



# MANI - INFORMA

Volumen 5  
Número 1  
Junio, 2004

Boletín Informativo del Programa de Salud de la Madre y el Niño  
Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, UPR

## El Primer Congreso de la Paternidad Puertorriqueña

El pasado 21 de mayo tuvimos la oportunidad de participar en una actividad llamada el Primer Congreso de la Paternidad Puertorriqueña, organizada por New York Foundling de Puerto Rico. Se nos invitó a presentar una charla sobre la participación del padre en el embarazo, el parto, la lactancia, y la crianza. Al recibir la invitación, la aceptamos de inmediato pues nos pareció que la misma propone llenar un vacío crónico que requiere atención inmediata de parte de toda la sociedad. A través de los años en que he estado relacionado a la atención al embarazo y al parto, como papá y como obstetra, me ha parecido que el padre ha quedado demasiadas veces rezagado y separado de todo el proceso. Desde ambos roles he aprendido que la separación del padre de este proceso, fenómeno de nuestra cultura reciente, le ha privado a éste de una magnífica oportunidad de crecer y de convertirse en un co-protagonista del mismo.

Si hacemos un repaso somero de la figura masculina en nuestra sociedad moderna, encontramos datos que nos asustan. Los hombres generamos el 95% de la violencia actual en el mundo, expresada fundamentalmente a través de las guerras, la criminalidad, y la violencia

contra la mujer. En una encuesta reciente entre hombres jóvenes norteamericanos, la mayoría escogió a John Wayne como su modelo. Si miramos la historia de nuestra cultura occidental, encontramos las raíces de esa des-sensibilización del hombre. Desde Aristóteles hemos aprendido que "las mujeres son hombres incompletos", y que "el hombre engendra hijas cuando no puede engendrar hijos". Durante la Edad Media las mujeres no podían entrar a la iglesia durante los días de la menstruación por considerárseles "impuras". (¿Será por eso que la llegada de la menstruación se considera en nuestra cultura "caer mala"?). Aún durante la Ilustración francesa Rousseau escribía en su "Contrato Social" (1755) que la familia debe estar bajo la autoridad del padre pues la menstruación es razón suficiente para excluirla de la posición de autoridad. Nietzsche escribió en "Zarathustra" que el hombre debe educarse para la guerra y la mujer para la recreación del guerrero. El filósofo alemán Schopenhauer decía en el siglo XIX que la mujer es ideal para cuidar de la niñez pues ellas son como niños, tontas y de poca visión. Agregaba que la mujer es una especie de etapa (Pasar a la página 5)

### En este número:

Equidad y Salud de la Mujer	2
Controversia de la OMS y el Departamento de Salud - EEUU	3
Semana Mundial de la Lactancia Materna	4
Actividades y Noticias	4
II Taller Regional CODEX	6
Actividad Física y Mujer	7
Cuidado Dirigido y Salud de la Mujer	11
Prohibición Suministro de Sucedáneos	13
Satisfacción en el Parto	14
Segunda Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública	16

# Equidad y salud de la mujer

Colón M\*, Rivera E\*, Durán I\*, Dávila R R\*\*. \* Estudiantes MPH-MCH \*\* Profesor del Programa de Salud del Madre y el Niño

Los derechos humanos de la mujer son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación de la mujer, en condiciones de igualdad, en la vida civil, cultural, económica, política y social a nivel nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación por motivos de sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional.<sup>1</sup>

La equidad de género requiere el pleno reconocimiento de las necesidades específicas que puedan tener las mujeres, surjan éstas de patrones históricos de prejuicios de género, de diferencias biológicas o de desigualdad social. El logro de la justicia de género requiere la combinación de la igualdad de género y de los principios de equidad como base de las políticas y de las acciones sociales.<sup>1</sup> La habilitación y la autonomía de la mujer y el mejoramiento de su condición política, social, económica y sanitaria constituye en sí un fin de mayor importancia. Además, son indispensables para lograr el desarrollo sostenible de los países.<sup>2</sup>

Es preciso que hombres y mujeres participen e intervengan por igual en la vida productiva, la crianza de los hijos y el mantenimiento del hogar. En todo el mundo, la mujer ve en peligro su vida, su salud y su bienestar porque está sobrecargada de trabajo y carece de poder e influencia.<sup>2</sup> Para lograr cambios, hacen falta medidas de políticas y programas que mejoren el acceso de la mujer a una vida segura y a recursos económicos.<sup>2</sup>

La Organización Mundial de la Salud en la década del 80 hizo un reclamo de condiciones básicas para una maternidad segura que incluía desde el parto hasta una crianza saludable. A pesar de los grandes adelantos en el último siglo aún existen grandes discrepancias en el cuidado materno, la mortalidad infantil y las actividades de planificación familiar. Los países más acaudalados en Europa y América del Norte tienen mejores resultados que los países pobres.<sup>3</sup>

En 1998, las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud indicaban que la tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos en África era 91; en Asia sur oriental 68; y en el hemisferio occidental 39. En el 1990 la tasa de mortalidad materna también variaba considerablemente desde 9.4 muertes por mil nacidos vivos para las mujeres africanas, 6.1 para las mujeres de Asia sur oriental, 0.6 para Europa y 0.1 para Estados Unidos.<sup>3</sup>

La equidad del género y la igualdad en salud y desarrollo humano son la clave de las metas nacionales e internacionales. Para lograr estas metas, se tiene que

definir qué es trabajo. La definición actual está dada por el modelo de globalización capitalista, que indica que trabajo es una actividad en la que se genera ingresos o se producen bienes.<sup>4</sup> El trabajo es considerado como un empleo en la fuerza trabajadora formal. El trabajo de la mujer de cuidar a los otros, considerado trabajo informal que no genera ingreso, no se acomoda al modelo económico y tampoco se valoriza.<sup>4</sup>

El trabajo de la mujer está clasificado en tres roles principales: reproducción social, capital social y capital financiero. Esto se divide en dos categorías, trabajo sin paga en el hogar y comunidad, y trabajo remunerado. El

trabajo incluye cuidar la casa, cuidar los niños y ancianos, establecer, apoyar y expandir redes de apoyo familiares y trabajo voluntario en la comunidad.<sup>4,5</sup>

Los estándares ocupacionales relacionados al género ocasionalmente discriminan en contra de las mujeres, viejos, grupos étnicos específicos y personas con discapacidad física.<sup>6</sup> Todo ciudadano tiene derecho a solicitar cualquier tipo de empleo. Se debe promover acomodo razonable a los requisitos ocupacionales y se deben limitar a

proveer oportunidades de desarrollo a través de instrucción práctica y adiestramiento.<sup>6</sup>

Se deben desarrollar políticas públicas para garantizar la equidad y mejorar la salud de la población.<sup>7,8</sup> En la declaración de Alma Ata se solicitaba una acción urgente a todos los gobernantes para proteger y promover la salud a todas las personas del mundo. En esta conferencia se reafirmó que la salud es un derecho humano fundamental y que la meta mundial debe ser lograr el más alto nivel de salud posible.<sup>9,10</sup>

Existen muchas oportunidades para lograr mayor equidad en la salud, por ejemplo con mayor inversión en el capital humano, redistribución de políticas de apoyo a la familia y garantizando acceso a cuidado de salud integral.<sup>11</sup> Es evidente que la definición económica de trabajo desde la perspectiva occidental capitalista no incluye la realidad de trabajo de las mujeres. Esta refuerza la inequidad por género y devalúa la contribución de la mujer a la economía y a la sociedad; y hace invisible el trabajo que diariamente realiza la mujer.<sup>4</sup>

Referencias:

1. [www.iwhc.org/hera](http://www.iwhc.org/hera)
2. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Principio N.4
3. Helfand W, Lazarus J, Theerman P. Safe Motherhood Means: Social Equity Women. Am J Public Health 2000; 90. (Continúa en la página 6)

*“Es preciso que hombres y mujeres participen e intervengan por igual en la vida productiva, la crianza de los hijos y el mantenimiento del hogar. En todo el mundo, la mujer ve en peligro su vida, su salud y su bienestar porque esta sobrecargada del trabajo y carece de poder e influencia.”*

# **Controversia entre la Organización Mundial de la Salud y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**

Grisel Maldonado, MPH, RD LND, IBCLC

En noviembre de 2003 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó "Integrated Prevention of Noncommunicable Diseases: Draft Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Este documento de dieciocho (18) páginas presenta el bosquejo de la OMS con la estrategia para "reducir sustancialmente las muertes y enfermedades mejorando la alimentación y promoviendo la actividad física". Su base es un informe conjunto de la OMS y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), que trata sobre dieta, nutrición y la prevención de enfermedades crónicas, además de proveer investigaciones recientes, recomendaciones de nutrición y metas para la actividad física. Al poco tiempo, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS), dirigido por el Secretario, Tommy Thompson, envió una carta a la OMS criticando la estrategia global y envió una larga revisión del informe técnico.

## **La estrategia de la OMS y la respuesta de DHHS**

En la estrategia publicada, la OMS indica que "las dietas poco saludables y la inactividad física son las causas principales de las enfermedades crónicas". Se citan los cambios rápidos en los patrones dietarios y de actividad física como los de mayor peso en el aumento de mortalidad, morbilidad y discapacidad atribuida a las enfermedades crónicas. La Organización Mundial de la Salud bosqueja una estrategia amplia por la cual los países desarrollados pueden trabajar para prevenir o retardar la expansión de la obesidad. A continuación se presentan algunos aspectos incluidos en la estrategia que fueron foco de la controversia:

- aseveraciones que afirman que el mercadeo de alimentos calóricamente-densos y los negocios de comida rápida; la alta ingesta de bebidas carbonatadas azucaradas y jugos de frutas azucarados pueden ser una causa "probable" de la obesidad;
- recomendaciones para que las personas limiten su ingesta de alimentos calóricamente-densos, bebidas y alimentos con alto contenido de azúcar o con azúcares añadidas, carnes, ciertos tipos de grasas y aceites y productos lácteos con grasa;
- sugerencias de que los gobiernos pueden influenciar sobre las alternativas de consumo y que pueden imponer impuestos sobre alimentos no deseables.

