vida submarina, (15) Vida de ecosistemas terrestres, (16) Paz, justicia e instituciones sólidas y (17) Alianzas para lograr los objetivos.

En este contexto, debemos relevar que la promoción y la defensa de la LM es un factor prioritario para alcanzar el desarrollo sostenible y está presente de modo transversal en todos los 17 ODS organizados en cinco áreas temáticas, como lo podemos apreciar aquí:

- I. Nutrición, Seguridad Alimentaria y Reducción de la Pobreza. La LM provee un alimento rico en nutrientes y asegura una nutrición óptima para el niño durante el tiempo que dure la lactancia y los primeros años de vida del niño. Al mismo tiempo, la diversificación alimentaria junto con la lactancia, asegura una alimentación óptima no solo del bebé, sino de todos los miembros de la familia porque permite modificar patrones de alimentación benéficos. De esta manera, la LM, participa en la seguridad alimentaria de la familia y colabora en la lucha contra la pobreza.
- II. Supervivencia, Salud y Bienestar. La LM permite potenciar el sistema inmunológico del bebé desde su nacimiento, protegiéndolo al bebé contra muchas enfermedades comunes y contra la muerte infantil. Las evidencias

²⁰ 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, 2015
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/>

científicas son numerosas al confirmar los beneficios para la salud del niño y de la madre lactante, más allá del tiempo de duración de su lactancia. Además, un bebé sano y bien alimentado acompañado de un apego seguro con la madre, permite un desarrollo y bienestar integral del niño, así como el fortalecimiento de la autoestima de la madre y de la familia que hace parte del entorno del niño.

- III. Ambiente y Cambio Climático. La LM no necesita de artefactos ni productos artificiales, la leche materna viene con la madre a la temperatura adecuada sin necesidad de añadidos. Mientras haya LME, no hace falta ni cocinas, ni agua adicional. Todo esto, colabora positivamente en la protección del medio ambiente, las energías renovables y el planeta.
- IV. Productividad y Empleo Femenino. La madre que amamanta y al mismo tiempo trabaja fuera de su hogar, asegura el desarrollo de todas sus potencialidades profesionales, teniendo a su bebé sano, salvo y feliz con la leche materna almacenada en casa, sin riesgos de enfermedades o emergencias inesperadas que exigen interrupciones permanentes. De tal modo que la familia y el empleador, salen beneficiados gracias a la LM.
- V. Formas de trabajo conjunto: Alianzas sostenibles e imperio de la Ley. Comprender la importancia de la LM y sus implicancias en la salud, nutrición y bienestar integral de los niños y sus familias, nos exige trabajar por los derechos de los niños, de las familias y por una sociedad más justa. En tal sentido, se necesita construir alianzas, redes de apoyo, iniciativas políticas, leyes, etc. que apunten a promover el desarrollo sostenible, una vida digna para las personas y la protección del planeta y el medio ambiente.

Esta revisión sucinta, nos deja ver que la LM no se reduce al espacio perinatal de un establecimiento de salud o al espacio privado de una madre y su familia; sus implicancias son importantes y pertinentes al momento que hablamos de Desarrollo Sostenible y por lo tanto de actualidad permanente, lo cual nos exige acercarnos a la LM con una mirada sensible e inteligente para poder colaborar de modo creativo desde múltiples ámbitos.

En ese sentido, es importante mencionar los esfuerzos por parte del Estado Peruano, que han sido implementadas a través de Políticas de Salud en las últimas décadas a favor de la LME y su desarrollo en el tiempo. El cuadro 2.1 muestra un resumen sucinto.

Cuadro N° 2.1 : Hitos importantes en la Promoción, Protección y Apoyo de la LM en el Perú

Hitos Internacionales y Nacionales que han marcado el avance de la Promoción, Protección y Apoyo de la LM en el Perú	
1974	27ª AMS de la OMS advirtió el descenso de la LM en el mundo, se relacionó, entre otros, a la promoción indiscriminada de sucedáneos de la leche materna; recomendó medidas correctivas.
1978	31ª AMS de la OMS volvió a recomendar la regulación de la promoción de esos productos.
1979	Reunión Conjunta OMS/UNICEF sobre Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño
1981	34ª AMS de la OMS: Se aprueba el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna
1982	Perú: DS N° 020-82-SA RAI para promover la LM en los EESS
1989	OMS/UNICEF: Declaración conjunta sobre "Protección, promoción y apoyo a la LM" y "Los 10 pasos hacia una Feliz Lactancia Natural"
1990	Florenca, 32 países firman la llamada Declaración de Innocenti, que insta a los gobiernos a adoptar el Código, dar leyes y otras medidas para proteger la maternidad y los derechos de las madres trabajadoras, y 1995 todas las maternidades del mundo cumplan los Diez Pasos hacia la Lactancia Exitosa.
1991	OMS y UNICEF: BFHI o IHAN
1993	Perú, inicia la implementación de la estrategia IHAMN, alcanzando a 90 Hospitales acreditados en 1998
2000	Perú: RM N°240 instituye la 4ta Semana de agosto para la celebración de la Semana Mundial de la LM
2000	En 1999 y 2000 se realiza un monitoreo de los Hospitales Amigos por IBFAN, UNICEF y participación de MINSAL
2003	OMS/UNICEF Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.
2005	Declaración de Innocenti 2005, Florenca. Se recomienda revitalizar la IHAMN
2006	DS 009-2006-SA, que revisa y actualiza el RAI de 1982
2006	D.S. 009-2006-MINDES, Implementación de Lactarios en las Instituciones públicas que cuentan con mínimo veinte mujeres en edad fértil
2007	Se forma la Comisión Multisectorial de LM
2010	Monitoreo a los Hospitales Amigos de la Madre y el Niño para verificación del cumplimiento del RAI y Lactarios, UNICEF, IBFAN
2014	RM N° 260-2014 MINSAL: Guía Técnica para la Implementación de Grupos de Apoyo Comunal para Promover y Proteger la LM
2014	RM N° 609-2014/MINSAL DA para la Certificación de los Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño
2015	RM N° 462-2015/MINSAL: Guía Técnica para la Consejería en LM
2016	RM N° 353-2016/MINSAL: Instrumentos para la Certificación.
2016	DS N° 001-2016-MIMP Ley N° 29896 Lactarios Institucionales en las instituciones del sector público y privado
2019	RM N° NTS N° 152-MINSAL/2019/DGIESP: NTS para la Implementación, Funcionamiento y Promoción de BLH en el Perú

Fuente: MINSAL

Como se sabe muchas de estos esfuerzos se enmarcan en estrategias internacionales provenientes de la OMS y UNICEF principalmente, dentro de las cuales las dos más importantes es el RAI y la IHAMN que veremos más adelante.

Reglamento de Alimentación Infantil (DS N° 009-2006-SA)

En 1982 el Perú aprobó el primer RAI por DS N° 020-82-SA compuesto de dos fascículos: “Normas para la alimentación del Niño de Cero a Dos Años” donde se defiende y se promueve la LM emplazando al MINSA como responsable central de esta tarea en nuestro país. Y un segundo fascículo de “Normas para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y Alimentos Infantiles Complementarios”, inspirado en el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna aprobado por la OMS en la 34° AMS en mayo de 1981 y donde el Perú es firmante.

Este documento será luego revisado y actualizado por DS N° 009-2006-SA guardando su nombre de RAI, el mismo que está organizado en cuatro Títulos:

- Disposiciones Generales
- De la Alimentación de la Niña y el Niño hasta los dos años
- De los Sucedáneos de la Leche Materna y Alimentos Infantiles Complementarios
- De las Responsabilidades Institucionales y Sanciones

Y cuyo objetivo central dice textualmente en el artículo N° 1:

“(…) lograr una eficiente atención y cuidado de la alimentación de las niñas y niños hasta los veinticuatro meses de edad, mediante acciones de promoción, protección y apoyo de la LM y orientando las prácticas adecuadas de alimentación complementaria. Así mismo asegurar el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna cuando estos sean necesarios sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución”.

El actual RAI conjuga diversos aspectos desde la promoción, protección y apoyo a la LME de la niña y el niño hasta la normatividad vigente sobre la comercialización de sucedáneos de la leche materna y alimentos infantiles, al

mismo tiempo que sus aspectos institucionales que permita su viabilidad, vigilancia, así como sus sanciones de acuerdo a ley.

Ley General de Salud N° 26842

Ley promulgada en 1997 vigente hasta la actualidad, donde se asienta los principios generales que orientan las políticas de salud en nuestro país, entendiendo la salud como condición fundamental del desarrollo humano “para alcanzar el bienestar individual y colectivo²¹”, y aceptando que proteger la salud de todos es responsabilidad del Estado peruano. Así mismo, en el Artículo 10 se menciona textualmente: “Toda persona tiene derecho a recibir una alimentación sana y suficiente para cubrir sus necesidades biológicas. La alimentación de las personas es responsabilidad primaria de la familia. En los programas de nutrición y asistencia alimentaria, el Estado brinda atención preferente al niño o, a la madre gestante y lactante, al adolescente y al anciano en situación de abandono social²²”.

Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002 – 2012. MINSA

Este documento se constituye en una suerte de gran diagnóstico sobre la salud y el bienestar integral de los peruanos en general y al mismo tiempo plantea pistas de trabajo para enfrentar los principales problemas resaltados. En consecuencia, también se mencionará en sus contenidos, la promoción de la LM como una manera de responder y superar las malas prácticas en alimentación infantil que repercuten en la desnutrición de las niñas y niños de nuestro país.

Estos lineamientos van a sumarse a la pertinencia y preponderancia del RAI. Y en su capítulo tercero de los Lineamientos Generales para la Década dice:

“La alimentación durante los períodos de gestación, lactancia, así como en los primeros años de vida del ser humano resultan esenciales para posibilitar el óptimo desarrollo de las potencialidades del individuo, las mismas que son indispensables para el mejoramiento de la productividad, crecimiento económico y desarrollo social sostenido”.

²¹ Ley General de Salud. Ley N° 26842. 1997

²² Idem.

Iniciativa Hospitales Amigos de la Madre y el Niño

En un contexto mundial de vulnerabilidad creciente de las mujeres que dan a luz a sus bebés en contextos poco amigables de la LM, surge una iniciativa muy importante de promoción y protección de la LM como una forma de contrarrestar la desnutrición y la morbi-mortalidad infantil en el mundo.

Declaración de Innocenti²³, Sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la LM. La cual dice:

Reconociendo: Que la LM es un proceso único:

- Proporciona la alimentación ideal al lactante y contribuye a su crecimiento y desarrollo saludables.
- Reduce la incidencia y la gravedad de las enfermedades infecciosas, disminuyendo la morbi-mortalidad infantiles.
- Promueve la salud de la mujer al reducir el riesgo de cáncer de mama y ovario, y al aumentar el intervalo entre embarazos.
- Proporciona beneficios sociales y económicos a la familia y a la nación.
- Proporciona a la mayoría de las mujeres un sentimiento de satisfacción cuando se lleva a cabo con éxito.

Y se sientan las bases de lo que dan el nombre de “cultura del amamantamiento”, para reforzarla y defenderla enérgicamente de la “cultura del biberón”, declarando:

“Como meta mundial para la salud y la nutrición óptimas de la madre y del niño, debe permitirse a todas las mujeres poder amamantar exclusivamente a sus hijos y todos los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente al seno desde su nacimiento hasta los seis meses de edad. De ahí en adelante, las niñas y niños deben seguir siendo amamantados, recibiendo, además, alimentación complementaria apropiada y en cantidades suficientes, hasta cuando menos los dos años de edad. Este ideal de alimentación infantil ha de lograrse creando una atmósfera apropiada de conciencia y apoyo para que las mujeres puedan llevarlo a la práctica”²⁴.

²³ Declaración de Innocenti. Reunión conjunta OMS/UNICEF. 1990, Florencia, Italia.

²⁴ Idem.

Además, se proponen diversas metas operacionales para el año de 1995 entre las cuales destaca: “Que cada instalación que otorgue servicios de maternidad practique los **Diez Pasos Hacia una Lactancia Exitosa**²⁵ establecidos en la Declaración conjunta OMS/UNICEF “Protección, Promoción y Apoyo de la LM: el papel especial de los servicios de maternidad”.

En 1991 la OMS y UNICEF proponen la estrategia **BFHI** en español **IHAN**, iniciativa que se expande rápidamente por todo el mundo y cuyo fin principal es mejorar las rutinas de atención en las Maternidades porque es ahí donde ocurre la mayoría de los nacimientos y es ahí donde se imparte la formación de los profesionales de salud.

La IHAN en un primer momento fue considerada un éxito y ha sido una catalizador importante para la protección, promoción y el apoyo de la LME en el mundo donde se pudo observar en varios países un incremento neto de las tasas de LME como por ejemplo en Argentina donde se observó un incremento de la LME (durante los primeros 6 meses de vida) de 3% en 1998 a 23% en el 2004, según datos del Ministerio de Salud (Barrato. 2005).

A partir de 1992 en el Perú, el MINSA adoptará a través del Sub-Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo, esta Iniciativa mundial de la OMS/UNICEF con el apoyo de UNICEF, OMS/OPS, USAID/Perú con el objetivo principal de:

“promover y apoyar la LM a través de la adopción de los DIEZ PASOS HACIA UNA LACTANCIA EXITOSA, estrategia que contempla la capacitación de personal y la adecuación de los servicios de Obstetricia y Neonatología de los hospitales con el propósito de proteger, fomentar y apoyar la práctica de la LM”²⁶.

El Perú, tomará el nombre de **IHAMN** que cuenta con dos pilares básicos que la respaldan en su momento:

- El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de LM aprobado en AMS N° 34 en 1981

²⁵ Ver Cuadro N° 1.1

²⁶ Evaluación de la Situación de la LM y Alimentación Complementaria en el Perú- 2001. Proyecto Linkages AED/Washington DC. USAID/ Perú. Red Peruana de Lactancia Materna. Agosto 2003

- La declaración conjunta de OMS-UNICEF Protección, Promoción y Apoyo de la LM, el papel especial de los servicios de Maternidad. Y “Los 10 pasos hacia una Feliz Lactancia Exitosa”.

Es así que, en el Perú, entre 1994 y 1997 se acreditarán 90 Hospitales Amigos de la Madre y del Niño, todos públicos, una de las cifras más altas en toda América Latina en su momento. Pero, rápidamente la mayoría de estos hospitales fueron abandonando sus compromisos frente a la LM. En parte, porque esta importante Iniciativa nunca contó con una Norma Técnica que delimitara sus objetivos, los criterios de monitoreo y evaluación periódica, que permita la sostenibilidad de la certificación IHAMN. Además, se sumaron otras dificultades administrativas, como la modificación del organigrama y estructura interna del MINSA y la organización del Sub-Programa vertical Control de Crecimiento y Desarrollo, al cual esta Iniciativa estaba adscrita inicialmente.

Por otro lado, la implementación del IHAMN en el Perú contó con financiamiento internacional proveniente básicamente de la OMS, UNICEF y USAID durante las dos primeras décadas; los cuales disminuyeron rápidamente afectando la continuidad de la iniciativa.

En 2013-2014 la OPS luego de hacer una evaluación del impacto de la IHAN en América Latina y el Caribe encuentra que de los 26 países encuestados 85% de ellos tenían al menos un Establecimiento de Salud acreditado IHAN a la fecha, pero menos de la mitad del total de países evaluados tenía un Establecimiento recientemente certificado o recertificado. Además, se encontró que sólo 3.5% de los niños que nacen en la región, nacen en Establecimientos de Salud IHAN recientemente certificados o recertificados.

De ahí se desprende que para mantener los principios básicos de la IHAN es necesario asegurar una Recertificación frecuente de los establecimientos de salud, que puede ser cada tres o cinco años según lo reglamente cada país.

Por su parte la Oficial de Desarrollo Infantil Temprano de UNICEF Perú, María Elena Ugaz expone los desafíos de la Implementación de la IHAN-OMS en América Latina y el Caribe (2016), entre los que destacan:

- **Resistencia al cambio y falta de identificación con la iniciativa:** se deja la responsabilidad al Coordinador de la Iniciativa, en lugar de adaptarse a un enfoque de trabajo de equipo. Se aprecia la Iniciativa como “más trabajo en vez de mejor calidad de atención”.
- **Recursos Humanos: rotación, escasez y capacitación del personal:** “Los hospitales siguen luchando para capacitar al personal clínico (especialmente a los médicos) en el curso requerido de 20 horas sobre la promoción y el apoyo a la LM”
- **Sucedáneos de la Leche Materna:** Presiones dentro como fuera de los establecimientos para usar fórmulas infantiles, combinadas con las violaciones del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.
- **Financiamiento y Sostenibilidad:** Falta de un proceso formal para la certificación y recertificación de la IHAN en las evaluaciones regulares de control de calidad y acreditación de hospitales.

De ese modo, en 2014 se establece la DA N° 201-MINSA/DGSP V.01 para la Certificación de ESAMNN con RM N° 609 – 2014/MINSA²⁷. La misma que tiene como objetivo general “Establecer los criterios técnico-normativos para la certificación de establecimientos de salud como establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño”. Y sus objetivos específicos apuntan a:

- Establecer los criterios técnicos, metodológicos e instrumentales para la evaluación interna de establecimientos de salud que permita identificar las brechas según criterios establecidos y formular el correspondiente plan de mejora.
- Establecer los criterios técnicos, metodológicos e instrumentales para la evaluación externa de establecimientos de salud para la certificación como ESAMNN.
- Establecer los procedimientos para la certificación y el reconocimiento de establecimientos de salud como ESAMNN.
- Establecer los criterios de seguimiento y monitoreo para la certificación de ESAMNN.

²⁷ En 2016 se anexan los instrumentos para la certificación a través de la RM N° 353-2016-MINSA

Y están dirigidos a todos los establecimientos del Sector Salud (del MINSA, de los Gobiernos Regionales y Locales, de EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú y del Sub Sector Privado), a nivel nacional, regional y local, dedicados a la atención de la madre, la niña y el niño o que realizan actividades relacionadas a ellas²⁸.

Cuadro N° 2.2 : Criterios y Aspectos a ser evaluados en Establecimiento de Salud públicos y privados que atienden a la madre y al niño

Criterios	Aspectos a ser evaluados		Clasificación de EESS	
			Atención del parto y del RN	NO Atención del parto y RN
1. Los 10 pasos para una lactancia materna exitosa (70%).	Paso 1	Existencia de una Política escrita de Promoción y Protección de la lactancia.	X	X
	Paso 2	Capacitación del personal de salud.	X	X
	Paso 3	Entrega de información a gestantes.	X	No aplica
	Paso 4	Realización del contacto piel a piel.	X	X
	Paso 5	Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aún si ellas deben separarse de sus hijos.	X	X
	Paso 6	No dar a los recién nacidos alimentos o líquidos que no sean leche materna.	X	No aplica
	Paso 7	Alojamiento conjunto durante la estancia en el establecimiento de salud.	X	X
	Paso 8	Lactancia materna a demanda.	X	X
	Paso 9	No dar chupones ni biberones a recién nacidos.	X	X
	Paso 10	El establecimiento tiene contacto con Grupos de Apoyo.	X	X
		No hay publicidad, ni distribuye muestras gratuitas de sucedáneos de la leche materna.		X
2. Publicidad y adquisición de sucedáneos de la leche materna, biberones y tetinas (20%).	El establecimiento de salud no recibe donaciones ni adquiere sucedáneos a precios rebajados. Únicamente adquiere lo requerido con justificación médica, (solo para los establecimientos que atienden parto y al recién nacido)(*).		X	X
3. Lactario Institucional (10%).	Existencia de lactario.		X	Si corresponde
	Características del lactarios según norma vigente.		X	

Fuente: DA N° 201-MINSA/DGSP V01

²⁸ DA N° 201-MINSA/DGSP V.01 DA para la Certificación de ESAMNN, aparece como RM N° 609 – 2014/MINSA

Dentro de las Definiciones Operativas, se tiene que un establecimiento de salud primero debe aprobar la evaluación externa que lo define como ESAMNN para luego obtener la Certificación ESAMNN que significa el cumplimiento de los criterios y aspectos que aparecen en el cuadro N° 2.2, según tipo de establecimientos.

Para que un establecimiento de salud público o privado, que cuente con servicios de atención del parto y del recién nacido, certifique como ESAMNN debe cumplir con un puntaje de 80 % de estándares de los criterios como se observa en el cuadro 2.2, según los pesos ponderados que aparecen en la primera columna.

La Certificación del establecimiento de salud como ESAMNN consiste en la Resolución Directoral que debe ser difundida y publicada en el establecimiento para conocimiento de todos el personal de salud y los usuarios. Al mismo tiempo se brinda un Reconocimiento a la Dirección/Jefatura, al equipo de gestión y al CLM del Establecimiento de Salud como incentivo al compromiso del personal de salud con los objetivos de la certificación.

Así mismo, la presente Certificación está relacionada con la Supervisión, Monitoreo y Evaluación de la misma:

- La Supervisión se centra en el fortalecimiento de capacidades de gestión de los Comités Técnicos Institucionales y de los Comités de LM; y también la formación de facilitadores y evaluadores que acompañen los procesos para la certificación.
- El Monitoreo está centrado en el cumplimiento de la normatividad relacionada a los tres aspectos claves de la certificación.
- Y la Evaluación se centra en el análisis de los resultados encontrados y su relación con la certificación, identificando los puntos que facilitan o dificultan dicha certificación. Hay que precisar que la Certificación ESAMNN tiene una duración de tres años, luego de los cuales debe ser actualizada.

El CLM está regido por el RAI, que obliga a todo Establecimiento de Salud sea público o privado que brinde servicios de atención del parto y del recién nacido, de contar con un CLM, integrado por mínimo tres personas nombradas por las

autoridades del Establecimiento de Salud y serán la Direcciones de Salud de Personas del nivel regional de su jurisdicción que vigilarán el cumplimiento de sus funciones.

Las funciones que les corresponden al CLM son²⁹:

- Realiza el análisis integral de la situación de la LM en el establecimiento de salud o Micro red, según corresponda.
- Elabora el plan de trabajo para la promoción y protección de la LM debiendo estar inserto en el Plan Operativo Institucional o en el Plan Operativo de la Micro-red.
- Participa en los procesos de mejora para la certificación como Establecimiento Amigo, en coordinación con el área de calidad.
- Elabora, implementa y evalúa el plan de capacitación en LM, en coordinación con el área de capacitación.
- Monitorea la promoción y protección de la LM en el establecimiento o Micro red.
- Realiza reuniones periódicas con jefes de servicios y coordinadores de áreas y programas para la evaluación y análisis de los procesos de atención integral a la madre, a la niña y al niño hasta los dos años.
- Vigila la recepción de donaciones y/o adquisiciones de sucedáneos de la leche materna.
- Elabora un informe semestral a la Dirección/Jefatura según corresponda que dé cuenta de la situación de la LM debiendo ser elevado al Comité Técnico institucional correspondiente.
- Promueve o fortalece el lactario institucional, según normatividad vigente, en coordinación con el área de Recursos Humanos.

De los 10 Pasos para una Lactancia Exitosa, comprendidos dentro de los tres Criterios que se contemplan en el proceso de Certificación, se tiene el Indicador 2 que corresponde al Paso 2 “Capacitación del Personal de Salud” y que incluye tres estándares los cuales son:

²⁹ DA N° 201-MINSA/DGSP V01

- Planes de capacitación al personal de servicios materno infantiles, incluyen al menos 1 capacitación por año en LM, con al menos 20 horas.
- El programa de inducción al personal de reciente ingreso, incluye actividades para la promoción y protección de la LM.
- El establecimiento de salud cuenta con al menos un facilitador capacitado como consejero (a) en LM, actualizado (mínimo cada 2 años).

Cuadro N° 2.3 : Temario del Curso Taller “Promoción y Apoyo a la LM en Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño”

Curso Taller “Promoción y Apoyo a la LM en Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño”	
N°	Temáticas
1	Políticas que apoyan la Lactancia
2	Habilidades de Comunicación
3	Anatomía y Fisiología de la Lactancia
4	¿Por qué es importante la LM?
5	Promoción de la Lactancia durante el Embarazo
6	El Inicio de la Lactancia.
7	¿Cómo ayudar con la Lactancia?
8	Si el bebé no puede mamar- Paso 5
9	Prácticas que Apoyan la Lactancia- Pasos 6, 7,8 y 9
10	Producción de Leche
11	Afecciones del Pecho
12	Niños con Necesidades Especiales
13	Preocupaciones de la Salud Materna
14	Apoyo continuo a las Madres Paso 10
15	Protección de la Lactancia Materna
16	Haciendo tu Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño.
PC1	Práctica Clínica 1. Observando y ayudando a la lactancia
PC2	Práctica Clínica 2. Hablando con una gestante
PC3	Práctica Clínica 3. Observando la extracción manual y la alimentación con taza

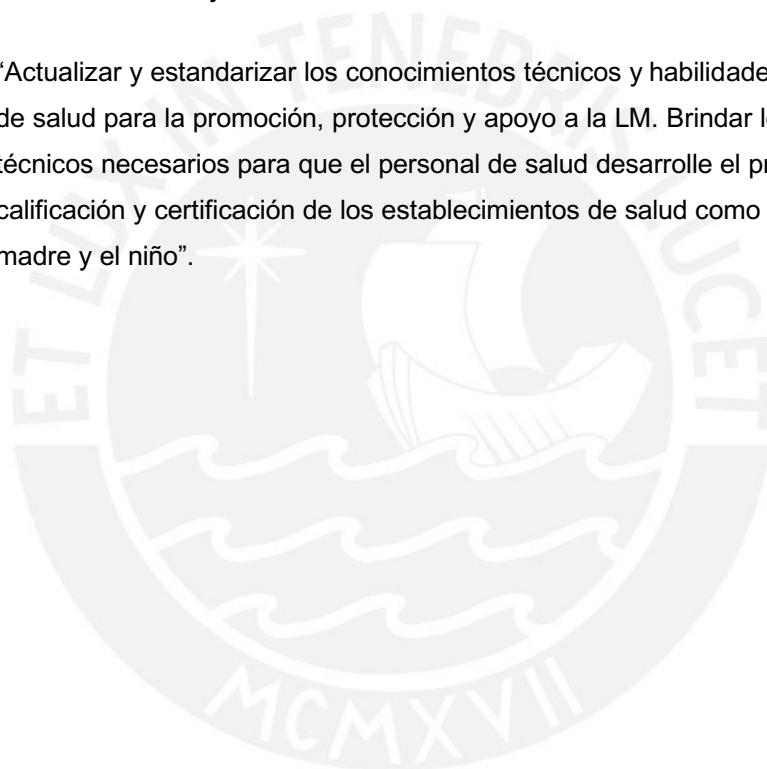
Fuente: Elaborado por la investigadora en base al Documento Técnico, Curso Taller “Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna en Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño”.

El Paso 2 está comprendido dentro de las funciones del CLM del Establecimiento de Salud y es compartido con el MINSa que por razones presupuestales se responsabiliza a capacitar en un primer momento solo un 35 % aproximadamente del personal, luego será el establecimiento de salud que asumirá la capacitación del resto del personal a lo largo del año. Además, estas capacitaciones comprenden temas en torno a la LM y deberán ser continuas.

La relación de temas tratados y las clases prácticas clínicas, se muestran en el cuadro 2.3.

El plan de capacitación del personal de salud se corresponde con el curso de 20 horas de la IHAN propuesto por la OMS/UNICEF adaptado al marco nacional a cargo de MINSA en coordinación con UNICEF-Perú, que aparece en el documento técnico **Curso Taller “Promoción y Apoyo a la LM en Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño” – Manual del Facilitador**³⁰, constituyéndose en instrumento para la capacitación del personal de salud en el ámbito nacional. Los objetivos del Curso-Taller son:

“Actualizar y estandarizar los conocimientos técnicos y habilidades del personal de salud para la promoción, protección y apoyo a la LM. Brindar los elementos técnicos necesarios para que el personal de salud desarrolle el proceso de calificación y certificación de los establecimientos de salud como amigos de la madre y el niño”.



³⁰ MINSA, UNICEF. Curso Taller, “Promoción y protección de la Lactancia Materna en Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño. 1ra edición 2009. Lima, Perú

2.1.3 INVESTIGACIONES RELACIONADAS

Discontinuidad del cuidado de la LM: "No hay capitán del barco"

Discontinuity of Breastfeeding Care: "There's No Captain of the ship"

Christine D. Garner, Stephannie L. Ratcliff, Lorelei L. Thornburg, Elaine Wethington, Cynthia R. Howard, and Kathleen M. Rasmussen

BREASTFEEDING MEDICINE Volume 11, Number 1, 2016 a Mary Ann Liebert, Inc. DOI: 10.1089/bfm.2015.0142

Numerosas políticas en los Estados Unidos y organizaciones como la American Academy of Pediatrics y el American Congress of Obstetrics and Gynecology, protegen y promueven la LM. Sin embargo, las tasas de lactancia siguen siendo extremadamente bajas en los EEUU. Según la presente investigación, los profesionales de salud en los EEUU, saben de la importancia de la LM y buscan brindar apoyo en LM a las madres usuarias de los establecimientos de salud, pero se observa una brecha entre la atención prenatal y la post-natal, entre los pediatras y los ginecólogos, entre quienes se ocupan del bebé y quienes se ocupan de la madre. Y son pocos los profesionales de salud que conocen todo el proceso y brindan un apoyo continuo en LM.

Esta discontinuidad en el proceso de atención afecta la posibilidad de brindar una ayuda adecuada a las madres en LM que ellas lo experimentan como deficiente. La investigación buscó entender las razones que explican esta discontinuidad desde la mirada de los profesionales de salud y lo que se encontró básicamente es: vacíos en la atención, dependencia de los profesionales de salud en otros profesionales para brindar apoyo en LM, poca disponibilidad de tiempo y poco manejo de habilidades para el acompañamiento en lactancia. Todo esto contribuyó a acrecentar la discontinuidad del apoyo en lactancia, mensajes inconsistentes y lo que es peor, la pérdida de oportunidades para brindar información adecuada y coherente en torno a la LM.

Un factor importante que explica esta discontinuidad en el apoyo en lactancia, es la ausencia de liderazgo o la falta de "capitán del barco" en todo el proceso de atención en LM y lo que es más decepcionante es que nadie busca asumir la iniciativa para superar esta situación.

La mayoría de los profesionales de salud confían o dependen de otros al momento de atender las demandas de las madres en LM. Muchas veces, los profesionales de salud piensan que no tienen las competencias adecuadas o que no les corresponde a ellos ofrecer una buena atención en LM; en todo caso, siempre hay un profesional en quien se cree se puede encargar la tarea como la enfermera del hospital en primera línea frente a la lactancia o el consultor en lactancia. Pero, lo cierto es que muchas veces nadie se encarga de nada, porque no siempre hay disponibilidad de tiempo ni disposición a asumir tareas que piensan no les corresponde. En suma, esta dinámica permanente, genera más y más vacíos para ofrecer una atención adecuada en LM.

Este estudio se relaciona a mi investigación, en la medida que muestra una dificultad bastante común en los establecimientos de salud, que es la ausencia de continuidad al momento de brindar apoyo en LM a las madres. Discontinuidad explicada en parte por la ausencia de liderazgo en LM. Como vemos en el presente estudio y se evidencia en mi investigación, no es suficiente estar a favor de la lactancia y brindar apoyo en LM. Es necesario superar esta mirada fragmentada al momento de brindar atención en lactancia al interior de los diversos servicios en un establecimiento de salud, evitar vacíos, inconsistencia en los mensajes, “que otros hagan por mí y que al final nadie hace”, prácticas que evidencian oportunidades perdidas para brindar un apoyo consistente y eficaz para fortalecer la LM de las madres.

Por el contrario, es necesario un liderazgo consolidado y respaldado por una política a favor de la LM que permita orquestar las diversas disciplinas y servicios en el establecimiento de salud, hacia una misma dirección donde todos puedan hablar un mismo idioma, el de la lactancia. Donde la madre pueda evidenciar la continuidad del apoyo en su lactancia. Fortaleciendo las competencias y habilidades adecuadas del profesional de salud para brindar apoyo en LM a las madres que lo desean.

¿Los consultorios pediátricos son "solidarios" con la LM?

Discrepancias entre los informes de madres y profesionales de la salud

Are Pediatric Offices "Supportive" of Breastfeeding? Discrepancies between Mothers' and Healthcare Professionals' Reports

Heather E. Dillaway, PhD. Mari E. Douma, DO

Clinical Pediatrics, June, 1, 2004;43;417-430

Las evidencias demuestran que apoyar a las madres en su lactancia podría permitir una lactancia exitosa y de mayor duración; y el personal de salud, puede jugar un rol importante en las decisiones y conductas en lactancia de las madres. En ese sentido, este estudio muestra cómo el significado de "apoyo" en LM; no necesariamente tiene el mismo significado para la madre que para los profesionales de salud y esta diferencia debe ser reconocida por éstos últimos al momento de brindar apoyo en lactancia.

Si bien los profesionales de salud piensan que ellos brindan un buen apoyo en LM, las madres encuentran muchas veces la información y las habilidades ofrecidas como deficientes: información errónea, incompleta y apatía.

Además, las madres describen el "apoyo" brindado por el personal como "reactivo", sólo responde a las preguntas que hacen las madres. Es un apoyo "pasivo" y no "activo"; es decir, el personal de salud, no tiene la iniciativa de elogiar a la madre en su experiencia de lactancia, fuera de las preguntas que ellas hacen.

Las madres dicen que el personal de salud habla de los beneficios de la LM, pero no habla de "¿cómo hacerlo posible?". Para las madres el "apoyo" solidario en lactancia significa apoyo continuo en información y en lo emocional también, pero esto último es lo más difícil de encontrar de parte del personal de salud. Por su parte, el personal de salud, menciona las barreras logísticas tales como las numerosas responsabilidades asumidas y el poco tiempo disponible que les impide brindar más apoyo en lactancia de lo que ya dan; además, ellos mismo no valoran el impacto de su apoyo frente a la experiencia de lactancia de las madres. Mientras que las madres piensan que no es necesario más tiempo para brindar un apoyo solidario, sólo basta cambiar la manera, se trata de una postura más activa, entusiasta frente a la lactancia.

Este estudio se relaciona con mi investigación en la medida que parte de la premisa que el apoyo brindado por el personal de salud es crucial, más de lo que el personal de salud cree, para fortalecer la experiencia de LM de las madres. Muestra además cómo el personal de salud y las madres pueden tener distinciones al momento de hablar de lo mismo como es el apoyo en LM; para las madres es necesario un apoyo “solidario” que contemple la dimensión emocional sin olvidar la información en LM y que éste apoyo sea permanente. La necesidad de la dimensión emocional del apoyo, también llamado “solidario”, aparece reiteradamente en las voces de las madres de mi investigación.



2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 ENFOQUES

Enfoque de Desarrollo Humano

El concepto de Desarrollo Humano que trabaja el PNUD desde 1990, busca ampliar el concepto de desarrollo humano, centrándose en la persona humana y todo lo que hace posible elevar su calidad de vida. Reconociendo que el acceso a más oportunidades y el despliegue de las libertades de las personas están a la base del desarrollo de sus capacidades y el acceso a su bienestar y una vida más digna según como cada quien lo entiende.

“El desarrollo de un país no puede ser entendido desde la perspectiva única del crecimiento económico. El propósito final del desarrollo se encuentra en cada uno de sus habitantes y en las posibilidades que ellos tienen para elegir una vida en la que puedan realizar a plenitud su potencial como seres humanos”³¹.

En ese sentido Amartya Sen “define las capacidades de los individuos en todas las esferas de la vida como “funcionamientos” (estados y acciones) constitutivos de la persona, de su bienestar y de su libertad de elegir sus modos de vida posibles. Las libertades fundamentales (de consciencia, de expresión, de acción política...) hacen parte de y están en el corazón de una descripción mínima de la justicia social y de la dignidad humana”³²

Martha Nussbaum irá un poco más allá al enumerar diez capacidades centrales “que un orden político decente debe garantizar al menos a todos los ciudadanos”³³ y que están relacionadas a “dominios de libertades tan centrales que su ausencia vuelve la vida indigna”³⁴.

³¹ Desarrollo Humano. Objetivos. PNUD México
https://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/ourwork/povertyreduction/in_depth/desarrollo-humano.html

³² Maryse Potvin, Diversité Ethnique et Éducation Inclusive : Fondements et Perspectives. « Éducation et sociétés » 2014/1 n° 33/ pages 185 à 202. Québec, Canadá,

³³ Nussbaum M.C. 2012 Capabilités. Comment créer les conditions d'un monde plus juste? Paris, Flammarion

³⁴ Idem.

Lo interesante de este enfoque es centrarnos en el ejercicio de la libertad de las personas y las condiciones que el gobierno debe garantizar poder desarrollar y que la justicia debe perseguir como dignificante; de tal modo que la elección de una señora de amamantar a su bebé no se vea frenado por la ausencia de apoyo o información adecuada en los establecimientos de salud, o por la poca o mala información que pueda manejar el profesional, o por la indiferencia de algunos profesionales. Que una madre y su bebé salgan del establecimiento de salud, más felices que cuando llegaron, amamantando con éxito a su bebé porque así fue su decisión. Que los profesionales de salud se sientan realizados y contentos apoyando a las madres y sus bebés en su experiencia de lactancia, desplegando sus capacidades sociales y habilidades de comunicación porque comparten la convicción de que la LM es natural y perfecta para el bebé humano y por eso necesitamos trabajar en la sensibilización y capacitación en LM de los profesionales de salud de los establecimientos de salud como en el INMP.

Enfoque del Curso de Vida

La OMS/OPS propone el enfoque del Curso de Vida, donde se aborda la salud de las personas como un proceso sujeto a numerosos factores que tienen impacto sobre su vida, su salud y su desarrollo; y donde lo acaecido en un momento determinado de la vida afecta la vida y la salud actual y futuras de las personas.

Este enfoque propone la intervención adecuada y temprana para la buena toma de decisiones y evitar así las enfermedades y sus complicaciones, lo cual redundaría en un desarrollo óptimo de la salud y la vida de las personas. Confirmando, además, la importancia que tiene el promover y proteger la lactancia desde la primera hora de la niña y el niño, sabiendo que su impacto abarca todas las dimensiones de la niña y el niño.

“En el siglo XXI, la LM es más relevante que nunca, se viva en un país de altos o bajos ingresos o en una familia rica o pobre. La unión física y emocional entre la madre y su hijo se fortalece e influye en la programación epigenética”³⁵.

³⁵ Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *Journal of the American Medical Association* 2002;287(22):2365–2371.

En LM, la mirada del proceso es fundamental, toda intervención presente tendrá grandes repercusiones positivas ahora mismo y también después. Por eso lo que se pueda hacer con antelación es mejor y favorecerá la diada madre-bebe. Promover y proteger la LM de una madre y su bebé, no sólo tiene impacto en la salud y nutrición de ambos; si no también, permite construir la confianza y un sentimiento de empoderamiento en la madre que será también nutricio en el bebé y la familia entera y la sociedad también.

Además, es sumamente importante señalar que el enfoque del Curso de Vida, ubica en el centro de las intervenciones sociales y políticas a las personas —y no a las enfermedades— esto es crucial porque exige diseñar e implementar los mecanismos necesarios para materializar el enfoque del curso de la vida desde la persona.

Enfoque de Derecho a la Salud

Hay tres ideas claves sobre los Derechos a la Salud que promueve la OMS:

- “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”.
- El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente.
- Todas las personas deben poder ejercer el derecho a la salud, sin discriminación por motivos de raza, edad, pertenencia a grupo étnico u otra condición. La no discriminación y la igualdad exigen que los Estados adopten medidas para reformular toda legislación, práctica o política discriminatoria”³⁶

De esta manera la OMS configura los lineamientos fundamentales de lo que deben ser los Derechos a la Salud de toda persona, así como de las madres puérperas que desean amamantar a sus bebés, ellas y sus bebés tienen derecho a acceder a una LM feliz que les permita una salud plena. Por consiguiente, las madres y sus bebés tienen derecho a recibir toda la información oportuna, ayuda práctica y apoyo emocional si fuera necesario para lograr con éxito su lactancia. En ese sentido, los establecimientos de salud como el INMP y sus profesionales deben

³⁶ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

responder a esta demanda y desplegar de la mejor manera sus capacidades y habilidades sociales e interpersonales para ofrecer una atención adecuada y un buen trato a las madres y sus bebés.

Sin olvidar que dentro de los derechos a la salud que les corresponde a las madres y sus bebés, los establecimientos de salud en general y del INMP deben ofrecer servicios de salud oportunos, aceptables, asequibles y de calidad, a las madres que desean amamantar a sus bebés para poder responder sus demandas y necesidades de información, ayuda práctica y apoyo en lactancia.

Además, se debe garantizar la no discriminación de cualquier tipo, ni de raza, edad, pertenencia a grupo étnico u otra condición, en la atención cotidiana brindada a las usuarias en los establecimientos de salud como el INMP.

En la misma línea, la OMS propone la Convención sobre los Derechos del Niño, donde se insiste en la necesidad de unificar esfuerzos desde el Estado para proteger los derechos de la niña y el niño desde que nacen, que redunden a favor de su salud y bienestar, y su correlación en la sociedad.

- “Los niños son personas. Los niños no son propiedad de sus padres ni del Estado, ni son adultos en proceso de formación. Los niños tienen el mismo estatus que todos los demás miembros de la familia humana.
- Los niños empiezan la vida como seres totalmente dependientes.
- El sano desarrollo de los niños es crucial para el futuro bienestar de cualquier sociedad”³⁷.

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) aprobado en 1989 por la Asamblea General de la Naciones Unidas conformado por 20 países dentro de los cuales se encuentra el Perú, “recoge los derechos de todas las personas menores de 18 años. Sus derechos están íntimamente relacionados con las obligaciones y las responsabilidades de los Estados, es decir, los artículos son de cumplimiento obligatorio para todos los gobiernos y todas las personas”.

³⁷ <https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/por-que-son-importantes>

Así los artículos priorizados para efectos de la presente investigación, son: "(6) Supervivencia y desarrollo; los niños y niñas tienen derecho a la vida. Los gobiernos deben hacer todo lo posible para asegurar su supervivencia y desarrollo". (24) La Salud y los Servicios Sanitarios; los niños tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud (agua potable, buena higiene y alimentación) y a recibir atención médica cuando están enfermos. Los gobiernos deberán cooperar con los de otros países. (27) El Nivel de Vida; los niños y niñas tienen derecho a un nivel de vida adecuados para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. Los padres son los responsables de que ellos cuenten con lo necesario para vivir de una forma digna (en especial vivienda, nutrición y vestido). Si ellos no pueden proporcionárselo, las autoridades deben ayudarlos.

La Convención sobre los Derechos del Niño se corresponde con los Derechos a la Salud también firmada por la OMS. Las niñas y los niños desde que nacen, como cualquier persona tienen derecho a la vida, a un nivel de vida adecuados para un buen desarrollo integral y merecen una salud de alta calidad, y por eso la pertinencia de la Certificación ESAMNN que buscan asegurar el éxito de la LM de la mano con la buena atención que debe brindar los establecimientos de salud y el INMP para garantizar el derecho a la vida digna, a un nivel de vida adecuado y alcanzar un desarrollo integral.

Además, la difusión permanente de la Convención sobre los Derechos del Niño en los establecimientos de salud y entre los profesionales de salud y el personal en general especialmente del INMP debería ser una estrategia de sensibilización y compromisos frente a la promoción, protección y apoyo a la LM, para alcanzar una salud integral para las niñas y niños, protegiéndolos de la desnutrición y la morbi-mortalidad.

Enfoque de Fortalecimiento de Capacidades

El trabajo realizado por la FAO por años en su búsqueda de erradicar el hambre en el mundo, le ha permitido desarrollar el concepto de **Fortalecimiento de Capacidades** como "los procesos por los que las personas, las organizaciones y la sociedad en su conjunto fomentan, fortalecen, crean, adaptan y mantienen la

capacidad a lo largo del tiempo”³⁸. Entendiendo por **capacidad** la “aptitud de las personas, las organizaciones y la sociedad de gestionar acertadamente sus asuntos”³⁹ (20). Esta incluye la aptitud de crear, comprender, analizar, desarrollar, planear, conseguir objetivos establecidos, avanzar hacia una misma visión, cambiar y transformar.

De ahí se entiende que para la FAO: “El Fortalecimiento de Capacidades tiene más que ver con la calidad de la participación de los agentes nacionales y locales que con la cantidad de los resultados conseguidos; tiene que ver más con intervenciones integradas en el largo plazo que con una formación aislada y, en general, más con la promoción del aprendizaje y el cambio “desde dentro” que con la oferta de aportaciones “desde fuera”.⁴⁰

Es sumamente importante trabajar desde el Fortalecimiento de Capacidades porque pone el acento en las personas y no sólo en las instituciones y sus objetivos; priorizando el proceso mismo de todo lo que hace las personas y cómo lo hace, para poder alcanzar acertadamente sus objetivos. Entendiendo este proceso, como un aprendizaje fructuoso que abonará en el mejor entendimiento y sostenibilidad de los proyectos. Este enfoque valora especialmente el empoderamiento de las personas que permitirá el despliegue de sus capacidades.

Enfoque de Desarrollo Personal

En esta misma línea, es pertinente conectar con Daniel Goleman cuando habla de **la Inteligencia Emocional**⁴¹ como “la inteligencia más allá de los aspectos cognitivos, tales como la memoria y resolver problemas”. Se trata de gestionar y desplegar las capacidades humanas que Goleman organiza en cuatro dimensiones : **la autoconciencia emocional**, una manera de estar en conexión fluida con las emociones y valores que nos definen; **la automotivación**, es la

³⁸ The Challenge of Capacity Development: Working towards good practice, OCDE 2006. Varias otras agencias internacionales de desarrollo han adoptado la misma definición.

³⁹ OECD/DAC GOV NET “The Challenge of Capacity Development: Working towards Good Practice” (“El desafío del desarrollo de capacidades: hacia mejores prácticas”).