La oposición a la estrategia de la OMS eran quejas en cuanto a la evidencia presentada. EL DHHS, no señala

que los hallazgos de la OMS carecen de fundamento o que faltaba evidencia, sino que, criticaban el tipo de evidencia presentada, argumentando que la evidencia no pasaba su inspección. El DHHS indicaba que, en comparación con ellos, la OMS otorgaba a los estudios mayor peso científico. Por otro lado, DHHS opina que la OMS no coloca suficiente peso en la responsabilidad personal al momento de seleccionar una dieta apropiada.

A nivel internacional los señalamientos de DHHS fueron criticados y se les acusó de ceder ante la industria de alimentos. A final de enero de 2004, los Estados

Unidos propuso que se le permitiera a los gobiernos tiempo adicional para que hicieran sus comentarios del plan, lo cual fue aceptado por la OMS. En una Resolución Ejecutiva de la OMS, se le pide a las 192 naciones que componen la Asamblea Mundial de la Salud que aprueben su estrategia durante su reunión de mayo. La controversia continúa cuando en febrero, el grupo G7 (grupo de naciones desarrolladas) rechazó la estrategia de la OMS; debido a que ésta se

basaba en investigaciones defectuosas, "las cuales no eran merecedoras de ser consideradas con seriedad".

## **Foco en la evidencia**

El DHHS consideró que la OMS no tenía suficiente evidencia para sustentar sus recomendaciones. De acuerdo con DHHS, el nivel de evidencia más alto que utiliza la OMS para su informe proviene de estudios epidemiológicos, mientras que Estados Unidos ofrece mayor peso a estudios de intervención.

Los estudios epidemiológicos investigan a la población y tratan de identificar asociaciones entre varios factores. Estos incluyen; estudios de cohorte, estudios de casos-control y estudios transversales. Los mismos, estudian a las poblaciones en su entorno natural, construyen comparaciones entre variables y definen grupos basados en características específicas. En éstos no ocurren intervenciones experimentales. Los investigadores tratan de encontrar correlaciones o asociaciones en un tiempo o periodo dado (transversal) o a través del tiempo (longitudinal).

Por otro lado, los estudios de intervención envuelven probar una hipótesis y llevar a cabo una intervención experimental. Las pruebas controladas al azar (Randomized controlled trials) estudian el efecto de un solo agente causal. Los individuos son (Pasar a la página 10)

*En la estrategia publicada, la OMS indica que "las dietas poco saludables y la inactividad física son las causas principales de las enfermedades crónicas". Se citan los cambios rápidos en los patrones dietarios y de actividad física como los de mayor peso en el aumento de mortalidad, morbilidad y discapacidad atribuida a las enfermedades crónicas.*

---

# SEMANA MUNDIAL DE LA LACTANCIA MATERNA 2004

## Lactancia materna exclusiva: satisfacción, seguridad y sonrisas

La Alianza Mundial pro lactancia materna (WABA por sus siglas en inglés), es una alianza compuesta por redes, organizaciones y personas que protegen, promueven y apoyan la lactancia materna. Dicha alianza desde 1992 celebra la Semana Mundial de la Lactancia Materna. Puerto Rico fue partícipe de este comienzo, sin embargo no fue hasta 1998 que se instituyó el Comité para la lactancia materna en Puerto Rico el cual afiliado a WABA organiza las actividades de esta semana en el país.

La misión del Comité es ser un propulsor, defensor y exponente de la lactancia materna por medio de la promoción de ésta al público. Así también su visión es apoyar a las mujeres que escogen a la lactancia como medio de alimentación de sus hijos y promover esta práctica en la población.

Bajo el lema "Lactancia exclusiva: satisfacción, seguridad y sonrisas", WABA promueve actividades para que todas las personas alrededor del mundo comprendan la importancia de la lactancia exclusiva los primeros seis meses de vida y que continúe hasta los dos años de vida o más. Esto es así, ya que la lactancia exclusiva es:

**Segura** por que contiene factores inmunológicos que protegen a los niños contra infecciones como lo son la diarrea, otitis, neumonías y reduce el riesgo de padecer alergias como el asma.

**Saludable** debido a que la leche materna contiene todos los nutrientes específicos y necesarios para el niño según su etapa de crecimiento y desarrollo, la cual no se puede encontrar en ningún alimento artificial.

**Sostenible** por que la madre o la nodriza siempre estará disponible a toda hora. Proveyendo así seguridad a la familia.

**Satisfacción** debido a los lazos de apego y crianza que existen entre la madre y su hijo.

Por otra parte, durante este año WABA hace uso de una cinta de oro como símbolo en sus actividades. Esta simboliza la protección, promoción y apego a la lactancia. Una lazada representa a la madre, la otra al niño/a. El nudo simboliza el padre, la familia y la sociedad, los cuales ejercen un papel importante en la creación de un ambiente propicio para la lactancia materna. El color oro muestra que la lactancia es la norma de oro en la alimentación.

De igual forma, este año la semana de la lactancia se estará celebrando en Plaza las Américas desde el 2 al 8 de agosto. Algunas de las actividades a celebrarse serán la entrega de la Proclama de la semana de la lactancia por parte de la primera Dama Sila Marie González, grupos de apoyo, conferencias y se premiará al ganador/a del Concurso ASI AMAMANTO YO.

Rosa E. Escobar Acevedo, MPH, BSN, RN, CLE

---

## Actividades y Noticias

- **JOURNAL CLUB DEL PROGRAMA** - continúan celebrándose un miércoles al mes, de 4:00 p.m. a 6:00 p.m. . Se discuten artículos sobre la salud de madres y niños desde una perspectiva salubrista e interdisciplinaria. Se ofrecen dos horas contacto para los participantes interesados. Se invita a todos nuestros egresados.

- **GRUPOS DE APOYO** - se reúnen bajo la dirección de la Dra. Ana Parrilla un sábado al mes en dos sesiones: de 1:30 - 3:30 pm y de 4:00 - 6:00 pm. Se ofrecen para el beneficio de parejas lactantes y sus familiares en el Hospital Auxilio Mutuo. Próximas fechas: 10 de julio, 28 de agosto, 18 de septiembre, 9 de octubre, 20 de noviembre y 11 de diciembre de 2004.

- **SEMANA DE LA LACTANCIA MATERNA EN PUERTO RICO** - El Comité para la Lactancia Materna en Puerto Rico anuncia la celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna del 2 al 8 de agosto de 2004 en Plaza Las Américas. El lema de este año es "Lactancia Materna exclusiva : satisfacción, seguridad y sonrisas".

- **SEXTO FORO PUERTORRIQUEÑO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN LACTANCIA HUMANA Y AMAMANTAMIENTO** - se celebrará el 2 de septiembre de 2004 en el Hotel Caribe Hilton. Copia de las guías y procedimientos para

someter trabajos de investigación relativos a la lactancia humana y el amamantamiento se puede encontrar en nuestra página de internet. La fecha límite para la radicación de trabajos es el 2 de agosto de 2004.

- **CLE - CURSO DE ADIESTRAMIENTO EN EDUCADOR EN LACTANCIA MATERNA** – Dirigido a profesionales de la salud que desean adquirir el conocimiento y las destrezas necesarias para proveer apoyo rutinario en lactancia materna; capacita al participante para convertirse en un adiestrador efectivo en el tema. Se ofrece dos veces al año en febrero y agosto, tiene una duración de 8 viernes con un total de 60 horas contacto de las cuales 12 son en práctica e intervención en manejo y trabajo de campo. La sesión de agosto de 2004 será en la Escuela Graduada de Salud Pública.

- **SOLICITUDES DE ADMISIÓN al CLM** – El Programa de Madres y Niños estará aceptando solicitudes de admisión para su programa de educación continuada a distancia del Certificado de Lactancia Materna. El programa cuenta con el endoso del Negociado de Salud de la Madre y el Niño (MCHB) de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA). La fecha límite para radicar admisión será el 15 de julio del 2004. Para obtener su solicitud de admisión puede comunicarse con nuestro programa al 787-759-5446.

## **(Primer Congreso de Paternidad)**

intermedia entre un niño y un hombre.

El siglo XX vio el nacimiento de un movimiento feminista a nivel global. Durante poco más de un siglo se han adelantado numerosas agendas del feminismo, incluyendo el comienzo de la incorporación de la mujer a las estructuras de poder. Los resultados a nivel global, sin embargo, han sido muy variables. Aunque en regiones como los países de Escandinavia, las mujeres ocupan alrededor del 50% de los cuerpos legislativos, otras regiones caminan muy atrasadas en estos aspectos. A nivel global, vemos como menos del 10% del poder político, económico, militar y religioso está controlado por mujeres. En las últimas décadas hemos visto un comienzo de incorporación de hombres a esta lucha, pero estamos todavía carentes de nuevos paradigmas para el hombre y para el niño.

Hemos planteado que todo este marco ideológico relativo a la figura de la mujer nos ha colocado a ambos géneros en un entrampamiento de la masculinidad. A las mujeres las ha condenado a una posición inferior en prácticamente todos los renglones sociales, con las consecuencias que todos conocemos. A los hombres, por otro lado, se nos ha llevado a renegar de todo lo que sea sensibilidad, ternura, expresión de dolor o sufrimiento, y de todo aquello que se asocie a “cosas de mujeres”. Los hombres no lloran, nos han enseñado. En lo que respecta al proceso reproductivo hemos atravesado por unos cambios sociales que nos han relegado a poco más que ser donantes de espermatozoides. Nueve meses más tarde, deberemos llevar a la mujer al hospital, bajar a hacer la admisión, pagar la cuenta, reconocer a la criatura, inscribirla en el registro demográfico, y pasar al papel del “proveedor”. El modelo del parto medicalizado vigente en nuestro país ha considerado que el padre es poco útil en ese proceso y es, más bien, un estorbo si insiste en una participación activa. Después de todo, la relación de dominio y control que prevalece entre la embarazada y su proveedor de servicios de salud en nuestra sociedad se beneficia de que la mujer esté aislada de su compañero en el manejo del proceso reproductivo.