⁴⁰ Mejorar las practicas de apoyo de la FAO al Fortalecimiento de las Capacidades de los Países miembros. MA1 Módulo de Aprendizaje. FAO Fortalecimiento de las Capacidades. FAO 2010. Pag. 9 <http://www.fao.org/3/a-i1998s.pdf>

⁴¹ Daniel Goleman, Inteligencia emocional (1995), Inteligencia social (2006).

fuerza interior que nos permite orientarnos hacia nuestras metas; **la empatía**, es la capacidad humana de conectarnos con los demás desde sus emociones; y **las habilidades sociales** como la escucha, la comunicación asertiva, la forma en que nos relacionamos con los demás, de manejar los conflictos y las dificultades. **La inteligencia emocional**, tal como la entiende Goleman, será la flexibilidad con la que podemos manejar estas cuatro dimensiones. Sabiendo que todas las capacidades humanas, son factibles de ser aprendidas, ejercitadas y desarrolladas a su plenitud tal como puede ocurrir con las actividades deportivas. Es decir, entrando en el ámbito de la epigenética, nos abre las puertas a la posibilidad de cambio, de resiliencia de alguna manera, de ser sujetos y autores de nuestra propia vida. Para sacudirnos de la resignación y de la depresión de aquel que se cree objeto de la mala suerte.

Así el Fortalecimiento de Capacidades que desarrolla la FAO y el concepto de Inteligencia Emocional que propone Daniel Goleman, convergen en la misma dirección de mi objeto de estudio que es la certificación ESAMNN que busca asegurar el éxito de la LM en nuestro país y así disminuir la desnutrición, la morbi-mortalidad en niños menores de cinco años hacia el desarrollo integral del niño; en la medida que relativiza la importancia de la “capacitación” o “formación” de los profesionales de salud dentro de la Iniciativa. Otorgándole la importancia que se merece al proceso mismo de búsqueda de alternativas y estrategias internas por parte del personal de salud del INMP, proceso que va a generar y fortalecer nuevas capacidades sociales o interpersonales en los profesionales que en última instancia va a permitir el fortalecimiento de la iniciativa.

Enfoque de Empoderamiento

Empoderamiento es “Apropiarse o reapropiarse de su poder”, según el psicólogo norteamericano Julian Rappaport quien introduce este concepto en el trabajo social y la psiquiatría social. Lo cual implica un proceso que puede ir más allá del trabajo personal como sigue diciendo el autor:

"El empoderamiento es visto como un proceso: el mecanismo por el cual las personas, las organizaciones y las comunidades adquieren dominio sobre sus vidas"⁴².

Lo más saltante en el "empoderamiento" es la relación entre el esfuerzo y los logros alcanzados, como dice Mechanic:

"El empoderamiento puede verse como un proceso en el que los individuos aprenden a ver una correspondencia más estrecha entre sus objetivos y un sentido de cómo alcanzarlos, y una relación entre sus esfuerzos y los resultados de la vida"⁴³.

En ese sentido, el empoderamiento pone el acento en la capacidad de actuar del individuo o del grupo, y su implicancia de que sea capaz de manejar el desarrollo de este proceso para control de su propia vida y en la búsqueda de objetivos determinados como la transformación de contextos difíciles. Zimmerman se ha dedicado a investigar al respecto y sostiene que:

"Un enfoque de empoderamiento va más allá de mejorar los aspectos negativos de una situación al buscar aquellos que son positivos. Por lo tanto, mejorar el bienestar en lugar de solucionar los problemas, identificar las fortalezas en lugar de catalogar los factores de riesgo y buscar influencias ambientales en lugar de culpar a las víctimas"⁴⁴.

Esta forma de entender el empoderamiento según Zimmerman, también redefine el rol de los expertos que intervienen en una realidad y que buscan ayudar a personas de modo vertical y unidireccional. "Un enfoque de empoderamiento reemplaza términos como "cliente" y "experto" con "participante" y "colaborador".

Esta perspectiva del empoderamiento, es muy sugerente cuando hablamos de LM porque nos permite sacudirnos de una visión asistencialista frente a las madres gestantes y puérperas y sus bebés, donde las mujeres son actores de sus propias

⁴² Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, 3, 1-7.

⁴³ Mechanic, D. (1991, February). Adolescents at risk: New directions. Paper presented at the Seventh Annual Conference on Health Policy. Cornell University, Medical College.

⁴⁴ Marc A. Zimmerman, Empowerment theory: Psychological, organizational and Community Levels of Analysis

vidas, quienes eligen amamantar a sus hijos y cómo hacerlo. Se trata de manejar una perspectiva de respeto, más horizontal u humanista con la intención de generar las condiciones necesarias para que más mujeres en el mundo, actores de sus vidas puedan experimentar su LM como ellas lo desean.

Empoderar en lactancia, no es motivar a las madres a amamantar; empoderar en lactancia, es trabajar porque las condiciones se den y existan en la sociedad para que cada vez más mujeres puedan amamantar libremente y sin interferencias, para que amamantar a su bebé no signifique enfrentarse con un profesional de salud desinformado, abandonar el trabajo para quedarse en casa o recibir menos ingresos porque solo el padre trabaja. De tal modo que, para la mujer y su familia, empoderarse en lactancia, le permita a su vez, ganar en confianza y poder, para superar fácilmente las dificultades al momento de realizar sus objetivos cualquier que ellos sean.

Es en esta perspectiva que se ubica la IHAMN y los 10 Pasos para una Lactancia Exitosa, que buscan ofrecer todas las condiciones necesarias en los establecimientos de salud para que las madres puedan asegurar la LM de su bebé y los profesionales de salud capacitados puedan responder adecuadamente a las demandas de las madres y sus bebés.

Enfoque de la Ética del Cuidado

El cuidado o “care” es definido de modo general por la filósofa norteamericana Joan Tronto como:

“una actividad genérica que comprende todo lo que nosotros hacemos para mantener, perpetuar y reparar nuestro “mundo”, de suerte que nosotros podamos vivir ahí tan bien como nos sea posible. Ese mundo comprende, nuestros cuerpos, nosotros mismos y nuestro entorno, todo elemento que nosotros buscamos unir en red compleja, en apoyo a la vida”⁴⁵

⁴⁵ Tronto, Jean. Un Monde Vulnérable. Pour une politique du care. Éditions La Découverte. 9 bis, rue Abel-Hovelacque. Paris XIII. 2009

El mundo para Tronto es definido tal como lo entiende Hanna Arendt, como esa pluralidad construida por todos. Es decir, va más allá de la suma de individualidades, es el conjunto de lo que convenimos y construimos y que implica pluralidad, diversidad y todo lo que esto conlleva. El “care” asume este reto como necesario para su actuar comprometido.

Así la ética del cuidado o “care” es esa responsabilidad comprometida y consciente frente al otro o a los otros distintos y diversos a mí, incluyéndome a mí misma con mi particularidad, para el bien común frente a un mundo plural vulnerable, porque la pluralidad es vulnerable, amenazada sin cesar en el riesgo de caer en la aniquilación de la uniformización de las diferencias.

La ética del cuidado parte de ubicarnos en el mundo en el que vivimos con una perspectiva distinta y más crítica, entendiendo el cuidado o “care” como algo más central y prioritario de la vida social, sacándolo de la esfera privada e íntima como siempre ha sido entendido y colocándolo más bien en la esfera política. En ese sentido el “care” es más que preocuparse y ocuparse de alguien o de otros, como nos ha limitado tradicionalmente la imagen romántica de la madre que cuida a su bebé, limitándonos a una concepción del cuidado más estrecha, emocional y marginal.

De lo que se trata es de reubicar el “care” en el centro de la vida social y política, entonces, en esa medida, los cuidados de una madre y su bebé, tomarán otro cariz, pasando a ser de interés y compromiso de la sociedad para responsabilizarse por proteger las principales necesidades de la madre y su bebé, para crecer y desarrollarse en plenitud de todas sus competencias.

La ética del cuidado es totalmente pertinente en la presente investigación en la medida que permite ubicar la LM como una de las responsabilidades de la sociedad, de nuestro mundo de ahora, que permita proteger nuestra especie, nuestro entorno medioambiental, nuestro planeta. Y, por lo tanto, que promueva el compromiso responsable de las personas y de las instituciones para que se movilicen en la promoción, protección y apoyo de la LM.

2.2.2 PRINCIPALES CONCEPTOS

Promoción de la LM puede Salvar Vidas

Amamantar puede aparecer como una experiencia íntima y solitaria, una experiencia donde creemos se juega la decisión autónoma de la madre. Pero las evidencias confirman, que la madre no está sola, que toda intervención de promoción y protección de la lactancia en el período prenatal, postnatal y mientras dure la lactancia, tendrá un impacto positivo en el éxito y la duración de la lactancia. En esa misma línea Nigel C. Rollins et col. propone:

“El éxito en la lactancia no es solamente responsabilidad de una mujer, si no su promoción es una responsabilidad social colectiva⁴⁶”

Donde están comprometidas las diversas iniciativas mundiales y políticas nacionales, como las intervenciones desde los establecimientos de salud y la participación activa de los profesionales de salud y de los grupos de apoyo de la sociedad civil.

El apoyo brindado en LM a la madre es sin duda una de las estrategias más eficaces al momento de asegurar una LME y la duración de la lactancia, y donde se puede evidenciar las responsabilidades compartidas frente a la LM del binomio madre/bebé.

En esa línea, existen numerosos estudios que muestran el impacto del apoyo en LM a la madre lactante. Por ejemplo, Barros y col. en Brasil⁴⁷, acompañaron a 605 madres lactantes de ingresos bajos y medianos, durante sus primeros 6 meses de lactancia que asistían a los centros de salud donde recibían apoyo en LM. Se encontró que los bebés lactantes que iban al centro de salud, tenían más probabilidad de seguir con LME respecto a los que no venían a su control; a los 4 meses (43% frente al 18%) a los 6 meses (15% frente a 6%). El estudio también

⁴⁶ Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practice?
Nigel C Rollins, Nita Bhandari, Nemat Hajeebhoy, Susan Horton, Chessa Lutter K, Jose C Martines, Ellen G Piwoz, Linda M Richter, Cesar G Victora, Grupo de la serie de LM
Lancet

⁴⁷ Barros FC et al (1995b) The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a birth cohort study. Acta paediatrica, 84:1221-1226

corroboró que los bebés se enfermaron menos y subieron más peso que los bebés que no venía al centro de salud.

Cada vez más evidencias científicas nos confirman que intervenir en LM tiene un efecto protector importante no sólo en la salud del niño también en la de la madre. La serie Breastfeeding The Lancet, 2016 lo corrobora al decir:

“Posiblemente, ningún otro comportamiento de salud puede afectar resultados tan variados en las dos personas involucradas: la madre y el niño⁴⁸”

Aquí una relación de los puntos cruciales al respecto:

- Mejorar las prácticas de la lactancia podría salvar las vidas de 820 000 niños menores de 5 años (el 87% de ellos no llega a los 6 meses).
- Promueve el crecimiento saludable y fortalece el desarrollo cerebral.
- Contribuye a evitar el 50% de todas las enfermedades diarreicas y un tercio de las infecciones respiratorias en niños de países de ingresos bajos y medios.
- Protege contra el sobrepeso y la obesidad infantil.
- Beneficia la salud materna: Protege contra el cáncer de mama (previene unas 20 000 muertes anuales) cáncer de ovario y la diabetes Tipo II.

La LM no es una práctica anodina, en 1981 el pediatra Bo Vahlquist decía:

"En todas las especies de mamíferos, el ciclo reproductivo comprende tanto el embarazo como la lactancia: en ausencia de esta última, ninguna de estas especies, incluido el hombre, podría haber sobrevivido⁴⁹"

Y sin embargo la sociedad moderna insiste minimizando la LM, engañándose a sí misma que otra forma de alimentación es posible para el bebé humano e

⁴⁸ Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, mechanisms and lifelong effect
30 Janvier 2016 The Lancet

Prof. Cesar G. Victora, MD, Rajiv Bahl; MD, Prof Aluísio JD Barros, MD, Giovanni VA França, PhD, Prof Susan Horton, PhD, Julia Krusever, MSc et al

⁴⁹ Vahlquist B. Introducción. Patrones contemporáneos de la lactancia materna Informe del Estudio Colaborativo de la OMS sobre la lactancia materna. Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1981

invisibilizando sus nefastas consecuencias. Somos mamíferos y nos corresponde la leche materna de nuestra especie, la LM nos permite no sólo sobrevivir, nos permite garantizar una vida y un desarrollo óptimos.

Iniciar la LM en la primera hora del recién nacido

Las evidencias demuestran que el recién nacido está hecho para amamantar durante la primera hora después del nacimiento. Y es responsabilidad del personal de salud, hacer todo lo posible para que se dé la LM en el recién nacido. Y evitar todos los obstáculos que lo impidan.

El informe de UNICEF 2018⁵⁰ muestra cifras preocupantes del 2017 sobre el inicio temprano de la lactancia, donde 78 millones de recién nacidos en el mundo esperaron más de una hora para recibir leche materna, quiere decir que solo 42% de recién nacidos en el mundo reciben leche materna en la primera hora, la mayoría de ellos de países de bajos y medianos ingresos, es decir, solo dos de cada cinco niños recibe leche materna en la primera hora. Lo cual representa una pequeña mejora respecto al 2005 donde se tenía 37% de recién nacidos que accedían a la leche materna en la primera hora. Las tasas de lactancia temprana por regiones son muy variadas. América Latina y el Caribe presenta un promedio de 52% de recién nacidos que reciben leche materna en la primera hora.

Los países de altos ingresos no cuentan con tasas de lactancia temprana, pero si se conoce el número de niñas y niños que nunca recibieron leche materna en estos países que corresponde al 21% a diferencia del 4% de niñas y niños que nunca amamantaron en los países de bajos y medianos ingresos⁵¹.

Tasas bajas de LM en la primera hora en todo el mundo, representan oportunidades perdidas que pueden salvar vidas de niñas y niños en el mundo. Si bien cada vez más en el mundo, los partos ocurren en establecimientos de salud o en centros donde hay personal calificado, es muy poco el avance en el inicio

⁵⁰ UNICEF/OMS Capturar el Momento. Inicio temprano de la LM: El mejor comienzo para cada recién nacido. Julio 2018

⁵¹ UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Breastfeeding, a mother's gift for every child, Nueva York, 2018

temprano de la lactancia. Dentro de los obstáculos encontrados, están⁵²: el poco apoyo o información que se brinda a la madre de parte del personal de salud para instalar la lactancia temprana; prácticas obsoletas recurrentes como la separación de la madre y el recién nacido luego del parto; desconocimiento de prácticas adecuadas en cesáreas; prácticas culturales inapropiadas como el uso de otros líquidos como alimento para el recién nacido.

Cada vez más en el mundo, los partos suceden en presencia de un personal calificado, de aproximadamente 60% en el 2000 a casi 80% en 2016⁵³; sin embargo, esto no asegura el inicio temprano de la lactancia. Las cifras nos muestran que sólo 48% de los recién nacidos que nacen en partos asistidos por personal calificado logran lactancia en la primera hora mientras que 44% de los recién nacidos en partos con personal no calificado logran LM en la primera hora. Es decir, la calificación del personal no influye mucho lamentablemente en el inicio de la lactancia en la primera hora.

Si el parto ocurre en un establecimiento de salud con presencia de personal calificado, tampoco asegura el inicio temprano de la lactancia y las cifras lo confirman⁵⁴. Entre 2005 al 2017, los porcentajes de partos en establecimientos de salud pasó de casi 53% a 71%, un gran avance en ese sentido, sin embargo, los porcentajes de inicio de lactancia temprana sólo avanzó de 45% a 51% en el mismo período.

Se sabe que el tipo de parto incide en el inicio temprano de la lactancia, la cesárea agrega más obstáculos para el inicio temprano de la LM. Y lamentablemente los partos por cesáreas siguen creciendo en todo el mundo, de un promedio mundial de 13% en 2005 se ha pasado a más del 20% en 2017⁵⁵ a excepción de África Subsahariana, donde las cifras casi no han variado. Lo cual se evidencia en las tasas de los 51 países estudiados, donde se encuentra que el porcentaje de inicio

⁵² McKenna, K.M. and R.T. Shankar, The practice of prelacteal feeding to newborns among Hindu and Muslim families. *J. Midwifery Womens Health*, 2009. 54(1): p. 78-81

⁵³ UNICEF, Maternal and Newborn Health, Delivery Care, <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/> consultado el 13 julio 2018

⁵⁴ Bases mundiales de datos de UNICEF 2018

⁵⁵ Boatman, AA et al. "Within country inequalities in caesarean section rates: observational study of 72 low and middle income countries' *British Medical Journal* 2018; 360:k55

de la lactancia durante la primera hora de los bebés nacidos en parto vaginal fue más del doble que de los recién nacidos por cesárea.

Hasta aquí se puede constatar que amamantar durante la primera hora de nacido, asegura mayores posibilidades de sobrevivencia y de enfermar menos. Sin embargo, el inicio de la lactancia temprana no se incrementa en el mundo como se quisiera. Si bien hay más recién nacidos en el mundo que reciben leche materna en la primera hora, de 37% en 2005 se ha pasado a 42% en 2017; sigue siendo superior, el número de recién nacidos en el mundo que no reciben leche materna en la primera hora.

Dentro de los obstáculos que impiden este avance, mencionados por el estudio de UNICEF se encuentra que nacer en un establecimiento de salud con personal calificado, no asegura la LM en la primera hora; a pesar de que los partos ocurren cada vez más en establecimientos de salud con personal calificado. Nacer por cesárea dificulta la lactancia temprana y disminuye drásticamente el porcentaje de recién nacidos que inicia la LM en la primera hora; pero lo más preocupante es que las cesáreas siguen aumentando en el mundo.

El informe de UNICEF insiste en fortalecer la promoción, protección y apoyo de la LM en los establecimientos de salud poniendo énfasis en la LM en los primeros días de vida del recién nacido, que pasa por el fortalecimiento de la IHAN.

CAPÍTULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de naturaleza cualitativa, porque recoge información referida a las opiniones y percepciones de las madres gestantes y madres puérperas, sobre la atención recibida de parte del personal de salud que atienden en el INMP. Ya sea en sus controles de embarazo para las madres gestantes o próximas al parto, pero ya hospitalizadas; así como también en la atención de su parto y puerperio para las madres puérperas y sus bebés.

Por tratarse de un establecimiento de salud de referencia a nivel nacional para la atención de casos de alta complejidad gineco-obstétrica y neonatal, también se atienden partos de alto riesgo como también a bebés prematuros, nacidos con bajo peso (menos de 2500 gr), muy bajo peso (menos de 1500 gr) y extremo bajo peso (menos de 1000 gr). Por dicha razón, también hemos entrevistado a madres que estando de alta, sus bebés seguían aún hospitalizados en el establecimiento.

Por otro lado, también se entrevistó al personal de salud, entre profesionales y técnicos de enfermería que trabajan en el INMP. Igualmente se entrevistó a profesionales del CLM del INMP, con el fin de triangular la información recogida.

Forma de investigación:

La presente investigación es un “Estudio de Casos” porque se realiza en un establecimiento de salud donde se ha recogido información de las madres usuarias, del personal de salud y de los profesionales de salud del CLM del establecimiento, en el marco del análisis del Paso 2 de la Certificación ESAMNN, que se centra en la Capacitación del Personal de Salud en materia de LM, a través del cual se plasma la Política de promoción, protección y apoyo de la LM del establecimiento de salud, la actualización científica en LM y el desarrollo de habilidades de comunicación del personal de salud.

Fuentes de información:

La presente investigación se realizó en base a dos tipos de fuentes de información:

Fuentes Primarias:

- Madres usuarias del INMP
- Miembros del conjunto del personal de salud
- Profesionales miembros del CLM

Fuentes Secundarias:

- Documentos Normativos que respaldan la iniciativa

Así como la sistematización bibliográfica de principales investigaciones sobre las capacitaciones y competencias del personal de salud que brinda apoyo en LM a las madres en establecimientos de salud.

En este punto es necesario mencionar que no se tuvo acceso a las fuentes oficiales para obtener la información sobre el número de capacitaciones desarrolladas en el INMP, así como el número de trabajadores capacitados; a pesar de que se hicieron las gestiones ante el personal encargado de brindar esta información. Toda la información que se obtuvo al respecto, fue de manera verbal y fue recogida en las entrevistas realizadas a los profesionales del CLM.

Técnicas utilizadas para el recojo de la información:

Entrevistas semi-estructuradas a las madres gestantes y puérperas usuarias del INMP, personal de salud y profesionales del CLM. Las entrevistas son semi-estructuradas porque responden al orden de las tres preguntas específicas de tesis de la presente investigación, dichas preguntas conforman la estructura de los instrumentos elaborados y son las siguientes:

- ¿Las capacitaciones ofrecidas por el CLM al personal de salud del INMP, en el marco de la Certificación ESAMNN, están desarrollando sus competencias y habilidades de comunicación para asegurar el apoyo adecuado en LM a la madre gestante o puérpera?
- ¿En qué medida la información brindada y el apoyo práctico en LM ofrecido a la madre gestante o puérpera por parte del personal de salud del INMP, están contribuyendo a mejorar su experiencia de LM y la de su niña/niño recién nacido?

- ¿La experiencia en LM, las habilidades de comunicación y el trato ofrecido por el personal de salud del INMP, está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante o puérpera?

Universo:

El universo está conformado por las madres que se atendieron en el INMP, durante el año 2019. Así como el personal de salud que labora y apoya a las madres usuarias y los profesionales del CML del INMP.

Muestra: La muestra de la investigación ha sido seleccionada por juicio y conveniencia y está conformada por madres gestantes y puérperas y sus bebés; personal de salud del INMP quienes han recibido las capacitaciones y profesionales miembros del CLM del INMP quienes han realizado las capacitaciones dirigidas al personal de salud.

- 30 madres usuarias del INMP, 6 madres gestantes y 24 puérperas con sus bebés.
- 8 miembros del conjunto del personal de salud, entre los cuales 2 son técnicos de enfermería, 2 enfermeras, 2 obstetras, 1 nutricionista y 1 residente de pediatría.
- 5 profesionales miembros del CLM, dentro de los cuales se encuentra la Pediatra Neonatóloga Presidenta del CLM, la Pediatra Neonatóloga Directora Ejecutiva de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología, la Pediatra Neonatóloga Jefe del Departamento de Neonatología, 1 Enfermera y 1 Nutricionista miembro del BLH.

Instrumentos de recojo de información:

1. Guía de entrevistas semi-estructuradas para madres gestantes y puérperas usuarias del INMP; cuyo objetivo es recoger información que permite estudiar las percepciones de las madres gestantes y puérperas, a partir de la atención recibida y del contacto con el personal de salud en el ámbito de acompañamiento en el éxito de su lactancia y el buen uso de competencias interpersonales y habilidades de comunicación.

2. Guía de entrevista semi-estructuradas para el personal de salud del INMP. Con el objetivo de recoger información que permita estudiar las percepciones y experiencias del personal de salud sobre las capacitaciones recibidas en el marco de la Certificación ESAMNN, el desarrollo de sus conocimientos, de sus competencias interpersonales y habilidades de comunicación y su impacto en la atención y acompañamiento en lactancia de las madres usuarias del INMP.
3. Guía de entrevista semi-estructuradas para profesionales miembros del CLM quienes son responsables de llevar a efecto las capacitaciones en el marco de la certificación ESAMNN del INMP. El instrumento permitirá recoger información que permita estudiar sus percepciones en torno a las capacitaciones ejecutadas y brindadas al personal de salud en el marco de la Certificación como ESAMNN, las limitaciones, las carencias y los avances fácticos encontrados en el desempeño del personal de salud capacitado y los visos de mejora encontrados en la atención brindada a la madre usuaria del establecimiento que colabore en el éxito de la lactancia y al buen uso de las competencias interpersonales y habilidades de comunicación.
4. Sistematización bibliográfica y revisión documentaria.

Preguntas	VARIABLES	Definición
<p>Pregunta 1: ¿Las capacitaciones ofrecidas por el CLM al personal de salud del INMP, en el marco de la Certificación ESAMNN, están desarrollando sus competencias y habilidades de comunicación para asegurar el apoyo adecuado en LM a la madre gestante o puérpera?</p>	<p>Variable 1: Capacitaciones en LM ofrecidas por el CLM al personal de salud del INMP</p>	Fortalecimiento de los conocimientos y competencias en LM del personal de salud.
	<p>Variable 2: Principales competencias y habilidades de comunicación desarrolladas por el personal de salud para asegurar el apoyo adecuado en LM a la madre usuaria del INMP.</p>	Recursos humanos y profesionales que tiene el personal de salud para lograr conectar y mejorar la atención de la madre gestante o puérpera del INMP.
	<p>Variable 3: Atención que recibe la madre gestante o puérpera por el personal de salud del INMP.</p>	Cómo percibe la madre gestante y puérpera, la atención que brinda el personal de salud. Sus principales fortalezas y falencias.
<p>Pregunta 2: ¿En qué medida la información brindada y el apoyo práctico ofrecido a la madre gestante o puérpera por parte del personal de salud del INMP, están contribuyendo a mejorar su experiencia de LM y la de su niña/niño recién nacido?</p>	<p>Variable 1: La información en LM que brinda el personal de salud a la madre gestante o puérpera.</p>	Conocimientos en LM que brinda el personal de salud a la madre gestante y puérpera permiten mejorar su experiencia de LM.
	<p>Variable 2: El apoyo práctico en LM que brinda el personal de salud a la madre gestante o puérpera.</p>	Técnicas y recursos prácticos que brinda el PS a la madre usuaria, para mejorar su LM.
	<p>Variable 3: Mejoramiento de la LM de la madre gestante o puérpera a partir de la información y el apoyo práctico recibido por parte del personal de salud.</p>	Acompañamiento continuo y sostenido de la LM de la madre usuaria, que permiten apreciar la mejora de su experiencia de LM.
<p>Pregunta 3: ¿La experiencia en LM, las habilidades de comunicación y el trato ofrecido por el personal de salud del INMP, están permitiendo una mejor interacción con la madre gestante o puérpera?</p>	<p>Variable 1: La experiencia en LM del personal de salud, está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante y puérpera.</p>	Conocimiento y experticia en LM que tiene el PS para mejorar la interacción con la madre gestante y puérpera del INMP.
	<p>Variable 2: Las habilidades de comunicación que maneja el personal de salud, está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante y puérpera</p>	Recursos y habilidades de comunicación que tiene el personal de salud para mejorar la interacción con la madre gestante y puérpera.
	<p>Variable 3: El trato ofrecido por parte del personal de salud, está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante y puérpera.</p>	Recursos humanos y profesionales que tiene el personal de salud para una mejor interacción con la madre gestante y puérpera.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Con el objetivo de tener una visión más amplia de las capacitaciones brindadas al personal de salud del INMP en el marco de la certificación del ESAMNN y su impacto en el mejoramiento de la atención de la madre gestante y puérpera y de sus principales necesidades relacionadas al éxito de su LM, se entrevistó a madres gestantes y puérperas usuarias del INMP quienes nos hablan desde sus experiencias y percepciones, y quienes se ubican en el centro de la presente investigación. Así también, se entrevistó al personal de salud del INMP y los profesionales expertos en el tema miembros del CLM, quienes en conjunto nos han permitido consolidar una visión general en los hallazgos.

Fueron entrevistadas 30 madres usuarias del INMP, 6 de las cuales eran gestantes y 24 eran madres puérperas. Además, se entrevistó a 8 miembros del conjunto del personal de salud, entre los cuales 2 eran técnicos de enfermería, 2 enfermeras, 2 obstetras, una nutricionista y 1 residente de pediatría. Y también se entrevistó a 5 profesionales miembros del CLM del INMP, 3 médicos pediatras neonatólogos, una enfermera y una nutricionista.

Tabla N° 4.1 : Perfil de las características generales de las madres gestantes y puérperas entrevistadas

Perfil del Entrevistado			
	Edad	Grado de instrucción	Lugar de residencia
18 a 22 años	5		
23 a 27 años	7		
28 a 32 años	7		
33 a 37 años	7		
38 a 42 años	4		
Primaria		2	
Secundaria		16	
Superior		12	
SJ Lurigancho			14
San Martín			3
Chorrillos			2
Otro distrito de Lima			20
Dpto. de Huánuco			1
Total: 30 madres entrevistadas			

Fuente: Cuadro elaborado por la investigadora

Como se puede apreciar en la tabla 4.1 donde se describe las características generales de las madres entrevistadas, como edad, grado de instrucción, lugar y distrito de residencia. Podemos mencionar que la edad promedio de las madres entrevistadas era entre 23 a 37 años, la mayoría de ellas tiene educación secundaria y educación superior. Todas viven en Lima salvo una señora que viene de Huánuco. Casi la mitad de ellas, 14 madres viven en el distrito de San Juan de Lurigancho, el resto se distribuye en diversos distritos de Lima.

Siguiendo con la descripción de las madres entrevistadas y sus bebés, tenemos la tabla N° 4.2, cuyo objetivo es el de describir con más detalle el estado de salud de la madre y su bebé.

Tabla N° 4.2 : Situación de la madre y el bebé al interior del INMP

Situación de la madre y el bebé al interior del INMP						
	Situación de la madre	Número de gesta	Tipo de parto	Tiempo de gestación bebé nacido	Situación del bebé nacido	Tiempo que lleva el bebé hospitalizado
Gestante	6					
Puérpera	24					
1ro		12				
2do		10				
3ro		6				
4to/5to		2				
Parto natural			13			
Cesárea			11			
Bebé a término				15		
Bebé.prematuro				9		
Bebé y madre Alojamiento.Conjunto u otro servicio					13	
Solo bebé hospitalizado					7	
Bebé prematuro de alta solo					2	
Bebé y madre de alta juntos					1	
Bebé y madre Consultorio Ext.					1	
Menos 1 Sem.						1
Menos 1 mes						2
Más de 1 mes						2
Más 2 meses						1
Más 4 meses						1
Total	30	30	24	24	24	7

Fuente: Cuadro elaborado por la investigadora.

Las 30 madres entrevistadas, 6 son madres gestantes y 24 son puérperas o madres que han dado a luz en los últimos meses, pero cuyos hijos están hospitalizados aún en el establecimiento de salud. También podemos ver que 12

madres son primerizas, 10 vienen por su segundo bebé, 6 por su tercero y dos más por su cuarto y quinto bebé. Esto es importante en la medida que se sabe que una madre primeriza puede necesitar mayor apoyo para instalar su lactancia.

De los 24 bebés nacidos en el INMP de estas madres entrevistadas, 13 de ellos nacieron por parto natural y 11 parto por cesárea; 15 de ellos son bebés a término y 9 son bebés prematuros. Cuando nos referimos a la situación del bebé al interior del INMP, encontramos 13 bebés con su madre en Alojamiento Conjunto, es decir, son bebés nacidos sanos, a término y cuyas madres están instalando su lactancia, 7 de ellos son bebés hospitalizados solos sin madres, 3 bebés están hospitalizados con su madre pero en otro servicio distinto a alojamiento conjunto, sea que la madre sale de algún problema de salud, 2 bebés de alta solos, 1 bebé de alta junto con madre y 1 bebé con madre en consultorio externo del INMP.

De los 7 bebés hospitalizados solos, encontramos 1 bebé con más de 4 meses de hospitalización, 1 bebé de más de 2 meses, 2 bebés con más de 1 mes de hospitalización, 2 bebés con menos de un mes y 1 bebé con menos de una semana de hospitalización. Todos estos bebés están alejados de sus madres, quienes son motivadas muchas veces a dejar su leche en el BLH de la institución, para su bebé o para donar a otro que puede ser bebé prematuro.

A continuación, se presenta el análisis de los hallazgos, su triangulación e interpretación, para lo cual, se ha organizado la información, respondiendo a cada una de las preguntas específicas de la tesis. Así mismo, es importante mencionar, que, dentro de cada pregunta de tesis, se han generado subtemas, en los que se presentan a las variables que se desprenden de cada una de ellas.

4.1 Las capacitaciones ofrecidas al Personal de Salud del INMP en el marco de la Certificación ESAMNN, están desarrollando sus competencias y habilidades de comunicación para asegurar el apoyo adecuado a la madre gestante y puérpera

En el proceso de la Certificación del INMP como ESAMNN, las capacitaciones impartidas por el CLM según recomendaciones técnicas y metodológicas del

MINSA, han tenido como objetivo actualizar al personal de salud en LM con información basada en evidencia científica; considerando, además, otros aspectos vitales en el trabajo con madres gestantes y puérperas, como es el desarrollo de competencias y habilidades de comunicación.

En ese sentido, el primer objetivo de la presente investigación está referida a la primera pregunta específica que nos interesa responder y dice ¿Las capacitaciones ofrecidas al Personal de Salud del INMP en el marco de la Certificación ESAMNN, están desarrollando sus competencias y habilidades de comunicación para asegurar el apoyo adecuado a la madre gestante y puérpera en el éxito de la LM de su bebé? Responder esta pregunta específica de la presente investigación, nos lleva a estudiar tres variables importantes que se desprenden de ella y son las siguientes:

- Capacitaciones ofrecidas al personal de salud del INMP en el marco de la Certificación ESAMNN
- Desarrollo de las competencias y habilidades de comunicación para asegurar el apoyo adecuado a la madre gestante o puérpera.
- Atención que recibe la madre gestante o puérpera por el personal de salud del INMP, a partir de las capacitaciones que recibió.

4.1.1 Capacitaciones ofrecidas al Personal de Salud del INMP en el marco de la Certificación ESAMNN

En agosto del 2018, el INMP se recertificó como ESAMNN luego de un proceso de evaluación acorde a la DA N° 201-MINSA/DGSP V.01 (R.M. N° 609-2014/MINSA y RM N° 353-2016/MINSA) del MINSA, en donde se exponen los criterios técnicos-metodológicos e instrumentos, dentro de los cuales se encuentra la Capacitación del Personal de Salud como Paso 2, de los 10 Pasos para una Lactancia Exitosa, referida a la capacitación en LM de todo el personal asistencial y administrativo con una vigencia de tres años. La misma que cuenta con un programa mínimo de 20 horas que comprende seis horas prácticas, dentro del cual se incluye la clase de una hora de Habilidades de Comunicación para Escuchar y Aprender, Reforzar la Confianza y Dar Apoyo en LM a la madre gestante y puérpera.

Las capacitaciones en el marco de la Certificación ESAMNN son acorde a lo que norma el MINSA y cumplen un rol muy importante porque buscan actualizar los conocimientos teórico-prácticos en torno a la LM basados en evidencia científica y asegurar una homogenización de estos conocimientos entre todo el personal asistencial del INMP. El personal administrativo también recibe una capacitación más corta y de sensibilización en LM.

Todo el personal administrativo y asistencial del INMP hace un total de 2000 personas que deben recibir esta capacitación según su perfil y lo que se busca es poder “hablar el mismo idioma de la LM”. En ese sentido, las capacitaciones buscan llegar al menos una vez a cada miembro del personal asistencial y administrativo en un lapso de tres años, no apunta a capacitar varias veces al mismo personal, pero si ocurre que haya personal que lo lleva más de una vez.

El número de capacitaciones desarrolladas entre 2017 y 2019, así como el número de trabajadores que la recibieron, fueron solicitadas formalmente en varias oportunidades ante el personal encargado de brindar esta información en el INMP, lamentablemente esta información fue brindada de forma verbal a través de las entrevistas realizadas a los profesionales miembros del CLM y no de manera oficial, es por esa razón que no fue consignada en una tabla como tal.

De acuerdo a la información aportada verbalmente por los miembros del CLM en las entrevistas, los cursos de capacitación en 2017 y 2018 fueron impartidos todos los meses y en 2019 se programaron cada tres meses pero se realizaron solo dos veces porque hubieron pocos inscritos debido a que cada vez hay menos personal que falta recibir la capacitación; hay que precisar que la participación a los cursos es voluntaria pero el INMP ofrece un incentivo económico para motivar la participación de los trabajadores, proveniente de un bono del MINSA por la Certificación ESAMNN. Respecto al número de personal capacitado, la Dra. Espinoza presidenta del CLM dice que de los aproximadamente 2000 trabajadores del INMP, se han capacitado entre el 2017 y 2019, a 1600 trabajadores, entre personal asistencial y administrativo, siendo la mayoría obstetrices, enfermeras y técnicas de enfermería, y en menor número los médicos.

La Dra. Espinoza, habla también del enorme reto que ha significado para el CLM capacitar un porcentaje tan alto de personal del INMP y los resultados que han obtenido hasta el día de hoy:

“Ahora los cursos que se han dictado fueron mensuales, para alcanzar el volumen tan grande de personal de salud que tenemos aquí. El año pasado y el año antepasado, dos años hemos dictado cursos mensuales para poder alcanzar las cifras del 80% que pide (el MINSA), 80% del personal, cerca de 2000 trabajadores entre asistenciales y administrativos no es fácil. Este año han sido 5 cursos o sea ya no es mensual, porque ya no hay mucha población, solamente los nuevos. A pesar de eso, algunos han querido repetir cada año el curso y bueno, se les ha aceptado”.

Y la Dra. Espinoza agrega que recién se está implementado por primera vez Cursos Virtuales para llegar a más profesionales que no han podido asistir a las capacitaciones presenciales, especialmente a los médicos:

“(…) y este año se ha implementado el Curso Virtual para aquellos que en lo presencial no pueden por motivos de trabajo. Ya estamos justo con un curso virtual en septiembre. Para más de 100 personas se han inscrito a nivel nacional. Pero era dirigido sobre todo para nuestro personal del Instituto que no ha podido ir a los cursos. ¿Qué porcentaje de personal del INMP participó en este curso virtual? No, no puedo hablar de global porque lo maneja la Oficina de Docencia, pero el total es lo que me comentaron”.

La Dra. Hinojosa, Pediatra Neonatóloga y miembro del CLM confirma que el objetivo básico era llegar a todo el personal:

“Nosotros tenemos una programación de actividades en capacitación, durante todo el año. Ahorita no tengo la precisión de cuántos cursos están programados en el año, pero mínimo, es uno en el trimestre. Ahora creo que ya hemos llevado a cabo, dos o tres en el año (...) La idea es cubrir todo el personal y son organizados por el CLM de la institución (...) que depende directamente de la Dirección de Neonatología”.

La Enfermera Isabel miembro del CLM también confirma:

“Nuestro objetivo ha sido capacitar a todo el personal del INMP. Por ejemplo, si yo como personal intermedio lo recibí el curso el año pasado, este año ya no porque lo va a recibir mi colega. La idea es que reciba una, por lo menos (de mi servicio). Queríamos una capacitación masiva para todo el personal del INMP por lo menos en tres años. Los trabajadores son más de 800, no solamente al personal de enfermería sino a todo el personal operativo”.

Las capacitaciones son para todo el personal del INMP, sin embargo, las que están dirigidas al personal asistencial, tienen el esquema de Seminario-Taller, es decir son teórico-prácticas y tiene una duración total de 20 horas. Por el contrario, las capacitaciones dirigidas al personal administrativo cumplen un rol más de sensibilización y tiene una duración de 6 horas aproximadamente. En ambos casos el programa de contenidos está pre-establecido por el Ministerio de Salud. Así lo resume la Dra. Pediatra Neonatóloga Directora Ejecutiva de Neonatología: “En LM, para los asistenciales, 20h y 6 h práctica. Para los Administrativos, de 6 a 8 horas”.

Además, se realizan capacitaciones focalizadas cada dos meses con una duración de dos horas, en aquellos servicios que necesitan fortalecer y constituir competencias y habilidades necesarias en el personal de salud que enfrentan aspectos críticos en la atención de la LM de las madres y sus bebés. Por ejemplo, la extracción de leche materna o técnicas de amamantamiento en Alojamiento Conjunto. Estos talleres focalizados son organizados por el CLM junto con el servicio demandante en un Taller ad hoc con objetivos determinados. Tal como menciona la Nutricionista Villanueva:

“(Talleres) cada dos meses, focalizado. Para trabajar temas puntuales con personal específico según funciones”.

Hasta aquí hemos visto todo el esfuerzo que ha realizado el CML para realizar numerosos cursos de capacitación en los últimos dos años, llegando a cubrir alrededor de 1600 de trabajadores del total, entre personal asistencial y administrativo del INMP que suma aproximadamente 2000 personas. El personal capacitado ha recibido sola una vez el Curso-Taller de 20 horas propuesto que cuenta con una vigencia de dos años.

Y también se ha implementado Cursos Virtuales a nivel nacional por la primera vez para llegar a más profesionales que no pueden asistir a las capacitaciones presenciales como el personal médico del INMP; con la limitación que se trata de cursos teóricos y uso de videos, pero con ausencia de práctica que es muy importante en el trabajo en LM.

El objetivo principal es de actualizar conocimientos teórico-prácticos y poder compartir entre todos un lenguaje común de la LM y de este modo lograr la Certificación como ESAMNN que asegure las mejores condiciones para atender adecuadamente a las madres gestantes o puérperas y sus bebés y su acceso a una LM exitosa.

Sin embargo, también se evidencia según la misma Dra. Espinoza que las capacitaciones no permiten desarrollar las habilidades para los cuales se ha propuesto. Lo cual les exige, además, realizar talleres focalizados de dos horas para atender temas específicos en los servicios puntuales del INMP que así lo necesitan.

Contenidos de las Capacitaciones

Los temas tratados en las capacitaciones son propuestos por el MINSA tomando como base el curso de 20 horas de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños de la OMS/UNICEF; que aparece en el Documento Técnico, Curso Taller “Promoción y Apoyo a la LM en Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño”⁵⁶ propuesto por la DA N° 201-MINSA/DGSP V.01 DA para la Certificación de ESAMNN R.M. N° 609-2014/MINSA.

La relación de temas tratados y las clases prácticas clínicas, aparecen en el cuadro 4.1

La Dra. Hinojosa describe someramente el contenido del curso:

“El curso de las 20 horas que tiene una estructura ya, que ahí se tocan los puntos de técnica de amamantamiento entre otros, además también de conservación, de extracción, se ve dentro del curso. También en las políticas, fisiología, patología

⁵⁶ MINSA, UNICEF, Curso Taller, Promoción y Protección de la LM en Establecimiento Amigos de la Madre y el Niño, 1ra Edición, 2009, Lima.

materna, amamantamiento en situaciones especiales, medicamentos y lactancia, y más. Tiene una estructura de 20 horas para todo el personal profesional asistencial y otra estructura para los cursos para la parte administrativa. Es una versión de sensibilización, diferente porque no dura 20 horas. Eso se da en una mañana de 6 horas, no tiene más”.

Cuadro N° 4.1 : Temario del Curso Taller “Promoción y Apoyo a la LM en Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño”

Curso Taller “Promoción y Apoyo a la LM en Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño”	
N°	Temáticas
1	Políticas que apoyan la Lactancia
2	Habilidades de Comunicación
3	Anatomía y Fisiología de la Lactancia
4	¿Por qué es importante la LM?
5	Promoción de la Lactancia durante el Embarazo
6	El Inicio de la Lactancia.
7	¿Cómo ayudar con la Lactancia?
8	Si el bebé no puede mamar- Paso 5
9	Prácticas que Apoyan la Lactancia- Pasos 6, 7,8 y 9
10	Producción de Leche
11	Afecciones del Pecho
12	Niños con Necesidades Especiales
13	Preocupaciones de la Salud Materna
14	Apoyo continuo a las Madres Paso 10
15	Protección de la Lactancia Materna
16	Haciendo tu Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño.
PC1	Práctica Clínica 1. Observando y ayudando a la lactancia
PC2	Práctica Clínica 2. Hablando con una gestante
PC3	Práctica Clínica 3. Observando la extracción manual y la alimentación con taza

Fuente: Cuadro elaborado por la investigadora en base del Documento Técnico, Curso Taller “Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna en Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño”.

La Dra. Hinojosa agrega que no es un curso solamente teórico, ella dice:

“Es seminario taller, por lo tanto, la parte práctica está. No es curso de conferencia nada más. Por eso es Seminario Taller”.

Esto es importante en la medida que un Curso Taller teórico-práctico permite adquirir nuevos conocimientos y competencias o fortalecer las ya adquiridas. Sin embargo, las pocas horas de curso práctico propuesto hace muy difícil abordar las expectativas planteadas. Hay que decir también que las capacitaciones son parte del conjunto de requerimientos para la Certificación ESAMNN.

Temas que más interesa al personal de salud

Cuando se les pregunta a los profesionales miembros del CLM sobre cuáles son los temas que más han interesado al personal de salud, todos coinciden en las “Técnicas de amamantamiento” o “colocación del bebé al pecho” aparte de otros temas como “El contacto piel a piel”, inicio de la lactancia y mitos de la lactancia materna. La Dra. Pediatra Neonatóloga Directora Ejecutiva de Neonatología dice:

“El inicio de la LM. Técnicas de amamantamiento”.

La Dra. Espinoza piensa muy parecido:

“El contacto piel a piel. Técnicas de amamantamiento. Sobre esas dos les han impactado digamos”.

Enfermera Isabel dice también:

“Lo que más les interesó fue las técnicas de amamantamiento”.

La Nutricionista Villanueva también dice:

“Colocación al bebé. Nutrición y mitos”

Sin embargo, la Dra. Hinojosa piensa diferente. Ella si cree que las “Técnicas de amamantamiento” son muy importantes, pero, sin embargo, ella piensa que al personal no le interesa mucho, veamos lo que dice:

“Fíjate que el tema de técnicas no les interesa mucho, desde mi perspectiva porque igual digo es que para que tu te des, sepas que es crucial manejar técnicas de amamantamiento para que no fracase (la lactancia). Tienes que nuevamente tener el panorama de cuál es el nudo crítico y eso no lo ubican como nudo crítico, justamente porque no, aunque se da los cursos, que se da esto. Percibes todo, dices la importancia, si pues la lactancia señora, pero ahí en esto, qué te están...”

Las técnicas de amamantamiento son cruciales para poder apoyar a una madre a alcanzar una lactancia exitosa, porque estas técnicas van a permitir un agarre óptimo del bebé al pecho de la madre y sin dolor, y sobre todo van a lograr una transferencia adecuada de leche de la madre al bebé y una ganancia óptima de peso del bebé.