Este escenario nos ha privado a los hombres de una de las experiencias más sublimes de la vida, ser testigo del parto de nuestra mujer y del nacimiento de nuestro hijo o hija, vivir desde la primera fila lo que atraviesa la madre para que podamos ser padres, y desempeñar lo que nos toca en ese momento, ser su apoyo, su protector, y su “best supporting actor”. En palabras del doctor Bradley: “un padre debe ser lo suficientemente hombre como para concluir lo que comenzó”.

Para cambiar los paradigmas equivocados de las últimas décadas se ha creado la Iniciativa Global para Apoyo a la Paternidad (GIFS, por sus siglas en inglés), un complemento a la Iniciativa Global para Apoyo a la Maternidad (GIMS). Esta iniciativa enfatiza la necesidad de que el hombre apoye a la mujer durante el prenatal, el parto, y el posparto, además de ofrecer apoyo a éste para la paternidad eficiente y efectiva. Defiende y apoya la participación del hombre mediante intercesión, educación, y redes de apoyo y busca provocar cambios en las

prácticas hospitalarias. Trabaja por la aprobación de leyes de licencia de paternidad, educación al padre durante el embarazo, participación activa de éste en la elaboración del plan de parto, estrategias de apoyo a la mujer durante el parto, y educación sobre las tecnologías disponibles para el manejo del parto. Capacita al padre para proteger a la mujer de la aplicación innecesaria de tecnología, y le enseña los principios del consentimiento informado. Lo adiestra en la deseabilidad del alojamiento en conjunto, de la lactancia inmediatamente después del parto, y de los riesgos y falta de necesidad de la circuncisión. Lo ayuda a lidiar con los cambios en la pareja luego del nacimiento del bebé, y le enseña a papá como conectarse con su hijo o hija desde bien temprano.

El papá de GIFS aprende que él es la persona más importante para su bebé después de mamá, que debe atender unas responsabilidades en el hogar luego de llegado el bebé, le enseña a compartir con otros hombres las alegrías y los miedos del nuevo papá, y lo capacita para aprender todo lo que un bebé puede enseñarle a su papá desde que nace. Este papá aprende que su compromiso y dedicación hacia su hijo(a) hará de ésta(e) un ser humano más seguro, y que su bebé lo necesita mucho antes de que tenga edad suficiente para comprarle su primer guante de beisbó (al nene o a la nena). Papá aprende en este proceso que él es mucho más que el bateador designado cuando mamá no está, y que su aportación al desarrollo del bebé no es inferior ni superior a la de mamá, meramente diferente. Le facilita la labor de disciplina pues conoce mejor a su hijo(a) y hay más confianza entre ellos. Y, muy importante, le enseña que la capacidad para la ternura no es exclusiva de las madres.

En días recientes nos contaba una estudiante nuestra que el psicólogo a quien le llevó a su hija para una evaluación, y quien dedicó buena parte de la sesión a demostrar su abismal ignorancia sobre la lactancia, le dijo que él había sido un gran padre pues hasta le había dado leche en biberón a su bebé. Aunque no dudamos de la sinceridad de este profesional, nos preocupa que un especialista de la conducta humana crea que criar a un bebé es meramente darle un alimento, y artificial además. ¡Éste no es un papá de GIFS!

Felicitamos a los organizadores de este Primer Congreso de Paternidad Puertorriqueña, le agradecemos la oportunidad ofrecida de participar en tan importante actividad, y ponemos a su disposición los recursos del Programa de Salud de la Madre y el Niño en esta loable tarea de ayudar a crear mejores padres para nuestros hijos e hijas. Nuestra sociedad bien puede beneficiarse de actividades como ésta.

*José J. Gorrin Peralta, MD, MPH, FACOG, FABM  
Director - Proyecto de Salud de la Madre y el Niño*

### Referencias

1. Glennon W. (1995). *Fathering. Strengthening Connection With Your Children No Matter Where You Are*. Conari Press, Berkeley, CA.
2. Global Initiative for Father Support.
3. “Fatherhood education” - a way to a richer life. <http://www.man-net.nu/engelsk/hoffmFN.htm>
4. Thevenin T. (1993). *Mothering and Fathering. The Gender Differences in Child Rearing*. Avery Publishing Group Inc. Garden City Park, NY.
5. Hilling H. (2002). *The Man Who Would Be Dad*. Capital Books, Inc. Sterling, VA.

4. Meleis A, Lindgren T. Man Works From Sun to Sun, But Woman's Work Is Never Done: Insights On Research And Policy. *Health Care for Women International* 2002; 23:742-53.
5. Merrell J. 'You Don't Do it For Nothing': Women's Experiences Of Volunteering In Two Community well woman clinics. *Health and Social Care in the Community* 2002; 8:31-9.
6. Bonneau J, Shephard R. Assuring Gender Equity in Recruitment Standards for Police Officers. *Can J Appl Physiol* 2002; 27:263-95.
7. Northridge M. Environmental Equity and Health: Under
- standing Complexity and Moving Forward, *Am J Public Health* 2003; 93:209-14.
8. Crow B, Scott C, Thurston W. Development of Healthy Public Policy: Feminist Analysis of Conflict, Collaboration And Social Change. *Health Care for Women International* 2002, 23:530-39.
9. Sitthi-armorn C, Somrongthong R. Strengthening Health Research Capacity In Developing Countries: a Critical Element for Achieving Health Equity, *BMJ* 2000;321:813-14.
10. Declaración de Alma Ata.
11. Kawachi I, Woodward A. Why Reduce Health Inequalities?, *J. Epidemiol. Community Health* 2000; 54:923-29.

## **II Taller Regional de Capacitación Codex Alimentarius**

Grisel Maldonado, MPH, RD, LND, IBCLC

El pasado mes de enero tuvimos la oportunidad de representar a IBFAN-PR en el Segundo Taller Regional de Capacitación del CODEX ALIMENTARIUS, llevado a cabo en la República Dominicana, del 16 al 18 de enero de 2004. El taller de capacitación, en el que participaron representantes de doce (12) países de la región de Latinoamérica y del Caribe de IBFAN, tenía el propósito de capacitar a los asistentes para enfrentar la violación de los derechos de los consumidores y la seguridad de alimentos.

El vocablo del latín Codex Alimentarius significa Código de Alimentos, esto es, un conjunto de normas alimentarias aceptadas internacionalmente y presentadas de modo uniforme. El objetivo de estas normas alimentarias es proteger la salud del consumidor y asegurar la aplicación de prácticas equitativas en el comercio de los alimentos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha designado al Codex Alimentarius como la institución que regula los asuntos relacionados con los alimentos. Las reglamentaciones y normas de alimentos han permitido mejorar su fabricación, elaboración, inocuidad y calidad en todo el mundo. Estas reglamentaciones le garantizan al consumidor un producto sano, genuino, no adulterado, debidamente etiquetado y presentado. De esta forma se impacta positivamente la salud pública de cada país y del mundo.

Es necesario señalar que la globalización ha fomentado la expansión del comercio, pero no se ha globalizado el derecho de los



consumidores a la protección, la inocuidad y seguridad de los alimentos. Además, el Codex afecta la salud pública por medio de la aprobación de normas aplicables a la producción y mercadeo de fórmulas para alimentar a los infantes.

IBFAN, como red de acción que busca mejorar la salud infantil mediante la protección y promoción de la lactancia materna, fomenta la eliminación de prácticas irresponsables de la comercialización de alimentos infantiles, biberones y mamaderas. Los representantes de IBFAN deben estar presentes en organismos nacionales del Codex protegiendo los intereses de los infantes, las madres y los consumidores. La presencia de IBFAN es más necesaria hoy día porque las normas sobre alimentos no responden a los objetivos de la salud pública. Por el contrario, están muy influenciadas por los intereses comerciales, lo cual tiene consecuencias significativas para la salud de la población, especialmente para los que viven en los países pobres.

El grupo de trabajo de IBFAN-LAC reunido en Santo Domingo enfatizó tres (3) tareas importantes. Primero, que cada país allí representado lleve a cabo actividades de cabildeo, abogacía e información comunitaria. Segundo, la necesidad de fortalecer la comunicación de la red IBFAN de Latinoamérica para compartir información para proteger la lactancia materna. Tercero, la urgencia de coordinar esfuerzos para enfrentar las violaciones a las normas de comercio internacional y del Código Internacional de Sucedáneos de Leche Materna.

Nuestra estadía en Santo Domingo fue una de mucho aprendizaje y confraternización. IBFAN-PR se une al compromiso de todos los allí presentes en defender la salud de las madres y los niños por encima de los grandes intereses comerciales en todo el mundo.