Las técnicas de amamantamiento están en el centro del apoyo práctico que el personal de salud le ofrece particularmente a la madre puérpera.

De una u otra manera, es alentador reconocer las técnicas de amamantamiento como las que más interesa al personal de salud, porque está hablando de la buena conexión entre las necesidades de la madre que desea amamantar con éxito y la respuesta del personal de salud frente a esta necesidad. Aunque la Dra. Hinojosa, piensa que falta mucho aún por alcanzar buen manejo de técnicas de amamantamiento por parte del personal de salud. Pero la pertinencia, es incuestionable.

Por su parte cuando preguntamos al mismo personal de salud, muchos de ellos también dicen que las técnicas de amamantamiento son de los temas más necesarios para poder brindar apoyo adecuado a las madres en su lactancia. Como lo describe la enfermera Alida, que observa la importancia de manejar bien las técnicas de amamantamiento para ayudar bien a las madres, porque existe muchas creencias en lactancia. Veamos qué nos dice:

“La actualización continua de lactancia, las técnicas de lactancia para ayudar a las madres porque a veces hay creencias respecto a la lactancia. Porque (las madres) dicen, no con mis anteriores hijos les he dado formula, con este bebito creo que va a ser igual o tienen la creencia que los primeros días no salen gotas de calostro, entonces todo eso lo que es con la lactancia para poder así ayudar a las mamás”.

Por su parte la residente de pediatría Cinthya habla de tres temas importantes:

“Fisiología de LM y contacto precoz. Técnicas de Amamantamiento”.

La enfermera Jessica también resalta la importancia de las técnicas de amamantamiento en su trabajo en Intermedios:

“(…) bueno por lo menos lo que acá podemos ahondar en intermedios el hecho del agarre del cómo tiene que coger el bebé la parte de la boca, abrirlo como un pescadito, el labio inferior con la mama, todo ello que nos ayuda a una buena técnica de lactancia, uno para que la mamá también no tenga problemas a nivel

de pezones y el bebé pueda coger mejor y obtener buena cantidad de leche, la que tiene la mamá en relación a no hacer un buen agarre. Las técnicas de amamantamiento y aparte de las características de las mamas que es muy importante para el Banco de leche, tenemos que ver cómo están llegando las mamás con las mamas por ejemplo las mamas turgentes y qué atención hay que darlo a ello”.

La obstetra Mary de psicoprofilaxis también piensa que todos los temas son importantes al momento de apoyar a la madre en su lactancia:

“Todos (los temas) son importantes y necesarios. Porque con esos conocimientos podemos orientar bien a las madres. Porque las madres modernas están orientadas por todos lados. Necesitan información”.

La Obstetra Janett que trabaja en el INMP también madre de un bebé de 11 meses, ella comenta el interés y el aporte de las capacitaciones para su formación y para su vida de madre primeriza:

“Todas las capacitaciones aportan algo, algo importante, cada vez uno aprende más y cada capacitación definitivamente siempre te aporta más. Todas han sido muy importantes, pero en el tiempo en el que estaba gestando me gustó mucho lo de LM porque quería saber cómo hacer porque soy primera vez mamá entonces, cómo con respecto a la LM, cómo hacer, cómo dejar mis pomitos de leche. Todo eso me llamó la atención, pero definitivamente el resto reforzarme lo que también uno ya lleva durante tantos años de estudios. Pero, en general todo aporta algo. ¿O sea aprovechaste de las capacitaciones, te aportaron bastante o ya conocías tú? Si. Claro que uno conoce, pero uno quiere saber más porque uno es primeriza y a veces no sabe. Si, si, aproveché”.

Con todo esto, se puede decir que las técnicas de amamantamiento es el tema que más interesa al personal de salud y así lo confirman los profesionales del CLM salvo la Dra. Hinojosa quien piensa que siendo un tema fundamental de la lactancia falta mucho para manejar bien las técnicas de amamantamiento por parte del personal de salud.

Es importante resaltar que cada personal tiene un perfil propio y funciones determinadas de acuerdo a los servicios donde se desempeña; es decir, cada uno

tiene una aproximación distinta a la diada madre/ bebé y en ese sentido va a brindar un apoyo distinto a la lactancia materna. A veces será más directo, a veces más indirecto. A veces las técnicas de amamantamiento serán cruciales, a veces no.

Sin embargo, lo que hay que resaltar es que todos concuerdan que las Técnicas de Amamantamiento son una de los puntos claves para una formación básica en LM y poder apoyar oportunamente en LM a las madres y lograr una LM exitosa y feliz.

En las conversaciones con el profesional miembros del CLM, algunos de ellos encuentran algunas limitaciones en las capacitaciones impartidas, veamos las más saltantes:

Limitación en horas prácticas

Cuando le preguntamos a la Nutricionista Villanueva, si encuentra suficiente el número de capacitaciones impartidas, ella responde:

“Más que el número (de capacitaciones). Es en los temas y las formas como se dan las capacitaciones. Debería haber más prácticas. Y entre los temas propuestos: Colocación del bebé al pecho. Extracción y administración de leche. Manejar un lenguaje común”.

Se necesita más horas de práctica para poder fortalecer destrezas en el personal de salud. La Dra. Espinoza es de la misma opinión, cuando le preguntamos sobre las limitaciones que ella encuentra en estas capacitaciones teórico-prácticas de 20 horas, ella dice:

“Se brinda la capacitación que el Ministerio estima, los contenidos son de ellos, no son nuestros. Pero nosotros vemos que los Talleres son muy cortos, no se alcanza a lograr las habilidades suficientes para lo que cada Taller estima. ¿Y eso cómo nos damos cuenta? Porque vamos a los servicios y vemos y preguntamos: ¿Tú has sido capacitado? ¿Has llevado el Taller? Si, Si, Si, Si. Pero más era observación que desarrollo de una práctica o fue un ejemplo y no es suficiente. Entonces para eso, ya el CLM ha hecho, se ha acercado a los servicios para hacer cursos puntuales, charlas, prácticas, sobre todo, prácticas para desarrollar habilidades y destrezas”.

Al parecer las capacitaciones brindadas no son suficientes frente a lo que se plantea como es desarrollar competencias en LM del personal de salud. La Dra. Espinoza encuentra que el Curso-Taller de 20 horas “es corto” para lo que se necesita, porque sólo la “observación” no permite la adquisición de competencias. Se necesita insistir más en la práctica, por dicha razón el CLM propone otras estrategias complementarias que permita responder a necesidades específicas:

“Entonces para eso, ya el CLM ha hecho, se ha acercado a los servicios para hacer cursos puntuales, charlas, prácticas, sobre todo, prácticas para desarrollar habilidades y destrezas. Y ahí vamos porque vemos que la formación pre-profesional resulta más importante y cuando no es eso, son esfuerzos y cómo no, avanzamos, pero más lentamente”.

La Nutricionista Villanueva comenta en el mismo sentido:

“Nuestro trabajo ya no es tan arduo como el año pasado porque nuestra meta era certificarnos. Este año nuestro trabajo ha cambiado porque ahora es mantenernos. Y este, ya los temas, incluso quedamos, del programa, lo hemos tratado de reestructurar. Dependiendo a grupos focalizados”.

Para lograr resultados importantes en la adquisición de destrezas del personal de salud frente a la LM, se necesita insistir mucho más en la práctica directamente con las madres en los servicios, como colocación del bebé al pecho, extracción y administración de leche materna, entre otros puntos. Respetando por supuesto el perfil y las funciones del personal de salud. Sin dejar de lado la información actualizada con evidencia científica.

Limitada Participación del Personal Médico

Otra limitación bien concreta es la que menciona la Dra. Hinojosa respecto a la participación del profesional médico:

“Si bien están estructurados los cursos y tienen una programación en el año, sin embargo, tienes barreras para que eso se de: La participación. ¡Porque si o si se lleva a cabo! ¡La participación sobre todo del personal médico, ahí va! Aún de los mismos pediatras-neonatólogos que creemos que lo sabemos todo y no sabemos nada realmente. Y en esto, los gineco-obstetras, es excepcional el gineco-obstetra que se compromete con esto. Entonces, ahí la cosa es mucho más dura, de todo el personal que nosotras intentamos capacitar es muy difícil”.

Como lo afirma la Dra. Hinojosa, la participación no es total, dentro del personal asistencial que no participa, están particularmente a los médicos, sean pediatra-neonatólogos y gineco-obstetras en su mayoría. Continúa diciendo la Dra. Hinojosa:

“Personal médico a las capacitaciones que estamos haciendo. Uff! Yo creo que ni al 10%, el personal médico. La gran mayoría no asiste. Nosotros si obligamos a nuestros residentes, como lo hemos hecho, si o si, están en etapa de formación, eso que lleven, obligatorio que me lleves RCP (Reanimación Cardio-Pulmonar) y LM. Eso si lo hemos obligado a nuestros residentes, pero al personal asistencial nombrado es muy difícil”.

Por el contrario, la Dra. Hinojosa dice que el resto del personal asistencial si tiene una alta participación en los cursos de capacitación:

“... porque la participación del personal de enfermería en las capacitaciones de la LM es bastante alta igual del personal técnico, igual de la obstetriz”.

Frente a esta evidencia, nos preguntamos si la poca participación o desinterés por parte del médico en estas capacitaciones brindadas por el CLM tiene un impacto sobre los objetivos de la Certificación misma del ESAMNN y lo que es más grave, de qué manera puede afectar la consecución de una LM exitosa para cada madre usuaria del INMP. La Dra. Pediatra Neonatóloga presidenta del CLM del INMP Ylia Espinoza dice:

“Está faltando más liderazgo del médico, está faltando más entender, es que hace falta revisar otra vez el significado de la leche humana para el bebé humano, hace falta porque hay mucha información nueva como la calostroterapia, como muchas cosas y el médico no está al tanto. Entonces esa evidencia científica debiera ser abordado también en los congresos a los que acuden y no solo la patología, y no es habitual, se piensa que el tema de la lactancia ahí no más quedó, es algo más estático, ya fue y no crece, no avanza, no evoluciona cuando no es así”.

El personal médico se está quedando a la saga frente a los conocimientos científicos en torno a la LM, es necesario sacudir sus prejuicios frente a la LM y actualizarse. Y es que el personal médico no tiene disponibilidad de tiempo, está desbordado con otros quehaceres fuera del INMP y ha perdido su liderazgo en el

manejo científico y responsable de la LM frente a la madre gestante y puérpera del INMP. La Dra. Espinoza lo dice claramente:

“Ha habido creo un descuido a nivel médico o de pronto estos cursos presenciales no son precisamente lo mejor para un profesional médico en estos tiempos que tiene que buscárselas también y se va a tres, cuatro sitios y tiene que completar 150 horas por aquí por allá para su familia. A pesar que es el que gana más del equipo así está trabajando, siendo más joven trabaja tres, cuatro sitios; siendo menos joven a veces solo dos sitios, pero es una realidad entonces eso no permite la tranquilidad que hubiera de médicos en un solo lado, pendientes solo de su paciente, no, lo ven por ratos, qué se yo y delegan”.

Así lo confirma la Dra. Hinojosa, el personal médico particularmente el de pediatra-neonatólogo no viene a las capacitaciones porque tiene otras responsabilidades:

“El tema está en que, no van porque, acá tengo los médicos a las justas para que pasen su visita y terminan pues una de la tarde, dos de la tarde y ya están tratando de irse. Y pedirles que se queden para una capacitación, no, porque trabajan en otros sitios. (...) Porque tienen otras responsabilidades también en otros lados. No hay médico que no esté en más de dos o tres sitios trabajando, me entiendes”.

Como también el personal de salud del establecimiento lo percibe y de alguna manera lo reclama, tal como lo expresa la obstetrix Janet del servicio de Tocólisis cuando se le preguntó qué faltaba en las capacitaciones, ella dijo:

“(Falta) diría yo que sería más, el compromiso más de los médicos de que también se acoplen a capacitarnos a nosotras. Porque debería haber un equipo completo. Yo creo que todos nos debemos capacitar. Me refiero de que también tanto como nuestras colegas también nos capacitan, también los médicos podrían hacer un equipo donde nos podrían capacitar a nosotros porque acá trabajamos en equipo y sería bueno que ayuden”.

El escaso manejo en LM por parte del personal médico también es observado por las usuarias del INMP. Como la Sra. Lizbeth cuyo bebé nacido prematuro sigue aún hospitalizado ya más de dos meses y ha pasado por varios servicios del INMP, ella que cuenta rápidamente su experiencia de LM en varios servicios distinguiendo el personal, dice:

“(En el Lactario) si, ahí es permanentemente pues. (En UCI) hay dos licenciadas que están en el Programa de Mamá Canguro. Ellas si venían y nos decían. Ellas, solamente ellas porque los médicos estaban más enfocados al tema de la salud del bebé, ellos no nos hablaban nada de lactancia. Ellas si, nos decían van a empezar con canguro, luego ya vamos a empezar con el tema de la succión, hay que estimular al bebé, ponerse guantes, poner el dedito en la boca del bebé para estimular sus movimientos y así, con ellas”.

Pero lo particularmente importante es que este poco manejo en LM por parte del personal médico, tiene un impacto en el éxito o no de la LM de una madre gestante o puérpera. Así cuando hay un médico distinto a los otros, este va a ser identificado y apreciado, como comparte la Sra. Lizbeth:

“Si, si la Dra. Espinoza por ejemplo insiste bastante con que ustedes carguen a su bebé, denle de lactar, pónganle a su pecho, eso les ayuda, que les da seguridad, les ayuda a crecer inclusive porque el bebé se siente más seguro con su mamá y todo eso. Si, si nos habla, ahora que estamos en intermedio”.

¿Y qué pasa con otros médicos? La Sra. Lizbeth responde:

“No, otros médicos no. Si nos dicen, en el informe médico, nos dicen tienen que seguir haciendo canguro, LM y punto. Pero la Dra. Espinoza, si, pasa una por una, se acerca a nosotras, nos ve. Agárrale así bien, agárrale bien, sujétale bien, pégale el pecho, cárgalo. Es la que está más pendiente. Los doctores, si, si lo mencionan, en el informe médico lo mencionan, LM así, pero mencionado y punto”.

Además, la poca disponibilidad de tiempo de parte del médico pediatra, parece no preocupar mucho a la Dra. Espinoza, ya que al parecer ellos se encargan más que nada a prescribir la lactancia. Como dice la Dra. Espinoza:

“En el caso de los pediatras más bien como se prescribe la leche materna todos los días para el bebé ahí si se aborda y todos en realidad indican LM pero muchas veces también va la mixta, de acuerdo a la patología del bebé, su condición crítica en fin o de la madre”.

Cuando insistimos sobre el rol del pediatra y su experiencia en LM, la Dra. Espinoza confirma:

“No, es que quien está con la mamá y el bebé en el hospital no es el médico, el médico solo prescribe, indica, pasa la visita, pero la practica misma la da los otros profesionales. Ahora, en la consulta, si depende del pediatra que está, hasta el Gineco debe decir esto es así, esto es asá, cuide sus mamas, esto es bueno, esto no es bueno, bajar los temores. Y el propio Pediatra que de la consejería de lactancia a su paciente si hay, hay varios que lo hacen, pero no son todos, otros dicen, no vaya al consultorio de lactancia”.

Justamente, este comentario de la Dra. Espinoza nos permite insistir que es muy importante la responsabilidad del profesional médico, especialmente el Pediatra, porque para prescribir la lactancia, es necesario conocer y coordinar todos los procesos con los demás profesionales. Al contrario, el desconocimiento o la desinformación no ayuda a proteger y promover los procesos que permiten instalar la LM exitosa.

Por otro lado, el Personal Médico especialmente el gineco-obstetra desbordado por sus responsabilidades, no le queda más que delegar responsabilidades a otros profesionales de su entorno, como dice la Dra. Espinoza:

“Si, bueno el médico debe liderar la estrategia, yo creo. Pero por la atención, la rutina de atención, aquí es más quirúrgico todo, entonces, los tiempos y todos los cuidados críticos, entonces los tiempos no brindan un momento de tranquilidad para hacer discusiones más amplias, más profundas. Así que muchas veces delegan, delega al personal de enfermería, delega al personal de obstetricia para este tema y el poco lo menciona. Eso pasa con los gineco-obstetras”.

Pero delegar responsabilidades, puede aparecer como alentador, pero en la realidad maquilla una falencia y es la poca capacitación o casi desinformación del personal médico frente a la LM y seguirá siendo un vacío pasible de subsanar solo hasta que logre su capacitación y actualización en LM.

En otras palabras, el personal médico está presente en el establecimiento de salud y como tal tiene un rol que cumplir frente a la diada madre-bebé, especifica a su especialidad y su servicio donde labora; en ese sentido tiene la responsabilidad de informarse bien para tomar las buenas decisiones para el éxito de la LM de la diada.

Delegar a otros profesionales como a la obstetra o a la enfermera, no elimina las responsabilidades del personal médico, porque las responsabilidades son compartidas en equipo. A buena hora que otro personal asistencial se esté capacitando y preparando bien en LM, como las obstetras y las enfermeras en beneficio de las usuarias del establecimiento de salud, pero esto no elimina las responsabilidades del personal médico. Todos son parte del personal del establecimiento de salud, todos tienen responsabilidades y trabajo en equipo que compartir, y todos están llamados a comunicar un mismo lenguaje, ese es el propósito fundamental de la Certificación de ESAMNN.

Con todo lo expuesto, podemos decir que la participación médica en las capacitaciones es bastante baja, al contrario de la alta participación del personal de enfermería, obstetras y técnicos de enfermería. Esta ausencia del profesional médico es muy difícil de superar, porque el profesional médico queda rezagado en el manejo de conocimiento actualizado en torno a la LM y ajeno de alguna manera del lenguaje común de la LM con el resto del personal de salud.

La poca capacitación del profesional médico puede ser explicado por sus múltiples actividades laborales fuera de la institución, aunque esto no sea cierto para todos los médicos, como el Gineco-Obstetra que, si cuenta con más tiempo, pero al parecer se muestra poco comprometido con la LM.

El profesional médico se ve obligado a delegar a otros profesionales de su equipo, responsabilidades que pueden ser asumidas por ellos. Pero lo más delicado es que su carencia de información actualizada en LM o su poca presencia frente a las madres gestantes o puérperas es resentido por ellas mismas que así lo expresan. No basta solo recomendar la lactancia, su carencia en capacitación actualizada puede afectar de alguna manera al éxito de la LM de las madres usuarias y en el conjunto de los objetivos del INMP.

Avances y fortalezas:

Mejores conocimientos

Es interesante la posición de la Dra. Espinoza que encuentra que el personal de salud está mejor informado que antes de las capacitaciones pero que se debe continuar en:

“Si, ya dijimos, están mejor informados, hay que comenzar que primero fueron sensibilizados, entonces, en el primer curso solo se sensibilizaban y creo que lo hemos logrado. Y de ahí, ya la información, entonces yo creo que sí”.

La estructura básica de las capacitaciones brindadas a todo el personal de salud del INMP contempla dos evaluaciones, una de entrada y otra de salida a todo el personal participante. Con el fin de evaluar el impacto del curso de capacitación respecto a los conocimientos recibidos. Lamentablemente solo puede medir conocimientos, pero ya es bastante interesante. La Dra. Espinoza nos señala algunas evidencias al respecto:

“¿Uds. hacen examen de ingreso y examen de salida? Si, con todo lo que exigen. ¿Y cómo son los resultados? Si hay una brecha importante de mejora, antes y después. ¿Qué cosas encuentra por ejemplo? Había muchos desaprobados. Sobretudo en el personal técnico falta mucho conocimiento del tema.

Si bien la Dra. Espinoza no ofrece datos concretos, lo que resalta de su comentario es que se evidencia “una brecha importante de mejora”, continúa diciendo “había muchos desaprobados, sobretudo el personal técnico”.

El personal técnico en la mayoría de los casos es el personal más antiguo del INMP y la mayoría de ellos no cuenta con estudios superiores y con poca actualización. En esa medida, estas capacitaciones buscan homogenizar la información en torno a LM que manejan todos los equipos de trabajo del INMP, sin desestimar incluso los de menos formación profesional. Según la Dra. Espinoza se puede apreciar mejoras, pero hay mucho por hacer aún:

“Ha mejorado yo creo que regular, algunos más que otros en los servicios, pero falta mucho porque la educación de la gente que trabaja en el hospital, equipo técnico es muy pobre, básicamente eso. ¿El grupo técnico es la que tiene más contacto con la mamá cree usted? No, no necesariamente, también, pero es que no deja de tener contacto, ese es el tema, entonces a veces puede confundir (a la madre)”.

Por otro lado, la Obstetra Janet que trabaja en el INMP, pero también es madre de un bebé de 11 meses, ella comenta el aporte de las capacitaciones para su formación y para su vida de madre primeriza:

“Todas las capacitaciones aportan algo, algo importante, cada vez uno aprende más y cada capacitación definitivamente siempre te aporta más. Todas han sido muy importantes, pero en el tiempo en el que estaba gestando me gustó mucho lo de LM porque quería saber cómo hacer porque soy primera vez mamá entonces, cómo con respecto a la LM, cómo hacer, cómo dejar mis pomitos de leche. Todo eso me llamó la atención, pero definitivamente el resto reforzarme lo que también uno ya lleva durante tantos años de estudios. Pero, en general todo aporta algo. ¿O sea aprovechaste de las capacitaciones, te aportaron bastante o ya conocías tú? Si. Claro que uno conoce, pero uno quiere saber más porque uno es primeriza y a veces no sabe. Si, si, aproveché”.

Avances limitados de prácticas claves: Lactancia precoz y Corte tardío de cordón

Según el MINSA, entre agosto 2018 y julio 2019 se certificaron 17 ESAMNN en todo el Perú y entre los cuales se encuentra el INMP. Para poder medir el impacto de la Certificación ESAMNN en un establecimiento de salud, el Equipo Técnico de la Etapa de Vida Niño_DVICI-DGIESP/MINSA propone la revisión del Certificado Nacido Vivo en línea (LM durante la primera hora de nacido, Corte tardío del cordón umbilical y Contacto piel a piel) como un modo de evaluar “En qué medida se han mejorado los procesos que, antes, durante y después del parto, aseguran una mejor salud de la infancia”.

Se constata que la certificación ha permitido mejorar en un año, las cifras de “Lactancia Precoz” sea en parto vaginal o por cesárea en todos los establecimientos de salud, aunque el INMP presenta un margen muy pequeño de mejora, de 0.3%. Cuando se evalúa la lactancia precoz en parto cesárea, igualmente todos los establecimientos de salud presentan mejoras y el INMP muestra un porcentaje de 8.38% de incremento de lactancia precoz, ubicándose en un punto intermedio entre el resto de los establecimientos de salud.

La certificación de ESAMNN también permite una importante mejoría en el corte tardío del cordón en la mayoría de los establecimientos de salud, aunque el INMP muestra una mejora bastante modesta de 1.95%. Y cuando se habla de corte tardío del cordón en parto cesárea, situación con más retos, INMP muestra una cifra preocupante de -0.1% a diferencia de los otros establecimientos de salud.

Hasta aquí se puede concluir que la lactancia precoz y corte tardío de cordón umbilical, sea en parto vaginal o cesárea, del Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo – CNV permite constatar que la certificación ESAMNN de los establecimientos de salud durante 2018 y 2019 “han mejorado prácticas claves que aseguran la LM, así como la reducción de la Anemia”⁵⁷. Aunque el INMP presenta cifras modestas en sus avances.

Adquisición limitada de Sucedáneos de Leche Materna

Por su parte una forma de medir los avances en lactancia materna producto de las capacitaciones en el marco de la Certificación como ESAMNN, el MINSA establece entre sus indicadores, la medición de la adquisición de sucedáneos de leche materna para limitar la prescripción de sucedáneos. La idea es bien simple, al mismo tiempo que se trabaja en la promoción y apoyo práctico de la LM, se espera en consecuencia, que se reduzca el uso o prescripción de sucedáneos de leche materna en los servicios del INMP.

La Dra. Espinoza dice que uno de los avances que se está obteniendo es la reducción justamente del uso de sucedáneos de leche materna:

“Si, uno de los indicadores que se estableció fue el consumo de sucedáneos y eso bajó. Las cifras la tienen en Banco (de Leche Humana). Con algunos altibajos creo, pero sí, ahí hubo, era el indicador que establecimos y mejora de la lactancia. (...) Entonces es un indicador pero que depende también del apoyo que se le de. Si me parece bien que la gestión del MINSA exija dentro de las metas para la gestión de hospitales para medir que esté en el tema de lactancia, eso es muy bueno, ha sido muy bueno para la capacitación”.

En esa misma línea la Dra. Hinojosa confirma que dentro de los avances que se están logrando está la menor utilización de leche artificial en los servicios.

“Que, si hemos avanzado, porque si se ha avanzado evidentemente. Si bien no es una cuestión perfecta, pero si hemos avanzado, porque de todas maneras hay

⁵⁷ Fuente: Equipo Técnico de la Etapa de Vida Niño_DVICI-DGIESP/MINSA. Ayuda Memoria Certificación ESAMNN en la Protección y Promoción la Lactancia Materna

una reducción importante de la utilización de fórmulas en alojamiento conjunto por ejemplo, igualmente en factor de riesgo, desde la lactancia dentro de la primera hora, ha reducido de manera importante la solicitud que hacían de fórmulas y entonces ese es una cuestión importante porque a pesar de tener todos estos temas, se cuidan porque también las políticas están definidas y yo cuando me reúno digo, acá estos indicadores marcamos, entonces se cuidan de pedir así nada mas”.

La reducción del uso de sucedáneos de la leche materna en los servicios como lo señala la Dra. Hinojosa es un indicador importante para evaluar los avances alcanzados por un Establecimiento de Salud con Certificación de ESAMNN porque quiere decir que se prioriza la LM en vez de prescribir fácilmente los sucedáneos de la leche materna.

Este indicador va de la mano con el cumplimiento de las disposiciones incluidas en el RAI que es un componente requisito de la Certificación ESAMNN. Entonces de un lado, están las políticas que delimitan el actuar del personal de salud frente al uso de leches artificiales dentro de un establecimiento de salud certificado y del otro lado, están las capacitaciones que van a permitir la comprensión y la valoración de la LM y el buen manejo de las dificultades o situaciones en riesgo para salvar la LM de la diada madre-bebé.

Debilidades encontradas:

Estas debilidades son remarcadas por los profesionales del CLM y van a ser corroboradas más adelante por las mismas madres entrevistadas. Entre las debilidades más saltantes tenemos:

Paso 3: Promoción de la LM durante el embarazo⁵⁸

Cuando se le pregunta a la Nutricionista Villanueva sobre cuáles son las principales debilidades que ella encuentra en el personal de salud que recibe las capacitaciones del CLM, ella habla de la poca promoción de la LM en las gestantes, veamos como lo explica:

⁵⁸ Paso 3 Promoción de la lactancia durante el embarazo, de Los 10 Pasos para una Lactancia Exitosa

“(…) es siempre el tema de la gestante, pero en este hospital la mayor parte de los partos son por emergencia entonces son pocas las madres que van a la psicoprofilaxis. Y en ese sentido lo que se trata de hacer es más promoción. Nos falta todavía promoción de la lactancia desde el inicio, desde el embarazo. Tenemos que llegar a todas en realidad”.

Sabemos que el INMP por ser Instituto Nacional es un establecimiento de salud de referencia, recibe casos complejos y de emergencia en torno al parto y nacimiento de niños con gran prematuridad y otras patologías médicas en torno a la perinatalidad, de todo el Perú. Esta peculiaridad explica la presencia de muchas madres gestantes que no han recibido información oportuna en LM, pero es una evidencia que se ha instalado como norma y que debe ser revertido. Como lo expresa la Sra. Gina gestante de 38 semanas:

¿Ha tenido un control de gestación en el INMP? No, entré dos veces por emergencia y hoy día entré para que me operen mañana ¿Entonces ahora le han hablado sobre la LM? No, lactancia no me han hablado nada. ¿De qué temas le hablan? Hoy día, yo he entrado a 12 del día. Me han hablado que me van a operar mañana y que no coma nada”.

Lamentablemente, casos como la Sra. Gina, son numerosos en el INMP y como dice la Nutricionista Villanueva, se necesita trabajar más en promoción de la lactancia durante la gestación de las madres. Esta es una de las debilidades que falta mejorar en el INMP. Como dice el Paso 3 de los 10 Pasos para una Lactancia Exitosa, todas las madres gestantes deben recibir información adecuada y oportuna en LM a modo de promoción y preparación a la lactancia, muchas veces las madres toman la decisión de amamantar durante el embarazo, antes de tener al bebé en brazos, lo cual va a asegurar el éxito de la LM.

Paso 4: Contacto Piel a Piel⁵⁹

Otra debilidad en LM del INMP mencionada por la Lic. Villanueva:

“Nuestra debilidad es que todavía no hacemos contacto piel a piel en Cesárea (Paso 4). Ya habido avances entonces en ese lado, ahí por ejemplo ha sido clave

⁵⁹ Paso 4 Contacto Piel a Piel, de Los 10 Pasos para una Lactancia Exitosa.

la participación de la Dra. Ylia (Espinoza) porque ella conoce anestesia, ella va de frente al médico a eso y eso de verdad que ayuda bastante”.

Contacto piel a piel en parto natural también llamado Paso 4, es fuertemente recomendado también en cesárea, si todas las condiciones lo permiten, con el objetivo de asegurar una lactancia exitosa a la diada madre-bebé. Este es un pendiente importante que mejoraría la cesárea haciéndola más humanizada y la instalación temprana de la lactancia en un parto cesárea.

Paso 7: Alojamiento Conjunto⁶⁰

Las evidencias demuestran que el recién nacido sano desde su nacimiento necesita del contacto físico constante con su madre hasta el alta, incluyendo durante la noche, lo cual asegura la buena instalación de la LM y un alta rápida.

Sin embargo, existen varias debilidades en el INMP que explica Dra. Espinoza:

“(…) entonces ahora tenemos la dificultad del alojamiento conjunto porque hay una brecha en el puerperio inmediato la madre hasta las dos horas está con su bebé y de las dos a las siguientes horas que pasa al servicio puede haber una brecha de tiempo debido a que no están juntos porque llevan a la madre y al bebé separados, porque fue una cesárea y están esperando que la mamá salga de recuperación, entonces eso es un tema que no debiera ocurrir, hay un problema ahí de ese paso. Pero también el CLM ha solicitado al director que lo trabajen en una directiva, que lo trabajen en un Taller y entre todos resuelvan el problema, pero no, no han avanzado mucho en ese sentido”.

Es decir, existe separación innecesaria entre el recién nacido y su madre. Como varias madres entrevistadas manifiestan, es el caso de la Sra. Josselyn :

“(Mi bebé) nació con 37 semanas. Parto natural, sin ninguna complicación, me lo pusieron en el pecho, hice contacto piel a piel una hora. Después de dar a luz a las 10h42 de la noche, me pasaron en un cuarto con otra compañera, ahí estaba con mi bebé. Luego me bajaron a las camillas a las 3 de la mañana y me lo trajeron a las 7 a 8 am”.

⁶⁰ Paso 7 Alojamiento Conjunto, de los 10 Pasos para una Lactancia Exitosa

Lo mismo cuenta la Sra. Zoyla, madre primeriza:

“Mi bebé nació ayer el 20 de octubre a 9h40 am por parto natural, hicimos contacto piel a piel una hora. Luego hubo separación 3 horas, no se por qué”.

La Sra. Sabina madre de su segundo bebé, también comparte.

“Tuve parto natural, contacto piel a piel de cerca de 30 minutos donde mi bebé amamantó poquito. Después me llevaron a la sala, después de tres horas y media me trajeron a mi bebé. No ligadura, no complicación”.

La separación de bebés con sus madres sin ninguna razón aparente, es una práctica que atenta contra la humanidad misma del nacimiento y el éxito de la LM. Es necesario afinar todos los recursos necesarios para evitar esta falencia y trabajar para evitar en lo más mínimo la separación del bebé de su madre.

Calostroterapia

Otro punto crítico respecto a la LM que falta desarrollar en el INMP es el manejo del Calostro para bebés prematuros, que nos comparte la Nutricionista Villanueva:

“(…) Otro punto al menos acá en Neo es por el lado nuestro (BLH), es trabajar el tema de la calostroterapia, que indiquen el calostro. La mayoría de los bebés acá que están en UCIN, obviamente son prematuros y no están en contacto con la mamá entonces se quiere recuperar esos minutos de la extracción en las primeras horas para garantizar producción de las mamás más adelante. Entonces eso es básicamente la calostroterapia, no es tanto un tema nutricional, si inmunológico para el bebé y para la mamá garantizar la producción”.

Una estrategia novedosa que busca transmitir la inmunología pasiva al bebé prematuro y mejorar la respuesta inmunológica del bebé, además de asegurar la producción temprana de leche materna de la madre. Esta perspectiva es crucial sobretodo en el manejo de los bebés en UCIN con gran impacto en la rápida recuperación de los bebés prematuros. Y que todavía falta instalar con fuerza en el INMP debido al poco compromiso médico. Como explica la Dra. Espinoza:

“Entonces, está faltando más liderazgo del médico, está faltando más entender. Es que hace falta revisar otra vez el significado de la leche humana para el bebé humano, hace falta porque hay mucha información nueva como la calostroterapia, como muchas cosas y el médico no está al tanto. Entonces esa evidencia científica debiera ser abordado también en los congresos a los que acuden y no solo la patología, y no es habitual”.

Pero se perfilan algunos avances importantes en este aspecto como la publicación de la Guía para la administración del calostro, con el respaldo de los médicos del CLM que puedan involucrar al resto de médicos y de esta manera avanzar de modo multidisciplinario y seguro. La nutricionista Villanueva lo dice:

“Y en eso también por ejemplo hemos dado avances. Ahorita nosotros ya tenemos, vamos a proponer la Guía para la administración del calostro y también la parte médica (del CLM) ha ayudado mucho en el tema de sensibilizar a sus pares, a los médicos porque son ellos los que lo prescriben (calostro). Ellos prescriben acá la alimentación en coordinación con nuestra y parte de la alimentación también es el calostro. Entonces ellos prescriben, nosotros extraemos, enfermería administra, esa es la figura. Y en ese sentido, estamos, ese es otro punto que queremos avanzar”.

En otras palabras, la calostroterapia es otro punto crítico en el INMP, donde el poco conocimiento médico al respecto frena de alguna manera la instalación de prácticas de gran impacto, cuando el personal médico debería ser el motor para la rápida instalación de esta estrategia en el INMP con la participación de todo el personal de salud.

Hasta aquí podemos decir que las Capacitaciones llevadas a cabo por el CLM del INMP en el marco de la certificación ESAMNN acorde a las normativas del MINSA, dirigidas al personal asistencial y al personal administrativo. Tienen como objetivo principal actualizar información teórico-práctica en LM y homogenizar un lenguaje común entre todo el personal asistencial y administrativo del INMP. Con el objetivo principal de brindar un buen acompañamiento en LM a la madre gestante y púerpera junto con su bebé, para asegurar el éxito de su lactancia.

Este programa de capacitaciones teórico-prácticas de 20 horas y seis horas prácticas, presenta una propuesta temática desde el MINSA, si bien es muy

completa, no permite desarrollar las competencias y habilidades que se propone desde un inicio, como dice la Dra. Espinoza, presidenta del CLM. Esta constatación exige realizar adicionalmente Talleres focalizados en los servicios que así lo requieran para fortalecer destrezas y competencias que están faltando en el personal de salud.

Otra limitación que mencionan los profesionales del CLM es la poca participación del personal médico en las capacitaciones, lo cual conlleva poca actualización en temas de LM y un desfase con el resto del personal frente al manejo de temáticas novedosas como la calostroterapia entre otros. Esta constatación es confirmada también por algunos componentes del personal de salud, así como varias de las madres usuarias del establecimiento.

Las numerosas responsabilidades laborales explican la poca participación del personal médico quien delega muchas veces a otro personal de salud. Estrategia interesante y valiosa pero que no exime su responsabilidad de manejar conocimientos actualizados en LM para mantener un lenguaje común con el resto del personal de salud de la institución.

Entre los temas que interesa más al personal de salud según los profesionales del CLM están el de las técnicas de amamantamiento, también el inicio de la LM y el contacto piel a piel. Y el mismo personal de salud lo confirma, las técnicas de amamantamiento les interesa más en la medida que lo ponen en práctica en su quehacer cotidiano, dependiendo de su perfil y sus funciones.

4.1.2 Desarrollo de las competencias y habilidades de comunicación en el Personal de Salud para asegurar el apoyo adecuado a la madre gestante o puérpera.

Indudablemente estas capacitaciones brindadas por el CLM son una fuente importante de actualización en LM para la mayoría del personal de salud que muchas veces no puede invertir en cursos fuera de la institución. Pero lo más importante es la consecución de un lenguaje común frente a la LM.

Sin embargo y como lo afirma la Dra. Espinoza, de lo que se trata es que estas actualizaciones teórico-prácticas permita el desarrollo y el fortalecimiento de nuevas competencias y habilidades de comunicación en el personal de salud, que permita en última instancia, asegurar la LM de las madres usuarias del INMP. Reto bastante ambicioso y que sin duda exige un trabajo de largo aliento.

Para conocer más sobre las competencias del personal de salud que permita asegurar un apoyo adecuado a la madre gestante y puérpera. Se les preguntó a los profesionales del CLM qué competencias siente que el personal de salud ha desarrollado a partir de las capacitaciones.

La Enfermera Abanto nos habla de algo sumamente importante, ella habla del vínculo afectivo que ella percibe se va instalando entre el personal de salud y las madres, veamos cómo lo explica:

“El vínculo que hay con las mamás, o sea, la parte afectiva con ellas. Hay más contacto del personal con las madres. Claro. Porque hay más acercamiento, porque realmente si yo no sé, qué le voy enseñar a la mamá, pero si yo ya tengo el conocimiento, entonces tengo algo que enseñarle a la mamá. ¿Y eso ha creado algo especial entre las mamás y los profesionales? Claro”.

Se puede decir, que los conocimientos actualizados están permitiendo el empoderamiento del personal de salud y esto a se vez, le está permitiendo acercarse con más seguridad, aplomo y afectividad a la madre. “Porque ya tengo algo que enseñarle a la mamá”.

Por su lado la Dra. Espinoza encuentra tres aspectos que están mejorando el personal de salud. Primero encuentra que, en medio de tantas limitaciones, ella ve que el personal de salud ha mejorado su manejo de las habilidades de comunicación. No totalmente, pero en algo. Veamos:

“Yo creo que de todas maneras han mejorado, han mejorado sus habilidades de comunicación que no es la medida que uno quisiera, pero ya. ¿De todo el personal en general? En general, pero no es mucho. Quizás es lo que menos ha avanzado porque tiene que ver con un tema cultural, de educación, inclusive el tema de trato

al paciente en los hospitales no es lo mejor precisamente, a veces por el estrés, por la falta de tiempo, etc. No ha avanzado mucho sin embargo hay algo”.

Esta apreciación es interesante, porque nos habla de avances, de cambios, de sacudir la inercia. Tal vez no es un enorme avance, pero indica un elemento positivo. Y la Dra. Espinoza evidencia también las dificultades que entraña este modesto avance. Es que estamos hablando de 2000 personas que trabajan en el INMP, pertenecientes a numerosas profesiones y disciplinas. Manejar todo esto, no debe ser muy fácil, como dice la misma Dra. Espinoza.

Como lo corrobora la Residente de Pediatría Cynthia, cuando se le pregunta de las competencias que ella siente que ha desarrollado a partir de las capacitaciones. Ella responde: “Empatía y Comunicación”.

Además, la Dra. Espinoza, encuentra que se está avanzando en la extracción de leche materna y en las técnicas de amamantamiento. No son grandes avances, tampoco rápidos. Es lento y progresivo, pero están.

“También en la extracción de leche materna se ha avanzado bastante, ya se habla del tema, ya se acepta el tema, ya saben cómo se puede hacer, entonces ahí están avanzando. Las técnicas de amamantamiento también, también siguen la dificultad, pero ya todos ponen a amamantar. Entonces es algo que vemos progresivo, pero lento, lamentablemente en los hospitales es muy lento. Pero ahí va avanzando. Y la técnica de amamantamiento es fundamental por eso la consejería de lactancia”.

La Dra. Espinoza cuando habla de Técnicas de Amamantamiento también habla de Consejería en LM, porque ambas están interrelacionadas. Para hacer Consejería en LM se necesita manejar técnicas de amamantamiento y muchas habilidades de comunicación. Por eso, la Dra. Espinoza, ve la Consejería de LM como un ámbito muy difícil de desarrollar y de alcanzar, porque exige bastante conocimiento, mucha práctica y buen manejo de habilidades de comunicación. Ella dice:

“Sin embargo, el tema de consejería de lactancia también es todo un tema que amerita una especialización en mi opinión y mucha experiencia y eso no es fácil conseguir ni siquiera por consultoras porque la experiencia en nuestro hospital con

el número de pacientes y esa experiencia yo creo que falta desarrollar, falta gente que estuviera bien certificada pero que tenga un número alto de experiencia con las madres para guiar a los servicios y a los hospitales. No lo hay, no lo hay”.

Realmente, la Dra. Espinoza, habla de la Consejería de LM, como un reto muy difícil de alcanzar, considerando las características y limitaciones que tiene el INMP, de ese modo, la Dra. Espinoza, lo ve como un reto muy grande y de largo aliento.

La obstetra Janet dice haber desarrollado sus competencias para informar, concientizar de la importancia de la LM. Y también saber ofrecer confianza a la madre en su LM:

“Si bastante, ejemplo, en las gestantes para informarles de LM ya se van concientizadas. Si en caso ellas regresan, se van de alta y vuelven, ya saben lo que es importante LM. Las que ya tienen su bebé también, porque muchas están con ese estrés no me sale, no me sale y quieren usar fórmula, quieren ya inmediatamente comprarse el “pomo” pero nosotros decimos le enseñamos a que sean tranquilas, más calmadas, de que si están más asustadas piensan que no le va salir, pues no le va salir. Toda esa práctica que nos han enseñado”.

Por su lado, es muy interesante lo que dice la enfermera Jessica, porque habla de habilidades de comunicación muy importantes en el momento de la interrelación con la madre. Además, habla de temas que ya habían visto en otras capacitaciones. Veamos:

“Podemos rescatar trabajar con las mamás para que ellas puedan, extraerse. Lo poquito que puedan extraer es muy importante y no hacer que se depriman si no sale nada. La comunicación asertiva en este caso, la comunicación empática. No usando términos en negación si no reforzando cada conducta (...) ¿Ya conocías todo esto o las aprendiste en estas capacitaciones? No, ahí pudimos reforzar el tema de la comunicación porque fue un tema que hemos visto”.

La enfermera Alida dice con sus palabras:

“Lo que es el desenvolvimiento con las personas para poder llegar a ellas, adquirir más conocimientos también para mi, para poder ayudar”.

También se les preguntó a los profesionales del CLM si ellos veían que las capacitaciones habían permitido mejorar las habilidades de comunicación del personal de salud. La Dra. Pediatra Neonatóloga Directora Ejecutiva de Neonatología dijo:

“Si, ¿Cómo? Explicando y practicando con la puérpera, las técnicas de amamantamiento, ayudando a resolver los mitos y creencias”

Este comentario de la Dra. Pediatra Neonatóloga Directora Ejecutiva de Neonatología, explica bien que, en toda interacción con la madre gestante o puérpera, necesitamos un buen manejo de habilidades de comunicación.

La enfermera Abanto dice nuevamente, que si hay mejor manejo de habilidades de comunicación que está permitiendo más contacto con las madres. Ella dice:

“Si justo lo que estaba mencionando. ¿Cómo? O sea, se ve que de ahí hay más contacto con la mamá”.

La nutricionista Villanueva también piensa que las capacitaciones están permitiendo mejor trato a la madre usuaria, ella habla de 30 a 40 por ciento, un ligero avance:

“Si. ¿Cómo? En el trato a la madre o mejorando en un 30 a 40 por ciento”.

Cuando se le pregunta al mismo personal de salud, ellos responden que, si han mejorado bastante en sus habilidades de comunicación, especialmente explicar bien y hablar claro. Como comenta la obstetra Janet:

“Si, bastante. ¿Cómo? Saber lo que informo, porque yo estoy capacitada, cómo lo digo también y llegar este, hacer que la paciente me entienda y que se le haya quedado la información bastante, que me lo repita, que me, por ella misma me cuente. ¿Tus habilidades de escucha, por ejemplo, de empatía sientes que han mejorado? Claro, bastante, definitivamente.”

La residente de Pediatría también encuentra que las capacitaciones le han permitido mejorar sus habilidades de comunicación, manejando la empatía, haciéndola sentir segura y empoderada a la madre.

“Si. ¿Cómo? Manejando la empatía con la madre, haciendo sentir segura y empoderada para continuar con LME”.

La enfermera Jessica confirma que, si ha mejorado sus habilidades de comunicación, lo hace poniendo en práctica el buen trato y la empatía, hablando bien a las madres que piden algo. Aquí lo comparte:

“Si. ¿Cómo? Ya con un mejor trato tratando de respirar y tratar de dar a la mamita lo que ella en ese momento requiera, poniéndose en su lugar ciertamente. Si la señora te exige algo es porque necesita algo, entonces, solo trata decir un por favor que nos espere porque tal vez estamos ocupadas. Y así”.

Hasta aquí podemos ver los esfuerzos y ensayos del personal de salud para poner en práctica lo aprendido en las capacitaciones de habilidades de comunicación.

Por su parte la Dra. Espinoza dice que de alguna manera todos lo que se acercan a la madre lo hacen con mayor respeto:

“Porque ya se acercan a la madre con mayor respeto, la escuchan mejor y creo que eso es importante. ¿Ud. siente que ya es suficiente lo que se ha mejorado? No, ha mejorado yo creo que regular, algunos más que otros en los servicios, pero falta mucho porque hay poco personal, porque la educación de la gente que trabaja en el hospital, equipo técnico es muy pobre, básicamente eso”.

Aunque la Dra. Hinojosa es bastante crítica al respecto:

“Las habilidades de comunicación mira, pienso que, para eso, si bien es cierto se considera en cada curso que hacemos de cómo comunicarnos mejor, sin embargo, eso se tiene que fortalecerse y no sólo para el tema de comunicación con el tema de LM es comunicación entre nosotros mismo y comunicación particularmente con los pacientes. ¿Por qué? Porque entre nosotros mismos, tenemos problemas de comunicación y peor con los papás, ¡olvídese!”

Según la Dra. Hinojosa, falta mucho para desarrollar el buen manejo de las comunicaciones, entre los trabajadores y también con las usuarias.

Conseguir instalar rutinas y dinámicas en los servicios que faciliten y aseguren la LM en las madres usuarias, es un reto muy grande pero que al parecer la Dra. Espinoza apunta con mucha tranquilidad, pero certeza. Ella dice:

“Constante si, por eso decimos que es parte de la atención diaria, parte de la Maternidad misma el tema de Lactancia. Sin embargo, no estuvo así. Ahora hemos mejorado bastante y tenemos que hacerlo como parte de la rutina diaria, eso es lo que decimos, tiene que ser incorporado como parte de la rutina diaria de todos los profesionales alrededor de la madre y el bebé, no como algo aparte que, si tengo tiempo y si no tengo tiempo, no”.

De las palabras de la Dra. Espinoza, se puede desprender la idea de que todo está empezando y hay bastante trabajo por delante en el INMP.

“Entonces es algo que vemos progresivo, pero lento, lamentablemente en los hospitales es muy lento. Pero ahí va avanzando”.

Estas apreciaciones no son triunfalistas, al contrario, bastante modestas. Y más adelante se podrá refrendar con las percepciones de las madres usuarias del INMP sobre la atención que recibe por parte del personal de salud.

En resumen, la mayoría de los profesionales del CLM observan que el personal de salud del INMP está mejorando en cierta medida sus habilidades de comunicación como informar a la madre, explicar bien, hablar claro, empatía y sus competencias que permiten un vínculo más estrecho con las madres gestantes y puérperas, como es ofrecer confianza y un mejor trato. Otras competencias que se van instalando también de a pocos, son la extracción de leche materna, técnicas de amamantamiento, promoción de la lactancia, promoción y protección de la LM.

4.1.3 Atención que recibe la madre gestante o puérpera por el personal de salud del INMP, a partir de las capacitaciones que recibió

Ahora pasamos a conocer más sobre las percepciones de las madres gestantes y puérperas del INMP respecto a la atención que reciben por el personal de salud. Revisemos lo que nos muestra la tabla N° 4.3.

Tabla N° 4.3: El personal de salud está capacitado para atender adecuadamente a la madre gestante y puérpera

Personal de Salud está capacitado para ofrecer una buena atención a la madre gestante y puérpera				
	Opinión de la madre	Principales razones expuestas		
		Que valoran	Que cuestionan	Ámbito
		Razones porque si	Razones porque no	
Si	23			
No	1			
Algunos Si, Algunos No	6			
Buen trato/ amabilidad		11		CALIDAD HUMANA
Me ayudan/ me cuidan/ me curan		9		
Pone interés/ son atentos		9		
Les encargo a mi bebé/ tratan bien a mi bebé		5		
Buena orientación/ buena información		9		CALIDAD PROFESIONAL
Tienen estudios		5		
Me revisan/monitorean		4		
Pregunto y me responden		2		
Mal trato/ déspota/ poca humanidad			3	CALIDAD HUMANA
Te hablan mal/ dicen las cosas frías			3	
Poca empatía			2	
Poca paciencia			1	
Poco profesionalismo/ superficiales			2	CALIDAD PROFESIONAL
No dan información			1	
Total: 30 madres entrevistadas				

Fuente: Cuadro elaborado por la investigadora

A la pregunta ¿Ud. siente que el personal de salud está capacitado para atenderla adecuadamente? De las 30 madres entrevistadas, entre gestantes y puérperas, 23 de ellas respondieron que si, sólo una dijo que no lo está y 6 de ellas piensa que no todo el personal está capacitado, que algunos de ellos no tienen las competencias para ofrecer un buen servicio. La tabla N° 4.3 es reveladora porque expresa claramente una percepción positiva que la mayoría de las madres usuarias del INMP tienen respecto a la atención que les brinda el personal de salud, pero también muestra que un grupo de ellas 6 son más críticas y encuentran

algunos aspectos que el personal de salud no tiene y debería desarrollar. Sin descartar la entrevistada que considera que el personal no está capacitado para atender adecuadamente.

Paso seguido se puede apreciar las razones que exponen las madres para argumentar su opinión, entre las más importantes tenemos las siguientes: Muchas de las entrevistadas ofrecieron más de una razón como respuesta y 6 de las madres que opinaron que el personal de salud está capacitado para atenderlas, pero no en su totalidad, expusieron argumentos que sustentaban su doble respuesta; todas esas razones fueron recogidas y organizadas en el cuadro y por supuesto la sumatoria final no da 30.

Esta pregunta permitió abrir un tema crucial en la presente investigación como es la calidad de atención frente a la madre gestante y puérpera y su bebé en un establecimiento de salud. Las razones vertidas por las madres usuarias son descripciones de actitudes o competencias que posee el personal de salud del establecimiento de salud estudiado, que ellas mismas valoran como positivas en muchos casos o como cuestionables en otros. Este conjunto de actitudes y competencias han sido recogidas en el presente cuadro, permitiendo de esta manera dibujar el perfil del personal de salud que las usuarias del INMP, madres gestantes y puérperas con sus bebés, necesitan y desean tener a su paso por el INMP.

Las actitudes y competencias que las madres entrevistadas valoran del personal de salud, han sido agrupadas en dos ámbitos o categorías: “Calidad Humana” y “Calidad Profesional”, para facilitar su lectura. La primera está más centrada en competencias relacionales o interpersonales cuyo énfasis está puesto en la amabilidad, el respeto y la ayuda. La segunda está más referida a competencias profesionales adquiridas que le permite cumplir con su trabajo, sus funciones y responsabilidades. Ambas categorías de naturaleza diferente pero interrelacionadas y centradas en la atención de la diada madre-bebé.

Hay que decir que en el ámbito de “Calidad humana”, todas las características mencionadas están representadas por un número regular de madres que va de 11 a 5 madres entrevistadas. La más saltante es “el buen trato y la amabilidad”

con 11 madres de la totalidad, seguida de “me ayudan, me cuidan, me curan” con 9, “ponen interés, están atentos” con 9 y más allá “se encargan y tratan bien a mi bebé” con 5. Si bien, todas estas características por sí solas tienen un valor relativo, es importante decir que en conjunto permite visualizar la importancia de esta dimensión humana que las madres resaltan y valoran en este período de tránsito en el establecimiento de salud y que ponen el acento en una atención respetuosa y atenta del otro, es decir, de la madre y su bebé. Como lo expresa Zoila madre primeriza:

“Y para cualquier apoyo que yo necesite con la bebé, que necesita durante el tiempo de hospitalización que he tenido, han estado ahí para apoyarme”.

Y como también lo manifiesta Liz, primeriza con bebé hospitalizado desde hace más de un mes:

“Si porque la tratan bien (a mi bebé) y me siento tranquila dejarla en sus manos de ellos también”.

Dentro del “Ámbito profesional”, tenemos las siguientes características en orden de importancia, “buena información, buena orientación”, con 9 madres, “tienen estudios” con 5 madres, “me revisan, monitorean” con 4 madres, “pregunto y me responden” con 2 madres. Como se observa, los porcentajes individuales como del conjunto son menos importantes que del grupo anterior “Calidad humana”. Si bien estas son competencias referidas a funciones y responsabilidades del personal de salud, son también valoradas por las madres porque responden a una necesidad concreta dentro del INMP. Como lo dice Yanet, madre gestante hospitalizada desde hace una semana:

“Me han demostrado que si. Su atención, están atentos, me están monitoreando todo el tiempo. La obstetra me dice “cualquier movimiento involuntario me avisa”.

Todas las competencias y habilidades humanas y profesionales, participan para que el personal de salud pueda ofrecer una buena atención. Así como Evelyn, madre primeriza con bebé hospitalizado desde hace una semana, lo expresa:

“Si. Porque el personal médico, la Dra. que yo tuve la oportunidad de hablar con ella, me ha explicado muy bien y ha sido también muy amable. Y me parece que la Dra. fue bastante explicita pues en lo que le pregunté. Y el personal de enfermería ha tenido buen trato, buena información”.

Pero ahora veamos las razones que presentan las madres para decir que el personal no está capacitado para atenderlas bien. En este grupo, se encuentra la madre que dice que “No está capacitado” y las 6 madres que consideran que “El personal de salud está capacitado para atenderlas bien, pero hay algunos que no tienen competencias para hacerlo bien”. Dentro de las razones cuestionadas están primero aquellas que tienen que ver con el ámbito humano, como: “mal trato, poca humanidad, te hablan mal, te dicen las cosas frías, poca paciencia, poca empatía” y en segundo lugar están aquellas razones del ámbito profesional como: “poco profesionalismo, superficiales, no dan información”. Como se puede apreciar, las falencias del personal de salud que resaltan las madres, son más del ámbito humano. Como lo describe claramente Dina que acaba de dar a luz a su segundo bebé:

“Si, aparte que tienen estudios superiores están muy amablemente a nuestra disposición y otros no, como que es un poquito déspota con nosotras y creo que deberían un poquito cambiar eso porque también nosotras venimos de un hogar a veces que hemos pasado por agresión y todo eso y que nos traten así a algunas nos trauman o no nos gustan que nos traten así”. Y agrega: “Ve por ahí están andando” y me señala al personal”.

Lizbeth madre de su tercer bebé hospitalizado más de dos meses, por su parte lo señala con más énfasis:

“Capacitado en el tema de conocimientos, yo creo que si. Definitivamente los mejores profesionales médicos están aquí en la Maternidad. Lo que yo si sugeriría que tendría que cambiar es el tema humano. Hay doctores que realmente pueden llegar a ser muy duros en el informe, cuando a veces es innecesario”.

Estas madres resaltan claramente la capacidad profesional del personal de salud, pero al mismo tiempo extrañan la calidad humana de algunos profesionales. Y reclaman un trato más humano, más empático, un trato que las considere como un otro legítimo pleno de derechos, un trato que sea respetuoso de lo que cada

madre está viviendo. Estos comentarios pueden graficar la importancia de considerar ambas dimensiones “Calidad humana” y “Calidad profesional” como complementarias dentro del perfil del personal de salud que atiende bien a las madres gestantes y puérperas. Son como los dos lados de la misma medalla que son necesarios fortalecer en el personal de salud que atienden a las madres gestantes y puérperas y sus bebés.

Falencias en el trato que el mismo personal de salud lo vive y lo sufre, como lo señala la obstetra Janet, personal de salud del INMP y también madre de su primer bebé de 11 meses a quien sigue amamantando en combinación con el trabajo y en consecuencia haciendo extracción de leche materna para su propio banco de leche, mientras permanece en el establecimiento de salud. Aquí su comentario:

“el tema que falta es considerar al personal de salud, que también es mamá ... (para) poder extraerse la leche (...) te puedes ir al lactario. Pero el problema es que allá el personal no te da el trato que uno merece. Por ejemplo, mi persona yo ya no voy allá a ese lactario, yo me siento más tranquila aquí (...) Porque arriba, ejemplo tanto el personal técnico más específica se incomodan que nosotros como personal estemos entrando ahí, se incomodan, si ha habido no sólo una oportunidad, han sido como cuatro oportunidades, al punto que dije, no, mejor no voy porque estoy con cólera, triste o molesta y mi leche no me sale como quiero. Eso es lo que no se está cumpliendo con respecto a todas las capacitaciones, para mi no se cumple eso, claro, podemos informar todo lo que queremos, darle todo a la paciente si, pero nosotras también somos personas y también somos mamás”.

Además, el mismo personal de salud puede ser autocrítico y asumir las dificultades que presenta el personal de salud al momento de atender a las madres. Como dice la enfermera Jessica

“Eso es lo que tal vez nos hace un poco más de falta porque el estrés del trabajo, el estrés de tal vez de las metas, del movimiento y todo, hace que tal vez a veces nosotros mismos no nos demos cuenta de que no estamos haciendo un buen trato. A veces dices una cosa y luego te pones a pensar, pudiste haberlo dicho de mejor manera, tal vez eso, el trato, el trato más humano, más cálido porque con eso disminuimos las quejas también porque las quejas un montón, tratando de poner un poquito de empatía en relación a lo que dice el paciente”.

Como también, un personal de salud considera que la incomprensión viene de parte de la madre usuaria, que no acata las indicaciones del servicio y trayendo desorden y desencuentros entre usuarias y personal de salud. Esto es lo que señala Yamile, técnico de enfermería de Intermedios III.

“Uyy no se, yo quisiera que capaciten más bien a las mamás. Porque las mamás no entienden acá (...) decirle que tal hora es el cambio (de pañal) y tal hora es la lactancia. Pero eso no entienden, porque ellas se ensucian las manos, y de nuevo (quieren) coger (al bebé). Señora ya cogió le digo, tiene que de nuevo volverse (a lavar) las manos (...) el problema, es que ellas lo toman a mal. Y ya hay problemas que dicen que nosotras les gritamos, que les prohibimos. Por eso nosotros hemos quedado, que mejor la jefa o alguien, hay un sitio que es del donde dan charla que es, ahí aunque sea deben reunirse y juntarse y darle charlas a las mamás o decir explicarles los horarios, el horario que es el cambio de pañal y el horario que es la lactancia materna porque nosotros ya no podemos decir nada porque ellos dicen que los maltratamos. Ya por eso a veces ya no le decimos nada porque ya... posible denuncia”.

Estos desencuentros que menciona Yamile es justamente una muestra de la dificultad para poder asumir asertivamente la situación, la carencia de recursos y competencias del personal de salud. Como vemos, el problema no es la madre, ni el personal de salud. Es la poca capacitación en habilidades de comunicación.

Sin embargo, para la enfermera Abanto miembro del CLM las capacitaciones si han permitido el desarrollo de competencias en las enfermeras como lo anota:

“El vínculo que hay con las mamás, o sea, la parte afectiva con ellas. Hay más contacto del personal con las madres. Claro. Porque hay más acercamiento, porque realmente si yo no sé, qué le voy enseñar a la mamá, pero si yo ya tengo el conocimiento, entonces tengo algo que enseñarle a la mamá”.

Importante resaltar que la buena información en LM abre otros canales de comunicación y contacto con las madres gestantes y puérperas, como lo señala la enfermera Abanto. Exactamente como corrobora la enfermera Jessica de Alojamiento Conjunto B cuando dice que las capacitaciones recibidas le han brindado la oportunidad de desarrollar algunas competencias que le permiten acercarse mejor a las madres:

“Lo que es el desenvolvimiento con las personas para poder llegar a ellas, adquirir más conocimientos también para mi para poder ayudar”.

Es necesario entender que el embarazo, el parto, el nacimiento del nuevo bebé y su lactancia son partes del mismo continuum, un proceso crucial y pleno de sensibilidad y magia para la diada madre-bebé, que todos debemos proteger y respetar, particularmente el personal de salud de un establecimiento de salud que se encuentran en primera fila frente a este proceso. Por ninguna razón se debe descuidar, al contrario, el reto del personal de salud debe ser estar bien informados y actualizados para adaptarse a las necesidades específicas de la diada madre-bebé en este período particular y lleno de retos. No al revés, no se puede esperar que la madre y el bebé se adapten a nosotros, ellos son sujetos de derechos y como tal debemos aceptarlos. Ofrecer una atención adecuada coherente y permanente que responda a todas las necesidades de las madres gestantes y puérperas y sus bebés, y que les permita ganar en confianza y seguridad para llevar adelante su lactancia y su maternidad en sus hogares. Se trata de empoderarlas en su experiencia de lactancia. Como lo enfatiza la Dra. Espinoza cuando habla de las necesidades de las madres usuarias del INMP:

“Entender que el momento biológico que están pasando como madres, como gestantes, estar con su recién nacido es un momento especial de mucho respeto, de mucho cuidado, primero tiene que entender bien esto. Esa es la primera necesidad, que sean consideradas como tal, no siendo una enfermedad, a veces no hay un respeto suficiente a lo que significa eso en este país en general... ¿Pero ese tiempo debieran tener una experiencia grata verdad?”

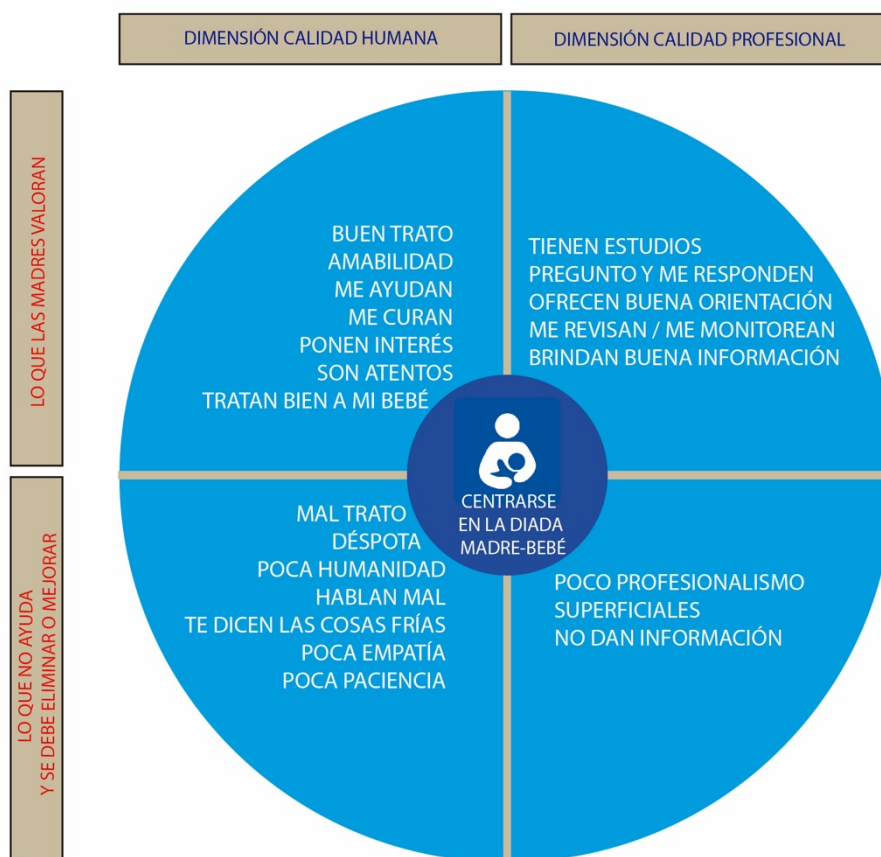
Hasta aquí, y a partir de los comentarios de las madres entrevistadas, se puede dibujar un perfil preliminar del personal de salud ideal que las madres gestantes y puérperas quisieran encontrar. Donde se conjugan dos dimensiones, el ámbito profesional y el ámbito humano que deben estar en armonía y complementarse entre sí. Veamos el cuadro N° 4.2.

En la mitad superior del cuadro, se nombra la relación de competencias y cualidades valoradas por las madres, sean del universo profesional o humano, que deben seguir profundizándose. En la mitad inferior aparecen todas las

características del personal de salud rechazadas por las madres que deben descartarse para dar paso a nuevas competencias y habilidades.

Cuadro N° 4.2 : Habilidades y competencias del personal de salud que brinda buena atención según las madres entrevistadas

HABILIDADES Y COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE SALUD QUE BRINDA BUENA ATENCIÓN SEGÚN LAS MADRES ENTREVISTADAS



MAYOR INTERACCIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LA MADRE

Fuente: Cuadro elaborado por la investigadora en base a los testimonios de las madres entrevistadas.

Hasta aquí, podemos decir que la mayoría de las madres entrevistadas tienen una buena percepción de la atención que les brinda el personal de salud del INMP, aunque también hay algunas madres que tienen una perspectiva más crítica y señalan competencias que no tiene el personal pero que si debería adquirir.

Cuando se preguntó a las madres sobre las razones de sus opiniones, las madres expusieron características o competencias del personal de salud que se ha organizado en dos dimensiones: Calidad Humana y Calidad Profesional. La primera que tiene que ver más con las competencias de tipo más relacional o interpersonal donde se ha priorizado la amabilidad, el respeto y la ayuda. La segunda que tiene que ver más con competencias profesionales adquiridas que va a permitir el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades. Ambas categorías están relacionadas en la medida que giran en torno a la diada madre-bebé.

Se puede observar que, en conjunto, según las madres entrevistadas, las características del personal de salud de tipo "Calidad Humana" son en general más importantes que las de tipo "Calidad Profesional". Pero ambas son valoradas por las madres entrevistadas porque ambas son importantes al momento de atender a las madres a su paso por el INMP.

Dentro de las razones que dan las madres que tienen una posición más crítica con el personal de salud, en primer lugar, dan razones que tocan el ámbito humano, es decir ellas dicen "mal trato, poca humanidad, te hablan mal, te dicen las cosas frías, poca paciencia, poca empatía"; luego exponen razones que tocan el ámbito profesional como "poco profesionalismo, superficiales, no dan información". Es decir, siempre el ámbito de "Calidad Humana" es más importante para las madres al momento de evaluar la atención brindada por el personal de salud.

Las percepciones de las madres entrevistadas dejan ver también que las características del ámbito humano y las del ámbito profesional están interrelacionadas al momento de evaluar la calidad de atención del personal. No son excluyentes, están unidas y las madres lo valoran en conjunto, porque ese es el personal de salud que ellas necesitan en su paso por el INMP.

También encontramos personal de salud que menciona haber vivido mal trato de parte de otro personal de la institución. Personal de salud autocrítico y admite que el estrés es un factor en contra y puede afectar el buen trato hacia la madre. Personal de salud que menciona dificultades con las madres que vienen al servicio y solicita capacitaciones para las madres. Y personal de salud que valora las

competencias en comunicación que les ha brindado las capacitaciones y que le permite construir un vínculo amable con las madres usuarias del INMP.

Porque este período de gestación y puerperio es una etapa muy sensible y especial para la madre gestante y puérpera junto con su bebé. Lo cual genera una gran responsabilidad de parte del personal de salud para brindar una atención de alta calidad a estas madres y sus bebés.

4.2 La información y el apoyo práctico en LM brindado por el personal de salud a la madre gestante y puérpera, contribuye al mejoramiento de su experiencia en LM

En esta parte de la investigación, nos interesa conocer con más detalle en qué medida la información y el apoyo práctico en torno a la LM ofrecidos por el personal de salud a las madres gestantes y puérperas usuarias del INMP están contribuyendo al mejoramiento y al éxito de la LM de las madres entrevistadas y sus bebés. Para poder responder el objetivo específico 2 de la presente investigación, desarrollaremos las tres variables correspondientes, las cuales son:

- La información en LM que brinda el personal de salud a la madre puérpera.
- El apoyo práctico en LM que brinda el personal de salud a la madre puérpera.
- Mejoramiento de la LM de la madre a partir de la información y el apoyo práctico que recibió por el personal de salud.

4.2.1 La información en LM que brinda el personal de salud a la madre puérpera

¿Qué puede significar amamantar para la madre gestante y puérpera usuaria del INMP? En este momento de la investigación, se hace necesario indagar sobre la importancia de la LM para la madre gestante y puérpera que asiste a los servicios del INMP y sus razones que lo explican. Conocer esto, nos puede ayudar a entender mejor el anhelo y todo el esfuerzo que puede significar para una madre lograr con éxito su lactancia y la de su bebé. Y de esta manera se puede comprender mejor el enorme impacto que cumple el personal de salud que a

través de su labor de brindar información en LM permitirá asegurar el éxito de la lactancia de la diada madre-bebé.

Veamos ahora qué dicen las madres entrevistadas cuando se les pregunta sobre la importancia de la LM.

Tabla N° 4.4 : Importancia de la LM para la madre gestante y puérpera

Importancia de la LM para la madre gestante y puérpera		
	¿Para Ud. la LM es?	Principales razones
Muy importante	20	
Importante	10	
El mejor alimento/nutrientes para el bebé		12
Crecimiento y desarrollo del bebé		7
Vinculo entre la madre y el bebé		3
Defensas/ bebés sanitos		2
Mejor que otras leches		2
LM es lo mas natural		1
Les ayuda a salir de alta		1
Pero por mi trabajo no puedo amamantar mucho tiempo.		1
No responde		1
Total: 30 madres entrevistadas		

Fuente: Cuadro elaborado por la investigadora.

La tabla N° 4.4 nos permite apreciar claramente la gran importancia que tiene la LM para la madre gestante y puérpera usuaria del INMP. De la totalidad de madres entrevistadas 20 de ellas dicen que la LM es “muy importante” y 10 dicen que la LM es “importante”. Si la LM es muy valorada por la madre entrevistada, de la misma manera, el deseo de lograr una lactancia exitosa será también importante para ella. De ahí la enorme responsabilidad del personal de salud para ofrecer todas las condiciones necesarias para que la lactancia se instale de la mejor manera en los primeros días especialmente la primera hora luego del parto, porque las evidencias demuestran que es en las primeras horas donde se juega el futuro de la LM.

En cuanto a las principales razones expuestas por las madres entrevistadas que hablan de la importancia de la LM, todas hablan de beneficios para el bebé, una madre habla del vínculo madre-bebé, pero ninguna menciona específicamente los

grandes beneficios para la madre. Lo cual nos preocupa, en la medida que invisibiliza de alguna manera el rol de la madre y por tanto nos plantea la necesidad de trabajar más en ese sentido, fortalecer la diada madre-bebé, la preponderancia de la madre y los grandes beneficios que tiene la LM para ella también.

Entre las razones expuestas por las madres para argumentar la importancia de la LM, tenemos en orden de importancia, 12 de las madres valoran la LM porque permite el “mejor alimento y nutrientes para el bebé”, 7 dicen que permite el “crecimiento y desarrollo del bebé”, 3 dicen que permite un “vínculo entre la madre y el bebé”, 2 dicen que permite “defensas y un bebé sano”, 1 porque la LM es lo más natural, 1 porque “ayuda a salir de alta”, 1 dice que es importante “pero por mi trabajo no puedo amamantar mucho tiempo” y 1 no responde.

Valorar la LM porque es el mejor alimento con nutrientes específicos para el bebé, porque le permite un crecimiento y desarrollo óptimos y porque es una fuente inmunitaria muy importante de protección contra las enfermedades, son dentro de los beneficios más conocidos y reputados de la LM. Las tres razones fueron las tres más importantes mencionadas por 21 de las madres entrevistadas. Pero 3 de ellas mencionaron que la LM permite el apego, el vínculo afectivo entre el bebé y la madre, una característica tan importante de la lactancia que sale del tema de la salud y se aproxima al ámbito emocional y la salud mental, pero tan valioso como la primera. Dos de ellas mencionaron que la LM “es mejor que otras leches”, una dijo “LM es lo más natural”, una comentó que “te ayuda a salir de alta”.

La Sra. Patty, madre que viene a tamizaje auditivo para su tercer bebé de un mes, ella dice:

“La LM es muy importante. Porque es el alimento más importante para el bebe porque le ayuda a crecer y a ganar peso”.

También la Sra. Zoila, madre primeriza dice:

“Muy importante porque se que es la forma más saludable de alimentar al bebé durante su crecimiento y desarrollo”.

La Sra. Nelly, madre de su segundo bebé que sale de alta hoy después de cinco días de hospitalización:

“(La LM) Es muy importante, claro porque el bebé. Más que nada pa’l bebe porque le hace bien, dicen que también aporta bastante en su... bueno en alimentación es el número uno y para su cerebritito, para su, pa’todo prácticamente, pa’todo, la leche”.

Por su lado, la Sra. Norelys madre muy joven, primeriza de un bebé prematuro después de haber pasado once días hospitalizado y hoy de alta, ella dice:

“Muy importante (la LM) porque eso es lo que ayuda a los bebés a que salgan más rápido de alta, mi bebé empezó a tomar su leche y por eso es que salió de alta”.

La ingenuidad y optimismo de las palabras con que se expresa la Sra. Norelys es interesante y llama la atención porque de alguna manera tiene mucha razón en el sentido de que en situaciones difíciles como los que ella ha enfrentado junto con su bebé, amamantar es a su vez la posibilidad de remontar y dejar atrás todas las dificultades vividas y también señal de que el equilibrio nutricional se instala, de ganancia adecuada de peso, de recuperación de su salud y de seguridad que la madre ganó en confianza para seguir amamantando a su bebé en casa. Todo este conjunto de criterios positivos, permite tomar la decisión que un bebé prematuro pueda salir rápidamente de alta.

Siguiendo con la tabla N° 4.4, tenemos una madre que dice que, si bien la LM “es importante, pero por el trabajo no puedo amamantar mucho tiempo”. Se trata de la Sra. Gina, madre gestante de su quinto hijo, internada desde ayer por emergencia por una preclamsia, ella dice:

“Si (la LM) es importante, pero por mi trabajo no puedo a veces. ¿Por qué? Digamos, yo lo quito a los dos o tres meses no más. ¿A sus otros hijos amamantó? Hasta los dos o tres meses, más no. ¿Qué tipo de trabajo tiene Ud.? Negociante en el Mercado Huamantanga de Puente Piedra”.

El testimonio de la Sra. Gina es triste porque pone de relieve, dos temas delicados en la LM y se trata de las difíciles condiciones que afronta la mujer que trabaja en

el sector informal y la poca información que maneja la señora para poder sacar adelante su lactancia como hacen todas las mujeres que trabajan fuera de sus hogares: combinando lactancia y trabajo. Esta situación la hace doblemente vulnerable porque su bebé sólo se beneficia de un corto tiempo de lactancia y pierde los enormes beneficios de una lactancia natural mínima de dos años; y además ella como madre aprovecha muy poco de los grandes beneficios de la madre que amamanta.

Esta alta valoración de la LM por parte de la mayoría de las madres entrevistadas va de la mano con el enorme deseo de querer amamantar a su bebé, como lo expresan las siguientes madres:

Sra. Elita, madre de su tercer bebé hospitalizado aún más de tres semanas:

“(La LM es) Muy importante. Porque es el mejor alimento que le puedo dar a mi bebé, porque no, nunca le he dado a mis hijos, formulas, siempre me lo alimentado con mi pecho”.

Sra. Evelyn, madre de su primer bebé hospitalizado aún con 7 días:

“(La LM es) Muy importante por todos los beneficios, defensas que tiene y además que yo ya tenía planeado de que quería dar LME. Entonces que a veces me siento un poco preocupada porque este seno no da mucha, no genera tanta leche como he visto con otras mamás y entonces me pone un poco ansiosa, por eso no.... Pero con todos los consejos que me han dado me han dicho que tengo que tener paciencia y que poco a poco se va venir. ¿Está sacando leche para el Banco de Leche? Si, claro, sale poquito, pero por lo menos le dejo algo”.

Pero en la realidad ¿Por qué no todas las madres logran amamantar como así lo desean? ¿Por qué las tasas de LME no se corresponden con los altos porcentajes que hablan de su importancia y de su intención de amamantar? Es un tema muy extenso para desarrollar y que no es precisamente el objeto de esta investigación. Pero lo que si nos compete directamente es: ¿Qué está haciendo el INMP y su personal de salud para atender esta demanda de parte de las madres gestantes y puérperas que desean amamantar y necesitan instalar su lactancia mientras están en los servicios del INMP? porque como ya dijimos y las evidencias lo

demuestran, el futuro de la LM de un bebé se juega en la primera hora de vida del bebé después del parto.

Creo que esta pregunta nos debe hacer reflexionar de la responsabilidad ineludible que tiene el personal de salud en su capacitación y actualización permanente en LM como la que brinda el CLM para poder asumir y responder a la misma altura de las aspiraciones de las madres usuarias del INMP de lograr con éxito su lactancia.

Por eso, es triste escuchar a una madre cuando narra su resignación de ver el fracaso de su lactancia como lo hace Mayte, madre primeriza de bebé con más de 4 meses hospitalizado:

“Yo creo que (la LM) si es importante porque se genera un vínculo entre la madre y el bebé, pero en mi caso, si ya la leche está muy escaza, ya no hay. Será por todo el estrés que uno pasa acá, pues. Ya son cuatro meses acá, ya tengo muy poca leche. Pero de todas maneras ahí mi bebé todavía me lacta. Pero yo sí creo que, si es muy importante porque genera un vínculo, tanto la mamá y el bebé. Los beneficios que tiene la leche, las defensas que le brinda al bebé para las infecciones y todo eso. ¿Su bebé está con LME? No, mi hijita está con fórmula y mi leche porque yo tengo muy poca leche”.

Además, Mayte busca racionalizar su situación asumiendo una responsabilidad que no le pertenece del todo “Porque yo tengo muy poca leche”, “Será por todo el estrés que uno pasa acá, pues”. Ella tiene razón cuando dice que el estrés está afectando su baja producción, pero ella no es responsable que eso le ocurra, porque el estrés que se genera en los servicios debe ser regulado y canalizado por el mismo servicio protegiendo a la diada madre-bebé. Numerosas estrategias para proteger la producción en situaciones de largas hospitalizaciones. Pero eso exige conocimiento, motivación y trabajo interdisciplinario.

La situación de la Sra. Lizbeth es casi similar, madre de su tercer bebé, con más de dos meses de hospitalización aún:

“Yo quiero alimentar a mi bebé, o sea, más allá de que la leche materna es lo mejor, el mejor alimento para mi bebé. El tema de la conexión, el tema de tenerlo

en mis brazos y alimentarlo yo, que se alimente de mí, eso es muy importante. Ahorita no tengo mucha leche, bueno por todo el tiempo que no he dado de lactar se me ha ido la leche, secando se puede decir. Y también, sé que en estos dos meses y unos días que tiene mi bebé, he pasado por un cuadro de depresión, de estrés, en el que, de alguna manera, se ha visto afectada también mi producción de leche... y bueno ahora que ya puedo tener a mi bebé en brazos, que ya está empezando a succionar, siento que... lo veo a mi bebé mejor, lo veo bien, eso también a mí me tranquiliza, me pone bien, me siento mejor ahora y sé que si voy a tener leche y en eso estoy, poniéndolo ahí, mi bebé agarra y sé que cuanto más succione, la producción se va a incrementar y yo lo voy a alimentar”.

Lizbeth es consciente de las dificultades que ha vivido durante estos más de dos meses y cómo le ha afectado negativamente en su producción de leche materna, pero ella no quiere resignarse, ella insiste y está convencida que si podrá amamantar a su bebé como es su deseo.

Testimonios como estos nos hacen ver que la madre con un bebé prematuro que se queda hospitalizado en el INMP por largo tiempo no está recibiendo el apoyo necesario en información y apoyo práctico para proteger su lactancia que está a la base de la pronta recuperación del bebé y del equilibrio emocional de la madre. Son ejemplos que dan cuenta de las debilidades que aún existen en los servicios del INMP y lo que falta mejorar aún por parte del personal de salud para ofrecer un acompañamiento integral en LM a la diada madre-bebé.

Veamos qué nos dicen las madres entrevistadas cuando se les pregunta directamente sobre la información recibida en torno a la LM en el INMP.

En la Tabla N° 4.5, se observa que de las 30 madres entrevistadas solo 23 de ellas recibieron información en LM y 7 no lo recibieron. De las 23 madres que, sí recibieron información, 22 eran madres puérperas y una era gestante. De las 7 madres que no recibieron información, 6 eran gestantes y no recibió ninguna información en LM sabiendo que más información tiene la madre durante su embarazo antes del parto, menos riesgos va a tener en lactancia, más recursos para poder sobrellevar las dificultades que se le pueda presentar más adelante en su lactancia y como lo recomienda la misma DA para la Certificación de ESAMNN.

Tabla N° 4.5 : Información en LM brindada por el personal de salud está contribuyendo a mejorar su experiencia de LM

Información en LM brindada por el personal de salud están contribuyendo a mejorar su experiencia de LM					
	Recibió información en LM	No recibió información en LM	Frecuencia en que recibió info	¿Por qué es importante?	La pone en practica
Gestante	1	5			
Puérpera	22	2			
1 vez al día			8		
2 veces al día			7		
3 veces al día			3		
Más de 4 veces al día			4		
Gestante (1 vez cada cita)			1		
Aprender a amamantar y atender a mi bebe				11	
Aprender cosas nuevas				4	
Revisar /reforzar lo que ya conocía				2	
Cuando eres primeriza no sabes nada				2	
Resolver dudas e interrogantes				2	
Es bueno para mi y mi bebé				1	
Te hacen sentir importante y el bebé también				1	
Si					23
No					7
Total: 30 mamás entrevistadas					

Fuente: Cuadro elaborado por la investigadora.

De la entrevista tenida con las madres, pudimos saber que la mayoría de estas 6 madres entró al INMP por un parto de emergencia y por lo general sin control de gestación en la institución y por lo tanto sin haber recibido información sobre LM como si es necesaria y recomendada para toda madre gestante. Sin embargo, este hecho es parte de la cotidianidad del INMP, en ese sentido, el instituto tiene responsabilidad de considerar este flujo de madres que llegan en estas condiciones y debe asumir en consecuencia los retos que esto representa.

Además, sabemos que la mayoría de las madres gestantes que entran a la institución en hospitalización, se quedan entre uno a tres días o más antes del parto, ocasión propicia para reparar ese vacío y ofrecer información básica y concreta en LM, relacionado a la importancia de la LM, la extracción del calostro

o de la leche para darle al bebe, etc. Pero lamentablemente no ocurrió con ninguna de las madres entrevistadas, según ellas cuentan, como Gina gestante de su quinto hijo, viene por emergencia y está pronta de una cesárea.

“¿Ha tenido un control de gestación en el INMP? No, entré dos veces por emergencia y hoy día entré para que me operen mañana ¿Le han hablado algo sobre LM? No, lactancia no me han hablado nada. Hoy día, yo he entrado a las doce del día. Me han hablado que me van a operar mañana y que no coma nada”.

Vanessa es una madre gestante de su segundo hijo, está hospitalizada después de entrar por emergencia y está pronta a dar a luz por inducción:

“(me hablan) lo justo y necesario sobre la presión, de que me van a inducir al parto. Lo justo y necesario. ¿Y le han hablado de LM? No. Para nada”.

Ingrid madre gestante de su segundo bebé, entró por emergencia para una cesárea programada, ya ha tenido aquí tres controles de gestación y ella dice:

“En Psicoprofilaxis para orientarme para el momento del parto, pero no llegué al tema de la LM. Aquí en hospitalización, no me han hablado nada de LM. Una obstetra me preguntó si tenía calostro, ella apretó mis pechos y no había. La obstetra dijo. ¡Nada más! Y se fue. Sólo han venido de psicología y servicio social, nutricionista y nadie le ha hablado de LM”.

Recordemos que el INMP es el centro de referencia a nivel nacional de situaciones de riesgo perinatal, esto explica el alto porcentaje de madres gestantes que llegan al INMP por emergencia. La situación médica delicada de la madre gestante y/o del bebe parece ser una razón para que se prescinda de ofrecer información en LM que toda madre necesita antes de su parto. Sin embargo, justamente esta característica peculiar del INMP debe ser una razón para diseñar protocolos que subsanen esta carencia y respondan a las necesidades de la madre y el bebé en momentos específicos como estos, no olvidemos que cada momento en contacto con una madre es una ocasión propicia para informarle de lactancia.

La nutricionista Villanueva habla de mejorar la atención de la gestante que viene por emergencia al INMP:

“en este hospital la mayor parte de los partos son por emergencia entonces son pocas las madres que van a la psicoprofilaxis. Y en ese sentido lo que se trata de hacer es más promoción. Nos falta todavía promoción... de la lactancia desde el inicio, desde el embarazo. Tenemos que llegar a todas en realidad”.

La promoción de la LM con una madre que viene por primera vez al establecimiento de salud muy próxima al parto y en momentos donde el parto se perfila como complicado y con riesgos, debe prever una buena capacitación del personal obstetra que entienda que hablar de LM no es prescindible, que es parte del servicio que necesita la madre y el nuevo bebé por nacer. No descuidar ni un solo momento para hablarle de la importancia y los grandes beneficios de la LM, responder a todas sus dudas y motivarla a amamantar a la madre gestante es clave en este momento. Y al mismo tiempo en el momento del parto poner en práctica toda la experiencia posible del personal responsable para hacer contacto piel a piel y no separar el bebé de la madre por nada, entre las estrategias más importantes. Pero en el INMP todavía falta mejorar en este aspecto.

Volviendo a la tabla N° 4.5, lamentablemente encontramos también a madres puérperas que no recibieron información sobre LM hasta el momento de la entrevista, se trata de dos madres. Como la Sra. María Flor, madre puérpera que dio a luz parto natural de su segundo bebé a las 4 de la mañana y lleva más de 12 horas en sala con su bebé, pero nadie se le ha acercado a hablarle sobre LM, sólo han pasado a revisar su historia y nada más, según ella comenta:

“No he recibido información todavía en LM”.

La Sra. Lastenia madre puérpera de su quinto hijo, dio a luz hace 22 horas por cesárea y hasta ahora no ha visto a su bebé que está en Neonatología y nadie le ha hablado de LM ni le han propuesto retirarse leche materna para estimularse.

“No sé porque nadie me ha hablado de LM”.

Llama la atención estos dos casos por cuanto no son precisamente la mayoría de las madres puérperas que al contrario rápidamente están recibiendo información en LM.

De las 23 madres que si han recibido información en LM, como sabemos la mayoría de ellas 22 son madres puérperas es decir que ya tienen su bebé. Cuando

le preguntamos de la frecuencia con que reciben información en LM, 8 de ellas la recibieron una vez al día, 7 dos veces al día, 3 de ellas tres veces al día y 4 madres más de cuatro veces al día. Esto es un indicador alentador en la medida que confirma la disponibilidad y el buen desempeño del personal de salud para apoyar a las madres puérperas con información oportuna en LM. Como dice Beatriz, puérpera de su primer bebé:

“(vienen) tres a cuatro veces al día, en la mañana cuatro, cuatro en la tarde, o sea diferente venían”.

Zoyla puérpera de su primer bebé:

“Si recibí información en LM. De la que veo (hay bastante publicidad afiches, etc.) y además insisten bastante que hay que dar de lactar, así, etc. (Vienen) todos los días, tres o cuatro veces al día. Hoy ha sido más. Hoy han sido 3 enfermeras. Anoche dos”.

Cuando preguntamos a estas madres que recibieron información, si encuentran importante la información recibida, todas las madres, las 23 respondieron que sí. Cuando le preguntamos ¿por qué les parece importante la información recibida? 11 de las madres dicen porque “aprenden a amamantar y atender bien a su bebé”, 4 dicen “aprender cosas nuevas”, 2 dicen reforzar lo que ya conocían, 2 porque eres primeriza y no conoces nada, 2 porque ayuda a resolver dudas e interrogantes, 1 madre dice que es bueno para mi y mi bebé, 1 madre dice “te hacen sentir importante a ti y a mi bebé”. La Sra. Sabina, puérpera de su segundo bebé dice:

“Si, porque más para nuestros niños. Cómo dar de lactar, que es el alimento, sobre todo. Para saber cómo dar, uno no sabe qué, ¿cómo darle?”

La Sra. Dina madre puérpera de su segundo bebé dice:

“Interesante, porque hay cositas que no sabia y ya me siento más informada para poder llevar un buen trato con mi hijita y una buena lactancia”.

De esta manera, la madre gestante y puérpera que recibe la información en torno a la LM está corroborando dos cosas importantes, primero que el personal de salud atiende esta necesidad de acercarse a la madre e informarle algo que le

permita mejorar y fortalecer su experiencia de lactancia. Y segundo que la LM es muy importante para ella y su bebé.

La Sra. Zoyla agrega:

“Si. Porque eso es lo (que) me va ayudar cuando, de todas las dudas, cuando esté en mi casa sola ¿a quién voy a (pedir ayuda)?”

La Sra. Liz, madre primeriza con un bebé hospitalizado de más de tres semanas y que hace cuidado canguro:

“Si, para mi es importante porque me enseña cómo poder cuidar a mi hija, como

En la tabla 4.5 también se puede ver que la totalidad de madres, 23 de ellas ponen en practica la información recibida. Lo cual corrobora que la madre valora su LM y pone todo su empeño para llevar a adelante su lactancia y por supuesto reconoce todo lo que el personal de salud comparte respecto a su LM que le pueda ayudar a asegurar su lactancia.

Hasta aquí podemos decir que la totalidad de las madres entrevistadas dijeron que la LM es muy importante para ellas y sus bebés. cuando se les preguntó el por qué de esta opinión, la mayoría de las madres hablaron de los grandes beneficios bien conocidos para el bebé, por ejemplo, le protege de enfermedades, les permite crecer sanos, etc.; es decir, todas características del ámbito salud, muy poco tocaron el tema del vínculo afectivo tan importante también. Pero lo más preocupante es que ninguna de ellas mencionó los beneficios para la madre, lo cual es un vacío que se debe trabajar y fortalecer.

Constatar la enorme importancia de la LM para las madres entrevistadas y su fuerte deseo de amamantar a sus bebés, nos obliga a reflexionar sobre el importante e ineludible rol que tiene el personal de salud para asegurar el éxito de la LM de su bebé.

Podemos decir que la mayoría de las madres puérperas han recibido información sobre LM. También vimos que las que no recibieron información, casi todas son madres gestantes, lo cual nos ha hecho evidenciar un vacío en la promoción de la

lactancia durante la gestación (Paso 3), confirmado por la nutricionista Villanueva del CLM del INMP.

También vemos que la entrega de información ha sido bastante aceptable dentro de la poca disponibilidad de tiempo que maneja el personal de salud, la mayoría de veces entre una a dos veces al día. Estas madres confirman también la importancia de la información recibida por parte del personal de salud porque les ha permitido aprender y tener éxito con su lactancia, y por supuesto, todas las madres dicen haber puesto en práctica rápidamente la información recibida.