# Actividad Física y Salud de la Mujer

Durán I\*, Rivera E\*, Colón M\*, Dávila ,RR\*\*. \* Estudiantes MPH-MCH \*\* Profesor del Programa de Salud del Madre y el Niño

Las mujeres que hacen ejercicios se ven mejor, se sienten mejor y tienen una mayor autoestima. Algunas mujeres han descubierto que un programa de ejercicios estructurado las ayuda a reducir los sentimientos de ansiedad y depresión. Un programa de actividad física estimula cambios en el comportamiento que generan hábitos positivos para la vida.<sup>1</sup>

Las mujeres que se ejercitan regularmente ganan energía para una mejor vida. El tiempo de las mujeres es preciado y cómo lo utilizan es una preocupación legítima. Las mujeres que se mantienen en un programa de ejercicios frecuentemente encuentran que su nivel de energía aumenta; y ésta a su vez, les proporciona la cantidad de energía que ellas necesitan para continuar con sus labores. Por lo tanto, el ejercicio es una inversión en el manejo del tiempo y aumenta la productividad en la mujer.<sup>1</sup>

La recomendación para actividad física del Cirujano General de Estados Unidos para tener una vida saludable indica a las mujeres hacer por lo menos 30 minutos de actividad física moderada a intensa cinco días a la semana. Las mujeres se benefician de tres tipos de actividad física: el estiramiento, el ejercicio aeróbico y entrenamiento de fuerza. Esto las ayuda a mantener una buena salud y a aumentar la energía. La efectividad de cualquier actividad física depende de la frecuencia, la intensidad y la duración.<sup>1</sup>

En el tiempo en donde la expectativa de vida de la mujer llega casi a los ochenta años, la actividad física no va a garantizar una vida más prolongada pero sí disfrutar más de ella y de forma más activa.<sup>2</sup> El ejercicio reduce el riesgo de padecer ciertas enfermedades que comprometen la vida; tales como, condiciones cardiovasculares, diabetes y cáncer. Más de la mitad de la población adulta de Estados Unidos está sobrepeso u obesa, y la prevalencia es particularmente elevada en las mujeres.<sup>3</sup> La obesidad aumenta el riesgo de enfermedades crónicas severas, incluyendo enfermedades coronarias, diabetes tipo II, hipertensión, infartos, algunos tipos de cáncer, particularmente el cáncer de colon y cáncer de seno post menopausia. La actividad física puede proveer un método de bajo riesgo de prevenir la ganancia en peso y promover el mantenimiento de la pérdida de peso en mujeres en sobrepeso u obesas.<sup>3</sup>

De igual forma, la proporción de personas de edad avanzada va en aumento en los Estados Unidos, los servicios de salud han sido dirigidos a factores que promuevan positivamente la salud durante los años posteriores de la vida; tales como, aumentar la actividad física, una dieta apropiada y el mantenimiento de un

peso saludable.<sup>4</sup> El ejercicio es especialmente beneficioso para las mujeres porque las ayuda a prevenir la pérdida de masa libre de grasa ( magra), fuerza, densidad ósea, habilidad funcional que usualmente ocurre con la edad; mientras que le ayuda a mantener el peso corporal y reduce el riesgo de obesidad. El ejercicio afecta el gasto energético total diario de dos maneras.<sup>4</sup> Primero, la actividad física regular aumenta el gasto de energía diario; y segundo, el ejercicio ayuda a mantener la masa libre de grasa.<sup>4</sup>

La inactividad física es un factor de riesgo independiente para enfermedades cardiovasculares así como para otras enfermedades.<sup>5</sup> Las intervenciones utilizando actividad física pueden ayudar a reducir factores de riesgo cardiovasculares, diabetes, obesidad,

osteoporosis y síntomas de depresión. Estas intervenciones pueden también mejorar la calidad de vida, lo cual es importante para predecir el funcionamiento físico en grupos de edad avanzada.<sup>5</sup> Por ejemplo, un estudio realizado en Nueva Zelanda demostró que un programa

*“Las intervenciones utilizando actividad física pueden ayudar a reducir factores de riesgo cardiovasculares, diabetes, obesidad, osteoporosis y síntomas de depresión.”*

de actividad física estructurado es efectivo para mejorar la calidad de vida luego de doce meses sin efectos adversos. El programa incluía 150 minutos de actividad física de moderada a intensa. El logro de esta cantidad de actividad está asociada a una reducción de 20 a 30% en el riesgo de todas las causas de muertes en individuos sedentarios.<sup>5</sup>

Una investigación del Centro de Control y Prevención de Enfermedades demostró que menos de un 30% de las mujeres de minoría en Estados Unidos realizan actividad física en cantidades suficientes para obtener el beneficio de salud.<sup>6</sup> Más de la mitad de las mujeres llevan una vida sedentaria y éste por ciento es aún mayor en mujeres de la raza negra. El riesgo de muerte prematura, el padecimiento de varias enfermedades crónicas y la obesidad están asociados a la inactividad física.<sup>6</sup> Por lo tanto, es importante entender los patrones de actividad física para desarrollar estrategias efectivas para la promoción del ejercicio.<sup>6</sup> Las mujeres perciben como los beneficios del ejercicio, la promoción de la salud, la composición corporal y el mejoramiento de los roles; y como las barreras, la falta de tiempo, el estado de salud personal, la función de factores internos y externos como elementos que pueden explicar la inactividad física.<sup>7</sup> Los proveedores de servicios de salud deben enfatizar el sobrellevar las barreras y promover los beneficios percibidos como parte de las intervenciones clínicas que pueden llevar a maximizar el potencial para aumentar la actividad física.<sup>7</sup>

Según la Teoría de Autodeterminación de Desi y Ryan (1985), el contexto social facilita la satisfacción de competencia, la autonomía y las necesidades relacionadas al desarrollo de mayores motivos de autodeterminación.<sup>8</sup> Esta autodeterminación está ligada a una mayor persistencia en el comportamiento y a un aumento en el funcionamiento positivo psicológico relacionado a los contextos de ejercicio y deporte. Un instrumento desarrollado con el propósito de medir la motivación hacia la actividad física, evalúa todas las razones para la participación en ésta. Las razones intrínsecas o extrínsecas pueden estar relacionadas a la competencia, el disfrute y al aspecto corporal.<sup>8</sup>

Las mujeres sobrepeso deben ser motivadas a participar de un régimen de actividad física moderada como un método de reducción para la obesidad y prevención de enfermedades crónicas.<sup>3</sup> Más de 500,000 mujeres americanas mueren anualmente de enfermedades cardiovasculares, infartos y ataques al corazón. Más de una en cinco mujeres tiene algún tipo de enfermedad cardiovascular. Cada año desde 1984, más mujeres que hombres mueren de enfermedades cardiovasculares.<sup>1</sup> Las enfermedades cardiovasculares son altamente prevenibles, por eso es que se le debe proveer información a las mujeres para ayudarlas a tomar control de su salud; y que esto por sí solo sea atractivo para ellas. La clave es dirigir los esfuerzos a reducir o a eliminar factores de riesgo de los cuales ellas pueden tener algún control. Algunos factores de riesgo incluyen alta presión sanguínea, altos niveles de colesterol, obesidad o sobrepeso, diabetes mellitus, inactividad física y fumar.<sup>1</sup> Ser físicamente activa puede reducir todos estos factores de riesgo excepto el fumar tabaco. La actividad física en un programa estructurado estimula cambios en el comportamiento que pueden generar hábitos positivos para la vida.<sup>1</sup>

Estudios demuestran el beneficio cardiovascular a través del ejercicio regular y consistente.<sup>1, 9-16</sup> Caminar o realizar actividad vigorosa, por lo menos 2.5 horas por semana, produce una reducción en el riesgo de enfermedades cardiovasculares de alrededor de un 30%. Las mujeres que caminan más o practican ejercicio vigoroso tienen la mayor reducción en el riesgo (60%). Caminar a un paso acelerado también está asociado a una mayor reducción de riesgo.<sup>9-16</sup> También se ha evidenciado que las mujeres más activas físicamente poseen índices de masa corporal más bajos, tienen menos probabilidades de fumar, poseen o llevan hábitos alimentarios saludables, y consumen mayor cantidad de frutas, vegetales y menos grasas saturadas que las mujeres menos activas físicamente.<sup>10</sup> Cualquier tipo de ejercicio regular mejora los niveles de colesterol en los individuos. La intensidad del ejercicio no es tan importante como la cantidad.<sup>11</sup> Las mujeres que reportaron estar más tiempo del día en actividades

sedentarias tienen un riesgo mayor de enfermedades cardiovasculares comparado con las mujeres más activas.<sup>9</sup> Además, las mujeres que están sedentarias por lo menos 16 horas del día tienen un 68% de riesgo mayor de enfermedades cardiovasculares que las mujeres que están sedentarias por menos de 4 horas al día.<sup>15</sup>

Más del 18% de la población de Estados Unidos de 65 años o más tienen diabetes.<sup>17</sup> La prevalencia de diabetes ha aumentado en personas de edad avanzada. También la prevalencia de diabetes entre los latinos es el doble que en los caucásicos.<sup>17</sup> La actividad física tiene un efecto beneficioso en reducir los niveles de insulina en plasma entre las personas con diabetes tipo II.<sup>18</sup> Los estudios indican que 30 minutos de actividad física de intensidad moderada al día está asociada con una disminución de 6.6% en los niveles de insulina.<sup>18,19</sup> La actividad física regular y consistente mejora significativamente el control glicémico y reduce el requerimiento de medicamentos para la diabetes.<sup>17</sup>

Aproximadamente 1,285,000 americanos fueron diagnosticados con cáncer en el año 2002.<sup>20</sup> A pesar de que el cáncer generalmente ha sido una enfermedad que compromete la vida, la tasa de sobrevivencia ha mejorado dramáticamente para muchas malignidades. Los

sobrevivientes de cáncer realizan cambios en los estilos de vida y representan un grupo que se ha beneficiado por dietas saludables y actividad física.<sup>20</sup> Estudios indican que tener altos niveles de actividad física recreativa reduce dramáticamente el riesgo de cáncer de seno en edad avanzada. En mujeres de 50 años o más, el riesgo de cáncer de seno se reduce aproximadamente 60% en las mujeres que consistentemente tienen altos niveles de actividad física recreativa.<sup>21, 22</sup>

Otro estudio demuestra que el ejercicio es más eficiente durante la etapa tardía del ciclo menstrual; esto es, cuando las concentraciones de las hormonas estrógeno y progesterona que circulan están más elevadas.<sup>23</sup> La presencia de estas hormonas facilita en el cuerpo el cambio de grasas a una fuente de mejor energía. Los productos de desecho, como el ácido láctico, cuando se queman las grasas pueden causar fatiga y estos productos se reducen cuando los niveles de hormonas están elevados. Las mujeres con altos niveles de estrógeno se sienten menos cansadas como resultado del ejercicio. El estrógeno está asociado con un aumento en el metabolismo de las grasas. Por lo tanto, la ejecución de ejercicio está afectado por los cambios en las concentraciones de las hormonas durante el ciclo menstrual.<sup>23</sup>

La actividad física durante y después del embarazo puede contribuir al control de peso y a mejorar el estado metabólico.<sup>24</sup> Las mujeres que comienzan con un programa de ejercicio moderado temprano en el embarazo mejoran la probabilidad de tener un bebé