4.2.2 El apoyo práctico en LM que brinda el personal de salud a la madre puérpera

Para apoyar a una madre en su lactancia, es necesario ofrecer información adecuada y pertinente como se ha visto en la tabla N° 4.5, pero también es necesario brindar ayuda práctica que permita a la madre puérpera instalar su lactancia y de esta manera obtener una posición cómoda para amamantar acorde a su situación física luego del post-parto, saber cargar bien al bebé para amamantar según sea la posición a utilizar, cómo colocar del bebé al pecho o lo que también se llama el buen agarre.

La ayuda práctica es particularmente importante cuando la madre necesita superar alguna dificultad en su lactancia que está impidiendo un buen agarre del bebé al pecho de la madre, una transferencia adecuada de leche, evitar el dolor y las heridas ocasionados por un agarre defectuoso, entre otros temas.

Amamantar es básicamente una experiencia práctica, que necesita información adecuada para responder las interrogantes que la madre pueda tener lo cual permitirá a la madre ganar en confianza y dejarse llevar por la experiencia. Pero la LM también necesita en primacía de la ayuda práctica para que la madre pueda realizar una lactancia placentera y exitosa. Por dicha razón, nuestro interés de conocer un poco más cómo las madres entrevistadas usuarias del INMP, perciben la ayuda práctica en LM recibida de parte del personal de salud y esto es lo que encontramos.

Veamos lo que nos dicen las madres entrevistadas en la tabla N° 4.6.

Tabla N° 4.6 : El apoyo práctico en LM brindada por el personal de salud a la madre, contribuye a mejorar su experiencia de LM y la de su bebé

Apoyo práctico en LM brindada por el Personal de Salud a la madre gestante y puérpera			
	Recibió apoyo práctico en LM	No recibió apoyo práctico en LM	¿Con qué frecuencia?
Gestante		6	
Puérpera	22	2	
1 vez al día			11
2 veces al día			1
3 veces al día			5
Casi nada porque mi bebe ya tiene mucho tiempo hospitalizado			3
No responde			2
No recibió apoyo practico en LM			6 Gestantes 2 Puérperas
Total: 30 entrevistadas	22	8	30

Fuente: Cuadro elaborado por la investigadora.

De la tabla N° 4.6, se puede ver que del total de madres puérperas entrevistadas 22 de ellas si han recibido ayuda practica en LM y sólo 8 no lo ha recibido. Estas cifras son bastante satisfactorias porque hablan bien de las responsabilidades del personal de salud del INMP frente a la LM de las madres usuarias del establecimiento de salud. Pero ¿por qué 8 de las madres no recibieron ayuda práctica? ¿Qué hizo posible que ellas no recibieran este apoyo vital para el éxito de su lactancia y de sus bebés?

Se trata de las mismas madres que no recibieron información sobre LM, 6 son gestantes y 2 son puérperas. Seis madres gestantes que podrían haber aprovechado del apoyo practico con el uso de maquetas y haber aprendido cómo colocar y prender el bebé al pecho. Pero lamentablemente, este no fue su caso para ninguna de ellas.

Entre las dos madres puérperas que no recibieron ayuda práctica, tenemos a la Sra. María Flor, madre de su segundo bebé, con parto natural y que tiene ya más de 12 horas en sala y que ningún personal de salud se ha acercado para hablarle

o apoyarla en la lactancia de su bebé. Tal vez una razón vista desde el personal de salud es que se trata de una madre que ya tiene experiencia en lactancia, está amamantando sin ningún problema y no ha pedido ayuda en ningún momento. Lo cual, debe cambiar porque toda madre tiene derecho a ser atendida y a recibir información y apoyo en LM como todas las madres.

La otra madre es la Sra. Lastenia puérpera de su cuarto hijo que nació hace 22 horas y que se encuentra en Neonatología y hasta ahora no ha podido ver a su bebé, pero le han dicho que está bien. Si bien la Sra. Lastenia esta delicada de salud, no ha recibido ninguna información ni apoyo práctico en LM, ni siquiera le han sugerido extraerse leche materna.

Cuando se le pregunta con qué frecuencia recibe apoyo práctico, 11 dicen que una vez al día, 5 madres reciben 3 veces al día y una madre dice dos veces al día.

La Sra. Elita madre de su tercer hijo hospitalizado ya más de un mes en el INMP. Ella habla del apoyo que recibe permanentemente en el Banco de Leche de modo grupal:

“Si hay señoritas ahí que te ayudan, te enseñan a cómo debes masajearlo al seno y todas esas cosas”.

Y continúa la Sra. Elita diciendo que:

“Ahorita yo sola lo hago. Ya aprendí, sola me hago masajes. Me dan el extractor y yo sola ya lo hago”.

Excluyendo a las 8 madres que no recibieron apoyo práctico en LM, que ya explicamos líneas arriba. También encontramos 2 madres que “no responde” y 3 madres que dicen recibir “casi nada de apoyo porque mi bebe ya tiene mucho tiempo hospitalizado”, dentro de esas madres, tenemos a la Sra. Mayte, una madre de su primer bebé con una larga hospitalización de más de 4 meses y una disminución importante de su producción de leche materna, como ella misma relata:

“Pero en mi caso, no tengo casi leche y la formula es la que le está ayudando. Iba al Banco de Leche a extraerme y me salía muy poquito y pedía que se me ayuden

para estimular. Pero me decían que yo ya tenía mucho tiempo que yo ya sabía. Entonces ya no se me ayudaba hacer los masajes y todo eso porque decían que yo ya tengo mucho tiempo acá. Y entonces, pero igual yo iba, yo iba, siempre. Ahorita ya no estoy yendo porque como me sale poquito entonces, sólo le doy de lactar a mi hijita, pero ya como que cuando uno tiene mucho tiempo acá ya no te quieren ayudar. Como que, “No, tú ya sabes hacerte los masajes, háztelo tú”.

De alguna manera se deja sola a la Sra. Mayte para que gestione tanto estrés y dolor producto de las dificultades de salud de su bebé y al mismo tiempo se la “distingue” o “separa” de las demás porque supuestamente tiene “mucho tiempo acá”. Esto no es precisamente lo recomendado para la salud mental y emocional de la Sra. y en consecuencia para que ella tenga la fuerza suficiente para remontar y recuperar su equilibrio personal y su producción láctea que tanto desea. La Sra. Mayte sigue compartiendo:

“Entonces, ya uno se lo hacía solita. No, yo creo que, claro que hay preferencia a las mamás que recién llegan, que son nuevas. Pero siempre ayudar no, porque, por ejemplo, yo con todo lo que pasé con mi hijita de la operación, que era algo inesperado, entonces, todo eso fue muy fuerte. El estrés que uno vive acá. Entonces, eso genera que a uno como que se nos bloquee y no nos salga la leche no. Entonces yo creo que si se lo deberían ayudar porque en mi caso, yo tomo y tomo cosas, pero a veces si me salía y a veces no”.

La historia que nos comparte la Sra. Mayte nos muestra el desencuentro entre la dura experiencia que vive una madre con su bebé hospitalizado por un lado y por otro lado el ritmo laboral insensible del personal de salud que está buscando cumplir sus responsabilidades en su servicio donde se desempeña.

Lo ideal sería que todas las madres reciban apoyo práctico todas las veces que ellas lo necesiten, para permitirles una instalación adecuada de su lactancia. Pero no es fácil que así sea en el INMP, debido al poco personal de salud en relación al número elevado de población que se atienden en el establecimiento y en consecuencia la limitada disponibilidad de tiempo del personal de salud para atender adecuadamente al gran número de madres gestantes, puérperas y sus bebés. Como dice la enfermera Jessica:

“Es muy poco el tiempo que nosotras tenemos, porque las diferentes actividades que tenemos que hacer, porque por ejemplo acá estamos apoyando a una mamá, pero después nos está llamando otra, que viene una nueva, que recién viene a dejar leche, que tienes que orientarla, y tienes que estar ahí, entonces ya dejas a una, Sra. me espera un ratito y ya vas con otra, o ya le enseñaste un momento y tal vez ella te dijo algo, si ahorita regreso. Entonces no puedo interactuar mucho con ella, entonces tengo que seguir con otra mamá o como Ud. ha visto, vienen las mamás y se llena pues en el ambiente. Y viene una con una necesidad diferente a la otra”.

Muy parecido a lo que dice la obstetra Janet comparte:

“Va a depender del ambiente del servicio. Ejemplo, si estoy en hospitalización, es mucho menos, no se puede, por ejemplo, tenemos 15 pacientes o 14 o 12 las pacientes que tenemos y a veces no nos abastecemos con las 15 porque hay tantas cosas que hacer, hay pacientes que suben a sala, pacientes en trabajo de parto, pacientes puérperas, no se puede dar todo lo que uno quisiera darle porque son muchas mamás, son muchas pacientes para una colega. En hospitalización son muchas pacientes para una sola colega. Se quisiera dar todo lo que uno desee el trato, todo, todo lo aprendido, pero no nos abastecemos con tantas cosas que hacer en el servicio”.

En cambio, la enfermera Alida de Alojamiento Conjunto es más optimista:

“Por ejemplo, nosotras estamos una enfermera por piso. Pero por ejemplo horita solo tenemos 11 bebitos, o sea, no es para todas las mamás, que acá hay como más de 40 camas. Yo veo solo mamá que está con bebé. Y por ejemplo en las mañanas evaluamos, pasa también la visita el pediatra, a la vez de exámenes, al mediodía revisamos historias, durante la mañana, como a veces son pocos, en ese lapso que vamos haciendo la evaluación (céfalo-caudal), le vamos enseñando a la mamá o brindando una pequeña consejería en LM. ¿En términos generales le alcanza el tiempo? Si, si me alcanza”.

Los profesionales miembros del CLM son conscientes también de la poca disponibilidad de tiempo del personal de salud, como lo expresa la Dra. Espinoza presidenta del CLM:

“Ellas trabajan dentro de su horario de 12 horas, tendrían todo el tiempo, pero el número de pacientes siempre están en sobredemanda, entonces ellas tienen que definir los tiempos que ofrece a cada gestante y siempre tienen que atender a la que más necesidad tiene”.

La enfermera Abanto del CLM comparte frente a este tema:

“Ese es el problema, no hay mucho tiempo. Yo siempre les digo a las chicas, yo sé, todas las mamás, la mayoría de las mamás tienen necesidad, en ese momento ellas por lo menos quieren que una palmadita, algo señora ¿qué le pasa, en qué la atiende? Pero como son tantas mamás, a veces el personal no se abasteca. Entonces por lo menos, ustedes siéntanse satisfechas de atender a una mamá, porque a una mamá le enseña, porque no es fácil tampoco. Porque la mamá es primeriza, se desespera que no le sale la leche. Enseñarle y tener paciencia. O sea, yo por lo menos me dedico a esa mamá, que me voy un poco tranquila de que ya enseñé por lo menos a una”.

Y la Dra. Hinojosa dice:

“Sabes qué, yo siempre digo, tenemos pocas enfermeras, tenemos pocos médicos, pero sabes qué, lo más importante del promedio de 100 a 110 niños que tenemos arriba (en sala), lo más importante es identificar quiénes están con problemas, pero la identificación de eso quienes están con problemas, no son las 100 donde vas a incidir (...) pero por lo menos en el día o una o dos por servicio que trabaje durante las doce horas que estoy con las pacientes identificadas que pueden llegar a los dedos de la mano, 5 o 6 pero las trabajo, trabajo y no va a ser un minuto, dos minutos, tres minutos, que a las justas si siquiera la escucho”.

De lo que hemos visto hasta aquí, según las madres entrevistadas el apoyo práctico en LM brindado a las madres aparece como una práctica que funciona relativamente bien en la mayoría de los casos. La mayoría de las madres se encuentra satisfecha de la ayuda práctica recibida, pero también se evidencia algunas debilidades por mejorar.

Ahora veamos ahora otros aspectos de la ayuda práctica en LM ofrecida a las madres gestantes y puérperas entrevistadas en la siguiente tabla.

Tabla N° 4.7 : Características del apoyo práctico en LM ofrecido por el personal de salud del INMP

Características del apoyo práctico en LM ofrecidos a las madres de parte del Personal de Salud del INMP				
	¿Es útil / pertinente?	¿Por qué?	La pone en practica	¿Cómo?
Si	22			
No	0			
No responde	8			
Aprendo más de LM para mi bebé		12		
No sabía nada		6		
Me ayudaron mucho		1		
Mi hijita me rechazaba, ahora ya me coge		1		
No necesito		2		
No responde		8		
Si			21	
No			2	
No responde			7	
Poniendo mi bebé más seguido al pecho				2
Insistiendo				6
Ellos hacen por mi y luego yo sola				2
Repitiendo				8
No necesitaba				2
No responde				10
Total: 30 madres entrevistadas				

Fuente: Cuadro elaborado por la investigadora

La ayuda práctica en LM es fundamental, en la medida que permite a la madre fortalecer y asegurar su experiencia de LM, así como fortalecer su confianza, veamos qué dicen las madres entrevistadas. Del total de madres entrevistadas, 22 dicen que el apoyo práctico en LM recibido ha sido útil y pertinente y 8 de ellas no responde porque no lo han recibido. Nadie ha hecho un comentario contrario a la pertinencia de este apoyo.

Cuando se les preguntó ¿Por qué la encuentra pertinente? 12 de ellas dijeron: “aprendo más de LM para mi bebé”, 6 “no sabía nada”, 1 dice “me ayudaron mucho”, 1 “mi hijita me rechazaba, ahora ya coge”, 2 “no necesito”, 8 “no responde”. En este tema de la pertinencia del apoyo práctico en LM, se puede observar que las dos primeras razones más importantes tienen que ver con el aprendizaje implícito en LM que esto significa para las madres y confirman nuevamente el interés de las madres por aprender más en LM. Las otras razones, se refieren al impacto directo del apoyo práctico, como “me ayudaron mucho”, otra

dice “mi hijita me rechazaba ahora ya no”. En general se tratan de situaciones que valoran la ayuda práctica ofrecida por el personal de salud.

Sra. Josselyn, madre puérpera primeriza que está saliendo de alta, ella comparte:

“Si porque nos enseña bastante. A veces uno no sabe, viene sin saber nada y ahí te ayudan”.

Sra. Beatriz, madre puérpera primeriza también dice:

“Eso fue, porque se me hacía difícil colocarlo. No agarraba bien el pezón”.

Sra. Zoyla, madre puérpera de su primer bebé:

“Si. Porque no sabía nada cómo hacerlo. Uno puede imaginarse cómo lo puedo poner, lo que veo algo así. Otra cosa es que te expliquen al detalle de cómo hacerlo”.

La Sra. Dina puérpera de su segundo hijo, explica:

“No, yo creo que si la información que me están dando está bien porque... Yo también creo que, si porque yo lo hacía diferente lo cargaba, así como sea y le metía la teta, pero, así como de frente le metía la puntita nada más, como yo tengo la puntita. Sí, porque (ahora) hay una mejor succión para el bebé. ¡¡Uyy me está saliendo la leche por acá!! ¡Se me salió la leche!”.

Sin embargo, también encontramos dos madres que dicen “no necesito” ayuda práctica en LM, porque aparentemente se trata de madres que ya han amamantado antes a sus hijos y están amamantando bien a su nuevo bebé. Ellas no están cuestionando la ayuda práctica en LM, pero si están tomando distancia con las otras madres y diciendo, “nosotras ya conocemos”.

Siguiendo con la lectura de la tabla 4.7, a la pregunta “pone en práctica la ayuda práctica recibida por parte del personal de salud”, 21 madres dicen que si, 2 dicen que no y 7 no responde. Nuevamente estamos confirmando que la ayuda práctica es muy útil e importante para la madre y su bebé y para el éxito de su lactancia.

La Sra. Elita, madre puérpera de su tercer hijo que sigue hospitalizado más de tres semanas, dice que sí pone en práctica lo aprendido en el Banco de Leche:

“Si. ¿Cómo? Si, cada vez mejor, a veces lleno un pomito. A veces cuando sale más harto, ya”.

Y cuando se les pregunta a las madres “cómo lo pone en práctica” ellas responden así: 2 “poniendo más seguido mi bebé al pecho”, 6 “insistiendo”, 2 “ellos hacen por mí y luego yo sola”, 8 “repitiendo”, 2 “no necesitaba” y 10 “no responde”.

Las 2 madres que dicen “no necesitar”, son las mismas que respondieron que “no necesitaban ayuda practica” porque según su opinión ya han lactado bien a sus hijos anteriores y aparentemente lo estaban haciendo bien.

Detrás de los comentarios de las madres entrevistadas, se puede constatar el deseo enorme de sacar adelante su lactancia, ellas ponen en práctica lo recibido, la mayoría lo hace por repetición, por insistencia hasta que salga bien. Veamos lo que dice la Sra. Zoyla y la Sra. Madeleine:

La Sra. Zoyla, puérpera de su primer bebé:

“Si. Bueno, lo intento y lo intento Y ya bueno hoy lo he logrado. Y sobre todo han venido otra vez a apoyarme y he aprendido otras cosas”.

Sra. Madeleine, madre puérpera de su primer bebé, también está contenta del apoyo práctico recibido:

“Si le estoy poniendo en práctica. Ahorita por ejemplo dándole de mamar a la bebé y todo”.

También quisimos precisar aún más sobre qué tipo de ayuda práctica necesita más las madres entrevistadas, lo cual se recogió en la tabla 4.8.

A la pregunta: ¿Qué tipo de apoyo práctico en LM necesita más? Las madres entrevistadas respondieron así en orden de importancia “mejorar el agarre” 10 madres, “aumentar mi producción” 4 madres, “posiciones de lactancia” 2,

“extracción de leche” 1, “cuidado canguro” 1, “formar los pezones” 1, “no necesito” 4, “no recibió” 2 mamás y “no responde” 5 madres.

Tabla N° 4.8 : Tipo de ayuda práctica en LM que la madre necesita más

Apoyo práctico en LM que la madre dice necesitar más	
Mejorar el agarre	10
Cómo aumentar mi producción	4
Posiciones de lactancia	2
Extracción de leche	1
Cuidado canguro	1
Formar los pezones	1
No necesito	4
No recibió	2
No responde	5
Total: 30 madres entrevistadas	

Fuente: Cuadro elaborado por la investigadora

Un buen agarre es la base de una lactancia exitosa y feliz, y requiere buen conocimiento de técnicas de amamantamiento por parte del personal de salud y que exige bastante conocimiento y experiencia práctica. Aumentar la producción es también importante porque permite una buena ganancia de peso del bebé y está de la mano con un buen agarre. Extracción de leche está referido especialmente a las madres que se extraen leche en el banco de leche para sus bebés o para donar a otros bebés prematuros. El cuidado canguro es crucial en casos de bebés prematuros y se refiere al contacto piel a piel y sus beneficios como el apego, así como el impacto directo en la instalación de la lactancia. Todos estos argumentos dan muestra del interés de las madres por resolver o mejorar algún aspecto de su experiencia de LM, lo cual habla bien de su deseo de instalar la lactancia de su bebé con éxito y también del esfuerzo del personal de salud que le apoya en su lactancia.

Con esto, podemos apreciar que la LM tiene una valoración muy alta para la totalidad de madres entrevistadas y están dispuestas a hacer todo lo posible para instalar su lactancia con éxito en estos cortos días en el INMP. También las madres entrevistadas nos comparten, el trabajo que pone en juego el personal de salud para ofrecer información y el apoyo práctico para acompañar a las madres en su lactancia, a pesar de sus limitaciones de tiempo del INMP como lo menciona

los profesionales del establecimiento. Las madres reconocen como útil y pertinente este apoyo.

Pero también se ha podido apreciar que no todo es perfecto, hay falencias del personal de salud que se ha identificado y se tiene que mejorar. Madres gestantes que no reciben información sobre LM, madres puérperas que no han recibido información ni apoyo práctico en LM. Hemos descubierto también el poco acompañamiento a las madres que sufren largas hospitalizaciones de sus bebés que por supuesto han afectado su lactancia y su estado emocional.

4.2.3 Mejoramiento de la LM de la madre a partir de la información y el apoyo práctico que recibió por el personal de salud

Hasta aquí sabemos que las madres entrevistadas valoran la LM y por tanto necesitan recibir buena información y un buen acompañamiento en lactancia que les permita asegurar la lactancia de su bebé. Hasta aquí hemos visto que, en términos generales, las madres valoran bien la información y la ayuda práctica recibida, aunque un grupo de madres gestantes y dos madres puérperas no hayan recibido ni información ni ayuda práctica en LM, lo cual es preocupante.

Las evidencias científicas demuestran que el parto es un momento crucial para la madre y el bebé, porque inmediatamente después del parto se realiza el contacto piel a piel cuando las condiciones son óptimas, bebé a término y madres sana. El contacto piel a piel va a permitir la instalación adecuada de la lactancia y la colonización bacteriana fundamental para la inmunidad del bebé. Este es el momento crucial donde se asegura los gestos precisos que permita el buen agarre y la LM óptima, la participación del personal de salud es precisa y bastante oportuna.

Pero luego del parto y de este momento maravilloso, también es importante seguir ofreciendo apoyo en LM, por parte del personal de salud, a lo largo de las horas y días siguientes mientras la madre puérpera y el bebé permanecen en el INMP para resolver todas sus inquietudes. Para reforzar buena información, permitir superar dificultades en lactancia materna e instalar la confianza de la madre de lo que está haciendo bien. Por eso buscamos indagar más sobre el aporte del

personal de salud sobre el éxito de la LM de las madres entrevistadas a partir de la pregunta si recibió ayuda en LM fuera del parto.

Tabla N° 4.9 : Recibió ayuda en LM fuera del parto

Recibió Ayuda en LM fuera del Parto			
	Opinión de la madre	¿En qué momento recibió?	No recibió
Si	22		
No	8		
Si cuando pasé al pabellón E y trajeron al bebé		16	
Si, si, la señorita de canguro		2	
Si, en el banco de leche desde el inicio		2	
Si, en otros servicios como Intermedio III, IV		2	
Todavía no, estoy gestando			5
Solo en el parto			1
No. No sabe por qué? Madre delicada			1
Psicoprofilaxis (gestando)			1
Total: 30 madres entrevistadas			

Fuente: Cuadro elaborado por la investigadora.

Esta pregunta se refiere a la ayuda en LM ofrecida en el puerperio inmediato. Es decir, se centra solamente en las madres puérperas, que en nuestra investigación corresponden a 24 madres. Y a través de ella, buscamos conocer más sobre el apoyo continuado y sostenido en LM por parte del personal de salud. Entonces, veamos la tabla N° 4.9 a la pregunta, ¿Recibió ayuda en LM luego del parto? 22 madres puérperas dijeron que, si recibieron y 8 dijeron que no, de las cuales 6 son madres gestantes y 2 son madres puérperas. Las madres gestantes, están contabilizadas en el cuadro, pero no serán consideradas en el análisis de esta pregunta.

Llama la atención, dos madres puérperas que no recibieron ayuda con su lactancia. Cuando se indagó, porque esas dos madres no recibieron ayuda en lactancia, una de ellas dijo que, si la ayudaron, pero sólo en el parto, cuando pasó en sala hasta ahora, no han pasado a verla, aunque ya tiene cerca de 12 horas en sala. La otra madre puérpera que tampoco recibió apoyo, se trata de una madre delicada, hospitalizada por cesárea y que no ha visto su bebé desde ayer.

Respecto a las 22 madres puérperas, ellas si han recibido ayuda en su lactancia fuera del parto. Cuando se le preguntó en qué momento después ocurrió, ellas describen las situaciones y sus percepciones al respecto, lo cual se ha recogido en la tabla 4.9 y se puede apreciar que la mayoría de ellas, 16 madres dicen que recibieron ayuda cuando la llevaron al pabellón E, es decir en alojamiento conjunto luego de un parto natural sin complicaciones y después que le llevaron a su bebé. En varios casos, vimos que hay un desfase de tiempo entre el momento que llega la madre y el bebé. Separación injustificada, visto en el Paso 7 y una debilidad más a superar en el INMP, mencionado en el punto 4.1.1.

También tenemos 2 madres que recibieron ayuda en “Mamá canguro”, se trata de madres con bebés prematuros. Ellas confirman que recibieron bastante apoyo para hacer madre canguro, primordial en el logro de la lactancia con bebés prematuros, que si pudieron realizar. Dos madres también mencionaron la ayuda recibida en el banco de leche y otras dos madres que recibieron apoyo en LM en otros servicios de bebés hospitalizados, como Intermedio III o Intermedio IV.

Veamos el comentario satisfactorio de la Sra. Ruth, puérpera de su segundo hijo:

“Si. Las enfermeras me han orientado en la posición de LM. Han visto si estoy produciendo bien LM. Enfermeras y todo el personal”.

También la Sra. Lizbeth, madre de su tercer hijo, prematuro, hospitalizado ya más de dos meses y medio. Ella también cuenta su experiencia positiva en el banco de leche:

“Si, desde el inicio, si, dan charlas también sobre la importancia de la leche materna. Que es el mejor alimento para el bebé. Siempre nos han hablado de que hay que estimularse cada dos, tres horas. Hay que extraernos en casa, y así”.

Por su parte, la Sra. Flora, madre de un bebé prematuro, tercer hijo, que tiene más de un mes hospitalizado, ella cuenta su bonita experiencia en Cuidado Canguro:

“Si. Ay la señorita que hace canguros, me enseñó a amantar y cómo hacer canguro también”.

La Sra. Norelyz, madre primeriza cuyo bebé prematuro sigue hospitalizado 12 días y hoy día le dan de alta, ella cuenta:

“Si, las enfermeras del banco de leche. Si ahí me ayudaban a estimular mi seno y donaba, hacía donaciones porque todavía la bebé no le daba. Luego acá también (en Intermedio III)”.

Debilidades encontradas en el apoyo práctico brindado fuera del parto

También encontramos madres que, si bien recibieron ayuda, esta no fue amable todo el tiempo. Como comparte la Sra. Patty, madre de su tercer hijo ya de un mes y dos días, y viene al INMP por un tamizaje auditivo de su bebé, ella cuenta:

“Si. La enfermera te explica cómo debe ser. Hay algunas que lo hacen bonito otras no. Pero te explican al menos”.

En el comentario de la Sra. Patty, habla sutilmente del mal trato que a veces reciben las madres de parte del personal de salud. Cuando se indagó un poco más, ella dijo que a veces el mal trato hacia las madres se da cuando el personal de salud está apoyando a las madres en su LM. Y la misma señora sugiere mejorar el trato, como “saber hablar, comprender” en sus propias palabras.

“(…) cuando les das de lactar, ellas te presionan. Que a veces, hacen cuando das de lactar. Si a veces, por lo menos en la LM, a veces te tratan mal, a veces te hacen sentir mal. No, que tienes que hacer así, que si no lo haces... y tú lo haces, pero a veces el bebe no quiere (...) ¿Cuándo ellas insisten, es una molestia? No, si es una ayuda, sino que hay que saber hablar, comprender. Porque algunas se sienten mal. Bueno, yo he visto casos que también lloraban las chicas”.

También encontramos madres que recibieron ayuda, pero no adecuada. Como personal de salud que “viene a ver si tienes o no tienes leche” como le pasó a la Sra. Celeste:

“¿Hoy día le han ofrecido ayuda para amamantar? No, vienen a ver si tienes leche o no tienes leche. ¿Así le dicen? Si, tienes o no tienes. Tienen que asegurarse de que las mamás estén dando de lactar”.

Una práctica que desmotiva la lactancia, porque la pregunta que se le hace a la madre “tienes o no tienes leche”, deja entender que “hay mamás que tienen y otras que no tienen”. Y dan espacio a la duda: ¿Tendré leche? Lo cual mella la confianza de la madre para amamantar. Lamentablemente se trata de un viejo prejuicio que todavía existe en el personal de salud y se debe sacudir.

Otra forma de lo mismo, pero con intervención física que agrede a la madre. Como nos cuenta la Sra. Nelly, madre de su segundo bebé que permaneció hospitalizado por ictericia tres días:

“Si. Ayuda no, o sea me vinieron machucaban los senos. ¿Le incomodó eso? Si, pero tenía que hacerlo porque duele, pero como dicen es pa'l bebé. ¿Quién lo hizo? Las técnicas creo. ¿Para qué hicieron eso? Para ver si había leche. ¿Y Ud. cree que eso es útil? Si porque tenemos que estimular más al seno y a veces los bebes sufren para eso, porque no quieren jalar mucho”.

Esta es una práctica obsoleta, invasiva, inútil y que agrede a la madre. Aunque muchas veces las madres no lo cuestionan porque creen que es parte de la rutina y que el personal de salud lo hace para ayudarla, para bien de ella y su bebé, como comenta la Sra. Nelly.

También encontramos a la Sra. Elena puérpera de su segundo hijo, amamantando a su bebé al momento de la entrevista y a la simple observación se ve al bebé muy lejos del pecho con un agarre superficial. Cuando se le preguntó cómo le estaba yendo con su lactancia y ella me manifiesta “sentir dolor al amamantar”. Lo cual significa una confirmación de la observación. Procedí con la entrevista y a la pregunta ¿Ha recibido ayuda para amamantar fuera del momento del nacimiento de su bebé? Ella dice: Si. Le pregunto ¿En qué momento? Y ella responde:

“¡Mi bebé es bien mamoncito, él coge bien! Cuando di a luz me ayudaron y vieron que lo hacía bien” Y continúa hablando de la ayuda en lactancia materna: “En sala (Pabellón E) no, porque el bebé succiona bien, ellos van donde las mamás con problemas. Ellos vienen, ven y me dejan porque él lacta bien”.

El dolor al amamantar generalmente es señal de que algo no está yendo bien en el agarre del bebé al pecho de la madre. Y existen técnicas para mejorar el agarre

y enseñarle a la madre. Lamentablemente esta madre no ha recibido la ayuda suficiente hasta ese momento de la entrevista, al parecer el personal de salud no se acercó más porque veía que su lactancia estaba correcta, no vieron ningún signo de alarma, según cuenta la misma señora. Y ella misma se abstuvo de pedir ayuda, porque le dijeron: “ellos (el personal de salud) van donde las mamás con problemas”. Además, ella dijo: “(...) ya no necesito (ayuda práctica en LM), pero hay personas que necesitan”.

El testimonio de la Sra. Elena, es muy importante porque permite reflexionar un poco más el contexto en el que se desarrolla. Con frecuencia en los servicios del INMP, se focaliza a las madres con problemas de lactancia con el fin de estar más vigilantes de estas madres y sus bebés y así ofrecerles con más énfasis el apoyo en LM que necesitan. Esta focalización puede ser útil en cierto sentido, porque prioriza los casos más difíciles, pero también puede dejar de lado las otras madres que, sin presentar situaciones difíciles, pueden también necesitar apoyo en su lactancia, no sólo una vez sino más.

A partir de todo lo recogido hasta aquí, hemos elaborado el cuadro 4.3 con los principales prejuicios en torno a la LM que el personal de salud sigue utilizando en los servicios del INMP y que puede confundir y afectar negativamente la experiencia de lactancia de las madres.

Es necesario mucho conocimiento y experticia en LM para poder hacer evaluaciones rápidas de signos de alarma en lactancia; no sólo para identificarlos, sino también para resolverlos con buen manejo de técnicas de amamantamiento. Y de esta manera evitar errores al momento de ofrecer ayuda práctica a las madres que pueden conducirle al fracaso de su LM. Es importante una formación profesional y una práctica permanente. Los prejuicios en torno a la LM se superan con información actualizada y mucha práctica.

Hasta aquí, podemos decir que las madres puérperas confirman haber recibido ayuda en LM por parte del personal de salud de modo sostenido y fuera del parto. Ellas dicen también estar contentas y satisfechas con el apoyo recibido. Y a partir de los comentarios de la mayoría de ellas, podemos decir que esta ayuda práctica

sostenida está permitiendo asegurar y mejorar la LM de la mayoría de las madres entrevistadas.

Cuadro N° 4.3: Prejuicios comunes en torno a la LM que maneja el Personal de Salud en los Servicios del INMP

Prejuicios comunes en torno a la LM que maneja el personal de salud en los servicios del INMP	
1	Exprimir los pechos de la madre para saber si tiene leche, es una práctica obsoleta, agresiva y sin fundamento. Felizmente el bebé si sabe extraer el calostro de modo eficaz y suavemente.
2	Preguntar a las madres, “tienes o no tienes leche” no ayuda ni facilita nada. Solo mella la confianza de la madre en su capacidad de amamantar.
3	Ver a una madre con su bebé al pecho no necesariamente significa que lo está amamantando bien o que hay una buena transferencia de leche.
4	Una madre que tiene más de un bebé y que amamantó sin problemas, eso no la exime de presentar dificultades para amamantar a este último.
5	Madre que tiene parto natural y contacto piel a piel no la exime de presentar problemas de lactancia.
6	Pechos laxos no es señal de no producir leche materna.
7	Pechos congestionados no es señal que hay abundante producción y que la lactancia se desarrolla muy bien. Muchas veces es signo de lo contrario.

Fuente: Cuadro elaborado por la investigadora.

Aunque siempre se evidencia debilidades en las que se debe trabajar, como algunas madres que hablan de mal trato recibido. También encontramos algunos prejuicios en torno a la LM que el personal de salud maneja y que tienen impacto negativo en la LM de las madres entrevistadas, como preguntar “tienes o no tienes leche”, ocuparse menos de las madres cuya “lactancia va bien” aparentemente, realizar intervenciones agresivas y dolorosas como exprimir los pechos de la madre “para saber si tienes leche”.

Ahora, pasemos a conocer cómo perciben las madres su experiencia de acompañamiento en LM por parte del personal de salud. Tabla N° 4.10.

A la pregunta ¿Ud. se siente acompañada por el personal de salud en su experiencia de LM? 18 madres dijeron que “Si”, 7 dijeron que “No” y 1 dice “a veces”, 1 “más o menos” y 3 “No sabe/ No opina”, se trata de 5 madres que no

dicen “no” pero que están expresando algún reparo o reclamo al acompañamiento recibido que examinaremos luego.

Tabla N° 4.10 : Madres que se sienten acompañadas en su LM por el personal de salud

Madre se ha sentido acompañada en su LM		
	¿Se ha sentido acompañada en su LM?	¿Por qué?
Si	18	
No	7	
A veces	1	
Más o menos	1	
No sabe/no opina	3	
Me han ayudado en LM y he aprendido		18
Si, pero hay cierto reparo o reclamo		5
Todavía no he recibido información en LM		7
Total: 30 madres entrevistadas		

Fuente: Tabla elaborada por la investigadora.

Esta tabla muestra que un número aceptable pero no importante de madres entrevistadas, 18 de ellas si se sienten acompañadas en su LM por el personal de salud. Por el contrario, 7 madres dicen que no, el cual es un número relativamente importante, dicen no porque todavía no han recibido ninguna información en LM, de las cuales 6 de ellas son gestantes, y una es puerpera. Se trata de las 7 madres que a lo largo de la investigación han confirmado no haber recibido información de LM y por eso lo reclaman y expresan no sentirse acompañadas en su lactancia.

Cuando examinamos las principales razones que las madres dan para explicar su opinión. Del total de 30 madres entrevistadas, 18 de ellas van a comentar de esta manera: “me ayudan en LM”, “he aprendido en lactancia”, “me enseñaron la extracción de leche materna”, “sólo vinieron hoy en la mañana porque recién he dado a luz”, “la Srta. de LM de cuidado canguro está pendiente de mi hijito”, “vienen a ver cómo amamanto”, “están ahí, miran si tienes leche”, “cumplen con su trabajo”. Todas esas razones, van a ser percibidas como positivas por las madres y como una forma de acompañamiento en lactancia porque le ayudan a mejorar la lactancia de su bebé.

También tenemos 5 madres que, si han recibido algún tipo de ayuda en lactancia y se sienten acompañadas en lactancia, pero al mismo tiempo expresan algún tipo de reclamo o cuestionamiento a ese acompañamiento. Ellas dicen que “dan información básica”, “Si, pero no mucho”, “Ahora me las veo solita”, “Acompañada por el personal de LM, pero no por el personal médico y las enfermeras”, otra madre dirá acompañamiento “sólo en el parto”.

Compartamos algunos comentarios de las madres que expresan haberse sentido acompañadas en su lactancia, tenemos a la Sra. Norelys, primeriza que dice:

“Si, si lo tuve, tuve éxito (ríe). Cuando me tocó darle, una enfermera me explicó, me ayudó, me dijo, tienes que ponerla, que abra la boca, todavía no, no te chupes. ¡Y así de una vez ella me la agarró, rapidito! Y eso que yo no tengo pezón”.

La Sra. Flora, madre de su tercer hijo nacido prematuro en Intermedio II, dice:

“Claro, si. Porque la señorita está pendiente de mi hijito. ¿Los médicos? Los médicos no porque me dan informe nada más. En cambio, la señorita de lactancia si, el que hace canguro si. Muy bien. ¿Y cómo te apoyan los médicos en LM? No, es su lo que da informe nada más. ¿De qué? De su salud y también claro la leche que tengo que dejarlo, la cantidad. Eso”.

La Sra. Elita, madre de su primer bebé hospitalizado ya más de tres semanas:

“Si. Están ahí cualquier cosa necesito llamo y ellos están ahí”.

La Sra. Zoyla, madre primeriza también dice:

“Si. Porque han venido constantemente a ver cómo lo estoy haciendo”.

La Sra. Joselyn, madre primeriza comenta:

“Si porque como le digo me ayudaron en cómo estimular el pezón para que me pueda salir leche”.

Compartamos algunos comentarios de las madres que no se sienten acompañadas, como es el caso de la Sra. María Flor, puérpera de su segundo bebé. Cuando se le pregunta si se siente acompañada en LM, ella dice:

“No, hasta hoy, no. Porque desde que di a luz y estoy con mi bebé no me han hablado nada de LM”.

La Sra. Ingrid, gestante de su segundo bebé, ella dice tampoco haber recibido apoyo:

“No, porque todavía no hay información clara en LM”.

También veamos, madres que manifiestan algún reparo del acompañamiento recibido, es el caso de la Sra. Lizbeth, madre de su tercer hijo nacido prematuro con más de dos meses de hospitalización. Ella distingue :

“Por el personal responsable de lactancia, puede ser. Por el personal médico y las enfermeras no. Pero si con la Lic. Liz, que son exclusivamente del área de lactancia, si. Pero ahora, por los médicos, a excepción de la Dra. Espinoza. Los demás médicos, como le digo, no, no están involucrados. Cumplen con informar, LM, Ud. tiene que dar lactancia exclusiva a su bebé, nada más. Pero involucrados en el tema de que realmente uno... Por eso digo, quien está a cargo del área de lactancia, entonces, son quienes más se preocupan porque realmente nosotras lactemos al bebé”.

Del mismo modo, la Sra. Mayte, madre primeriza de un bebé hospitalizado ya más de cuatro meses. Ella tampoco siente un buen acompañamiento, ella siente que se las ve solita. Veamos lo que dice:

“En los momentos que doy de lactar no. Ahorita cuando ya doy de lactar entonces, ya nadie se acerca a guiarme en el tema de que, si es que está cogiendo bien. No. Entonces, yo ahí tengo que vérmelas cómo si es que cogió bien, no. Pero ahorita, no. En el (servicio) Uno B casi. Creo que más están en el (Intermedio) tres. En el tres más es donde ven (en lactancia), están viendo más”.

A través de estos comentarios podemos ver que la mayoría de las madres si se sienten acompañadas, a excepción de 7 madres, (6 gestantes y una madre

puérpera) que no han recibido apoyo ni información en LM. También podemos ver que de las que, si se sienten acompañadas, 5 madres han expresado algún reparo o cuestionamiento respecto a ese acompañamiento recibido, que deja ver alguna falencia que se debe mejorar. Como no dejarlas solas en su lactancia, que todo el personal de salud se involucre, que no sea sólo en el momento del parto, aunque lo hagas bien, que sea pertinente y bien impartido.

La Sra. Ruth, madre puérpera de su segundo bebé, comparte una sugerencia:

“Si conocen, si. Pero les falta forma de impartirlo. Si ya damos a luz, debería haber más entrenamiento, orientación en LM con los bebés. Si Ud. no hubiera venido, no hubiera sabido”.

Cuando se le pregunta a la Dra. Pediatra Neonatóloga Directora Ejecutiva de Neonatología miembro del CLM del INMP, ¿cómo encuentra la calidad de acompañamiento en su lactancia de las madres gestantes y puérperas?, ella dice:

“Creo que es buena. Creo que hay personal que está un poco dedicada al tema de lactancia, cosa que años atrás no había. Creo que la participación de un Comité multidisciplinario hace que haya más gente en torno de poder dar solución a este tema, que antes el que lacte era un problema o una temática o una responsabilidad solo del personal de Neonatología, por ende Neonatología es lo que más le falta personal y entonces no se da abasto y no logra ayudar a muchas mamás pero ahora que esto se ve de un tema multidisciplinario entonces ya hay más manos y al haber más manos hay más personas que pueden acompañar a la mamá”.

Este comentario es interesante porque dice que antes la LM era una responsabilidad que recaía sólo en el servicio de Neonatología, ahora es multidisciplinario y se ve más personal de salud involucrado para atender a las madres y acompañarlas en el éxito de su lactancia. Pero claro, esto es un avance, pero falta aún más como dice la Dra. Espinoza:

“Ahí vamos bien porque desde que ingresa (una madre) por los servicios ya está presente tanto por psicoprofilaxia, consultorios, emergencia, se ha trabajado para que la madre reciba información, se le diga. En el tema del parto también porque está el Paso 4 (contacto piel a piel) muy bien en sala de partos ya ahí se esfuerza todo el personal interdisciplinario para que la mamá esté con su bebé en la primera

hora y están hablando del tema de lactancia, están informando cómo va ser la técnica y todo y lo cuidan durante esas primeras horas”.

Claro, la Dra. Espinoza habla de los diversos servicios del INMP cuando funciona bien, lamentablemente, a lo largo de la investigación, hemos encontrado muchas debilidades que las madres han compartido, que no desestima los avances que se están logrando, pero que sí afirman que hay trabajo por hacer aún.

Justamente es lo que la Dra. Espinoza comparte aquí, hay mejoras por hacer:

“En el tema de sala, recién lo estamos implementando, ahora en el Congreso vamos hablarlo (Paso 4, contacto piel a piel), para convencer a los que no entienden todavía eso, a nivel médico, sobre todo, queremos entrar y convencer a los gineco-obstetras, pero ya se está realizando. Y luego en el puerperio (Paso 7, alojamiento conjunto) que están ahí pues, todo el personal ya está diciendo, ¿Uy cómo va en su lactancia? ¿Uy tiene problemas o no? Y en los casos graves inclusive llaman al Comité de Lactancia para ayudar a una madre en especial durante toda la rutina, entonces, yo creo que ya estamos acompañando en todo el proceso”.

Es bien importante la postura de la Dra. Espinoza como presidenta del CLM porque ella tiene una visión más global de todos los servicios. Ella menciona lo que se está avanzando y lo que falta, pero la Dra. Espinoza como la Dra. Pediatra Neonatóloga Directora Ejecutiva de Neonatología miembro del CLM del INMP hablan del trabajo multidisciplinario, porque todos los profesionales tienen una responsabilidad frente al éxito de la lactancia de la madre y su bebé.

Pero se entiende que la Dra. Espinoza habla de procesos que funcionan la mayoría de veces, pero siempre tienen sus falencias. Como las que han ido saliendo a flote a través de las entrevistas realizadas en esta investigación.

En ese sentido, podemos decir que en líneas generales las madres entrevistadas si se sienten acompañada en su LM por el personal de salud. Aunque ellas expresen algún tipo de cuestionamiento al acompañamiento proporcionado. También encontramos algunas madres que no se han sentido acompañadas en

su lactancia, porque aun estando gestando, no han recibido información ni apoyo en su futura lactancia.

Pero, algo importante a resaltar es que cada vez que la madre comparte su experiencia positiva de acompañamiento en LM por parte del personal de salud, ellas están diciendo que esa experiencia les ha permitido mejorar su LM.

4.3 La experiencia, las habilidades de comunicación y el trato ofrecido por el personal de salud, está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante y puérpera

Hasta aquí nos hemos centrado sobre las capacitaciones que se han brindado al personal de salud en el marco de la certificación ESAMNN y cómo están desarrollando sus competencias y habilidades de comunicación para atender adecuadamente a la madre gestante y puérpera. En un segundo momento hemos investigado sobre la información y apoyo en LM que brinda el personal de salud a la madre gestante y puérpera y cómo está contribuyendo a mejorar su experiencia de LM.

En esta parte final de la investigación, nos importa conocer las otras dimensiones que participan en el momento de la interacción entre la madre gestante o puérpera y el personal de salud. Nos referimos a la experiencia en LM por parte del personal de salud, sus habilidades de comunicación y el trato que ofrecen a la madre gestante y puérpera; y cómo contribuye todo esto a una buena interacción con la madre gestante y puérpera. Para responder al presente objetivo específico, se desarrollará las siguientes variables:

- La experiencia del personal de salud, está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante y puérpera.
- Las habilidades de comunicación del personal de salud, está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante y puérpera.
- El trato ofrecido por parte del personal de salud, está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante y puérpera

4.3.1 La experiencia del personal de salud en LM, está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante o puérpera

Hasta ahora hemos encontrado en la presente investigación que la mayoría de las madres entrevistadas en el INMP, tienen una valoración muy alta de la LM y están muy interesadas en amamantar a sus bebés. En ese sentido, la experiencia entorno a la LM del Personal de Salud será preponderante en la medida que puede facilitar o no el éxito de la LM de la diada madre-bebé, y a su vez, marcará la calidad de la interacción entre el personal de salud y la madre gestante o puérpera. Sabiendo que la calidad de la interacción no se limita únicamente a la información compartida o al apoyo ofrecido por el personal de salud, si no también, cómo se comparte o se informa a las madres que veremos más adelante.

En la tabla N° 4.11, para empezar, conoceremos más de cerca sobre la experiencia en LM por parte del personal de salud y cómo facilita o no la interacción con la madre gestante o puérpera.