*Caminar o realizar actividad vigorosa, por lo menos 2.5 horas por semana, produce una reducción en el riesgo de enfermedades cardiovasculares de alrededor de un 30%.*

saludable. Los infantes nacidos de mujeres que hacen ejercicios son significativamente más fuertes que aquellos de las que no se ejercitan.<sup>25</sup> Además, la rapidez de crecimiento de la placenta en el segundo trimestre y los índices de funcionamiento de ésta son mayores en las mujeres que se ejercitan.<sup>25</sup>

A pesar de que las estadísticas nacionales para Estados Unidos demuestran una disminución en los embarazos de adolescentes, éstas están más elevadas que hace dos décadas atrás.<sup>26</sup> La actividad física durante el embarazo ha demostrado tener un efecto beneficioso en la salud de la madre y en el resultado del embarazo. A pesar de las precauciones relacionadas al ejercicio que se deben tomar para adolescentes embarazadas, éstas deben participar de la clase de educación física en las escuelas a menos que haya una contraindicación médica. En escuelas en donde hay una alta incidencia de embarazos de adolescentes se deben desarrollar currículos más liberales que provean clases de ejercicios prenatales además de la clase de educación física regular.<sup>26</sup>

La próxima etapa en el ciclo reproductivo de la mujer es la lactancia. La lactancia es la etapa del ciclo reproductivo en donde más energía se consume. El incremento en el gasto de energía de la madre lactante le añade aproximadamente un 25% a su requerimiento calórico más que a una madre no lactante.<sup>27</sup> Estudios indican que el ejercicio moderado durante la lactancia mejora la salud cardiovascular.<sup>28</sup> Las mujeres pueden alcanzar el requerimiento de energía aumentando la ingesta de alimentos y reduciendo el tiempo empleado en actividades físicas durante la lactancia.<sup>27</sup>

Otros estudios indican que la actividad física durante la etapa adulta puede reducir el riesgo de fracturas.<sup>29</sup> Se ha encontrado que el riesgo de fracturas de la cadera disminuye entre las mujeres que aumentaron su actividad física a 4 horas por semana en comparación con aquellas que permanecieron sedentarias. La actividad física puede reducir el riesgo de fracturas por el mecanismo de aumento en la densidad ósea.<sup>29</sup> La actividad física moderada, incluyendo caminar, está asociada a una disminución en el riesgo de fracturas de cadera en mujeres post menopausia. El caminar puede aumentar la densidad ósea femoral y es una actividad relativamente fácil y segura; y es el ejercicio más común entre las personas de edad avanzada. También caminar y hacer ejercicio vigoroso está relacionado con una reducción en el riesgo de nuevas enfermedades cardiovasculares en mujeres post menopausia.<sup>9,10</sup>

En conclusión, el ejercicio moderado a intenso es seguro y alcanzable para casi todas las personas.<sup>12</sup> Se ha demostrado que la actividad física intensa a moderada puede ofrecer grandes beneficios de salud para la mayor parte de la población.<sup>12</sup> Por lo tanto, la actividad física puede ser considerada como una fórmula mágica para alcanzar una buena salud a pesar de todos los avances tecnológicos en la medicina moderna.<sup>15</sup>

1. American Heart Association. The Heart-Healthy Benefits of Physical Activity, A Guide to Women's Health 2002; 8-12.

2. Fitzpatrick M. Women on the treadmill. *The Lancet* 2003; 361:976.
3. Aiello E et al. Effect of Exercise on total and Intra-abdominal Body Fat in Postmenopausal Women. *JAMA* 2003; 15: 323-30.
4. Gilliat\_Wimberly M. Effects of habitual physical Activity on the Resting Metabolic Rates and Body Compositions of Women Age 35 to 50 Years. *Journal of American Dietetic Association* 2001; 101(10):1181-8.
5. Arrol, B. et al. Effectiveness of counselling Patients on Physical Activity in General Practice: Cluster Randomised Controlled Trial. *British Medical Journal* 2003; 326: 793-98.
6. Ainsworth B, Henderdon K. A Synthesis of Perceptions About Physical Activity Among Older African American and American Indian Women. *Am J of Public Health* 2003; 93:313-17.
7. Juarbe T, et al Perceived Benefits and Barriers to Physical Activity Among Older Latina Women. *Western Journal of Nursing Research* 2002; 24:868-86.
8. Fraser S, Rodgers W, Wilson P. Cross- Validation of the Revised Motivation for Physical Activity Measure in Active Women. *Research Quarterly for Exercise and Sport* 2002; 73: 471-77.
9. Zepf B. Walking vs. Vigorous Exercise for Heart Health in Women. *American Family Physician* 2003; 67:599.
10. Weemering M. Physical Activity and Coronary Heart Disease in Women: Is "No Pain, No Gain" Passe? *JAMA* 2001; 285:1447-54.
11. Lawrence D. Exercise really is Good For You. *The Lancet* 2002; 360:1482.
12. Manson J, Hu F, Rich-Eduars J, et al. A Prospective Study of Walking as Compared With Vigorous Exercise in the Prevention of Coronary Heart Disease in Women. *New Eng J Med* 1999; 341:650-658.
13. Diloreto S. Can Light Physical Activity Reduce Coronary Risk? (In Postmenopausal Women. *JAMA* 2001; 285:1447-54.
14. Sobngwi, et al. Exercise and the Prevention of Cardiovascular Events in Women. *New Eng J Med* 2003; 348:77-9.
15. Walking and Vigorous Exercise Similarly Reduce Older Women Cardiovascular Risk. *Geriatrics* 2002; 52: 16.
16. Greenland P, La Croix A, Manson J, et al. Walking Compared with Vigorous Exercise for the Prevention of Cardiovascular Events in Women. *New England Journal Medicine* 2002; 347: 716-25.
17. Castañeda C, et al. A randomized controlled trial of resistance exercise training to improve glycemic control in older adults with type II diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 2335-41.
18. Irwin M. Moderate – intensity physical activity and fasting insulin levels in women: the cross – cultural activity participation study. *Diabetes Care* 2000; 4: 1-15.
19. Charatan F. Exercise and diet reduce risk of diabetes, U. S. study shows. *BMJ* 2001; 323: 359.
20. Patterson R, et al. Changes in diet, physical activity and supplement use among adults diagnosed with cancer. *J Am Diet Assoc* 2003; 103: 323-28.
21. Moon M. Physical activity reduces breast cancer risk by 60%. *OB/GYN News* 2000; 6: 1-2.
22. Kreidie A. Exercise reduce breast cancer risk. *Medical Post* 2003; 39: 45.
23. Exercise enhance during the menstrual cycle. *Australian Science* 2003; 24:10.
24. Keiffer E, et al. Perspectives of pregnant and post partum latino women on diabetes, physical activity and health. *Health Education and Behavior* 2002; 29:542-56.
25. Gottlieb S. Exercise during pregnancy may increase birth weight. *BMJ* 2001; 322:193.
26. Barnett D, Kahan D. Appropriate physical education practices for pregnant adolescents. *JOPERD* 1998; 69:34-7.
27. Barbosa L, et al. Total energy expenditure and physical activity level of lactating mesoamericidians. *J Nutr* 1997; 127: 299-305.
28. Hunter C, et al. Effect of exercise on immunologic factors in breast milk. *Pediatrics* 2003;111:148-52.
29. Golditz G, et al. Walking and leisure – time activity and risk of hip fracture in postmenopausal women. *JAMA* 2002; 288:2300-06.

# Segundo Ofrecimiento del Certificado en Lactancia Materna - completamente a distancia

El Programa de Certificado Profesional en Lactancia Materna es un ofrecimiento post grado donde el/la estudiante tiene la oportunidad de estudiar a distancia. Este certificado tiene una duración de 42 semanas y consta de 7 cursos medulares y 2 cursos electivos, para un total de 234 horas contacto. Está dirigido a médicos, enfermeras(os) y nutricionistas especializados en algún aspecto del cuidado perinatal, que provean atención a las madres o a los infantes regularmente.

El programa está basado en competencias y tiene como objetivo la adquisición por parte de los/las participantes del conocimiento y las destrezas necesarias para proveer manejo y apoyo especializado en lactancia materna. Esto incluye consejería prenatal y de posparto rutinario y el manejo de las preocupaciones y complicaciones comunes. Los/as egresados estarán cualificados/as para ser fuente de información en lactancia humana para otros profesionales de la salud y la comunidad en general. Recibirán adiestramiento para ofrecer educación continuada en los aspectos especializados de la lactancia humana y el amamantamiento. Los/as participantes son apoderados/as para ser líderes en el equipo de cuidado de la salud para el adiestramiento en lactancia materna, la promoción de prácticas que apoyen y protejan el amamantamiento y el manejo de aspectos clínicos relacionados.

Los cursos medulares a ofrecerse son: CLMA – 6501 Conceptos Básicos sobre la Lactancia Materna – 30 horas; CLMA – 6502 Manejo de lactancia materna: Aspectos relacionados con la madre – 24 horas; CLMA – 6503 Manejo de lactancia materna: Aspectos relacionados con el infante – 24 horas; CLMA – 6504 Lactancia materna en niños con

necesidades especiales – 24 horas; CLMA – 6505 Aspectos legales y éticos de la lactancia materna – 24 horas; CLMA – 6506 Políticas públicas relacionadas a la lactancia materna – 24 horas; y CLMA – 6507 Práctica Clínica – 36 horas.

Estos cursos se complementarán con los cursos electivos los cuales comprenden: CLMA – 6508 Destrezas de consejería a madres y a sus familias – 24 horas; CLMA – 6509 Amamantamiento y crianza – 24 horas; CLMA – 6510 Medicina de la Lactancia Materna – Práctica Clínica Basada en Evidencia Científica – 24 horas; y CLMA – 6511 Nutrición de la madre lactante – 24 horas

Todos los cursos del programa se ofrecerán a distancia utilizando la plataforma Blackboard. La fecha límite para solicitar admisión es el 15 de julio de 2004. Puede conseguir información adicional a través de nuestra página de internet:

[www.rcm.upr.edu/mch/](http://www.rcm.upr.edu/mch/)



**(Controversia entre la OMS..)** asignados al azar a un grupo control o experimental. Los hallazgos son comparados conforme a la hipótesis.

El contexto en el cual se diseña un estudio va a determinar la utilidad del mismo. Los estudios epidemiológicos son mejores para caracterizar o describir poblaciones e hipótesis emergentes. Los estudios de intervención son apropiados para probar las hipótesis en condiciones controladas. La ética, a menudo influye sobre las decisiones relacionadas con la selección del diseño de los estudios.

Desde el punto de vista del Programa de Salud de la Madre y el Niño entendemos que ambas entidades poseen cierta verdad en sus argumentos. Por un lado es necesario el desarrollo de modelos de investigación basados en intervenciones y por otro lado, no toda evidencia para la toma de decisiones nace de estudios de investigación. Es por tanto, que se debe poner mayor énfasis en desarrollar datos científicos basados en

evidencia lo que terminará la controversia entre las organizaciones.

Referencias:

1. Phillips MW. The WHO's Global Health Strategy: A Call to Arms for Dietetics Professionals. J Am Diet Assoc 2004; 104:520-523.
2. World Health Organization. Integrated prevention of noncommunicable diseases: Draft global strategy on diet, physical activity and health. EB113 Add.1. November 27, 2003. Disponible en: [http://www.int/gb/EB\\_WHA/PDF/EB113/eeb11344a1.pdf](http://www.int/gb/EB_WHA/PDF/EB113/eeb11344a1.pdf). Acceso el 3 de mayo de 2004.
3. World Health Organization. Report of the joint WHO/FAO expert consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. World Health Organization Technical report Series 916. April 23, 2003. Disponible en: <http://www.who.int/hpr/gs.who.fao.report.shtml>. Acceso el 3 de mayo de 2004.

# Cuidado dirigido y salud de la mujer

Rivera E\*, Colón M\*, Durán I\*, Dávila R R\*\*. \* Estudiantes MPH-MCH \*\* Profesor del Programa de Salud del Madre y el Niño

El cuidado dirigido predomina en los servicios de salud en Estados Unidos. El crecimiento acelerado del cuidado dirigido no se debe a que los pacientes y proveedores estén entusiasmados con el mismo. Los pacientes han tenido reacciones mixtas hacia el cuidado dirigido, le agradan los co-pagos y la reducción en los formularios pero consideran que las prácticas de éste enfatizan el control de gastos sobre la calidad. Sin embargo, existe una preocupación general entre el público, los médicos y legisladores acerca del efecto del cuidado dirigido en la calidad de los servicios.<sup>1</sup>

Las mujeres son una audiencia importante para los proveedores de servicios de salud porque tienen un rol valioso en la utilización de los servicios. Alrededor de un 60% de las altas en los hospitales de Estados Unidos en 1997 fueron mujeres; y aproximadamente el 11% de todas las admisiones en los hospitales fueron partos. Las mujeres utilizan los servicios de salud más frecuentemente que los hombres, y su posición como delegadas de sus familias en el cuidado de la salud, son un factor clave en la selección de los servicios.<sup>2</sup>

En 1985, el Instituto de Medicina promovió el alistamiento de todas las mujeres en el sistema de cuidado prenatal como una política de iniciativa nacional para mejorar los resultados de los nacimientos en Estados Unidos. Aunque los objetivos para Personas Saludables ("Healthy People") 2000 y 2010 están bajo la expectativa de 90%, las mujeres que inician el cuidado prenatal en el primer trimestre, aumentaron a más de 83% en 1999. La utilización de cuidado prenatal adecuado ha aumentado y esto es medido por el mes en que comienza el cuidado y el número de visitas recibidas, mientras que el por ciento de mujeres que no recibe cuidado prenatal o que lo comienza tarde ha disminuido.<sup>3</sup>

La utilización de cuidado dirigido para proveer servicios de salud a los beneficiarios de Medicaid ha aumentado grandemente. Las tasas de reclutamiento nacional han aumentado cinco veces más que en la década pasada. A través de Medicaid se atiende a mujeres de bajos ingresos y a sus niños; y como el cuidado dirigido utiliza métodos de control de costos, esto puede tener efectos adversos y repercusiones para la salud de los niños. Por lo tanto, es imperativo que se evalúe el efecto del cuidado dirigido en el Medicaid para los niños, en términos de acceso y satisfacción con los servicios. El programa de cuidado dirigido de Medicaid tiene la intención

de proveer a sus beneficiarios un mejor acceso a los servicios y está en progreso el logro de esta meta.<sup>4</sup>

Otro problema de salud que afecta a las mujeres es el cáncer de seno. Esta es la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres. La mortalidad por cáncer de seno se puede reducir hasta un 50% mediante el cernimiento y detección temprana por mamografía. En la actualidad, la mamografía es el método para detección temprana de cáncer de seno temprano más efectivo.<sup>5</sup> Desafortunadamente, la mamografía sigue teniendo una baja utilización por todos los grupos de mujeres elegibles. Entre los grupos de más baja utilización están las mujeres de bajos recursos económicos y las de mayor edad. El

objetivo del Departamento de Salud de Estados Unidos para el año 2000, incluía aumentar la proporción de mujeres de 40 años o más que se realicen la mamografía y luego una de seguimiento cada dos años. Aunque este objetivo se está logrando para las mujeres negras y blancas, falta mucho trabajo por hacer con las mujeres de bajos recursos y con poca educación, particularmente prestando atención a eliminar las disparidades étnicas y raciales en el

cernimiento y manejo de cáncer. Los estudios indican la falta de seguro médico como una barrera para realizar el cernimiento mediante mamografías.<sup>5,6</sup>

El énfasis mayor para proveer servicios de salud integral es frecuentemente para aquellas condiciones que ocurren en mujeres, tales como, cuidado de maternidad, cernimiento de cáncer cervical y de seno, y consejería y tratamiento post menopausia. Existe evidencia científica para justificar la implantación de guías y recomendaciones basadas en evidencia, ya que estas condiciones si no son tratadas temprano pueden resultar en morbilidad elevada y altos costos. Un ejemplo de una intervención temprana que se ha encontrado es costo efectiva en la salud de la mujer es el cuidado prenatal apropiado. También la evidencia clínica ha demostrado que el cernimiento y tratamiento precoz del cáncer de seno y cervical reduce la mortalidad por cáncer.<sup>7</sup>

La asociación encontrada entre los aspectos financieros y administrativos del cuidado dirigido, y la preocupación de los médicos acerca del alcance del cuidado dirigido en el servicio que ellos ofrecen a sus pacientes debe ser considerados. Las estrategias para controlar los costos médicos y controlar la calidad del

*“Una cobertura universal resolvería el mayor problema del cuidado de salud al eliminar las barreras financieras. Un programa integral es necesario para garantizar igual acceso de cuidado, minimizar la complejidad y los gastos de facturación y administración. Un seguro de salud nacional es un seguro social pero no es igual a medicina socializada.”*

servicio usualmente están diseñadas para cambiar la manera en que los médicos practican la medicina. Para los médicos primarios, esto se puede traducir en decisiones que afecten la amplitud de los servicios que ellos proveen a los pacientes, cuales pacientes van a ser referidos a cuidado especializado y en que parte del proceso de la enfermedad se debe hacer el referido.<sup>8</sup>

Ante la preocupación por la calidad de los servicios, un grupo de médicos propuso un programa de salud nacional. Las premisas eran que toda persona tenga acceso a cuidado de salud de alta calidad, servicio equitativo mediante un seguro público integral bajo administración pública y financiado por un sólo pagador. Una cobertura universal resolvería el mayor problema del cuidado de salud al eliminar las barreras financieras. Un programa integral es necesario para garantizar igual acceso de cuidado, minimizar la complejidad y los gastos de facturación y administración. Un seguro de salud nacional es un seguro social pero no es igual a medicina socializada. Además, como los pacientes no tienen restricciones en el contrato del seguro, se puede garantizar la libre selección de médicos y hospitales. También la administración pública garantizaría la eficiencia y la distribución equitativa de los recursos para el cuidado de la salud.<sup>9, 10</sup>

En Puerto Rico, el cuidado dirigido es un modelo adaptado. Se define el cuidado dirigido como la integración del servicio clínico y financiero en un producto único, generalmente asociado a una aseguradora y el cual asume la responsabilidad por la totalidad de la población de pacientes contratada y conocida. En 1993, se crea la ley número 72 de la reforma de salud, basada en la prevención y educación. La reforma permite a los participantes tener los beneficios de cuidado primario: hospitalizaciones, servicios ambulatorios, salud dental, mental, laboratorios, rayos x, medicamentos prescritos y servicios de salud preventiva. Sin embargo, en la reforma de salud de Puerto Rico, el riesgo económico recae sobre el médico primario creando un conflicto de interés entre el bienestar del paciente y los ingresos del médico. Además, miles de puertorriqueños se han quedado sin acceso a servicios de salud ya que con su nivel de ingreso no cualifican

para la reforma pero tampoco pueden pagar un plan médico privado.<sup>11</sup>

En conclusión, el futuro del cuidado dirigido permanece incierto. Se enfatiza la calidad del cuidado a los pacientes y los grupos médicos apoyan este esfuerzo para ellos disponer de mayor tiempo para atender a los pacientes y emplear menos tiempo negociando con las aseguradoras. Esto ayudaría a los pacientes a recuperar la confianza que han perdido en el sistema.<sup>1</sup>

Referencias:

1. Dudley A, Luft HS. Managed care in transition. *New Eng J Med* 2001; 344:1087-92.
2. Cochran C, Peltier J, Schibrowsky J. The role physicians play throughout the birthing process. *Marketing Health Services* 2001 . Summer 21(2): 12-9.
3. Alexander GR, Kogan MD, Nabukera S. Racial differences in prenatal care use in the United States: are disparities decreasing? *Am J Pub Health* 2002; 92:1970-75.
4. Lee Ganz M, Sisk JE. Evaluation of Medicaid managed care for children: access and satisfaction. *Am J Pub Health* 2000; 90:1947-48.
5. Ahmed NU, et al. How the health care system can improve mammography-screening rates for underserved women: a closer look at the health care delivery system. *J Ambul Care Manage* 2001; 24:17-26.
6. Hadley J, Mitchell, JM. The effect of insurance coverage on breast cancer patients' treatment and hospital choices. *Women, Health and Aging* 1997; 87:4453-87.
7. Heller C, Viasses F. Comprehensive women's care targets disease management: savvy plans offer appropriate maternity care, and breast and cervical cancer screening. *Managed Healthcare* 1999; October: 42-5.
8. Blumenthal D, et al. Changes in the scope of care provided by primary care physicians. *New Eng J Med* 1999; 341:1980-85.
9. Himmelstein, D Woolhandler S. A national health program for the United States: a physicians' proposal. *New Eng J Med* 1989; 320:102-8.