Tabla N° 4.11 : Experiencia del Personal de Salud en LM

Experiencia del Personal de Salud en LM					
	Muy buena	Buena	Regular	No responde	¿Por qué?
Gestante			2	4	
Puérpera	8	13	1	2	
Me ayudaron a amamantar					2
Extracción/estimulación					2
Te enseñan / te orientan en LM					15
Saben bastante					2
Solo contados					1
No nos han dado información LM					8
Total: 30 madres entrevistadas					

Fuente: Tabla elaborada por la investigadora.

Cuando se les preguntó a las madres gestantes y puérperas entrevistadas ¿cómo encuentran la experiencia en LM del personal de salud del INMP? 8 madres dijeron que era “muy buena”, 13 dijeron “buena”, 3 dijeron “regular” y 6 “no responden”. Los dos primeros grupos suman 21 madres usuarias del INMP, lo cual

es un número apreciable pero no tan significativo de madres entrevistadas que tienen una buena percepción de la experiencia en LM del personal de salud.

Además, hay que señalar que estas 21 madres, todas son puérperas, es decir son madres que en las diversas ocasiones de interacción con el personal de salud han podido afrontar de modo óptimo algún aspecto de la LM de su recién nacido. En otras palabras, la percepción positiva de estas madres puérperas está refrendada por su experiencia de lactancia de su recién nacido, lo cual corrobora la buena opinión que tienen las madres respecto a la experiencia del personal de salud en LM, porque quiere decir que está basada en la experiencia vivida por la madre y su bebé en los servicios del INMP.

Entre las razones que dan las 21 madres para explicar su opinión positiva de la experiencia en LM del personal de salud. Se encontró que la razón más común fue “te enseñan, te orientan en lactancia” con un total de 15 madres, seguido de 2 madres que dicen “me ayudaron a amamantar”, 2 hablan del apoyo en la “extracción/estimulación para aumentar producción” y 2 “saben bastante de LM”.

Como dice la Sra. Beatriz puérpera de su primer bebé y que sale de alta:

“Por lo que he visto es buena porque me han ayudado y así he podido darle de mamar”.

La Sra. puérpera de su tercer hijo, del pabellón C, dice:

“Si saben. Hay enfermeras, personal que sí están, se saben todo. Muy buenas. Tienen respuesta a todo. Tu estás pensando en eso y en sus charlas ya te dieron la respuesta. Creo que no queda nada suelto”.

La Sra. Evelyn, madre primeriza, cuyo bebé sigue hospitalizado desde hace más de una semana que nació. Evelyn resalta la continuidad de la información entre todo el personal de salud. Lo cual es muy importante porque da seguridad y confianza a la madre que amamanta:

“Le digo que muy buena y todos tienen la misma información. O sea, no es una cosa que te van a confundir de que por ejemplo alguien te va a decir una cosa y

de repente otra te va decir otra información y entonces uno está como en duda. Pero no, todos tienen como un patrón o una información lineal, todos, entonces cuando te la dicen es realmente lo mismo y eso quiere decir que es necesario, que es lo correcto lo que están diciendo”.

La Sra. Mayte, madre primeriza con su bebé hospitalizado hace más de cuatro meses:

“En el Banco de Leche si saben, tienen bastante conocimiento porque siempre cuando estamos, las veces que he ido, siempre se nos ha dado charlas, estamos extrayéndonos la leche y se nos da charla en qué va ayudar la leche al bebé, la higiene que tenemos que tener al extraernos porque entramos con gorros, mascarilla, todo ese tema. Pero si tienen bastante conocimiento en el banco de leche sobre la lactancia materna. Fuera del Banco de leche, algunos también. En la UCI, es que en la UCI casi a ningún bebé se le da de lactar, más es en el Intermedio 3, I B donde estoy yo. Las licenciadas siempre nos dicen que es mejor que demos nuestra leche, antes que la fórmula”.

Continuando con la tabla 4.11, también se observa 3 madres, 2 gestantes y 1 puérpera que consideran “regular” la experiencia del personal de salud en LM y 6 que “no responden”, de las cuales, dos son mamás puérperas y 4 madres gestantes.

Cuando se les preguntó las razones de su opinión a las 3 madres que ven como “regular” la experiencia en LM del personal en salud. Una madre puérpera dice que son pocos los que saben de lactancia, la otra madre próxima a una cesárea dice que no ha recibido información en lactancia, la otra madre gestante también dice haber recibido algo muy breve sobre lactancia. Veo con más detalle sus comentarios:

Sra. Lizbeth, madre de su tercer bebé hospitalizado por más de dos meses, dice:

“En la lactancia, son personas contadas las que nos han ayudado, a las que a mi me han hablado de lactancia y me han enseñado”.

La Sra. Gina, gestante de su quinto hijo, hospitalizada para una cesárea para el día de mañana. Dice:

“Regular. Porque no te hablan nada de lactancia, más vienen con el tema del parto. ¡Yo veo eso no más! (Y señala un afiche en la pared sobre lactancia)”.

Informarse sobre el parto es crucial para la madre sobre todo cuando está próxima al parto, pero no olvidemos que informarse bien en LM es igual de importante porque sentará las bases del éxito de la lactancia en los primeros días, semanas y meses. Por eso, que la reflexión de la Sra. Gina es pertinente de alguna manera.

Por otro lado, la Sra. Yani gestante de 36 semanas de su primer bebé, al momento de la entrevista, ella salía de su clase de Psicoprofilaxis y se retiraba a su casa. Cuando se le pregunta de la experiencia del personal de salud en LM, ella dice:

“Regular. Porque todavía no he tocado con profundidad el tema (de lactancia)”.

Al insistir con la pregunta, la Sra. Yani dice:

“Han tocado el tema (LM) de modo breve en psicoprofilaxis. Pero nos dijeron que luego lo vamos a ver. (...) más inciden en la anemia. Supongo porque es importante para el bebé”.

LM se “verá más adelante”, es una forma de decir, que no se ha visto aún; es decir, todavía no se ha tocado. Y esto es preocupante porque la Sra. Yani tiene 36 semanas de gestación, está muy próxima a su parto. Asiste a sus clases de psicoprofilaxis una vez a la semana, según ella cuenta y puede suceder que llegue al momento del parto sin haber recibido información adecuada y oportuna en LM.

Lo único que podemos sugerir en este contexto, es que tratemos que el tema de la LM no sea programado para la última clase porque queda abierta la posibilidad que varias madres den a luz antes de lo previsto y se queden sin haber recibido información en LM. Para prevenir esta situación, tal vez sea pertinente, desarrollar el tema de LM de modo transversal a todos los cursos, para que la educación en LM sea sostenida.

Estos tres comentarios, cada uno desde su perspectiva, pueden aparecer como casos aislados, pero están expresando algún tipo de malestar de parte de las

madres frente a la experiencia del personal de salud y que de alguna manera impregna la interacción entre ellos, haciéndola no tan feliz.

De las otras seis madres restantes que “no responden” como ya mencionamos 4 son gestantes y 2 son madres puérperas. Ellas dijeron que hasta ese momento no habían recibido ninguna información ni apoyo en LM y por eso preferían abstenerse de opinar sobre la experiencia en LM del personal de salud, en la medida que no habían tenido la oportunidad de interactuar con el personal de salud en temas de LM y en consecuencia poco tenían para decir. Aquí algunas muestras de sus comentarios:

La Sra. Vanessa, gestante que ha ingresado por emergencia y al parecer la operan mañana, responde cuando se le pregunta sobre la experiencia del personal de salud en LM:

“No puedo decir nada porque no me han hablado en nada en lactancia”.

La Sra. Ingrid es una madre gestante de su segundo bebé, muy joven, viene al INMP donde ya ha tenido tres controles, pero no le han informado nada de LM y tiene una cesárea programada para mañana, ella dice:

“No sé. Porque no me han hablado nada de LM”.

Entre todas estas madres, estamos hablando de 8 madres a quienes se les ha negado la posibilidad de informarse oportunamente sobre LM y con su respuesta “no responde” o “regular”, ellas están expresando claramente un descontento y cuestionando la experiencia del personal de salud en LM.

Particularmente al vacío de información en LM del cual sufren las madres gestantes que ingresan por emergencia y que se ha instalado a modo de rutina en el INMP debido a que el establecimiento de salud recibe con mucha frecuencia partos de alto riesgo, y al parecer hasta hoy no se enfrenta esta falencia de modo óptimo, como lo confirma la nutricionista Villanueva del CLM:

“en este hospital la mayor parte de los partos son por emergencia entonces son pocas las madres que van a la psicoprofilaxis. Y en ese sentido lo que se trata de hacer es más promoción. Nos falta todavía promoción de la lactancia desde el inicio, desde el embarazo. Tenemos que llegar a todas en realidad”.

Es claro que existen todavía varios puntos débiles que saltan a la luz cuando se pregunta a las madres y que se confirma con los expertos. Hay mucho por hacer para superar esta ausencia de información de LM tan necesaria durante el embarazo, que corresponde al Paso 3:

“El Paso 3 de los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa estipula: Informar a todas las embarazadas los beneficios que ofrece la lactancia y la forma de ponerla en práctica”⁶¹.

Sabiendo que, y como numerosos estudios demuestran, muchas mujeres deciden amamantar a sus bebés durante la gestación incluso antes del mismo, porque es el momento que ellas empiezan a informarse de los beneficios de la LM para el bebé y para la madre, además es el momento adecuado para que la madre se vaya preparando a la lactancia antes de tener su bebé en brazos, responder a sus primeras preguntas, conociendo las técnicas básicas de cómo amamantar y reforzando su confianza para hacerlo⁶².

Y se sabe que toda información y apoyo en LM compartida con las madres tempranamente antes del parto puede fácilmente responder a las preguntas y prever eventuales dificultades de las primeras semanas de la lactancia del bebé. Como se expone:

“La educación sobre la LM, durante el embarazo, mejora los índices de lactancia en los primeros meses, especialmente en las primíparas, por eso es necesario ponerla en práctica, tan pronto como sea posible”⁶³.

⁶¹ MINSA, UNICEF, Curso Taller, Promoción y Protección de la LM en Establecimiento de Salud Amigos de la Madre y el Niño. 1ra edición, 2009, Lima.

Los 10 Pasos para una Lactancia Feliz. Paso 3. Información a las gestantes. DA N° 201-MINSA/DGSP V.01 DA para la Certificación de ESAMNN R.M. N° 609 – 2014/MINSA

⁶²OMS. Salud Familiar y Reproductiva. División de Salud y Desarrollo del Niño. Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. WHO/CHD/98.9 Ginebra 1998.

⁶³ MINSA, UNICEF, Curso Taller, Promoción y Protección de la LM en Establecimiento de Salud Amigos de la Madre y el Niño. 1ra edición, 2009, Lima.

A modo de cierre, veamos lo que dicen los expertos en LM, miembros del CLM del INMP sobre la experiencia en LM del personal de salud. La Dra. Pediatra Neonatóloga Directora Ejecutiva de Neonatología es más optimista cuando dice:

“Sí (tiene experiencia en LM). ¿Por qué? Por su práctica personal. Por su capacitación en lactancia”.

Y, además, la calificó como:

“Buena, por la forma que trabaja con la mamá y el bebé”.

Pero este optimismo, es interesante mantenerlo para seguir trabajando por el desarrollo de las competencias en LM por parte del personal de salud. Pero, creo que todavía hay trabajo por desarrollar. Como lo expresa la Dra. Espinoza que tiene una posición más crítica y honesta ante la misma pregunta. ¿El personal de salud tiene experiencia en LM?:

“No, falta mucho. Definitivamente no. Porque es poco el tiempo que nosotros hemos visto la recertificación (como ESAMNN) que ya avanzó más en el tema propio de la lactancia, es muy poco, hace dos años”.

Inclusive, la Dra. Espinoza es cuidadosa cuando se refiere a la capacitación en LM impartida en estos dos últimos años:

“Sí, por supuesto, ha sido muy bueno, buenos resultados. No sé la experiencia en sí porque son inclusive madres, la mayoría (del personal de salud del INMP) son madres y tienen su propia experiencia en lactancia pero digamos que el tema no era muy conocido o muy mencionado, no se preocupaban mucho por ver si estaba lactando correctamente, las dejaban solas, las dejaban solas lactando, como que es algo natural ellas solas, en cambio ahora es parte de la vigilancia de los signos de alarma, parte de (la capacitación)”.

La Dra. Espinoza comparte una realidad que hasta hace poco era el cotidiano en muchos establecimientos de salud, “dejar sola a la mamá lactando”. Creyendo la LM como algo tan natural que la convertía en una experiencia privada sin posibilidad de una intervención que permita un aprendizaje para mejorarla. Así

que entender ahora la LM por parte del personal de salud del INMP como una experiencia de la diada madre-bebé pero susceptible de mejorar con información e intervención profesional oportuna, esto es un gran logro. Pero el proceso está todavía en camino.

Y al momento de calificar esa experiencia en LM del personal de salud, la Dra. Espinoza dice:

“Yo diría buena y regular en la mayoría, o sea hay gente que ya lo hace muy bien, creo que buena, pero expertas no tenemos todavía. La mayoría está en regular y hay un buen grupo que está en buena, menos del 50% que están en buena. Porque falta más desarrollar más la destreza de la técnica de amamantamiento en la extracción”.

La nutricionista Villanueva también comparte:

“(El personal de salud) No (tiene experiencia en lactancia). Porque no tendríamos todos los problemas de LM que tenemos”

Estos comentarios de los expertos miembros del CLM tienen un espíritu cauteloso. Si bien, dicen que se ha avanzado, pero todavía hay bastante por hacer y es necesario guardar el ritmo, como de alguna manera lo expresan la Dra. Espinoza y la nutricionista Villanueva. Y se corresponde con lo que encontramos en la tabla 4.11 recogido de las madres entrevistadas.

El personal de salud tiene una experiencia relativamente buena en LM, las capacitaciones y el trabajo de los últimos dos años lo están permitiendo. Y buen número de madres puérperas lo validan así, muchas de ellas lo corroboran en sus comentarios positivos sobre la experiencia del personal porque ellas han tenido algún tipo de intercambio con el personal de salud que ha sido positivo y que está permitiendo una mejor interacción con el personal de salud. Que abarca no sólo el conocimiento en LM si no también cómo este es impartido.

Todavía, encontramos aspectos que faltan mejorar, falencias que hablan del poco manejo adecuado de la información como es el paso 3 “Promoción de la LM durante el embarazo”, claramente evidentes en las entrevistas con las madres,

donde encontramos madres gestantes y puérperas que no reciben información en LM. Principalmente las madres gestantes que llegan al parto sin haber recibido información básica en LM. Esto no debería seguir ocurriendo. Se debe asegurar que todas las madres gestantes, aunque vengan por emergencia en casos críticos, reciban información adecuada que pueda asegurar la lactancia de sus primeros días y fortalecer su confianza en la lactancia.

Lo preocupante, es que esta ausencia de información en LM ofrecida a las madres, mella la interacción entre el personal de salud con las madres, porque ellas mismas lo cuestionan.

Además, parece que hay personal de salud con mucha experticia y otros que todavía falta ganar en experiencia. Son pocos los médicos que manejan bien el tema de la LM, delegando a veces o dejando de lado el tema. Se necesita generalizar la buena experiencia, que todos hablen el mismo idioma sin importar su profesión. Pero todavía hay camino por andar. Se necesita hacer algunos ajustes, teniendo bien claro los objetivos de todo este proceso y los conocimientos actualizados en LM.

Como dice la Sra. Ingrid, madre gestante que no ha recibido información en LM, aunque ya tuvo tres controles. Ella dice:

“Deberían informar más en LM sobre todo a las primerizas, aún no fueran su especialidad”.

Esta demanda apela a llamar a todo el personal de salud que atiende a la madre para centrarse en sus necesidades, quien tiene derecho a estar bien informada en LM. Para eso se necesita trabajar de modo multidisciplinario y lograr que todo el personal de salud hable el mismo idioma de la lactancia.

4.3.2 Las habilidades de comunicación del personal de salud, está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante o puérpera

Las habilidades de comunicación hacen parte del quehacer cotidiano de las personas y de los profesionales de cualquier espacio laboral. Deben ser

consideradas de relevancia en espacios donde se trabaja con personas como un establecimiento de salud sin dejar de lado que todos los trabajadores se merecen un buen uso de habilidades de comunicación en sus relaciones laborales entre sí.

Un buen manejo de las habilidades de comunicación por parte del personal de salud en sí mismas, va a permitir instalar una buena interacción con las madres gestantes y puérperas del establecimiento de salud. Pero, además, el uso y la destreza de habilidades de comunicación del personal de salud son claves para la educación en LM poder compartir adecuada y eficazmente información en LM a las madres, consolidando de esta manera una mejor interacción con las madres usuarias del INMP, quienes nos compartirán su percepción desde su propia experiencia.

En este primer momento quisiera empezar con el comentario crítico de la Dra. Hinojosa miembro del CLM del INMP cuando se refiere a las habilidades de comunicación del personal de salud, ella dice:

“Las habilidades de comunicación, mira pienso que, para eso, si bien es cierto se considera en cada curso que hacemos de cómo comunicarnos mejor, sin embargo, eso tiene que fortalecerse y no sólo para el tema de comunicación con el tema de LM, es comunicación entre nosotros mismos y comunicación particularmente con los pacientes. Porque entre nosotros mismos tenemos problemas de comunicación y peor con los papás, ¡Olvídesel!”

La Dra. Espinoza tiene otra forma de ver las cosas, ella encuentra que hay avances en el tema de habilidades de comunicación, tal vez es lo que menos avanza, pero algo se ha hecho. Veamos qué dice:

“Yo creo que de todas maneras han mejorado, han mejorado sus habilidades de comunicación que no es la medida que uno quisiera, pero ya. ¿En todo el personal en general? En general, pero no es mucho. Quizás es lo que menos ha avanzado porque tiene que ver con un tema cultural, de educación, inclusive el tema de trato al paciente en los hospitales no es lo mejor precisamente, a veces por el estrés, por la falta de tiempo, etc. No ha avanzado mucho sin embargo hay algo”.

Efectivamente el buen manejo de habilidades de comunicación toca diversas dimensiones de la persona. Lo importante es asumir y enfrentar el tema como una

necesidad de cambio y de mejora en el INMP. Los avances no son automáticos y como dice la Dra. Espinoza, hay pequeñas mejoras, no mucho, pero en algo se está avanzando.

Veamos por su lado qué nos dicen las madres entrevistadas, cuando se les preguntó qué habilidades de comunicación manejan mejor el personal de salud del INMP.

Como se aprecia en la tabla 4.12, muchas de las madres entrevistadas dieron respuestas dobles y al organizar las respuestas recibidas, encontramos que las habilidades de comunicación que mejor conocen el personal de salud según orden de importancia son: “Hablan claro o explican bien” 18 madres y “Pocos hablan claro o explican bien” 2 madres; “Saben escuchar” 11 madres y “Pocos saben escuchar” 5 madres; “Son empáticos” 4 madres y “Pocos son empáticos” 5 madres.

Tabla N° 4.12 : Habilidades de Comunicación que el personal maneja bien

Habilidades de Comunicación que el Personal de Salud maneja bien					
Explican bien/ Hablan claro	Pocos te explican bien	Saben escuchar	Pocos saben escuchar	Son empáticos	Pocos son empáticos
18	2	11	5	4	5
Número de madres entrevistadas: 30 Muchas de ellas dieron respuestas dobles.					

Fuente: Tabla elaborada por la investigadora.

Como vemos en la tabla, cada una de estas habilidades de comunicación descritas por las madres, está seguida de otra categoría que representa la misma habilidad, pero con un cariz más crítico. Es decir, así como hay madres que encuentran una habilidad de comunicación en el personal, también hay otro grupo de madres que subrayan que son pocos los del personal de salud quienes manejan esa misma habilidad, cuestionando de alguna manera, que no todos manejan esa habilidad, aunque sería bueno.

Pero en ambos casos, esos dos grupos de madres, están indicando que es una habilidad de comunicación que maneja el personal de salud.

Las cifras que aparecen en la tabla 4.12, muestra en general un manejo aceptable de las habilidades de comunicación observadas por las madres en el personal de salud, donde “Hablan claro o explican bien” es la habilidad comunicacional que manejan de la mejor manera el personal de salud según las madres entrevistadas. “Saber escuchar” es una habilidad muy importante y que las madres encuentran medianamente en el personal de salud. En cambio, cuando hablamos de “Son empáticos”, queda claro que es la habilidad menos presente en el personal de salud, según la opinión de las madres y que sin duda es la que más falta desarrollar.

Comunicar claramente

Definitivamente el “Hablar claro y explicar bien” es una habilidad de comunicación muy importante que el personal de salud debe saber manejar porque permite compartir información de modo eficaz, especialmente en el ámbito de salud porque es muy recurrente transmitir información con términos muchas veces alejados del léxico cotidiano de los usuarios.

Lo mismo ocurre en LM, al momento de compartir información o de brindar apoyo a la madre, es necesario hablar con un lenguaje claro y sencillo, si fuera posible en los términos de la madre, para que ella se sienta incluida y respetada y pueda entender el mensaje que se le comparte para poder tener éxito con su lactancia.

Como dice la Sra. Flora, madre de su tercer bebé todavía hospitalizado en intermedios II por más de un mes:

“Si como le digo, hay doctores que me hacen entender muy bien. Si, me preguntas, cuando no entiendo, me hacen entender. En los análisis, en lo que no entendía yo”.

La Sra. Ingrid, madre de su segundo bebé también dice:

“Saben escucharte, decirte claras las cosas (...) No te hablan con tantas palabras técnicas”.

La Sra. Norelys dice:

“Comunicar claro. Lo que es y lo que no es también”.

La experiencia de la Sra. Dina, madre de su segundo bebé, es diferente a las otras madres ya mencionadas, ella admite que no le es fácil entender lo que le explica al personal de salud, pero lo más preocupante es que ella prefiere no insistir por “vergüenza”:

“Bueno, para mí que... no los entiendo, pero trato en lo posible por querer entenderlos en verdad. Sería yo el problema. Yo soy la que no entiendo porque a veces me hablan en métodos, en términos y entonces yo nos les entiendo. ¿Y Ud. les pide que les explique mejor? No, a veces no. Me da como un poquito de vergüenza y ya no le digo que me haga entender mejor”.

Este ejemplo de la Sra. Dina pone de manifiesto la importancia del lenguaje claro y sencillo que todo personal de salud debe manejar para llegar a entablar una comunicación eficaz con todas las usuarias y así evitar malos momentos a la madre usuaria.

Pero ese “poquito de vergüenza” para repreguntar de la Sra. Dina, nos llama fuertemente la atención porque habla de no sentirse acogida, de sentirse minimizada o inferior que el otro. Porque puede haber algo en ese contexto, que la vulnera o la fragiliza, algo que de alguna manera no la respeta en su integridad.

Justamente, para evitar esa especie de retroceso de la madre en la comunicación con el personal de salud, es recomendable proteger fuertemente a la madre y su experiencia previa que no conocemos pero que puede ser muy violento o lleno de vulnerabilidad, generar un ambiente cordial, cálido y horizontal que permita una comunicación más fluida y ayudar a superar las limitaciones de la madre, incluyendo su “vergüenza”. Con el objetivo de fortalecer su confianza y poder empoderarla en lo que está haciendo bien en lactancia. Así, la Sra. Dina dice:

“Ah! por ejemplo con mi hijita, por ahí me dijeron que está mal con la, no, no sé si está mal, pero dicen que cuando no toma bien la leche se le baja su glucosa, y no entiendo que es glucosa. Y a veces pienso que es algo grave que le va a pasar algo mal a mi hijita y tengo que... se lo llevan así a tomar leche y ya tengo miedo pues si esa leche está bien o no sé qué leche le están dando”.

Si la Sra. Dina tiene vergüenza de repreguntar, pero también tiene miedo de las cosas o términos que no entiende. Ella no sabe que es la “glucosa” y piensa incluso que puede ser grave. Porque en la medida que no conoces algo, ese algo puede ser amenazante.

De ahí, la importancia de comunicar claramente y generar espacios seguros para la madre, donde ella sea respetada y acogida y tratada de igual a igual. Porque hablar en los términos de la madre también es respetarla.

Veamos cómo la misma Sra. Dina describe en sus palabras lo que ella necesita de parte del Dr. o de todo el personal de salud:

“(…) al inicio como que un poquito no entendía, después más o menos y ahora como que ya el conocimiento que estoy recibiendo es mucho mejor y de repente este deberían algunos doctores dar así esta clase de información o tener más paciencia para decirnos o explicarnos las cosas en general, no solamente en lactancia, en general”.

“Tener más paciencia para decirnos o explicarnos las cosas en general”, que simple y verdadero. Con esto, la Sra. Dina nos expone algunos elementos básicos de la buena comunicación entre el personal de salud y la madre gestante o puérpera.

Felizmente, la mayoría de las madres entrevistadas, comparten su experiencia de repreguntar o pedir aclaración cuando lo ven necesario, como cuenta la Sra. Nelly puérpera de su segundo hijito que sale de alta luego de permanecer hospitalizado seis días:

“Bueno, cuando yo no le entiendo le vuelvo a preguntar y si me explican, si me vuelven a explicar. Si porque tengo que saber, tengo que irme entendida, porque sino cómo yo también puedo saber sobre mi bebé, yo tengo que volverle a preguntar a otra persona para volver también”.

La Sra. Yaneth, puérpera de su segundo hijo, también dice:

“Si (le entiendo). Y si no (está claro), yo pregunto. Aunque sea buena o mala noticias. Pero para estar bien informada. Para asegurarme. Cuando el Dr. viene, ahí voy al obstetra para que me hable en “cristiano” para saber si entendí bien lo que me dijo el doctor”.

Para la Sra. Yaneth, a veces el Dr. puede ser menos claro que el obstetra u otro personal de salud. Pero lo valioso en su caso es su insistencia por entender y buscar claridad.

No es la generalidad de médicos que no saben explicar bien a las madres, pero hay algunos y las madres lo hacen notar. Como comenta la Sra. Mayte, madre de su primer bebé hospitalizado ya más de cuatro meses en el INMP:

“Por ejemplo acá, a veces viene un doctor que muy rápido nos da el informe y ya no se le entiende. A veces le queremos hacer preguntas, como que es bien cortante. En esos casos si uno se va todo mareada, no entiende. Pero, si algunos nos explican muy bien, como que no tanto palabras técnicas como suelen ser ellos. Pero más conforme a nosotras podemos entender, con palabras más de uno porque ellos tienen ciertas palabras”.

Explicar bien y hablar claro es una habilidad comunicacional muy importante para las madres y que ellas resaltan en el personal de salud cuando la manejan bien. Así como también señalan cuando hay aspectos que falta mejorar.

En ese sentido, podemos ver que “explican bien/hablan claro” es una característica de la comunicación importante en el personal de salud, pero que no responde a todas las necesidades de la madre por sí misma; es decir, se necesita también de otras competencias interpersonales como la empatía, la asertividad, la tolerancia. Veamos lo que dice la Sra. Betzabé, madre de su primer bebé del Pabellón E:

“Hablan de manera clara, depende de cómo lo dicen ya es otra cosa. Pero si son claros con lo que dicen”.

La Sra. Paty, puérpera de su tercer hijo dice:

“La enfermera te explica cómo debe ser. Hay algunas que lo hacen bonito otras no. Pero te explican al menos”.

Y como la Sra. Vanessa, gestante de su segundo bebé comparte:

“No todas. Hay algunas que son como cortantes y les da igual. Otras que te explican mejor”.

Efectivamente, explican bien y hablan claro, es una competencia bastante presente en el personal de salud, como lo dice las madres entrevistadas hacen el esfuerzo de utilizar palabras sencillas y al alcance de las madres. Pero, las madres dicen también que “pocos explican bien y hablan claro”, es decir, hay un grupo de personal de salud que no tiene esta competencia. También se observa que no todos los médicos tienen la habilidad de utilizar palabras sencillas para llegar a todas las madres usuarias del INMP. Hay personal de salud, que no ofrece un espacio seguro necesario al momento de comunicar con la madre para que ella se sienta capaz de preguntar si fuera necesario. Todavía hay personal de salud que no cuida la “forma” de cómo dicen las cosas, puede haber mucha claridad, pero no necesariamente amabilidad, a veces pueden ser cortantes, déspotas y fríos.

Esto es lo que hemos encontramos en las entrevistas con las madres cuando hablamos de la competencia del personal de salud “Explican bien/Hablan claro”.

Saber escuchar

Otra habilidad sumamente importante en el ámbito de la comunicación es saber escuchar, porque es como la llave que permite abrir la puerta de la conexión con el otro. Saber escuchar va permitir conocer la otra persona y sus necesidades y a partir de ahí, poder ofrecerle lo que realmente necesita y está a mi alcance ofrecerle. Tal vez sea una buena manera de definir la vocación de servicio como la Dra. Espinoza lo explica cuando habla del personal de salud del INMP:

“Yo creo que le falta escuchar más bien, lo que diría que falta. Falta escuchar mejor. (...) La escucha sobre todo, porque de ahí parte todo, la vocación de servicio está ahí, la voluntad de entender que está para ayudarla, nosotras les

decimos en el Comité (de Lactancia Materna) esto: Uds. aquí están, estamos todos para servirlos, para ayudarlos, a eso viene y la experiencia debe ser grata siempre cualquiera que sea su condición, cualquiera que sea su persona, pero cuando eso todavía no se entiende o no se acepta es el tema”.

Si no hay una buena escucha, qué difícil se hace entender y comprender al otro, y en consecuencia qué difícil brindar ayuda oportuna y necesaria, es decir el intercambio se vuelve incierto y a veces hostil. Tal como lo explica la Dra. Dávila miembro del CLM: saber escucha es parte fundamental de poder ayudar adecuadamente a las madres:

“Entonces, las habilidades que pueden mostrarte comunicación es poder explicar el estado de salud de sus bebés. En el caso específico de LM, explicar lo que es una técnica de amamantamiento, de pronto esa. Ahora, la que pienso yo que siento que le falta fortalecer por ejemplo es la de escuchar, muchas veces el personal tal vez no se da el tiempo de escuchar a los pacientes y entonces el paciente ya se siente limitado de poder contar su propia problemática y si no sabemos bien la problemática, cómo podemos ayudar adecuadamente”.

Veamos qué dicen las madres entrevistadas, como la Sra. Evelyn, madre de su primer bebé hospitalizado aún en Intermedios IV ya más de dos semanas, habla del personal de salud y la escucha:

“Comunican claro y que sí saben escuchar porque cada vez que yo le pregunto algo, pues ellos dan respuestas y respuestas claras”.

La Sra. Elita, madre de su tercer bebé hospitalizado en Intermedio 1A dice en el mismo sentido sobre el personal de salud:

“Nos hacen entender, ellos también nos escuchan (...) Si, siempre me han escuchado, cuando señorita esto, me han escuchado también”.

La Sra. Paty puérpera de su tercer bebé, ella dice que algunos saben escuchar:

“Si saben escuchar, algunos”.

Y la Sra. Celeste puérpera de su tercer hijo también dice:

“Cuando uno le hace la consulta son precisos y te dan la respuesta que necesitas, como que también hay otros que simplemente no, no te escucharon y se fueron”.

Aquí comparto el comentario de la Dra. Espinoza muy pertinente sobre el personal de salud y la escucha:

“Muchas si (escuchan), pero poquitos de repente no. Porque se muestra en su trato, en la atención misma que a veces la mamá pide ayuda, pide ayuda y a veces se complican los casos, eso significa que no escuché a tiempo, que no la atendí a tiempo ¿verdad?

Como dice la Sra. Gina, madre gestante de su quinto hijo, con preclamsia, y que tendrá mañana su cesárea. Ella dice en palabras sencillas lo que ella está necesitando en estos momentos de mucho malestar e incertidumbre, cuando se le pregunta qué habilidades de comunicación maneja mejor al personal de salud, ella dice:

“Que me escuchen mejor. Claro, para que me puedan entender tienen que escuchar mejor, pero algunas no”.

Y tal como dice la tabla 4.12, 12 madres dicen que el personal de salud “saben escuchar” y 4 madres dicen “pocos saben escuchar”. De una u otra manera se está relevando la importancia del “saber escuchar” y la necesidad de desarrollar esta habilidad crucial en el ámbito del INMP para brindar un buen servicio a la madre y su bebé.

Creo que la enfermera Jessica de Intermedios I lo describe bien cuando habla de las usuarias del INMP, “lo importante es que se sientan escuchadas”:

“Entonces, ellas nos cuentan su necesidad y ahí tratamos de entablar un rato con ellas, tranquilizarlas, nos tomamos unos minutos, no me tomo media hora ni nada, pero si unos minutos para poder, para lo importante: que se sienta escuchada”.

“Saber escuchar” es una competencia muy importante y necesaria en el personal de salud para el trabajo con madres gestantes y puérperas porque permite

constituir un vínculo seguro y de respeto a partir del cual se puede avanzar y resolver las principales necesidades de información y ayuda que ellas tengan para lograr una lactancia exitosa. Como los mismos profesionales del CLM reconocen. La falencia de la “buena escucha” de parte del personal puede poner en peligro el éxito de la LM de las madres.

A modo de resumen podemos decir que las madres encuentran la escucha como una competencia muy importante presente en la mayoría del personal de salud, además ellas lo corroboran cuando comparten cómo esa escucha les ha permitido avanzar en su experiencia de lactancia y en la resolución de diversas situaciones difíciles. En ese sentido, se puede decir, que la escucha está permitiendo una mejor interacción entre el personal de salud y la madre. Sin embargo, las madres también encuentran que no todo el personal de salud sabe escuchar, algunos se dan la vuelta y se van. Y como dice una madre: “Para que me puedan entender, tiene que escuchar mejor”.

Por otro lado, también encontramos, personal de salud que no entiende el significado correcto de “saber escuchar”, dándole un sentido asistencialista o paternalista. Además, se puede apreciar que el factor “tiempo disponible” del personal es un elemento que juega en contra y que no ayuda tampoco en la mejora de la interacción con las madres.

Empatía

La empatía es otra de las habilidades interpersonales más importantes que permiten consolidar una buena conexión con las personas para entablar una buena comunicación y un buen acompañamiento. Se trata de comprender a la otra persona en lo que ella está viviendo y sintiendo. La empatía es una competencia muy difícil de encontrar en el personal de salud, pero muy fácil de percibir por el otro cuando está en carencia.

En la tabla N° 4.12 vemos claramente que la empatía es una de las habilidades menos presente en el personal de salud es respecto a las otras mencionadas. Solo 4 madres dicen que el personal de salud “son empáticos” y 5 madres dicen que en el personal de salud “pocos son empáticos”. Sin embargo, es importante

resaltar el hecho de que la madre mencione la empatía, como una competencia presente o poco presente en el personal de salud, este solo hecho, está diciendo que esta competencia es importante para ella.

Como la Sra. Beatriz, madre primeriza dice:

“Te escuchan bien, se ponen en tu lugar, te ayudan, te aconsejan. Como ya pasaron algo así, ya saben, tienen experiencia y te cuentan”.

La Sra. Flora, madre de su tercer bebé prematuro hospitalizado ya más de un mes en Intermedio II también lo menciona:

“Si. Hay señoritas que si se ponen en lugar de que uno a veces se siente mal cuando un niño se pone mal, un hijito y se pone ahí, claro”

La Sra. Liz, madre primeriza de un bebito prematuro de más de un mes y que ahora está haciendo “mama canguro”:

“A veces nos dicen, señoras nosotras las entendemos, nos ponemos en su lugar. O sea, muchas cosas nos dicen aquí. Las técnicas, las enfermeras nos aconsejan también que no tenemos por qué ponernos tristes. Si nos escuchan, cuando queremos hablar con alguien”.

La Sra. Ruth madre púerpera de su segundo hijo, ella dice:

“Porque hay empatía en general. Porque siempre va a ver más con unos que otros”.

Hay madres también que hablan de la importancia de la empatía en el profesional médico, pero se trata de una competencia que no todos manejan, cuando se trata de sobrellevar largas hospitalizaciones de un bebé, como nos cuenta la Sra. Lizbeth con su bebé de más de dos meses hospitalizado:

“La mayoría (de médicos) inclusive me decían: Yo también soy mamá, te entiendo. Yo también soy papá, entonces, yo se como ustedes se sienten. Si, en su mayoría si, pero también hay doctores que son más secos, si señora esto es así y así y punto. Una información bastante limitada y tal vez un poco menos empáticos”.

Como también cuenta la Sra. Mayte, madre primeriza de su primer bebé hospitalizado poco más de cuatro meses:

“Cuando mi hijita estaba en el UCI C una Doctora me dio informe sobre mi hijita. “Tu sabes que tu hijita en cualquier momento puede morir” ¡Así no más! Entonces, yo ya me quedé callada y después me dijo: “Ya tu hija está mal en esto, mal...” Todo me dijo. Y al día siguiente, me dan informe y me dicen. “No, tu hijita ha mejorado en tal esto”, o sea, resaltan mucho. Obviamente que no te tienen que ocultar las cosas, pero tampoco no le puedes decir a alguien así no más, tan frío, sin ponerte en el papel de esa persona, de cómo se puede estar sintiendo y todo. Pero si me ha pasado y conversando con otras mamás también”.

La Sra. Mayte nos cuenta del caso de una Doctora que le dio un informe médico con mucha brusquedad y describe la importancia de ponerse en el papel del otro, de entender lo que la otra persona está sintiendo. Ella está hablando de la empatía y de alguna manera está diciendo que ella necesita que entiendan lo que está viviendo, que le tengan más empatía.

La Sra. Lizbeth percibe y constata que la información médica es fría, porque habla de datos, de cifras, de peso, de glucosa, de saturación, etc. Y es tan así, que puede agredir y hasta violentar a la madre.

“Porque nos informan, o sea, la información médica en sí es muy fría, su bebé tiene esto, esto, o sea es frío. (...) Tiene esto, le ha revisado el doctor, dice posiblemente pueda tener esto, hay riesgo, hay un montón de cosas, entonces. ¡Ay, uno ve todo negro!”.

Pero lo que reclaman de alguna manera la Sra. Lizbeth tanto como la Sra. Mayte en sus testimonios, es un poco de empatía, un poco de escucha, una palabra de esperanza y humanidad. Que les recuerde que se le respeta en su sensibilidad, como la Sra. Lizbeth sugiere:

“Lo que les falta es empatía. Lo que pasa, es que... son médicos, entonces informan las cosas fríamente. Pero, ahora que hay algunas excepciones. Que a esa información fría que nos brindan, dan una palabra de esperanza, una palabra

más, ¿no? de que, “Pero señora con confianza, con mucha fe, su bebé va a salir adelante”. Esa palabra puede realmente subirnos el ánimo”.

La Sra. Lastenia, madre puérpera de su cuarto hijo que nació ayer pero que hasta ahora no ha visto porque ella está delicada en recuperación, ella es más directa en su pedido:

“(Les falta) Ponerse en nuestro lugar. Claro ponerse en nuestro lugar para que ellos también sepan cómo es cuando uno está así”.

Como podemos ver hasta aquí, la empatía en el personal de salud es muy importante para las madres gestantes y puérperas, principalmente relevado por madres que están viviendo un momento particularmente difícil. Sean, madres con bebés que están pasando largos periodos de hospitalización de su bebé, madres con bebés de gran prematuridad, madres con bebés en “cuidado canguro” o madres en estado muy delicado de salud. Todas ellas, hablan de la importancia de la empatía. Todas ellas hablan de alguna manera de la necesidad de un personal de salud más empático y en algunos casos, reclaman con más fuerza la empatía cuando han tocado momentos de mucha vulnerabilidad. Porque la empatía tiene la capacidad terapéutica de poder sanar heridas y poder recuperar esa humanidad violentada en la madre.

En ese sentido, el comentario de la enfermera Jessica de intermedio I es muy interesante porque nos demuestra la humanidad de una enfermera que hace lo posible para fortalecer el vínculo entre la madre y su bebé cuando este está hospitalizado:

“El hecho de que la mamá se encuentre separada de su bebé porque se encuentra hospitalizado es un punto de quiebre en ellos también. Y tratar de que ese vínculo no se rompa pese a ese obstáculo que es la enfermedad sea del bebé o de la madre. Tratamos de por lo menos brindarle un momento a la mamá en este caso para que esté el contacto con el bebé, sea una caricia, por lo menos tocarlo, sabiendo que está en la incubadora, puede estar desnudo, pero una buena higiene de manos, tocarlo unos minutos no le va a pasar nada al bebé”.

El comentario de la obstetra Janet de Tocólisis puede permitir precisar varias ideas. Cuando se le preguntó qué es lo que las madres necesitan más, ella responde:

“Escucharla y entenderla, más que nada, la tolerancia, bastante. Ponernos en su lugar un montón, buscar de hacerle entender, la forma si es que esa persona es muy alterada, muy desesperada o muy agresiva, tratar de calmarla, de seguirle su ritmo, pero calmadamente y poco a poco ella se va calmando”.

Si pues, la madre necesita ser escuchada y ser entendida. Ojalá el personal de salud sea capaz de escuchar lo más que pueda a la madre, que pueda entenderla más que hacerla entender, porque esa madre no ha recibido cursos de capacitación y está dispuesta a compartir su experiencia de gestación, parto y lactancia con el personal de salud que la recibe. Ojalá que el personal de salud, pueda escucharla y ponerse en su lugar cuando la madre, está alterada, desesperada o muy agresiva. Porque solo así, esa madre podrá encontrar su equilibrio y la calma. No se trata de calmarla, se trata de escucharla.

Efectivamente a modo de resumen, se puede observar que, para la madre entrevistada, la empatía es una competencia muy importante pero medianamente presente en el personal de salud del INMP según las madres y cuando está presente, la empatía colabora por supuesto en una mejor interacción con la madre.

La ausencia o carencia de la empatía en casos específicos, es fuertemente observada y fuertemente reclamada particularmente por las madres que viven situaciones más delicadas como tener bebés largamente hospitalizados, bebés con gran prematuridad, etc. Son estas madres que dicen que el médico es frío al dar sus informes porque se centran en las cifras, datos, etc. y a veces poco empáticos. Y esto afecta negativamente la interacción con el personal de salud.

4.3.3 El trato ofrecido por parte del personal de salud, está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante y puérpera.

Conocer un poco más sobre el trato que ofrece el personal de salud a las madres gestantes o puérperas, permitirá conocer más las competencias que manejan mejor el personal de salud y también lo que las madres realmente valoran del trato

ofrecido por el personal de salud y lo que ellas necesitan. Y de esta manera evaluar si el trato ofrecido por el personal de salud está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante y puérpera.

Veamos la tabla N° 4.13. Del total de 30 madres entrevistadas encontramos que 4 de ellas madres puérperas dicen que el trato del personal de salud es “muy bueno”, 21 madres consideran que el trato es “bueno”, de las cuales 4 son gestantes y 17 son puérperas; y para terminar 5 madres dicen que el trato es “regular” de las cuales 2 son gestantes y 3 son puérperas. Es decir, se puede ver que 25 madres perciben el trato que ofrece el personal de salud como bueno y muy bueno.

Tabla N° 4.13 : Trato ofrecido por parte del personal de salud a la madre gestante y puérpera.

Trato ofrecido por el personal de salud a la madre gestante y puérpera				
	Muy buena	Buena	Regular	¿Por qué?
Gestante		4	2	
Puérpera	4	17	3	
Se preocupan/Me ayudan				14
Amables/ cariñosos				6
Me hacen entender				4
A veces te tratan mal				6
Total: 30 madres entrevistadas				

Fuente: Tabla elaborada por la investigadora.

Esto es interesante porque podemos apreciar que en general las madres tienen una opinión positiva respecto al trato del personal de salud. Lo cual nos deja ver que el personal de salud posee las competencias básicas para responder amablemente a los requerimientos que presenta las madres y sus bebés en los diversos servicios del INMP y que a su vez está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante y puérpera. Lo que trataremos de indagar y corroborar en los párrafos que siguen.

Cuando se ahondó sobre las razones que explican esta opinión, las madres expresaron lo siguiente: 14 madres dijeron que “se preocupan/me ayudan”, 6 dicen que “son amables/cariñosos”, 4 “me hacen entender” y 6 dicen que “a veces te tratan mal”.

La Sra. Sabina, madre de su segundo bebé recién nacido, cuando ella habla del trato del personal de salud, ella enfatiza que “le ayudan en todo”

“Muy buena. En todo nos ayudan, todo apoyo que nosotros necesitamos”.

La Sra. Celeste madre púérpera de su tercer hijo. Ella resalta más en la amabilidad del personal, especialmente el personal joven:

“Buena. Porque son amables. No, hay excepciones. Pero hay bastante personal joven también, ellos son como más, están detrás de tu caso, te preguntan, más amables. Es un trato más cariñoso”.

La Sra. Elita, madre púérpera de su tercer hijo con más de 20 días de hospitalización, ella dice:

“Como le digo, primera vez que he venido acá la Maternidad, me han atendido bien, todas, todas las enfermeras, han sido amables tanto como los doctores”.

La Sra. Consuelo gestante de su segundo bebé, ella hace una diferencia entre lo que encuentra hoy y lo que encontró hace 4 años cuando tuvo su primera hija en el INMP:

“Ahora sí es buena porque si te tratan bien. Me hacen entender. Hace cuatro años, (fue) regular. ¿Qué pasó hace cuatro años? Con mi primer hijo, las doctoras no me trataron bien. Me gritaron. No me quejé. Ahora hay otros médicos”.

La Sra. Consuelo comparte su experiencia donde habla de una mejora del trato ofrecido por parte del personal de salud a las madres gestantes y púérperas. Comparando el trato recibido ahora y el de hace 4 años, antes de que se realice el proceso de capacitación del personal de salud para la Certificación del INMP como ESAMNN.

Por otro lado, la Sra. Yani, es una madre gestante de 38 semanas, que viene al INMP porque es donde le gustaría dar a luz según cuenta, a pesar de que ella está “asegurada”. Ella habla del trato que encuentra en el INMP comparando con el del Seguro donde también va:

“(El trato es) Bueno. Porque hay calidez. Orientación. Son claros y puntuales. (...) Son cordiales, te animan a volver a venir. En cambio, en el seguro más o menos. Por ejemplo, cuando estamos sacando citas, se controlan el tiempo. Los siento muy tensos, muy cortantes. Se limitan a lo puntual, igual el médico”.