## **Nota del Editor**

EEUU es el único país desarrollado que no tiene licencia de maternidad ni beneficios económicos por la maternidad. El más reciente boletín informativo del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) [ACOG Today, Vol. 48, Núm. 5, mayo-junio 2004] presenta los resultados de un estudio de accesibilidad a atención prenatal entre las embarazadas de ese país. En este momento el 13% de las embarazadas de EEUU no tienen acceso a atención prenatal, por falta de dinero y de seguro de salud. Estas madres tienen un riesgo 31% mayor de atravesar por un efecto adverso a la salud luego de parir. Añádasele a esto la falta de una licencia de maternidad y se comprende mejor porqué ese país ocupa el lugar número 23 en el mundo en mortalidad infantil. Comienzan a surgir voces que claman por la urgente necesidad de un seguro de salud universal en los EEUU, pero no hay todavía un reclamo igual por una licencia de protección a la maternidad.

---

# **Prohibición para el suministro de sucedáneos de la leche materna a los recién nacidos**

Ana M. Parrilla Rodríguez, MD, MPH, FABM

El 13 de marzo del 2004 se firmó la ley 79 para prohibir el suministro de sucedáneos de la leche materna a los recién nacidos. Esta ley prohíbe el suministro de sucedáneos de la leche materna a los recién nacidos, en los centros de servicio de maternidad, a no ser por indicación médica o consentimiento de la madre, padre o tutor, e impone sanciones por incumplimiento y para otros fines. Con la aprobación de esta ley, Puerto Rico se une a muchos de los países del mundo que ya tienen disposiciones legales que adoptan en parte o en su totalidad el Código Internacional de Sucesáneos de la Leche Materna. Todos los Estados Miembros de Naciones Unidas, incluyendo los Estados Unidos, reconocen el Código Internacional.

La ley define un sucedáneo de la leche materna como todo alimento comercializado o de otro modo presentado como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para este fin. Según el Código Internacional de Sucesáneos de la Leche Materna esta definición comprende: todas las leches artificiales para infantes (fórmula, fórmulas para trotones, fórmulas para prematuros y otras fórmulas especiales); las leches o fórmulas de seguimiento (fórmulas para trotones); los alimentos complementarios que se venden para uso antes de los seis meses (cereales, comidas para bebés, aguas, teses y jugos) y las botellas, mamaderas y equipo relacionado.

La ley indica que “se prohíbe que en la jurisdicción del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, los centros de servicios de maternidad, centros de cuidado u oficinas de ginecología, pediatría u obstetricia que atiendan a mujeres embarazadas con más de seis (6) meses de gestación, o a niños menores de un (1) año de edad, suministren a los recién nacidos e infantes sucedáneos de la leche materna, suero glucosado, agua o cualquier otro alimento o bebida distintos a la leche materna, sin previa autorización médica escrita o consentimiento expreso y escrito de la madre, padre o tutor”. Establece esta ley que “la madre que interese que se le suministre al neonato sucedáneos de leche materna, también podrá expresar su consentimiento a dicho suministro por escrito en cualquier momento posterior al parto”. Los médicos no pueden autorizar el uso de los sucedáneos a menos que no exista una indicación médica verdadera. El Departamento de Salud podrá imponer multas de hasta \$2,000 por cada acto de incumplimiento de esta ley.

La lactancia materna ha sido sabotada durante décadas debido a las prácticas de comercialización de los fabricantes de sucedáneos de la leche materna y de otros tipos de alimentos infantiles, desde que éstos descubrieron las posibilidades insospechadas de un mercado inagotable de lucro en la alimentación de las niñas y los niños. Las industrias de sucedáneos de la leche materna conocen el papel tan importante que juegan

los médicos, las enfermeras, las nutricionistas y otros profesionales de la salud en las decisiones que toman las madres respecto a la alimentación de sus niños(as). Estas empresas han trabajado por muchos años campañas dirigidas particularmente a seducir a los profesionales de la salud para que se conviertan (sin darse cuenta, por supuesto) en sus más leales y eficientes agentes de promoción de sus productos.

La industria de alimentos infantiles es una muy lucrativa; se estima que ésta generó casi \$17,000,000,000 (17,000 millones) en el 2001 y se espera que al ritmo de crecimiento de 17% al año genere casi 20,000 millones de dólares en el 2005. La leche artificial (fórmula) compone el 64% del total de estas ventas, representando \$11,000 millones en ganancias. Para generar esta cantidad de ganancias la industria no escatima en estrategias de mercadeo de sus productos.

Las compañías de fórmulas para infantes siempre han usado a los profesionales de la salud para comercializar sus productos porque reconocen la influencia que éstos tienen en las decisiones que toman sus pacientes y los utilizan para darle credibilidad y seguridad a su producto. Los médicos, enfermeras, nutricionistas y otros profesionales de la salud reciben rutinariamente regalos, que van desde muestras de fórmula, cenas, auspicios de convenciones, hasta pago de viajes y educación continuada. Se apoya la investigación médica y en nutrición y hasta se dan regalos en metálico para los médicos que recomienden sus productos. Un estudio publicado en “Pediatrics” en 1991 encontró que la industria farmacéutica tiene gastos en promoción entre \$6,000.00 y \$8,000.00 por médico por año.

El momento ha llegado para todos los profesionales de la salud en Puerto Rico que atendemos las necesidades de salud de las madres y los niños cobremos conciencia de la enorme importancia para nuestra sociedad de devolverle a ésta la norma cultural de la lactancia y el amamantamiento. Es ésta la estrategia de promoción de la salud y prevención de enfermedades más importante para las generaciones futuras. En tiempos de reforma de los servicios de salud cobra aún más importancia la necesidad de educar para la salud y de apoderar a nuestra población sobre las estrategias disponibles para lograrla. Esta legislación nos permite comenzar a desarrollar en Puerto Rico las estrategias para la verdadera protección y apoyo de la lactancia. Los niveles superiores de salud que habrán de lograrse y los ahorros para el sistema que éstos producirán, nos permitirán prescindir de las prebendas de las compañías de leches artificiales. Bajo un nuevo paradigma, estas compañías podrán tener acceso a un mercado legítimo, con mercadeo ético a los profesionales de la salud, para sus productos.

# Satisfacción en el parto

Durán I\*, Colón M\*, Rivera E\*, Dávila, RR\*\*. \* Estudiantes MPH-MCH \*\* Profesor del Programa de Salud del Madre y el Niño

Las mujeres son una audiencia importante para los proveedores de servicios de la salud porque tienen un rol valioso en la utilización de los servicios de salud. Alrededor de un 60% de las altas en los hospitales de Estados Unidos en 1997 fueron mujeres; y aproximadamente el 11% de todas las admisiones en el hospital fueron partos. Las mujeres utilizan los servicios de salud más frecuentemente que los hombres, y su posición como delegadas de sus familias en el cuidado de la salud, son un factor clave en la selección de los servicios<sup>1</sup>.

El cuidado obstétrico es una experiencia multidimensional para la mujer y su lealtad está influenciada por una fuerza social y el vínculo inherente a la relación paciente-proveedor. Cuando los médicos desarrollan una relación honesta, amistosa, de cuidado y apoyo con la paciente, ellos están construyendo vínculos sociales fuertes. Una relación social médico paciente fuerte conduce a aumentar la satisfacción durante todo el proceso del parto. Cuando las pacientes sienten que la institución que ofrece el cuidado de salud satisface sus necesidades individuales, se desarrollan vínculos fuertes que conducen a la lealtad de la paciente<sup>1</sup>.

Las controversias en el cuidado de la salud que afectan a la mujer embarazada antes, durante y después del parto son aquellas complicaciones obstétricas como preclampsia, hipertensión, diabetes gestacional, infecciones, hemorragias post parto y morbilidad. Los proveedores de servicios de salud deben recomendar a las embarazadas tomar clases prenatales para que conozcan los cambios físicos que le ocurren durante el embarazo. También deben promover clases anticipadas en lactancia y cuidado del infante<sup>2</sup>.

Las mujeres están cada vez más insatisfechas con el cuidado que reciben durante el parto ya que el mismo está enfocado en el control del proceso del mismo dirigido a intervenciones de rutina; tales como inducción del parto y episiotomías. La insatisfacción es evidente especialmente para aquellas mujeres que no participan en el proceso de tomar decisiones. La falta de información es frecuentemente criticada durante el parto especialmente por la falta de selección y compromiso en el proceso de tomar decisiones que conducen a procedimientos innecesarios y no deseados<sup>3</sup>. Hay un consenso en aumento que las personas deben estar informadas, deben ser capaces de influenciar y tomar

decisiones sobre su propio cuidado de salud<sup>4</sup>. Los pacientes informados están más dispuestos a cumplir con los planes de tratamiento médico, son capaces de manejar mejor los síntomas de su enfermedad, experimentan menos complicaciones y están más satisfechos con el cuidado cuando reciben información<sup>2</sup>.

El manejo del dolor durante el parto está asociado a altos niveles de satisfacción por parte de la parturienta. Otros factores como la participación en la toma de decisiones, factores sociales y culturales, la relación de la mujer con el proveedor de servicios de salud y sus expectativas respecto al parto son igualmente importantes. Existen métodos no convencionales que pueden ser seleccionados por la mujer durante el parto

para manejar el dolor; tales como, hidroterapia, hipnoterapia, masajes, el uso de personal de apoyo como doulas, movimientos y posiciones. Sin embargo, los métodos más utilizados para aliviar el dolor son la analgesia epidural, espinal o la combinación de ambas<sup>5</sup>.