En general podemos decir que la Sra. Yani valora bastante bien el trato que ofrece el personal del INMP respecto al que se ofrece en el seguro. Ella encuentra varios atributos positivos en el trato ofrecido por el personal de salud en el INMP, donde resalta la calidez y la cordialidad del personal, dicen que son menos tensos y hay menos cortedad en el trato; cualidades muy importantes del personal de salud dentro del ámbito humano. Ella también habla de la claridad, la orientación, la puntualidad, que son características más profesionales, también importantes.

Es importante encontrar madres como la Sra. Yani, así como otras madres que aprecian el buen trato del personal de salud en el INMP.

Pero también hay comentarios de madres que dejan entrever que también hay personal de salud que no necesariamente ofrece un buen trato, no es el caso de la mayoría, pero existe. Como dice la Sra. Lizbeth, madres de su tercer hijo prematuro aún hospitalizado:

“En general (el trato es) bueno. En general, la mayoría, si me han brindado una buena atención podría decir, me han brindado un buen servicio. Si. Salvo excepciones, pero en general es bueno”.

La Sra. Mayte madre primeriza, su bebé hospitalizado con más de cuatro meses, ella dice que el trato del personal de salud en la mayoría es bueno:

“La mayoría son amables. Me ayudan a darle la leche a mi hijita, por ejemplo. Pero así en algunos casos, no quieren ni que los cargues. Son un poquito renegones, algunas. (...) El trato del personal en la mayoría es bueno, pero hay algunos que no tienen esa cordura para explicarte o no te dejan a veces ni preguntar. Pero la mayoría, sí”.

La Sra. Mayte dice que la mayoría del personal tiene buen trato, son amables; pero siempre hay algunas excepciones.

Y creo que eso es lo que pude presenciar fortuitamente mientras entrevistaba a la Sra. Elena puérpera de su segundo hijo en el Pabellón E cerca de las 5h30, hora de salida de la visita. De pronto la obstetra del servicio gritó a una Sra. puérpera justo enfrente a nosotras, llamándole la atención porque “su esposo trajo muchas cosas para comer como si estuvieran en la playa y se sentaba en la cama como si estuviera en su casa”. Luego cuando terminó la visita de la familia y todos se habían retirado, la misma obstetra regresó y volvió a gritar a la misma madre, recriminándole que ella estuvo de pie y ahora por su culpa la vía se ha obstruido y etc.

La Sra. Elena que yo justo entrevistaba, frente a este suceso dijo:

“A mí me ha ido bien felizmente. A mí no me ha tocado así. (...) Deben tratarse de calmarse. No me gustaría que me traten así cuando me lo pueden decir de otra manera”.

Este acontecimiento inesperado, es muestra de lo que ocasionalmente las madres pueden vivir o presenciar cuando dicen que “algunos no tienen buen trato”.

Como la Sra. Paty que dice cuando habla del trato del personal de salud:

“Regular. A veces no te tratan bien. No son todos, pero siempre hay algunos que no saben tratar”.

La Sra. Paty también cuenta que a veces el trato no es bueno y pueden hacer sentir mal a la madre, incluso hacerla llorar:

“Por lo menos en la lactancia, a veces te tratan mal, a veces te hacen sentir mal. No, que tienes que hacer así, que si no lo haces... y tú lo haces, pero a veces el bebé no quiere (...) Si es una ayuda, sino que hay que saber hablar, comprender. Porque algunas se sienten mal. Bueno, yo he visto casos que también lloraban las chicas”.

Cuando se le preguntó a la Dra. Espinoza del CLM, por el trato del personal de salud, ella dijo:

“(Es) regular. Porque hay gente (el personal de salud) que no sé pues, vienen ya de un ambiente social difícil entonces, se expresa así, yo creo que el lenguaje es parte de todo eso y entonces hay gente que también no ha desarrollado bien y entonces es acción reacción, es reactiva, no le interesa nada a veces sólo su persona, todo eso se ve porque hay gente que ya va a cumplir 70 años, hay otros que están enfermos y no quieren saber nada con nadie pero están ahí trabajando porque necesitan su dinero para vivir y el dinero de la pensión no alcanza y por eso están entre ellas obligadas a trabajar hasta los 70 años”.

Esta descripción por parte de la Dra. Espinoza es bastante desoladora y preocupante porque ella dice que al parecer existe personal de salud especialmente mayor que solo está esperando la jubilación, que no están interesadas en su trabajo y mucho menos preocupadas en brindar un buen servicio a la madre usuaria que viene al INMP.

Algunas madres comparten comentarios que habla de personal que está “cansado”, “renegón”, “sin paciencia”, que se acerca a la descripción de la Dra. Espinoza. Como, por ejemplo, lo que dice la Sra. Gina:

“Hoy día nos ha tocado una obstetrix muy renegona, da miedo preguntarle, da miedo decirle algo. Debería ser más tratable. No sé, yo también tengo problemas, pero no tengo que pagar con otros. Ya da miedo preguntarle algo porque es renegonita. Está cansada de repente”.

La Sra. Dina dice también:

“Hay un buen trato como le digo, solamente hay unos que otras que no tienen paciencia o de repente ya será por la edad que ya no tienen paciencia”.

La Sra. Vanessa, también hace una diferencia entre el trato del personal de sala y personal de emergencia:

“Hay de todo. Hay algunos que no tienen buen trato (...) Yo no sé si es porque, como te digo que hemos estado en emergencia. Pero ahí sí, como que son, ¡no sé! más déspotas! más duras para hablar! En Emergencia sí, pero ahorita acá hasta ahora las dos obstetrix que me han visto, súper bien. De repente serán como te digo, estarán agotadas todo el día, pero no sé”.

Estos casos que menciona la Dra. Espinoza y en algunos casos las madres también. No son la mayoría felizmente, pero se trata de personal de salud que puede estar agotado, cansado y que reniega con la madre gestante o puérpera. A primera vista, se trata de personal que no logra integrarse ni identificarse con su trabajo ni con la institución donde trabaja. Pero detrás de esa actitud de maltrato, hay un personal que está descontento, maltratado, relegado, tal vez mal pagado; es un personal que tiene algo que decir y no se le ha dado la oportunidad de hacerlo. En otras palabras, probablemente lo que el personal de salud necesita en general también como las madres es atención, tiempo, espacio, cuidados, etc. lo suficiente para integrarse más al seno de la institución y en consecuencia de sus objetivos.

A modo de resumen, se puede decir que el personal de salud en líneas generales brinda un buen trato a las madres gestantes y puérperas que vienen al INMP y esto es reconocido por las mismas madres. Además, se puede apreciar que el buen trato está permitiendo mejorar la interacción entre el personal de salud y las madres como las madres lo describen.

Pero también, podemos encontrar casos puntuales donde el personal de salud no puede ofrecer el trato amable que todas las madres usuarias del INMP se merecen, nos referimos de casos de maltrato, frialdad, brusquedad, indiferencia que describen algunas madres y corrobora la misma Dra. Espinoza y otros profesionales del CLM.

Dos años de capacitación dirigido por el CLM dentro de la certificación ESAMNN en donde se brinda una clase de 45 minutos de habilidades de comunicación no es suficiente para cambiar totalmente años de inercia, de descuido y casi abandono de la formación y capacitación del personal de salud en temas de desarrollo personal. Si bien aparece como algo imposible, la verdad es que es una tarea posible de renovar y fortalecer nuevas competencias interpersonales en el personal de salud mayor para sí mismas y para lograr ofrecer un buen trato a las madres usuarias del INMP. Mucho trabajo y mucha paciencia son necesarias.

Sigamos conociendo más sobre el trato del personal de salud y su impacto en la interacción con la madre gestante y puérpera del INMP, tenemos la siguiente tabla

4.14, donde se les consultó a las madres entrevistadas las siguientes preguntas: ¿Ud. se siente valorada por el personal de salud?, ¿Ud. se siente escuchada por el personal de salud? Y ¿Ud. se siente respetada por el personal de salud?

Tabla N° 4.14: ¿Cómo se siente la madre gestante y puerpera frente al trato del personal de salud?

¿Cómo se siente la madre frente al trato del personal?			
	Valorada	Escuchada	Respetada
Si	21	24	27
No	3	2	0
A veces si	1	3	1
Más o menos	1	0	1
No sabe/ no opina	4	1	1
Total: 30 madres entrevistadas			

Fuente: Tabla elaborada por la investigadora.

Y encontramos que 21 de ellas si se siente “valorada”, 24 “escuchada” y 27 “respetada”. También tenemos un grupo muy pequeño de madres que dijeron que: 3 madres “no se siente valorada”, 1 dice “a veces si”, y 4 “no sabe/no opina”. Frente a sentirse escuchada, 2 madres dicen “no sentirse escuchadas”, 3 dicen “a veces si” y 1 “no sabe/ no opina”. Si se sienten respetadas, 1 dice “a veces si”, 1 dice “más o menos” y 1 “no sabe/no opina”.

Lo cual nos permitió asumir que en términos generales las madres usuarias del INMP tiene una percepción muy positiva del trato que ofrece el personal de salud. Si hablamos en términos de orden de importancia, encontramos que las madres se sienten “Respetadas por el personal de salud” (27 madres) en primer lugar, seguido de “Escuchadas por el personal de salud” (24 madres) y “Valoradas por el personal de salud” (21 madres). Además, vemos que donde surgen más cuestionamientos en justamente cuando se habla de “sentirse valoradas”.

El respeto es una competencia que maneja bien el personal de salud y que las madres perciben y valoran bastante. Cuando se les preguntó a las madres, 27 dicen sentirse respetadas. Como la Sra. puerpera del servicio C de su tercer hijo. Ella dice:

“Si, porque como digo alguna cosa, si pues, se me responde, se me orienta como la persona que está consultando algo, no es que me ignoren y ya, no, no”.

Como también comparte la Sra. Zoyla, primeriza:

“Si. Porque no me responden desatentamente. O sea, no lo hacen con desinterés”.

La Sra. Ida, madre puérpera de su segundo hijo del Pabellón E, ella dice:

“Si. Porque te respetan, no te faltan el respeto. No te gritan, no te insultan”.

La Sra. Dina, puérpera de su segundo hijo en la misma línea dice:

“La verdad no sé. No. No sé, es que como son doctores a veces digo, tantas pacientes que atender no creo que se tengan el tiempo en centrarse en una sola persona. Teniendo tantas pacientes para atender y ser parcialmente con todas iguales”.

Y cuando habla del respeto, ella misma dice:

“Si, respeto guardan respeto. Si, claro, respetada porque, mientras que el doctor a mi no me falte el respeto ya sea verbalmente, psicológicamente yo no tengo por qué faltarle tampoco el respeto a él y a parte que yo sé que ellos son personas estudiadas que ya de años estudiando no tendría por qué faltarle el respeto y ellos tampoco a mi, por más ignorante que yo sea”.

La Sra. Norelys, madre primeriza también dice:

“Si, siempre, nunca me han faltado el respeto. Nos hemos tratado con respeto siempre”.

Pero también hay de todo, como cuenta la Sra. Mayte:

“Si. Porque en la mayoría si. Nunca me han faltado el respeto. Nunca se me ha hablado mal. Pero si ha habido licenciadas que son un poquito groseritas. Quizás por el estrés, están cargadas de mucho trabajo y te hablan un poco groseras. Entonces, cualquier pregunta que tu le haces, te dicen, “Ya esperen un momento”, “Esperen que no soy pulpo” y así”.

La Dra. Pediatra Neonatóloga Directora Ejecutiva de Neonatología miembro del CLM piensa también que el personal de salud si sabe respetar a las madres:

“Si, yo creo que si la respeta. Porque generalmente tenemos un tema de análisis de quejas. Los papás se quejan cuando esto no ocurre y de lo que hemos estado en gestión, casi los últimos años cuando yo he estado en la Jefatura de Departamento, a esta época, la gente no se queja de que no sea respetada. Se quejan de otras cosas, pero de respeto, no”.

Pero la Dra. Espinoza del CLM es más incisiva respecto al personal de salud:

“Falta mucho respeto. Si la respeta, pero falta mucho respeto igual, porque se ve en las actitudes del personal que a veces son un poco indiferentes, ni siquiera agresiva pero indiferentes que es lo peor, lo peor y eso no está bien”.

Con toda la información expuesta, podemos decir que la mayoría de las madres entrevistadas se sienten respetadas por el personal de salud y esto es bien valorado por ellas. También dicen que no todo el personal de salud maneja esta cualidad. Hay personal de salud que puede ser grosero, frío, agresivo, malcriado, etc. como las mismas madres testimonian. Incluso la Dra. Espinoza habla de “indiferencia” que es una forma de “falta de respeto” según la Dra.

Saber respetar, es una cualidad que existe en la mayoría del personal de salud pero que falta todavía fortalecer en otros. Y que además es de ida y vuelta, las madres usuarias también respetan al personal de salud.

Además, a partir de los testimonios compartidos, podemos decir hasta aquí que el respeto de parte del personal de salud a la madre, está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante y puérpera y el personal de salud, lo cual puede facilitar aún más el intercambio y el acompañamiento en LM, por ejemplo.

De lo que las madres comparten se aprecia fácilmente, que, entre los tres aspectos evaluados, sentirse “respetada” es lo mínimo que la mayoría de las madres esperan del personal de salud. En cambio, sentirse “valorada” es más visto como una consideración más especial, como dice la Sra. puérpera de su tercer hijo, del servicio C:

“Tanto como valorada no. Respetada si”.

Pero hay madres que, si se sienten valoradas, como La Sra. Vanessa:

“Si (me siento valorada) porque al menos estoy aquí, me han hecho mis análisis todo”.

La Sra. Liz también se siente valorada, ella dice:

“Si, porque me escuchan, me entienden mucho, mucho y me siento valorada por eso”. Sra. Liz.

Por su parte, la Sra. Mayte dice:

“¿Valorada? Si en su mayoría. Son muy poquitos los doctores que tienen ese... como se llama, como que no saben la situación que uno está pasando. Entonces, algunos si tienen ciertas cositas para que uno siga adelante, no pierda la fe que su bebé va a mejorar. Pero son muy pocos que no tienen cierto tino a la hora de decir las cosas”.

La Sra. Lizbeth por su lado, no se siente valorada:

“¿Valorada? No. Yo creo que ya han visto ya tantos casos, que ya, es una mamá más. Yo creo que en general son bastante fríos, no me siento valorada. Y el personal de salud en general. No puedo generalizar, cómo le digo”.

Estas dos madres lo primero que hicieron es cuestionar la pregunta ¿Valorada? La Sra. Mayte dice “si”, pero la Sra. Lizbeth dice “no” con incredulidad como si se tratara de una pregunta absurda. Porque la experiencia de estas dos madres es muy dura, ambas tienen sus bebés largamente internados en el INMP. Ellas han sentido muy de cerca la dureza y la frialdad de los informes médicos de sus hijos. Han tenido que endurecerse frente a tantas veces escuchar la palabra muerte.

Es necesario explicar que estas dos madres, viven una situación extrema como otras madres en el INMP, por tratarse de un Instituto de Referencia para casos de alto riesgo. Ellas nos comparten ese espacio donde ellas tienen que volverse autónomas e independientes, pero siempre respetando las reglas del servicio; ese espacio donde la prioridad es el bebé y prácticamente nadie las atiende a ellas

volviéndose invisibles. Y entonces frente a la pregunta ¿Ud. se siente valorada?, pues no había pregunta más lejana en ese momento que la palabra “valorada”.

Además, sabemos que experiencias tan duras y estresantes afectan negativamente la producción de leche materna de la madre. Por la misma razón, y sabiendo que estos casos no son excepciones en el INMP. Necesitamos preparar y proteger a esas madres del estrés que soportan y ofrecerles mayor contención para que su producción láctea no disminuya tan drásticamente, porque la leche materna es un argumento que ayuda al bebé a salir más rápidamente de la hospitalización y su dolencia y a una pronta recuperación. Pero, además, la LM es un arma poderosa de la madre para salir del dolor, de la depresión y del estrés.

Como comparte la Sra. Elita, cuyo bebé también está hospitalizado más de un mes, pero que no puede amamantar por una dificultad intestinal. La Sra. Elita se extrae y dona su leche al BLH del INMP para otros bebés prematuros. Ella cuenta:

“Si, (mi leche) lo dono a los bebitos que lo necesitan. A veces 100 (ml), no mucho, pero si le dejo, peor que mis senos se llenen y... Por eso mismo, todos los días estoy acá. Si, le dono a los bebitos porque me han dicho que lo dan a los bebés prematuros. Si, y eso ya me alegra porque hay muchos bebés que lo necesitan. Yo desde el momento que mi hijo se internó, días ya, desde ese día estoy. Mi hijo está sin leche, pero ya lo van a empezar desde mañana”.

La actitud de la Sra. Elita es bastante distinta, en toda su entrevista ella ha mostrado bastante optimismo y ha sido muy positiva en sus apreciaciones sobre el personal de salud. Ella no está amamantando directamente a su bebé, pero retirarse la leche y donar a otros bebés que lo necesitan, la pone alegre.

Las dos madres anteriores, Mayte y Lizbeth mencionaron que, si bien desean amamantar, su producción ha bajado tanto que ya no se retiran, simplemente amamantan directamente a sus bebés lo poco que puedan darle, según sus propias palabras. Es como si estuvieran desanimadas. Así cuenta la Sra. Mayte:

“Ahorita ya no estoy yendo (al Banco de Leche) porque como me sale poquito entonces, sólo le doy de lactar a mi hijita”.

O la Sra. Lizbeth también dice:

“Ahorita. Lo que mi bebé necesita es tomarlo de mi pecho. Que yo me extraiga complicado porque tengo muy poco. Yo quiero que mi bebé lo tome de mi pecho”.

Hasta aquí podemos decir que cuando las madres entrevistadas se sienten respetadas, valoradas y escuchadas, están diciendo de alguna manera que el trato del personal de salud si está permitiendo mejorar la interacción con la madre usuaria del INMP.

También nos interesa conocer el nivel de satisfacción de la madre gestante y púérpera por la atención recibida por parte del personal de salud; ya que sintetiza de alguna manera toda la experiencia vivida en los servicios del INMP y la calidad de interacción con el personal de salud. Eso nos interesa conocer más para convalidar con la información que hemos ido encontrando.

Tabla N° 4.15 : Satisfacción de la madre de la atención recibida por parte del personal de salud.

¿Satisfacción de la madre de la atención recibida?				
	Si	No	Más o menos	¿Por qué?
¿Se siente satisfecha de la atención recibida?	22	1	7	
Buena atención				7
Son amables/ buen trato				5
Información/orientación				4
Me han ayudado con LM				2
Buenos doctores, buenas enfermeras				2
Me monitorean, están preocupados por mi				2
Hay cierto mal trato/Mucho por mejorar, en el aspecto humano sobre todo				5
En el parto bien, pero en LM no he recibido apoyo				1
No del todo. Esperemos qué pasa.				1
No me han venido a ver				1
Total: 30 madres entrevistadas				

Fuente: Tabla elaborada por la investigadora.

En la tabla N° 4.15 se puede observar que a la pregunta realizada a las 30 madres entrevistadas ¿Ud. se siente satisfecha de la atención recibida?, 22 de ellas

dijeron que “sí”, 1 dijo que “no” y 7 dijo “más o menos”. Quiere decir que no encontramos con un nivel respetable de satisfacción frente a la atención recibida.

Cuando se le preguntó por las razones que sustentan su opinión, encontramos por orden de importancia lo siguiente: 7 mamás encuentran “buena atención”, 5 “son amables, buen trato”, 4 “brinda información y orientación”, 2 dicen “me han ayudado con la LM”, 2 dicen “buenos doctores/enfermeras”, 2 “me monitorean/se preocupan por mí”. Hasta aquí hemos visto, las razones positivas del acompañamiento que brinda el personal de salud.

Luego pasamos a las razones que son más cuestionadoras del trabajo del personal de salud: 5 dicen “hay cierto mal trato/mucho por mejorar en el aspecto humano”, 1 dice “en el parto bien, pero en lactancia materna no”, 1 “No del todo, esperemos qué pasa”, 1 “No me han venido a ver”.

En resumen, tenemos 22 madres que valoran positivamente el trabajo del personal de salud; en cambio, del otro lado, 8 madres lo cuestionan. Si ponemos en una balanza, siempre las razones positivas son más numerosas que el grupo de los cuestionamientos.

Es preocupante que 5 madres mencionen que existe maltrato y mucho por mejorar sobre todo en el aspecto humano. Si bien no es gran número, es importante conocer más de cerca qué está pasando con estas madres.

La Sra. Vanessa, gestante de su segundo hijo, ella está en pabellón C, preparándose para una cesárea para el día de mañana, ella cuenta:

“Yo no sé si es porque, es como te digo que hemos estado en emergencia, pero ahí sí como que son, no sé más déspotas, más duras para hablar. En Emergencia sí, pero ahorita acá hasta ahora las dos obstetras que me han visto, súper bien. De repente serán como te digo, estarán agotadas todo el día, pero no sé”.

La Sra. Elena puérpera de su segundo hijo, ella dice:

“Sí. Porque a mí me ha ido bien felizmente. A mí no me ha tocado así (se refiere de la Sra. de en frente de su cama, que fue gritoneada por la obstetra del servicio)”

La Sra. María Flor, puérpera de su segundo hijo y que, hasta ese momento, después de más 12 horas que está en la sala, ningún médico la ha venido a ver ni le han hablado de LM. Cuando habla de su nivel de satisfacción respecto al personal, ella dice.

“Si. En el parto si. Pero en el resto no he recibido nada”.

La Sra. Lizbeth, madre de su tercer hijo hospitalizado desde hace casi dos meses. Ella no está satisfecha de la atención recibida, dice:

“No, a un ciento por ciento. Justo porque pienso que hay muchas cosas que mejorar en el tema humano de los médicos, por ejemplo, médicos y enfermeras. Parece que ahí hay mucho que mejorar”.

La Sra. Lastenia, puérpera de su cuarto hijo, que nació ayer, pero ella no lo ha podido ver todavía, sólo le han dicho que está bien. La Sra. Lastenia no está muy satisfecha de la atención recibida y dice:

“Más o menos, no tanto. Porque veo que a mis compañeras no la atienden bien”.

La Sra. Gina, gestante dice respecto a la satisfacción de la atención recibida:

“No sé qué decirle. Hoy día nos ha tocado una doctora muy renegona. Era obstetriz. Muy renegona, da miedo preguntarle, da miedo decirle algo Debería ser más tratable. No sé, yo también tengo problemas, pero no tengo que pagar con otros. Ya da miedo preguntarle algo porque es renegonita. Con todas, algo renegonita. Está cansada de repente”.

La Sra. Nelly puérpera de su segundo hijo que quedó hospitalizado por ictericia. Ella dice con un tono de resignación:

“Bueno, al final si, por algo pasan las cosas no. ¿Por qué dice eso? Bueno, se quedó mi hijo acá (hospitalizado), de todas maneras, como si eso hubiese pasado eso en mi casa ¿qué hubiese hecho?”.

Pero hay muchas madres contentas que comparten su buena experiencia, como la Sra. Norelys, primeriza que dice:

“Si. ¿Por qué? Si en todo siempre me atendieron bien. Ah le di muchas gracias también a los doctores que me ayudaron bastante cuando yo fui a verlos”.

La Sra. Beatriz, madre puérpera de su primer bebé, ella dice:

“Si. Porque me han atendido bien. Me han dado mucha información que es bueno”.

La Sra. Madeleine, madre primeriza dice:

“Si desde que he llegado en la madrugada en Emergencia me han atendido bien”.

La Sra. Yani, gestante de su primer bebé dice estar satisfecha:

“Si. Por la calidez y no he visto lentitud. Es rápido. No te hacen demorar mucho. Tal vez porque vengo en la tarde”.

La Sra. Zoyla, madre primeriza dice:

“Si. Porque he aprendido bastante, todo lo que me han enseñado”.

Cuando se le pregunta a la Dra. Pediatra Neonatóloga Directora Ejecutiva de Neonatología miembro del CLM sobre la satisfacción de las madres frente a la atención del personal de salud, ella dice:

“Creo que expresa una satisfacción o refiere que fue una atención favorable. La mayoría de mamás que generalmente son entrevistadas, algunas se quejan lógicamente, algunas se quejan con razón y algunas se quejan sin razón. Pero la gran mayoría refiere que fue una atención favorable, del punto de vista integral”.

En la misma línea, la Dra. Espinoza presidenta del CLM dice:

“Muchas de ellas agradecidas, agradecidas, se muestran felices. Dicen, ay muchas gracias por haberme ayudado si no cómo me hubiera ido, ay le agradezco que ha venido una y después ha venido otra dice y ahora ya lo sé hacer bien, mire mi bebé ya está lactando, ya no me desespero porque ya me explicaron, ya mi

bebé sé que está comiendo, esa es la manera que ellas, agradecidas por completo y más confiadas se les ve más seguras. Si ya tengo mi bebé ya yo lo hago así, ya yo lo sé hacer dicen”.

La enfermera Isabel miembro del CLM, también opina en la misma línea, pero más centrada en el personal de enfermería, dice:

“Cuando nosotros les preguntamos a ellas (las mamás), satisfechas si porque nosotras del departamento de enfermería estábamos aplicando unos indicadores del trato, Trato Digno y eso era una de las preguntas que le hacíamos a las mamás, respecto a enfermería. Ya desde el año pasado. La mayoría nos contestaba “Satisfecha”.

Lo que se ha podido encontrar desde las entrevistas realizadas a las madres gestantes y puérperas, tenemos una diversidad de experiencias, pero en su mayoría, se consolida una opinión positiva de la atención del personal de salud, tal como lo señala los profesionales miembros del CLM. La mayoría de las madres se sienten satisfechas de la atención recibida por parte del personal de salud. También nos encontramos con madres que no habiendo recibido información en LM no se sienten satisfechas de la atención. A parte de ellas, también nos encontramos con madres que comparten casos o situaciones puntuales que están a contracorriente de lo que dice la mayoría de madres, donde ellas se han sentido agredidas, no respetadas, han sentido frialdad, poca humanidad de parte del médico, etc. Pero se trata de casos puntuales.

La Historia de los 8 Pañales:

Sin embargo, comparto la historia de los 8 pañales que nos cuenta la Sra. Norelys en su testimonio, cuando habla del sistema “traer pañales para entrar a visitar a su bebé en el servicio de intermedio”, veamos:

“Lo único es con lo de los pañales, hay personas a veces que no tiene y no pasan, si no le trae sus pañales a su bebé o a mí también me pasó, ya no tenía los 8, la señora me dijo no, que son 8 no puede ser menos, pero a veces uno no tiene. Eso deberían de tener, aunque sea un poquito más de consideración porque hay mamás que no tienen, o no tienen los 8 completos”.

¿Y qué pasa cuando una Sra. no trae los 8 pañales?

“A una señora le hicieron así. Tiene que traer... Yo creo que deberían, aunque sea dejarla ver porque es su hijo. A mí, una vez yo traje 5 y le dije a no, que no tengo más le dije, se me acabó el paquete. Estaba internada, a mí no me han venido a visitar porque yo soy venezolana y se la pasan trabajando incluso los domingos. Y ella me dejó pasar por los cinco, pero a la otra muchacha no, no tenía nada, no ella no tenía, no había traído nada creo que estaba internada, a lo mejor quiso venir a ver a su bebé y no sabía qué era lo que tenía que traer. No la dejó pasar la señora. Ahí habría que tener un poquito de consideración porque a veces uno no tiene, pero igualito uno necesita venir a ver a su bebé y saber cómo está, qué avanzó y cómo está, si está bien, si está mal. Si le van hacer esto, si le van hacer lo otro”.

El comentario de la Sra. Norelys, es muy importante porque habla de la consideración frente a las madres y sus bebés hospitalizados, ya sea que ellas estén hospitalizadas también o no. Se trata de la humanidad con el bebé que necesita de su madre y viceversa.

Como sabemos todas las evidencias científicas coinciden de la importancia del contacto físico entre el bebé y su madre o también llamado “contacto piel a piel”, y su pertinencia en la instalación del apego y de la LM. En consecuencia, una de las primeras recomendaciones es evitar todo cuanto sea posible la más mínima separación del bebé y su madre. Y si la separación se da por razones de hospitalización, se hará todo lo posible para que esta separación sea lo más corta posible y menos dolorosa.

En ese sentido, el comentario de la Sra. Norelys nos habla de dificultades que atentan contra la humanidad de personas, generadas por las propias reglas creadas con buena intención por el personal de salud para organizarse o para que las cosas funcionen mejor, pero que no toman en cuenta la integridad de los bebés y sus madres.

Con todo ello, podemos decir que un buen número de madres se muestran satisfechas del trato y la atención recibida por parte del personal de salud en el INMP. Al mismo tiempo encontramos algunas madres que no están satisfechas

del todo, porque no recibieron información ni apoyo en LM. Otras incluso llegan a cuestionar algunos aspectos encontrados en su paso por el INMP, donde ellas se han sentido agredidas, no respetadas, han sentido frialdad, poca humanidad del médico, etc. En esos casos, las madres claramente van a cuestionar esa situación, así como al profesional o personal de salud. Lo que si podemos constatar son evidencias que la satisfacción de parte de la madre, está permitiendo una mejora en la interacción entre el personal de salud y las madres.



CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

5.1 Sobre las capacitaciones ofrecidas al Personal de Salud del INMP en el marco de la Certificación ESAMNN, están desarrollando sus competencias y habilidades de comunicación para asegurar el apoyo adecuado a la madre gestante y puérpera.

5.1.1 Capacitaciones ofrecidas al Personal de Salud del INMP en el marco de la Certificación ESAMNN

1. Las evidencias demuestran que las capacitaciones dentro del Curso-Taller teórico-práctico de 20 horas, inscrito en el Paso 2 de los “10 Pasos para una lactancia exitosa”, en el marco de la Certificación ESAMNN y en concordancia con los demás componentes de la certificación, se constituye en un factor clave para la formación, actualización y afianzamiento de conocimientos teóricos-prácticos en LM y de habilidades de comunicación, lo cuales participan en el fortalecimiento de las competencias del personal de salud que permita mejorar las rutinas del personal en los servicios y la atención de las madres usuarias del INMP.

2. De acuerdo a la información aportada verbalmente por los miembros del CLM en las entrevistas, los cursos de capacitación en 2017 y 2018 fueron impartidos todos los meses y en 2019 se programaron cada tres meses pero se realizaron solo dos veces porque hubieron pocos inscritos debido a que cada vez hay menos personal que falta recibir la capacitación. Respecto al número de personal capacitado, la Dra. Espinoza presidenta del CLM dice que de los aproximadamente 2000 trabajadores del INMP, se ha capacitado entre el 2017 y 2019, a 1600 trabajadores, entre personal asistencial y administrativo, siendo la mayoría obstétrices, enfermeras y técnicas de enfermería, y en menor número los médicos.

3. Entre los temas que más interesan al personal de salud, están las técnicas de amamantamiento y así lo confirman los profesionales del CLM salvo la Dra. Hinojosa quien piensa que siendo un tema fundamental de la lactancia falta mucho para manejar de modo óptimo las técnicas de amamantamiento por parte del

personal de salud. La Dra. Espinoza piensa que es una experticia que necesita mucha práctica.

4. Una limitación que se observa del Curso-Taller es que el número de horas previsto es muy corto para lograr resultados importantes en la adquisición de competencias y destrezas del personal de salud frente a la LM. Lo cual les exige, además, realizar talleres focalizados de dos horas para atender temas específicos en los servicios puntuales del INMP que así lo necesitan.

5. Otra limitación que se evidencia es la poca participación médica, no llega ni al 10 %, como dice la Dra. Hinojosa al contrario de la alta participación del personal de enfermería, obstetras y técnico de enfermería. La poca participación del profesional médico puede ser explicado por sus múltiples actividades laborales fuera de la institución, aunque esto no sea cierto para todos, como el Gineco-Obstetra quien, contando con más tiempo disponible, al parecer se muestra poco comprometido con la LM.

6. La poca actualización del profesional médico en LM, lo obliga a delegar a otros profesionales de su equipo, responsabilidades que pueden ser asumidas por ellos. Lo cual frena la posibilidad de compartir un lenguaje común a favor de la LM entre todo el personal de salud, así como la instalación de nuevas dinámicas que facilitan la LM en los servicios.

7. Encontramos madres gestantes en el INMP que no reciben información oportuna sobre LM durante el embarazo. Lo cual evidencia las falencias en la Promoción de la LM durante el embarazo o también llamado Paso 3 de los 10 Pasos para una Lactancia Exitosa, que dice que todas las madres gestantes deben recibir información adecuada y oportuna en LM a modo de promoción y preparación a la lactancia, lo cual va a asegurar el éxito de la LM.

8. El contacto piel a piel en parto natural también llamado Paso 4 es altamente recomendado con el objetivo de asegurar el apego y una LM exitosa, pero casi ausente durante la cesárea en el INMP. Este es un pendiente importante en el INMP que mejoraría la cesárea haciéndola más humanizada y la instalación temprana de la lactancia.

9. Otra debilidad encontrada con frecuencia en el INMP, es la separación injustificada del bebé y su madre luego de haber realizado el contacto piel a piel; que atenta contra el vínculo afectivo entre el bebé y su madre y el éxito mismo de la LM.

10. Otro punto crítico es el manejo del Calostro para bebés prematuros, con el fin de fortalecer la inmunidad del bebé prematuro y proteger la producción láctea de la madre. Se realiza muy poco todavía en el INMP y la poca actualización del médico afecta fuertemente el fortalecimiento de esta estrategia. Pero se perfilan algunos avances importantes en este aspecto como la publicación de la Guía para la administración del calostro, con el respaldo del CLM que busca involucrar al resto de médicos y de esta manera avanzar de modo multidisciplinario y seguro.

11. El Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo – CNV permite constatar que la certificación ESAMNN de los establecimientos de salud durante 2018 y 2019 “han mejorado prácticas claves que aseguran la LM, así como la reducción de la Anemia”⁶⁴, específicamente cuando hablamos de lactancia precoz y corte tardío de cordón umbilical, sea en parto vaginal o cesárea. Sin embargo, el INMP presenta cifras bastante modestas en sus avances frente a los otros establecimientos de salud.

5.1.2 Desarrollo de las competencias y habilidades de comunicación en el Personal de Salud para asegurar el apoyo adecuado a la madre gestante o puérpera.

12. Todo el personal va mejorando ligeramente sus conocimientos, pero se hace más evidente especialmente con el personal técnico. Por su lado, el personal médico tiene una participación muy escasa en las capacitaciones, lo cual lo deja fuera de las últimas actualizaciones en LM.

13. Por otro lado, se puede apreciar que el personal de salud está mejorando y fortaleciendo de modo muy modesto, sus habilidades de comunicación y sus competencias que permiten un vínculo más estrecho con las madres gestantes y

⁶⁴ Fuente: Equipo Técnico de la Etapa de Vida Niño_DVICI-DGIESP/MINSA. Ayuda Memoria Certificación ESAMNN en la Protección y Promoción la Lactancia Materna

puérperas. Otras competencias que se van instalando también de a pocos, es la extracción de la leche materna, técnicas de amamantamiento, promoción y protección de la LM.

14. Los médicos del CLM hablan de una reducción del uso de sucedáneos de la leche materna en los servicios, el cual es un indicador importante para evaluar los avances alcanzados por un Establecimiento de Salud respetuoso de la DA para la Certificación de ESAMNN porque quiere decir que se prioriza la LM antes que otros sucedáneos de la leche materna.

5.1.3 Atención que recibe la madre gestante o puérpera por el personal de salud del INMP, a partir de las capacitaciones que recibió

15. Las madres entrevistadas encuentran adecuada la atención que les brinda el personal de salud del INMP y señalan como sus competencias más relevantes aquellas relacionadas a la “Calidad Humana” y las menos importantes las relacionadas a la “Calidad Profesional”, aunque hay bastante por trabajar.

16. También encontramos madres que tienen una perspectiva más crítica respecto a la atención que brinda el personal de salud y señalan características cuestionables del personal de salud, donde resaltan las del “Ámbito Humano”, como “mal trato, poca humanidad, te hablan mal, te dicen las cosas frías, poca paciencia, poca empatía”; luego exponen características que tocan el ámbito profesional como “poco profesionalismo, superficiales, no dan información”.

17. Las percepciones de las madres entrevistadas dejan ver también que las características del ámbito humano y las del ámbito profesional están interrelacionadas al momento de evaluar la calidad de atención del personal. No son excluyentes, están unidas y las madres lo valoran en conjunto, porque ese es el personal de salud que ellas necesitan en su paso por el INMP.

18. También encontramos personal de salud que menciona haber vivido mal trato de parte de otro personal de la institución. Personal de salud autocrítico y admite que el estrés es un factor en contra y puede afectar el buen trato hacia la madre. Personal de salud que menciona dificultades con las madres que vienen al servicio

y recomienda capacitaciones, pero para las madres. Y personal de salud que valora las competencias en comunicación que les ha brindado las capacitaciones y que le permite construir un vínculo amable con las madres usuarias del INMP.

5.2 La información y el apoyo práctico en LM brindado por el personal de salud a la madre gestante y puérpera, contribuye al mejoramiento de su experiencia en LM

5.2.1 La información en LM que brinda el personal de salud a la madre puérpera contribuye al mejoramiento de su experiencia en LM

19. La LM es altamente valorada por todas las madres entrevistadas quienes al mismo tiempo expresan su gran interés de amamantar a sus bebés y lograr una lactancia exitosa. Dentro de las razones que las madres arguyen, todos son beneficios para el bebé como alimentación, crecimiento y salud, mientras que nadie menciona beneficios para la madre. Lo cual deja ver un vacío que se necesita llenar resaltando el rol de la madre y los grandes beneficios de la LM para ella también.

20. La suma importancia de la LM evidenciada por las madres entrevistadas, reclama una participación de parte del personal de salud acorde a las expectativas de estas madres, es decir, un personal de salud capacitado y actualizado en LM, con manejo adecuado de habilidades de comunicación para ofrecer información y ayuda práctica en LM y asegurar el éxito de su LM y la de su bebé.

21. La mayoría de las madres entrevistadas, dice que la información recibida ha sido importante en la medida que les ha servido instalar con éxito su lactancia. También hemos encontrado algunas madres que no han recibido información, la mayoría de ellas, madres gestantes y también algunas pocas madres puérperas (madre delicada que no tenía su bebé consigo y otra madre que sólo recibió ayuda en LM en el parto y no más).

22. La mayoría de madres dicen recibir información en LM por parte del personal de salud entre una a dos veces al día, lo cual es bastante aceptable dentro de la poca disponibilidad de tiempo del personal frente a la alta demanda de usuarias. Estas madres confirman también la importancia de la información recibida por

parte del personal de salud porque les ha permitido aprender y reforzar conocimientos lo cual redundará en el éxito de su lactancia. Y todas las madres que recibieron información dicen haberlo puesto en práctica rápidamente, lo cual confirma su deseo de lograr su lactancia.

5.2.2 El apoyo práctico en LM que brinda el personal de salud a la madre gestante o puérpera contribuye al mejoramiento de su experiencia en LM

23. La mayoría de madres dicen haber recibido ayuda práctica por parte del personal, varias veces al día en la mayoría de casos. Dicen también que ésta ha sido importante, porque les ha permitido aprender nuevas cosas, ponerla en práctica y mejorar su lactancia.

24. También las madres dicen que el apoyo práctico que más necesitan en LM está dirigido más por el lado de lograr un buen agarre del bebé al pecho, aumentar producción, extraer más leche y cuidado canguro principalmente. Es decir, las madres quieren y buscan consolidar su lactancia. Todo esto, corrobora que el personal de salud y el apoyo práctico brindado en LM por ellos a la madre entrevistada, está contribuyendo en mejorar la experiencia de LM de la madre usuaria del INMP.

25. Seguimos encontrando madres que no recibieron apoyo práctico, las mismas madres que no recibieron información en lactancia. Encontramos también madres desatendidas o dejadas a su suerte cuyos bebés sufren hospitalizaciones largas en el establecimiento, lo cual ha afectado su estado emocional y su lactancia, ellas reciben muy poco acompañamiento, aspecto que se debe mejorar.

5.2.3 Mejoramiento de la LM de la madre a partir de la información y el apoyo práctico que recibió por parte del personal de salud

26. Encontramos madres puérperas que reciben apoyo práctico en LM luego del parto y un buen acompañamiento en general de su experiencia en lactancia, permitiéndoles asegurar y mejorar su experiencia de lactancia. Lo cual corrobora su aporte en el mejoramiento de su experiencia de lactancia.

27. También surgieron algunas falencias en el apoyo brindado; como viejos prejuicios, mal trato, discontinuidad en el apoyo, dejar por su cuenta a madres que tienen bebés hospitalizados largo tiempo en el establecimiento, entre los más importantes.

28. Además, los profesionales del CLM del INMP encuentran que las capacitaciones han permitido democratizar de alguna manera la LM, pasando de manos exclusivas del personal de neonatología como era antes, a una responsabilidad compartida y multidisciplinaria de todo el personal de salud de los diversos servicios del INMP.

5.3 Sobre la experiencia, las habilidades de comunicación y el trato ofrecido por el personal de salud, está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante y puérpera

5.3.1 La Experiencia en LM del Personal de Salud está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante y puérpera

29. Una mayoría modesta de madres entrevistadas las cuales son todas puérperas, tienen una percepción positiva de la experiencia de LM del personal de salud, lo cual muestra que estas madres hablan en base a su experiencia compartida con el personal de salud. Entre las razones más saltantes, tenemos, “te enseñan, te orientan”, “me ayudaron a amamantar”, “apoyo en extracción” y más.

30. También hay madres que piensan que es “regular” la experiencia en LM del personal, una madre puérpera dice que son pocos los que saben de lactancia, la otra madre próxima a una cesárea dice que no ha recibido información en lactancia, la otra madre gestante también dice haber recibido algo muy breve sobre lactancia. También encontramos madres que “no responde” porque no han recibido información de LM, muchas de ellas son madres gestantes.

31. Además, las madres dicen que hay personal de salud con mucha experticia y otros que tiene poca experiencia en LM. Son pocos los médicos que manejan bien el tema de la LM, delegando a veces o dejando de lado el tema. Esta situación,

no contribuye a mejorar la buena interacción entre las madres y el personal médico con poca experiencia en LM.

5.3.2 Las habilidades de comunicación del personal de salud, está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante y puérpera

32. En general encontramos un manejo aceptable de las habilidades de comunicación observadas por las madres en el personal de salud, donde “Explican bien/Hablan claro” es la habilidad comunicacional que manejan mejor según las madres entrevistadas. “Saber escuchar” es una habilidad muy importante y que las madres encuentran medianamente en el personal de salud. En cambio, cuando hablamos de “Son empáticos”, queda claro que es la habilidad menos presente en el personal de salud, según la opinión de las madres y que sin duda es la que más falta desarrollar.

33. También vemos que las madres encuentran la escucha como una competencia muy importante presente en la mayoría del personal de salud, y que les permite una mejor interacción entre el personal de salud y la madre. También encontramos madres que dicen que no todo el personal de salud sabe escuchar, algunos se dan la vuelta y se van.

34. También vemos claramente que la empatía es una de las habilidades menos presente en el personal de salud respecto a las otras mencionadas, según las madres entrevistadas. La ausencia o carencia de la empatía en casos específicos, es fuertemente observada y fuertemente reclamada particularmente por las madres que viven situaciones más delicadas. Son ellas que cuestionan la frialdad del médico al dar sus informes porque se centran en las cifras, datos, etc. y a veces son poco empáticos. Y esto afecta negativamente la buena interacción entre la madre y el profesional médico.

5.3.3 El trato ofrecido por parte del personal de salud, está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante y puérpera

35. En líneas generales, se puede decir que el personal de salud brinda un buen trato a las madres gestantes y puérperas que vienen al INMP y esto es reconocido por las mismas madres. Además, se puede apreciar que el buen trato si está

permitiendo mejorar la interacción entre el personal de salud y las madres como las madres lo describen.

36. Pero también, podemos encontrar casos puntuales donde el personal de salud ofrece mal trato, frialdad, brusquedad, indiferencia que describen algunas madres y corrobora la misma Dra. Espinoza y otros profesionales del CLM.

37. La mayoría de las madres entrevistadas se sienten en orden de importancia: respetadas, escuchadas y en menor medida valoradas por el personal de salud. Quieren decir que el personal de salud maneja mejor el respeto, luego la escucha y al final la valoración del otro.

38. Además, a partir de los testimonios compartidos, podemos decir hasta aquí que el respeto de parte del personal de salud a la madre, está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante y puérpera y el personal de salud, lo cual puede facilitar aún más el intercambio y el acompañamiento en LM, por ejemplo.

39. Un buen número de madres se muestran satisfechas del trato y la atención recibida por parte del personal de salud, lo cual está permitiendo una mejor interacción entre el personal de salud y las madres. También encontramos algunas madres que no están satisfechas porque no recibieron información ni apoyo en LM; así como también, un grupo pequeño de madres que van a cuestionar algunos aspectos encontrados a su paso por el INMP, donde ellas se han sentido agredidas, no respetadas, han sentido frialdad en el trato, poca humanidad del médico, etc.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

Sobre las capacitaciones ofrecidas al Personal de Salud del INMP en el marco de la Certificación ESAMNN, están desarrollando sus competencias y habilidades de comunicación para asegurar el apoyo adecuado a la madre gestante y puérpera.