La anestesia epidural puede prolongar el parto aproximadamente una hora. El efecto en la tasa de cesárea no está claro y puede variar de acuerdo al proveedor. La

literatura provee evidencia de un aumento en la tasa de partos vaginales con intervenciones y una disminución en la tasa de partos vaginales espontáneos con la anestesia epidural; la razón para esta asociación no está clara y la magnitud puede estar asociada por el estilo de práctica del obstetra<sup>5</sup>.

Sin embargo, varios estudios indican un riesgo elevado de partos por cesáreas cuando las mujeres reciben analgesia epidural antes de los 5 centímetros de dilatación<sup>6</sup>. La tasa de cesáreas es por lo menos dos veces mayor en mujeres que reciben analgesia epidural que en las que no la reciben; y tasas elevadas de partos con intervenciones se reportan consistentemente asociados a la anestesia epidural<sup>7</sup>. También la anestesia epidural puede interferir con la habilidad sensorial y motora, incluyendo la habilidad para pujar, dar a luz, extender el segundo estadio del parto y posiblemente a la necesidad de una cesárea. Además, la anestesia epidural le impide a la madre caminar, privándola de los beneficios de ambular durante el parto. Finalmente, altas concentraciones de anestesia epidural puede producir un bloqueo al sistema simpático, resultando en vasodilatación e hipotensión potencialmente peligrosa para la madre<sup>8</sup>. Otra consecuencia de la anestesia epidural puede ser un

*“Cuando a las madres se les ofrece la oportunidad de elegir, dos terceras partes de las mujeres escogen parir en lugar de una cesárea repetida. Las mujeres que escogen parir aparentemente están influenciadas por el deseo de experimentar un parto vaginal y una corta recuperación.”*

aumento en la temperatura materna<sup>7</sup>.

Aún así, en el año 2002, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y la Sociedad Americana de Anestesiólogos asumió la posición conjunta indicando que la solicitud de una mujer para alivio del dolor es indicación suficiente para utilizar analgesia. También indican que la anestesia epidural es segura, ampliamente utilizada y efectiva para aliviar el dolor durante el parto y las cesáreas. La decisión de recibir alguna forma de analgesia es personal y debe hacerlo el paciente en consulta con el obstetra y el anestesiólogo<sup>5</sup>.

Los partos vaginales después de una cesárea transversa baja son seguros y exitosos para casi todas las mujeres. El éxito depende de la paridad, el médico, la actitud de la paciente y la razón por la cual se realizó la cesárea anterior. La mayor probabilidad de éxito para un parto después de una cesárea previa ocurre cuando la indicación para la cesárea fue la presentación del bebé de nalgas<sup>9</sup>.

Cuando a las madres se les ofrece la oportunidad de elegir, dos terceras partes de las mujeres escogen parir en lugar de una cesárea repetida. Las mujeres que escogen parir aparentemente están influenciadas por el deseo de experimentar un parto vaginal y una corta recuperación. En Estados Unidos, las mujeres afro-americanas e hispanas prefieren y reciben más cesáreas electivas repetidas que las blancas. Las mujeres a las que se les practica una cesárea de emergencia tienen una percepción más negativa de la experiencia del parto que aquellas que tuvieron una cesárea electiva o un parto vaginal. Se recomienda que los proveedores de servicios de salud informen a las mujeres sobre los riesgos, beneficios y costos de parir versus una cesárea repetida; pero respetan la decisión de la mujer que elige una cesárea repetida electiva<sup>9</sup>.

El parto es un proceso innato, fisiológico y natural. El derecho a un parto seguro y digno debe ser reconocido como derecho universal de las mujeres. Actualmente los procedimientos médicos que se utilizan en los hospitales públicos y clínicas privadas son peligrosos y humillantes, y atentan contra los derechos humanos más básicos de las mujeres<sup>10</sup>.

La iniciativa del parto amigable para la madre promueve un modelo de bienestar en los servicios de maternidad para mejorar los resultados en el parto y reducir los costos. Esta iniciativa basada en la prevención y bienestar para la madre, el infante y la familia cree en los principios del parto como un proceso natural, de apoderamiento, autonomía, de no hacer daño y de responsabilidad. La iniciativa está dirigida a apoyar, proteger y promover los servicios de maternidad y a su vez garantizar la satisfacción en el parto para la madre y su familia<sup>11</sup>.

Estudios recientes indican mayor satisfacción durante el parto cuando hay una doula presente. Una doula es una mujer que ofrece apoyo emocional y provee una variedad de medidas para la comodidad y bienestar de la madre durante el parto. Establecer un programa de doulas en el hospital puede proveer muchas ventajas para el hospital, la doula y la madre ya que aumenta la

satisfacción de la paciente<sup>12, 13, 14</sup>. Algunas de las ventajas del apoyo en el parto por parte de la doula son partos más cortos, con menos complicaciones, tasas de cesáreas disminuidas, menos necesidad de oxitocina para acelerar el parto, menos medicación, los bebés amamantan más fácil, hay mayor satisfacción de la madre con la experiencia del parto y los costos del cuidado obstétrico se reducen dramáticamente<sup>15</sup>. En conclusión, para que la madre logre mayor satisfacción durante el parto ésta debe estar informada y participar en el proceso de tomar decisiones, e inclusive brindársele la oportunidad de tener una doula o acompañante adiestrada de manera que se reduzcan las intervenciones y procedimientos médicos durante su parto.

Referencias:

1. Cochran C, Peltier J, Schibrowsky J. The Role Physicians Play Throughout The Birthing Process. Marketing Health Services 2001. Summer 21(2): 12-9.
2. Perla L. Patient Compliance and Satisfaction With Nursing Care During Delivery And Recovery. Journal of Nursing Care Quality 2002.
3. Way S. Social Construction of episiotomy. J Clin Nurs 1998; 7:113-17.
4. Cathanian A, Kirkham M, Nicholl J, Thomas K, Walters S. Use of Evidence Based Leaflets To Promote Informed Choice In Maternity Care: Randomise Cotrolled Trial In Everyday Practice. BMJ 2002; 321.
5. Camann WR, Eltzschig HK, Lieberman ES. Regional Anesthesia and Analgesia for Labor and Delivery. N Engl J Med 2003; 348:319-32.
6. ACOG Opinion Paper on Analgesia and cesarean delivery. Am Fam Physician 2002; 65:2595.
7. Cohen A, et al. Maternal intrapartum temperature elevation as a risk factor for cesarean delivery and assisted vaginal delivery. Am J Public Health 1999; 89: 506-10.
8. Britt R. Epidural analgesia during labor: lower the risks. Nursing 2002; 32:78.
9. Bell HS, Bower HPH, Graves Moy J, Hess GH, Roberts RG, Wall EM. Trial of labor or repeated cesarean section. Arch Fam Med 1997; 6: 120-5.
10. Humanizar El Parto y El Nacimiento, Humanizar la Vida. [www.midwiferytoday.com](http://www.midwiferytoday.com).
11. Coalition for Improving Maternity Services. *The Mother-Friendly Childbirth Initiative*. Washington, DC, 1996. , [www.motherfriendly.org](http://www.motherfriendly.org)
12. Schwartz J. Enhancing The Birth Experience: The Doula As Part Of The Hospital Maternity Program. IJCE;17.
13. Keenan P. Benefits Of Massage Therapy And Use Of A Doula Labor And Childbirth. Alternative Therapies 2002; 6:66-74.
14. Birth Doulas Make A Difference, [www.Dona.org](http://www.Dona.org).
15. Eleven Studies Showed The Following Effects Of Doula Support, [www.Dona.org](http://www.Dona.org).

# **Segunda Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública**

La Facultad de Ciencias Biosociales y Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico se honra en invitarle a participar en la Segunda Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública. La misma se efectuará del 1 al 3 de septiembre de 2004 en San Juan, Puerto Rico. Con el tema central "Promoviendo la Alianza Social por la Salud Pública", la Conferencia propiciará la participación amplia de los sectores institucionales, profesionales, comunitarios, sociales y académicos en el análisis crítico de los asuntos de salud pública.

El Programa de Madres y Niños se une a los trabajos de la conferencia presentando cuatro sesiones especiales. El miércoles 1 de septiembre de 2004 de 1:30-3:00 pm se presentará la sesión: La Cesárea como un problema de Salud Pública con la participación del Dr. Pierre Buekens, Decano de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Tulane, y la Dra. Daphne Rattner, Epidemióloga Reproductiva del Ministerio de Salud de Brasil. Ese mismo día

de 3:15-4:45 pm se presentará la sesión: Modelos Exitosos de Prestación de Servicios para el Embarazo y el Parto ofrecida por la Dra. Robbie Davis-Floyd, Antropóloga Reproductiva de la Universidad de Texas.

El jueves 2 de septiembre de 2004 de 1:30 – 4:45 pm se llevarán a cabo las sesiones del Sexto Foro Puertorriqueño de Investigación Científica en Lactancia Humana y Amamantamiento. Este año contará con la participación de la Dra. Audrey Naylor, Presidenta de Wellstart International; y la Dra. Miriam Labbok, consejera de nutrición y cuidado del niño para UNICEF. Se ofrecerán créditos de educación continuada independientemente de los de la Conferencia, para las sesiones del Foro.

Autorizado por la  
Comisión Estatal de Elecciones  
#CEE-SA-04-6300

## Editora:

Ana M. Parrilla, MD, MPH, FABM  
Catedrática Asociada y Coordinadora de la  
División de Alcance y Educación a la Comunidad  
Programa de Salud de la Madre y el Niño  
Escuela Graduada de Salud Pública  
Recinto de Ciencias Médicas  
Universidad de Puerto Rico  
PO Box 365067  
San Juan, Puerto Rico 00936-5067

Para colaboraciones favor de comunicarse al  
teléfono:

787-758-2525 ext. 1445

Fax: 787-759-6546

Email: [aparrilla@rcm.upr.edu](mailto:aparrilla@rcm.upr.edu)