6.1.1 Capacitaciones ofrecidas al Personal de Salud del INMP en el marco de la Certificación ESAMNN

- Se recomienda que el CLM del INMP siga desarrollando capacitaciones a modo de Curso-Taller en torno a la LM y poder llegar a todo el personal de salud. Ya que ha quedado demostrado que estas capacitaciones están permitiendo nuevos conocimientos y nuevas competencias en el personal de salud y poder hablar entre todos un lenguaje común a favor de la LM.
- Para que las capacitaciones brindadas por el CLM se correspondan con las particularidades y características específicas del INMP y del personal de salud que labora en él, se recomienda generar un espacio de trabajo fuera de las capacitaciones, para identificar y precisar los temas de su interés y las necesidades del personal de salud, y cómo impartirlos incluyendo espacios y horarios.
- Se recomienda continuar con los talleres focalizados en temas y servicios específicos que así lo requieran como extracción de leche humana, alojamiento conjunto, etc., estrategia del CLM del INMP, con el fin de consolidar competencias que las capacitaciones no pueden brindar por las pocas horas prácticas brindadas.
- Según el mismo personal de salud, se necesita incidir particularmente en las técnicas de amamantamiento por la experticia que estas técnicas exigen y por su extrema importancia para brindar un apoyo adecuado en LM a las madres usuarias del INMP.

- La participación médica en las capacitaciones es mínima, es necesario encontrar estrategias para involucrar al profesional médico en las actualizaciones en torno a la LM para adherir a las novedades y homogenizar información sobre LM.
- Fortalecer la Promoción de la LM durante el embarazo (Paso 3) y de esta manera disminuir a cero el número de madres gestantes que dan a luz sin recibir información sobre LM.
- Insistir en el contacto piel a piel (paso 4) en parto natural como parto por cesárea; para asegurar el vínculo afectivo madre-bebé y la instalación temprana de la LM.
- Se recomienda hacer los ajustes necesarios para disminuir el tiempo de desplazamiento del bebé y la madre luego del contacto piel a piel a la sala de alojamiento y evitar así el largo tiempo de separación incomprensible y poder proseguir con el alojamiento conjunto y asegurar la lactancia.
- Se recomienda insistir en el manejo de la Calostroterapia para responder a las necesidades del bebé prematuro y la madre, involucrando al profesional médico actualizado y comprometido con esta estrategia.

6.1.2 Desarrollo de las competencias y habilidades de comunicación en el Personal de Salud para asegurar el apoyo adecuado a la madre gestante o puérpera.

- Se recomienda seguir fortaleciendo el manejo de las competencias de habilidades de comunicación por parte del personal de salud, para asegurar un apoyo adecuado en LM a la madre gestante y puérpera. Así como generar un vínculo más cercano entre el personal de salud y las madres usuarias del INMP.
- Proponer espacios periódicos de compañerismo, intercambio y de escucha entre el personal de salud, que permita compartir dificultades y experiencias exitosas de interacción con las madres, para reconocer sus carencias, debilidades y fortalezas en la atención brindada a la madre, buscando enriquecer la experiencia compartida y desarrollar habilidades

de comunicación y competencias de calidad humana claves en la atención a las madres usuarias del INMP.

- Seguir contabilizando la prescripción de sucedáneos de la leche materna por parte del profesional médico en los servicios del INMP para incidir en su reducción e incrementar la promoción de la LM.

6.1.3 Atención que recibe la madre gestante o puérpera por el personal de salud del INMP, a partir de las capacitaciones que recibió

- Para brindar una atención adecuada con amplio manejo de competencias de “calidad humana” por parte del personal de salud que permita asegurar el éxito de la LM de las madres usuarias del INMP; se recomienda promover los talleres prácticos de habilidades de comunicación y los espacios de intercambio y enriquecimiento de experiencia compartida entre el personal de salud para desarrollar y/o fortalecer la habilidades de comunicación y competencias de calidad humana claves en la atención a las madres usuarias del INMP.
- Brindar espacios y/o mecanismos de fácil acceso a las madres para que ellas puedan manifestar o dejar constancia de sus principales inquietudes, dificultades y cuestionamientos sobre la atención brindada y las principales necesidades que ellas desean resolver o no han podido hacerlo.

Sobre la información y el apoyo práctico en LM brindado por el personal de salud a la madre gestante y puérpera, contribuye al mejoramiento de su experiencia en LM

6.2.1 La información en LM que brinda el personal de salud a la madre puérpera contribuye al mejoramiento de su experiencia en LM

- Empoderar a la madre, pasa por valorar su rol crucial en la experiencia de la LM y sus grandes beneficios para ella, de este modo se recomienda difundir con especial hincapié este punto al momento de ofrecer información a las madres sobre los beneficios de la LM.

- La valoración de la lactancia es muy alta por parte de las madres y vienen al establecimiento de salud con altas expectativas de asegurar con éxito la lactancia de su bebé, en ese sentido se recomienda a todo el personal de salud, de responder acorde a esas expectativas ofreciendo información actualizada y apoyo práctico con buen manejo de habilidades de comunicación.
- Personal de salud actualizado en LM para asegurar un buen aporte de información a la madre gestante o puérpera, que permita aprendizaje oportuno y poder facilitar la instalación de una lactancia exitosa.

6.2.2 El apoyo práctico en LM que brinda el personal de salud a la madre gestante o puérpera contribuye al mejoramiento de su experiencia en LM

- Las madres valoran el apoyo práctico recibido por parte de personal de salud porque les ha permitido instalar con éxito su LM, priorizando aquel apoyo que les permita un buen agarre del bebé al pecho, aumentar producción de leche, mayor extracción de leche y hacer cuidado canguro; para lo cual se recomienda al personal de salud un buen conocimiento de las técnicas de amamantamiento.
- No descuidar las madres gestantes o puérperas que aparentemente están amamantando muy bien. Se recomienda el apoyo práctico en LM brindado de modo general a todas las madres de la institución, y con mayor énfasis a las madres con grandes dificultades como aquellas cuyos bebés tienen hospitalizaciones muy largas en el establecimiento, lo cual ha afectado su estado emocional, así como su lactancia.

6.2.3 Mejoramiento de la LM de la madre a partir de la información y el apoyo práctico que recibió por parte del personal de salud

- Importante insistir con el apoyo práctico en lactancia después del parto y un buen acompañamiento en toda la lactancia de las madres puérperas para asegurar una mejora continua de la LM.

- La capacitación de 20 horas debe incorporar en sus contenidos los viejos prejuicios en torno a la LM que merodean los servicios del establecimiento de salud, sus efectos nocivos en la lactancia y cómo superarlos con información correcta.
- Se recomienda resaltar la importancia de la LM como un proyecto compartido y multidisciplinario de todos los que componen el personal de salud participan en el establecimiento de salud,

Sobre la experiencia, las habilidades de comunicación y el trato ofrecido por el personal de salud, está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante y puérpera

6.3.1 La Experiencia en LM del Personal de Salud está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante y puérpera

- Se recomienda fomentar en todo el personal de salud, incluyendo al personal médico, su participación en las capacitaciones sobre LM y los talleres focalizados para fortalecer su experiencia en LM que permita una mejor interacción con la madre gestante y puérpera.
- Necesitamos generalizar la buena experiencia, que todos hablen el mismo idioma de la lactancia sin importar su profesión.
- Se debe asegurar que todas las madres gestantes, aunque vengan por emergencia en casos críticos, reciban información adecuada que pueda asegurar la lactancia de su bebé en sus primeros días y fortalecer su confianza en la lactancia.

6.3.2 Las habilidades de comunicación del personal de salud, está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante y puérpera

- Para consolidar una mejor interacción con las madres usuarias del INMP, se recomienda incentivar las buenas competencias comunicativas presentes en el personal como el “explicar bien/hablar claro” y “saber escuchar” y particularmente la empatía, que se aprecia como la

competencia más ausente pero la más reclamada por las madres cuyos bebés sufren situaciones extremas y tienen en frente al profesional médico que muchas veces hace poco manejo de la empatía.

6.3.3 El trato ofrecido por parte del personal de salud, está permitiendo una mejor interacción con la madre gestante y puérpera

- El trato del personal de salud es bueno, pero no es generalizado, todavía hay falencias identificadas por las usuarias que es necesario mejorar; para lo cual se sugiere recordar permanentemente al personal de salud que una atención adecuada de la madre usuaria va de la mano con un buen trato; lo cual permite una mejor interacción con la madre gestante y puérpera.
- En los espacios periódicos de intercambio y de escucha creados expresamente para el acompañamiento del personal de salud, se recomienda seguir trabajando el fortalecimiento de las habilidades de comunicación y las competencias del personal de salud en el ámbito de calidad humana que permita ofrecer un trato más humano de parte del personal de salud frente a las madres usuarias del establecimiento de salud y que facilite una interacción más estrecha entre ambos.

CAPÍTULO VII

PROPUESTA DE MEJORA

“IMPLEMENTACIÓN DE ESPACIOS DE ACOMPAÑAMIENTO, SENSIBILIZACIÓN Y EMPODERAMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD A PARTIR DE SU EXPERIENCIA DE ATENCIÓN OFRECIDA A MADRES USUARIAS DEL INMP”

7.1 Objetivo General

Promover el desarrollo personal y las habilidades Interpersonales y de comunicación del Personal de Salud a partir de la vivencia, interacción y reflexión de su experiencia de atención a las madres usuarias del INMP que les permita identificarse y empoderarse como actores claves para el éxito de la lactancia materna de las madres usuarias del INMP y ayude a mejorar la calidad y calidez de la misma.

7.2 Prioridades

7.2.1 Entender que, para ofrecer una atención adecuada en salud a las madres usuarias del INMP, con buen manejo de habilidades de comunicación, buen trato y competencias de calidad humana, es necesario que el personal de salud haya atendido y desarrollado sus propias competencias y habilidades personales y sociales.

Acciones:

- Sensibilización sobre la importancia del desarrollo de habilidades de comunicación, el buen trato y las competencias de calidad humana en la vida personal y profesional del personal de salud.
- Talleres con Metodología Vivencial de autoconocimiento, auto-escucha y autoestima, bajo la dirección de un profesional capacitado; que les permita empoderarse en su desempeño como personal de salud que atiende madres usuarias del INMP.
- Instalar espacios grupales de autocuidado y cuidado entre pares, donde se pueda compartir y reconocer las necesidades emocionales y de

escucha que trae consigo el personal de salud y su impacto en la vida personal y profesional.

7.2.2 Identificar las competencias interpersonales y habilidades de comunicación del personal de salud que intervienen en la atención de las madres usuarias para asegurar el éxito de su lactancia y para fortalecer el trabajo colaborativo frente a la lactancia.

Acciones:

- Dinámicas de grupo que permita al personal de salud, de identificar y empoderarse de las competencias de comunicación y habilidades interpersonales presentes en el momento de ofrecer una atención de calidad y de calidez a las madres usuarias del INMP frente al éxito de su lactancia.
- Identificar las competencias interpersonales y habilidades de comunicación presentes en el personal de salud, así como las carencias y las necesidades de mejoras según los testimonios de las madres entrevistadas (Cuadro 4.2) y de otros profesionales de salud.
- Generar espacios participativos de intercambio entre el personal de salud para fortalecer las competencias interpersonales y habilidades de comunicación reconocidas y valoradas por las madres usuarias y las que falta desarrollar. (Tomar en cuenta la ruta de trabajo para el desarrollo de competencias y habilidades de comunicación del personal de salud cuadro 7.1 según las madres usuarias)
- Promover y valorar el trabajo en equipo y el lenguaje común frente a la promoción y protección de la lactancia materna.

7.2.3 Promover el desarrollo personal y las habilidades interpersonales del personal de salud frente al acompañamiento de la lactancia, a través de la interacción y reflexión de experiencias, situaciones, técnicas y estrategias, que les ayuden a mejorar su desempeño frente al éxito de la LM de las madres usuarias del INMP. Lo que las madres piden es mayor interacción con el personal de salud frente a su experiencia de lactancia.

Acciones:

- Crear espacios permanentes de intercambio y reflexión sobre situaciones difíciles en lactancia frente a la atención a las madres:

Situaciones difíciles más comunes, técnicas y estrategias útiles para resolver dificultades y habilidades de comunicación pertinentes.

- Talleres vivenciales para desarrollar la escucha empática frente a las madres usuarias: “¿Qué dicen las madres usuarias respecto a su bebé y su lactancia? ¿Qué dicen del trato recibido por parte del personal de salud? ¿Cómo lo dicen? ¿Están contentas o no? ¿Qué más puede ayudar? (pautas del cuadro 7.1)
- Talleres vivenciales de empoderamiento del personal de salud en su rol de acompañamiento a las madres usuarias en su experiencia de lactancia, que permita profundizar habilidades interpersonales que redunden en una atención de calidad y calidez: la escucha, la empatía, el respeto y el buen trato.
- Practican técnicas y estrategias que fortalecen las competencias interpersonales y las habilidades de comunicación para mejorar la calidad y calidez de la atención y el buen trato de las madres usuarias para lograr con éxito su lactancia.
- Apuntar a una mayor interacción entre las madres y el personal de salud frente al acompañamiento de la experiencia de lactancia de las madres usuarias del INMP.

7.3 Enfoques transversales

La presente propuesta para desarrollar espacios de acompañamiento y sensibilización del personal de salud, se enmarca en los siguientes enfoques de desarrollo: Enfoque de Desarrollo Humano, Enfoque de Desarrollo Personal de Daniel Goleman y Enfoque de Empoderamiento.

7.3.1 Enfoque de Desarrollo Humano

El presente enfoque se centra en el concepto de Desarrollo Humano elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD desde 1990; donde coloca a la persona humana y el desarrollo de sus capacidades en el centro de las prioridades, dejando en segundo lugar el desarrollo económico de las naciones.

El desarrollo humano apunta por construir las condiciones para que las personas puedan desplegar sus capacidades y encontrar una calidad de vida acorde a su elección y lo que ellos valoran importante. Esto implica, trabajar por generar las oportunidades para que todas las personas puedan lograr sus aspiraciones y alcanzar una calidad de vida.

2.1.5 Enfoque de Desarrollo Personal

En esta misma línea, es pertinente conectar con Daniel Goleman cuando habla de **la Inteligencia Emocional**⁶⁵ como “la inteligencia más allá de los aspectos cognitivos, tales como la memoria y resolver problemas”. Se trata de gestionar y desplegar las capacidades humanas que Goleman organiza en cuatro dimensiones : **la autoconciencia emocional**, una manera de estar en conexión fluida con las emociones y valores que nos definen; **la automotivación**, es la fuerza interior que nos permite orientarnos hacia nuestras metas; **la empatía**, es la capacidad humana de conectarnos con los demás desde sus emociones; y **las habilidades sociales** como la escucha, la comunicación asertiva, la forma en que nos relacionarnos con los demás, de manejar los conflictos y las dificultades. **La inteligencia emocional**, tal como la entiende Goleman, será la flexibilidad con la que podemos manejar estas cuatro dimensiones. Sabiendo que todas las capacidades humanas, son factibles de ser aprendidas, ejercitadas y desarrolladas a su plenitud tal como puede ocurrir con las actividades deportivas. Es decir, entrando en el ámbito de la epigenética, nos abre las puertas a la posibilidad de cambio, de resiliencia de alguna manera, de ser sujetos y autores de nuestra propia vida. Para sacudirnos de la resignación y de la depresión de aquel que se cree objeto de la mala suerte.

7.3.2 Enfoque de Empoderamiento

Empoderamiento es “Apropiarse o reapropiarse de su poder”, según el psicólogo norteamericano Julian Rappaport quien introduce este concepto en el trabajo social y la psiquiatría social. Lo cual implica un proceso que puede ir más allá del trabajo personal como sigue diciendo el autor:

⁶⁵ Daniel Goleman, Inteligencia emocional (1995), Inteligencia social (2006).

"El empoderamiento es visto como un proceso: el mecanismo por el cual las personas, las organizaciones y las comunidades adquieren dominio sobre sus vidas"⁶⁶.

Lo más saltante en el "empoderamiento" es la relación entre el esfuerzo y los logros alcanzados, como dice David Mechanic:

"El empoderamiento puede verse como un proceso en el que los individuos aprenden a ver una correspondencia más estrecha entre sus objetivos y un sentido de cómo alcanzarlos, y una relación entre sus esfuerzos y los resultados de la vida"⁶⁷.

En ese sentido, el empoderamiento pone el acento en la capacidad de actuar del individuo o del grupo, y su implicancia de que sea capaz de manejar el desarrollo de este proceso para control de su propia vida y en la búsqueda de objetivos determinados como la transformación de contextos difíciles. Marc Zimmerman se ha dedicado a investigar al respecto y sostiene que:

"Un enfoque de empoderamiento va más allá de mejorar los aspectos negativos de una situación al buscar aquellos que son positivos. Por lo tanto, mejorar el bienestar en lugar de solucionar los problemas, identificar las fortalezas en lugar de catalogar los factores de riesgo y buscar influencias ambientales en lugar de culpar a las víctimas"⁶⁸.

Esta forma de entender el empoderamiento según Zimmerman, también redefine el rol de los expertos que intervienen en una realidad y que buscan ayudar a personas de modo vertical y unidireccional. "Un enfoque de empoderamiento reemplaza términos como "cliente" y "experto" con "participante" y "colaborador".

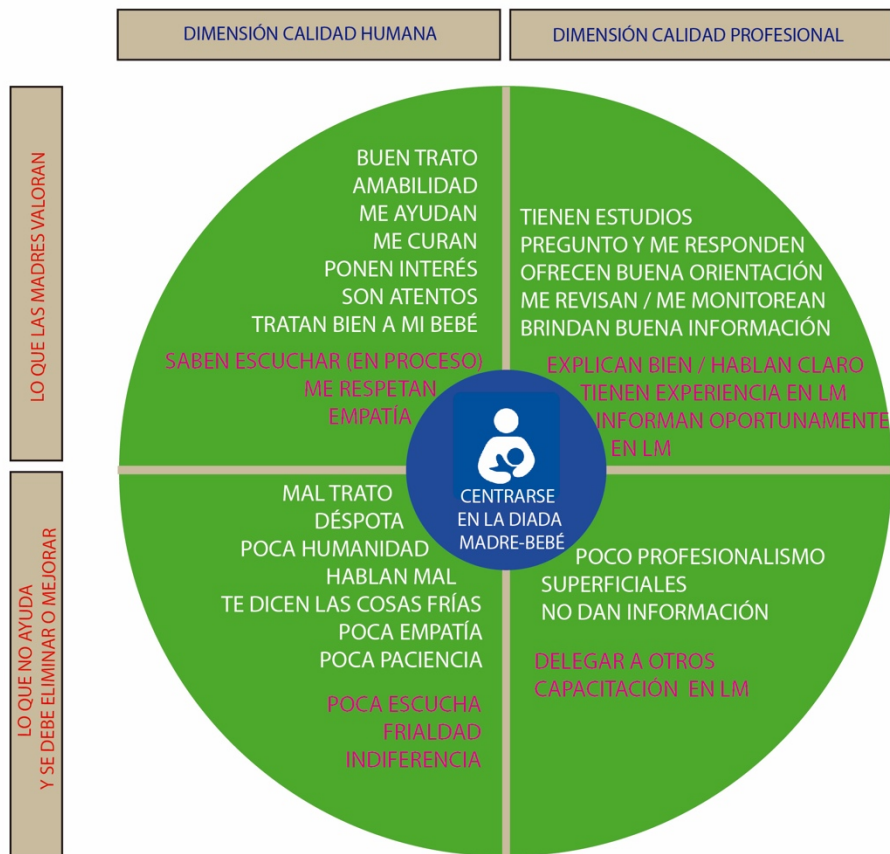
⁶⁶ Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, 3, 1-7.

⁶⁷ Mechanic, D. (1991, February). Adolescents at risk: New directions. Paper presented at the Seventh Annual Conference on Health Policy. Cornell University, Medical College.

⁶⁸ Marc A. Zimmerman, Empowerment theory: Psychological, organizational and Community Levels of Analysis

Cuadro N° 7.1 : Ruta sobre el Desarrollo de Habilidades y Competencias del Personal de Salud

HABILIDADES Y COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE SALUD QUE NECESITAN LAS MADRES ENTREVISTADAS



MAYOR INTERACCIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LA MADRE

Fuente: Cuadro elaborado por la investigadora en base a los testimonios de las madres entrevistadas.

BIBLIOGRAFIA

BARROS FC et al

1995b The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a birth cohort study. *Acta Paediatrica*, 84:1221-1226

BOATIN, AA et al.

2018 Within country inequalities in caesarean section rates: observational study of 72 low and middle income countries *British Medical Journal* 2018; 360:k55

Cada Bebé es un Nuevo Comienzo

La Liga de La Leche Latinoamérica

Santa Fé de Bogotá, Colombia. Vol. 16 N° 3. Julio –Septiembre 2004.

CARRASCO, Nair Nut. IBCLC y Sarah VEGA Dra. IBCLC

Evaluación de la Situación de la Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en el Perú – 2001.

Proyecto Linkages AED / Washington DC. USAID / Perú. Red Peruana de Lactancia Materna. 2da. Edición. Lima, Perú, 2003

Crecimiento del Mercado de Sucedáneos de la Leche Materna en el Perú en Nuevos Soles

2014. Observatorio de Medicamentos DIGEMID, realizado por IMS HEALTH

DILLAWAY Heather E. PhD. Mari E. Douma, DO

2004 Are Pediatric Offices “Supportive” of Breastfeeding? Discrepancies between Mothers’ and Healthcare Professionals’ Reports

Clinical Pediatrics, June, 1, 2004;43:417-430

FAO

2010 Mejorar las prácticas de apoyo de la FAO al Fortalecimiento de las Capacidades de los Países miembros. MA1 Módulo de Aprendizaje. FAO Fortalecimiento de las Capacidades. FAO 2010. Pag. 9

<http://www.fao.org/3/a-i1998s.pdf>

GARNER Christine D.

Stephannie L. Ratcliff, Lorelei L. Thornburg, Elaine Wethington, Cynthia R. Howard, and Kathleen M. Rasmussen

2016 Discontinuity of Breastfeeding Care: "There's No Captain of the ship"

BREASTFEEDING MEDICINE Volume 11, Number 1, 2016 a Mary Ann Liebert, Inc. DOI: 10.1089/bfm.2015.0142

GOLEMAN, Daniel

Inteligencia emocional (1995), Inteligencia social (2006).

GONZÁLEZ, Carlos

Manual Práctico de Lactancia Materna. ACPAM 2016, 3ra Edición.

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Boletín Estadístico 2018

Oficina de Estadística e Informática

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Indicadores Hospitalarios INMP 2019 Total.

Número total de cesáreas realizadas y Número total de partos atendidos.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

Encuesta Nacional de Demografía y de Salud Familiar. ENDES-INEI. Perú, 2010, 2012, 2014, 2016 y 2018

JEFFREY R. Alberts

1994 Learning as adaptation of the infant. Acta Paediatrica. Nurturing the Child. Jun 1994 Volume 83, Issue s397

Ley General de Salud

Ley N° 26842. 1997

Los 10 Pasos para una Lactancia Feliz. Paso 3. Información a las gestantes. DA N° 201-MINSA/DGSP V.01 DA para la Certificación de ESAMNN R.M. N° 609 – 2014/MINSA

MALERBA, Ma. Cristina

Uso de Calostro como Terapia Inmunológica en Recién Nacidos Prematuros

FUNDASAMIN. Enfermería Neonatal N° 25. Diciembre 2017

MCKENNA, Kathleen M. MPH, and Rani T. Shankar, CNM

The practice of prelacteal feeding to newborns among Hindu and Muslim families.

J. Midwifery Womens Health, 2009. 54(1): p. 78-81

MECHANIC, David

1991 Adolescents at risk: New directions.

Paper presented at the Seventh Annual Conference on Health Policy.

Cornell University, Medical College.

MINSA

2010 Resolución Ministerial N° 504-2010 MINSA. Lima, 22 de junio del 2010.

Reglamento de Organización y Funciones del INMP

MINSA

DA N° 201-MINSA/DGSP V.01. Directiva administrativa para la Certificación de Establecimientos de salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño.

R.M. N° 609-2014/MINSA 2014

MINSA

Los instrumentos para la certificación ESAMNN

RM N° 353-2016-MINSA 2016

MINSA

Norma Técnica de Salud para la Implementación, Funcionamiento y Promoción de BLH en el Perú NTS N° 152-MINSA/2019/DGIESP

MINSA, UNICEF,

Curso Taller, Promoción y Protección de la LM en Establecimiento de Salud Amigos de la Madre y el Niño. 1ra edición, 2009, Lima.

MORTENSEN Erik Lykke

Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM.

2002 The association between duration of breastfeeding and adult intelligence.
Journal of the American Medical Association 2002;287(22):2365–2371.

NUSSBAUM M.C.

2012 Capabilités. Comment créer les conditions d'un monde plus juste ?
Paris, Flammarion

OJO-OKUNOLA, Anna. Nicol, M. & du Toit, E.

2018. Human Breast Milk Bacteriome in Health and Disease. Nutrients, 10(1643),
pp. 1-13

ORGANIZACIÓN DE COOPERACIÓN Y DE DESARROLLO ECONÓMICO

2006 The Challenge of Capacity Development: Working towards good practice

ORGANIZACIÓN DE COOPERACIÓN Y DE DESARROLLO ECONÓMICO

“El desafío del desarrollo de capacidades: hacia mejores prácticas”

OMS

Salud Familiar y Reproductiva. División de Salud y Desarrollo del Niño. Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. WHO/CHD/98.9 Ginebra 1998.

OMS

1981 Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

AMS N° 34 de la OMS

OMS

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

OMS/UNICEF

1991 Iniciativa Hospital Amigo del Niño

OMS/UNICEF

The Innocenti Declaration at the WHO/UNICEF policymakers' meeting on "Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative, held at the Spedale degli Innocenti, Florence, Italy, on 30 July - 1 August 1990.

OMS/UNICEF

Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised, updated and expanded for integrated care. Geneva: World Health Organization, 2009.

OMS/UNICEF

Protecting, Promoting and Supporting Breast-Feeding. The Special Role of Maternity Services. Geneva 1989

OMS/UNICEF

2014 Every Newborn: An action plan to end preventable deaths, OMS, Ginebra.

PNUD

Desarrollo Humano. Objetivos. México

https://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/ourwork/povertyreduction/in_d_ept/desarrollo-humano.html

PNUD

17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, 2015

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/>

POTVIN, Maryse

2014, Diversité Ethnique et Éducation Inclusive : Fondements et Perspectives. « Éducation et sociétés » 2014/1 n° 33/ pages 185 à 202. Québec, Canadá,

RAPPAPORT, Julian

1984 Studies in empowerment: Introduction to the issue.

Prevention in Human Services, 3, 1-7.

ROLLINS Nigel C.

Nita Bhandari, Nemat Hajeebhoy, Susan Horton, Chessa Lutter K, Jose C Martines, Ellen G Piwoz, Linda M Richter, Cesar G Victora,
2016 Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practice?
Grupo de la serie de LM Lancet

SMITH, Emily R, et al.
2017 Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE, vol. 12, no. 7, 25 de Julio 2017.

TRONTO, Jean
2009 Un Monde Vulnérable. Pour une politique du care.
Éditions La Découverte. 9 bis, rue Abel-Hovelacque. Paris XIII

UNICEF
Los bebés y las madres del mundo sufren los efectos de la falta de inversión en la LM Comunicado de Prensa UNICEF Agosto 2017
<https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/los-beb%C3%A9s-y-las-madres-del-mundo-sufren-los-efectos-de-la-falta-de-inversi%C3%B3n-en>

UNICEF
<https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/por-que-son-importantes>

UNICEF
2018 Bases mundiales de datos

UNICEF/OMS
Capturar el Momento. Inicio temprano de la LM: El mejor comienzo para cada recién nacido. Julio 2018

UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia,
Breastfeeding, a mother's gift for every child, Nueva York, 2018

UNICEF, Maternal and Newborn Health, Delivery Care,
<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>
consultado el 13 julio 2018

VAHLQUIST B. Introducción. Patrones contemporáneos de la lactancia materna
Informe del Estudio Colaborativo de la OMS sobre la LM.
Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1981

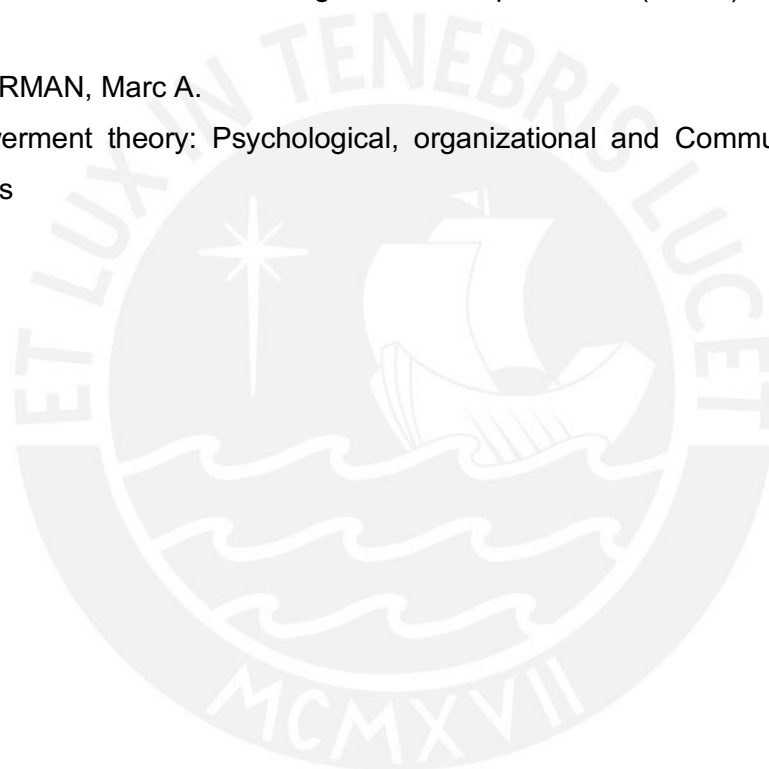
VICTORA, César

Bahl, A. Barros, G.V.A Franca, S. Horton, J. Krasevec, S. Murch, M. J. Sankar, N.
Walker, and N. C. Rollins.

2016 Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms and Lifelong
Effect. The Lancet Breastfeeding Series Group vol. 387, (10017):475-490

ZIMMERMAN, Marc A.

Empowerment theory: Psychological, organizational and Community Levels of
Analysis



ANEXOS:

Tabla : Plan de Trabajo y Cronograma

Plan de Trabajo y Cronograma									
ETAPAS Y TAREAS	2019				2020				
	SET	OCT	NOV	DIC	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Redacción de Plan de Tesis, Objetivos e Instrumentos	X								
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN									
Prueba piloto		X							
Aplicación de instrumentos		X	X						
Transcripción de las entrevistas				X	X				
Ordenamiento de la información recolectada						X			
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS									
Procesamiento de la información						X			
Triangulación y análisis							X		
REDACCIÓN									
Versión preliminar de análisis							X	X	
Versión final									X

INSTRUMENTO DIRIGIDO A LA MADRE GESTANTE O PUERPERA

I. Perfil del Entrevistado:

Edad:

Grado de instrucción : Primaria () Secundaria () Superior ()

Lugar de residencia (Distrito) :

Razones por las cuales viene a atenderse al INMP :

.....

Situación : Gestante () Puérpera ()

Número de embarazo o hijo :

Tipo de parto:

Hizo contacto piel a piel.

Horas de nacido del bebé :

Bebé hospitalizado: Si () No ()

Si es si ¿Por que?, ¿En qué servicio? ¿Tiempo de hospitalización?

.....

II. Las capacitaciones ofrecidas desde la ESAMNN al personal de salud, sus competencias y habilidades de comunicación y el apoyo adecuado a la madre gestante o puérpera.

1.- ¿Usted siente que el personal de salud está capacitado para atenderla adecuadamente?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

2.- La Lactancia materna para usted es:

Muy Importante	Importante	Poco Importante	Nada Importante	No Sabe / No opina
¿Por qué?				

3.- ¿Cómo es el trato o la intervención del personal de salud cuando la atiende?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	No sabe/ No opina
¿Por qué?				

4.- ¿Usted siente que el personal de salud pone interés en lo que usted le comparte?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

5.- ¿Usted siente que el personal de salud le escucha?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

6.- ¿Luego de que el personal de salud la escucha, la información que le ofrece, satisface el interés que usted tenía?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

7.- ¿Cómo la trata o interviene el personal de salud?

.....

8.- ¿Cuándo el personal de salud le trasmite o le informa sobre algo, es claro, se deja entender?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		
¿En todos los temas?		
Si	No	No Sabe / No Opina
¿En qué temas especialmente?		

9.- ¿El personal de salud está disponible para cuando usted necesita ayuda?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

10.- ¿Ha recibido ayuda para amamantar en otro momento fuera del nacimiento de su bebé?

Si	No	No Sabe / No Opina
Si es si ¿Cuánto tiempo después del parto se le ofreció la ayuda?		

11.- ¿Cree usted que la lactancia natural es una forma de crear un vínculo afectivo con su bebé?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

12.- ¿Usted comparte con otra persona sobre la información que recibe?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

13.- ¿La información quedó clara para todos?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

14.- Cuando usted dio a luz a su bebé, ¿le insistieron sobre la lactancia materna?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Sabe por qué?		

III. La información y el apoyo practico que brinda el personal de salud a la madre gestante o puérpera y el aporte a su experiencia de lactancia materna

15.- ¿Qué tipo de información recibe usted?

Madre gestante	Madre puérpera	No sabe / No recuerda
Tipo de información recibida:	Tipo de información recibida	

16.- ¿Con qué frecuencia recibe usted información por parte del personal de salud?

Madre gestante	Madre puérpera	No sabe / No recuerda

17.- ¿La información que le brinda el personal de salud, es interesante o importante para usted?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

18.- ¿La información que le brinda el personal de salud, ha podido ponerla en práctica?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Cómo?		

19.- ¿Qué tipo de apoyo práctico ha recibido de parte del personal de salud?

A la madre gestante	A la madre puérpera	No sabe / No recuerda
Tipo de apoyo práctico:	Tipo de apoyo práctico:	

20.- ¿Qué tipo de apoyo práctico es la que usted más necesita?

Madre gestante	A la madre puérpera	No sabe / No recuerda
Tipo de apoyo práctico:	Tipo de apoyo práctico:	

21.- ¿El apoyo práctico que recibe, usted lo pone en práctica?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Cómo?		

22.- ¿Con qué frecuencia usted recibe apoyo práctico por parte del personal de salud?

Madre gestante	Madre puérpera	No sabe / No recuerda

23.- ¿Es pertinente o interesante el apoyo práctico recibido?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

IV. La experiencia, las habilidades de comunicación y el trato ofrecido por el personal de salud, y la calidad de la interacción con la madre gestante o puérpera.

24.- ¿Cómo calificaría la experiencia del personal de salud, en torno a la Lactancia Materna?

Muy Buena	Buena	Regular	Mala	No Sabe/No Opina
¿Por qué?				

25.- Ud. percibe que el personal de salud debe mejorar su conocimiento sobre lactancia materna o es suficiente con lo que le brindan?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

26.- ¿Ud. se siente cómoda cuando el personal de salud le brinda información sobre lactancia materna?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

27.- ¿Cómo calificaría el trato del personal de salud?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	No Sabe/No Opina
¿Por qué?				

--

28.- ¿Qué habilidades de comunicación manejan mejor el personal de salud?

.....

.....

.....

29.- ¿Usted se siente valorada por el personal de salud?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

30.- ¿Usted se siente escuchada por el personal de salud?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

31.- ¿Usted se siente respetada por el personal de salud?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

32.- ¿Usted se siente acompañada por el personal de salud en su experiencia de lactancia?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

33.- ¿Usted se siente satisfecha de la atención recibida?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

34. Algún comentario o sugerencia adicional:

.....

.....

INTRUMENTO DIRIGIDO AL PERSONAL DE SALUD

I. Perfil del Entrevistado:

Edad: Sexo: F..... M.....
Grado de instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()
Universidad o Centro de Estudios:
.....
Cargo que desempeña:
.....
Razones por las cuales decidió trabajar en el INMP:
.....
Servicio donde trabaja:
Razones por las cuales trabaja en este servicio:
.....

II. Las capacitaciones ofrecidas al personal de salud dentro del proceso de la Certificación ESAMNN, sus competencias y habilidades de comunicación y el apoyo adecuado a la madre gestante o puérpera

1.- ¿Usted ha recibido capacitación para atender adecuadamente a la madre gestante o puérpera?
.....

2.- ¿En qué temas ha recibido la capacitación?
.....

3.- ¿Qué opinión tiene usted sobre la lactancia materna?
.....

4.- ¿Con qué frecuencia recibió usted capacitación?

Una vez al mes	Cada 2 meses	Cada 4 meses	Otro	No Sabe/ No Opina
----------------	--------------	--------------	------	----------------------

¿Sabe usted por qué razones se da con esa frecuencia?
.....

5.- De todos los temas recibidos ¿Cuáles fueron los que más les interesa?

.....
.....

6.- De todos los temas recibidos, ¿cuáles fueron los más importantes para usted?

.....
.....

7.- De todos los temas recibidos, ¿cuáles son los que más pone en práctica?

.....
.....

8.- ¿Qué competencias siente usted que ha desarrollado a partir de las capacitaciones recibidas?

.....
.....

9.- ¿Qué temas piensa usted que falta tratar en las capacitaciones brindadas?

.....
.....

10.- ¿Con las capacitaciones recibidas, siente que ha mejorado sus habilidades de comunicación?

Si	No	No Sabe/No Opina
¿Cómo han mejorado?		

11.- ¿Cuál o cuáles siente usted que son las principales necesidades de las madres gestantes y puérperas?

.....
.....

12.- ¿Con qué tanta disponibilidad de tiempo cuenta usted para atender a los requerimientos de la madre gestante o puérpera?

.....
.....

III. La información y el apoyo práctico que brinda el personal de salud a la madre gestante o puérpera y su aporte en la lactancia materna

13.- ¿Qué tipo de información brinda usted a la madre?

A la madre gestante	A la madre puérpera	No Sabe/No Opina
Tipo de información:	Tipo de información:	

14.- ¿Se puede comprobar si la información que brinda a la madre gestante o puérpera es puesta en práctica?

Si	No	No Sabe/No Opina
¿Cómo?		

15.- ¿Con qué frecuencia brinda usted información a la madre?

Madre gestante	Madre puérpera	No sabe/No Opina

16.- ¿Usted percibe que la madre gestante o puérpera siente interés sobre la información que usted le brinda?

Si	No	No Sabe/No Opina
¿Cómo?		

17.- ¿Usted percibe que la madre gestante o puérpera valora la lactancia materna?

Si	No	No Sabe/No Opina
¿Por qué?		

18.- ¿Qué tipo de apoyo práctico brinda usted a la madre?

A la madre gestante	A la madre puérpera	No sabe /No recuerda
Tipo de apoyo práctico:	Tipo de apoyo práctico:	

19.- De todo el apoyo práctico que usted brinda a la madre, ¿cuál es lo que más le piden?

A la madre gestante	A la madre puérpera	No sabe /No recuerda
Tipo de apoyo práctico:	Tipo de apoyo práctico:	

20.- ¿Se puede comprobar si el apoyo práctico que brinda a la madre gestante o puérpera responde a sus necesidades?

Si	No	No Sabe/No Opina
¿Cómo?		

21.- ¿Se puede comprobar si el apoyo práctico que brinda a la madre gestante o puérpera es puesta en práctica?

Si	No	No Sabe/No Opina
¿Cómo?		

22.- ¿Con qué frecuencia brinda usted apoyo práctico a la madre?

Madre gestante	Madre puérpera	No sabe /No Opina

23.- ¿Usted percibe que la madre gestante o puérpera siente interés sobre el apoyo práctico recibido?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Cómo?		

24.- ¿Usted percibe que la madre gestante o puérpera valora el apoyo práctico recibido?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

25.- ¿Hay algo que usted quisiera agregar sobre este tema, alguna sugerencia o recomendación?

.....

.....

.....

INSTRUMENTO DIRIGIDO AL PROFESIONAL
MIEMBRO DEL COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA DEL INMP

I. Perfil del Entrevistado:

Edad:

Sexo: F..... M.....

Profesión:

Cargo que desempeña en el INMP:

.....

Servicio donde trabaja:

.....

Tiempo de Servicio en el INMP:

II. Las capacitaciones ofrecidas al personal de salud, dentro del proceso de Certificación ESAMNN, sus competencias y habilidades de comunicación y el apoyo adecuado a la madre gestante o puérpera

1.- ¿Recibe capacitación el personal de salud, a través del Comité de Lactancia Materna para atender adecuadamente a la madre gestante o puérpera?

.....
.....

2.- ¿En qué temas ha recibido capacitación el personal de salud a través de Comité de Lactancia Materna?

.....
.....

3.- ¿Cuál es su opinión sobre la lactancia materna?

.....
.....

4.- ¿Con qué frecuencia se imparte las capacitaciones al personal de salud a través del Comité de Lactancia Materna?

Una vez al mes	Cada 2 meses	Cada 4 meses	Otro	No sabe/No recuerda
----------------	--------------	--------------	------	---------------------

¿Sabe usted por qué razones se da con esa frecuencia?

--

5.- ¿Estas capacitaciones son de cuántas horas?

.....
.....

6.- ¿Usted encuentra suficiente el número de capacitaciones anuales a través del Comité de Lactancia Materna ofrecidas al personal?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Qué recomienda?		

7.- De todos los temas de capacitación impartidos. ¿Cuáles son los que más interesó al personal de salud?

.....
.....
.....

8.- De todos los temas de capacitación impartidos. ¿Cuáles son los que más se pone en practica por el personal de salud?

.....
.....
.....

9.- ¿Qué competencias siente usted que se ha desarrollado en el personal de salud a partir de las capacitaciones recibidas?

.....
.....

10.- ¿Qué temas piensa usted que falta tratar en las capacitaciones brindadas al personal de salud?

.....
.....

11.- ¿Con las capacitaciones impartidas, siente usted que ha mejorado las habilidades de comunicación del personal de salud?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Cómo ha mejorado?		

12.- ¿Cuál o cuáles percibe usted que son las principales necesidades de las madres gestantes y puérperas para ser atendidas por el personal de salud?

.....

.....

13.- ¿Qué tanta disponibilidad de tiempo cuenta el personal de salud para atender a los requerimientos de la madre gestante o puérpera?

.....

.....

III. La información y el apoyo práctico que brinda el personal de salud a la madre gestante o puérpera y el aporte a su experiencia de lactancia materna

14.- ¿Qué tipo de información se brinda a la madre?

Madre gestante	A la madre puérpera	No sabe/No recuerda
Tipo de información:	Tipo de información:	

15.- ¿Con qué frecuencia se brinda información a la madre?

Cuando a la madre gestante	Cuando a la madre puérpera	No sabe / No recuerda

16.- ¿Se puede comprobar si la información que brinda el personal de salud a la madre gestante o puérpera es puesta en práctica?

Si	No	No Sabe/No Opina
¿Cómo es puesta en práctica?		

17.- ¿Usted percibe que la madre gestante o puérpera siente interés sobre la información que le brinda el personal de salud?

Si	No	No Sabe/No Opina
¿Cómo demuestra interés?		

18.- ¿Usted percibe que la madre gestante o puérpera valora la lactancia materna?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

19.- ¿Usted percibe que la madre gestante o puérpera desea lograr su lactancia?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

20.- ¿Qué tipo de apoyo práctico se le brinda a la madre?

Madre gestante	A la madre puérpera	No sabe/ No recuerda
Tipo de apoyo práctico:	Tipo de apoyo práctico:	

21.- De todo el apoyo práctico que se brinda a la madre, ¿cuál es lo que más piden o solicitan?

Madre gestante	A la madre puérpera	No sabe / No recuerda
Tipo de apoyo práctico:	Tipo de apoyo práctico:	

22.- ¿Se puede comprobar si el apoyo práctico que brinda el personal de salud a la madre gestante o puérpera responde a las necesidades de ellas?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Cómo?		

23.- ¿Se puede comprobar si el apoyo práctico que se brinda el personal de salud a la madre gestante o puérpera es puesta en práctica?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Cómo?		

24.- ¿Con qué frecuencia el personal de salud brinda apoyo práctico a la madre?

Madre gestante	Madre puérpera	No sabe / No recuerda

25.- ¿Usted percibe que la madre gestante o puérpera siente interés sobre el apoyo práctico recibido por el personal de salud?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Cómo demuestra interés?		

26.- ¿Usted percibe que la madre gestante o puérpera valora el apoyo práctico recibido del personal de salud?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

IV. La experiencia, las habilidades de comunicación y el trato ofrecido por el personal de salud, y la calidad de la interacción con la madre gestante o puérpera

27.- ¿Usted percibe que el personal de salud tiene experiencia en lactancia materna?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

28.- ¿Cómo calificaría la experiencia del personal de salud en torno a la lactancia materna?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	No responde
¿Por qué?				

--

29.- ¿Usted percibe que el personal de salud conoce información adecuada y oportuna sobre lactancia materna?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

30.- ¿Cómo es la interacción del personal de salud con la madre gestante o puérpera?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	No responde
¿Por qué?				

31.- ¿Usted percibe que el personal de salud brinda información adecuada y oportuna sobre lactancia materna a la madre gestante o puérpera?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

32.- ¿Cómo calificaría usted el trato que le da el personal de salud a la madre gestante o puérpera?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	No responde
¿Por qué?				

33.- ¿Qué habilidades de comunicación maneja bien el personal de salud?

.....
.....

34.- ¿Qué habilidades de comunicación siente que le falta fortalecer al personal de salud?

.....
.....

35.- ¿Qué habilidades de comunicación necesita mejorar el personal de salud?

.....

.....
36.- ¿Usted percibe que el personal de salud sabe valorar a la madre gestante o puérpera?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

37.- ¿Usted percibe que el personal de salud sabe escuchar a la madre gestante o puérpera?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

38.- ¿Usted percibe que el personal de salud respeta a la madre gestante o puérpera?

Si	No	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

39.- ¿Cómo encuentra usted, la calidad de acompañamiento en la experiencia de lactancia de la madre gestante o puérpera, por parte del personal de salud?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	No responde
¿Por qué?				

40.- ¿A su consideración, de modo global qué tipo de satisfacción expresa la madre puérpera o gestante de la atención recibida por el personal de salud?

Favorable	Desfavorable	No Sabe / No Opina
¿Por qué?		

41.- Recomendaciones o sugerencias finales:

.....