

Programa de promoción de lactancia materna: tres puntos de vista relacionados con la actividad profesional

Óscar C. Thompson-Chagoyán¹

El objetivo de este ensayo es elucubrar sobre la forma de interpretar el programa de promoción de lactancia materna, conforme a los puntos de vista particulares de tres profesionistas: un sociólogo, un economista y un médico.

El sociólogo:

Iniciaría diciendo que en países como el nuestro, la familia es la célula fundamental del engranaje social, por esta razón la mujer recibe tradicionalmente una educación que en todo momento le recuerda su deber de madre y esposa,¹ en este tipo de sociedad las funciones principales de las mujeres se reducen a tres dimensiones centrales:

1. La reproducción biológica
2. La fuerza de trabajo poco remunerada
3. La educación, el cuidado de los hijos, enfermos y ancianos.

En cuanto al primer aspecto, desde el punto de vista biológico, la mujer aparece, a través de su capacidad reproductiva, como destinada a ser esposa, madre y ama de casa, siendo recluida en el ámbito doméstico donde lleva a cabo estas funciones consideradas como naturales.²

En la segunda dimensión, la mujer desarrolla en el hogar, una ocupación disfrazada ya que no se recibe remuneración económica por realizarla, razón por lo cual son consideradas en los censos como parte de la población económicamente inactiva.³ Sin embargo, como consecuencia de los problemas económicos así como al reclamo de las mujeres por participar, en igualdad de circunstancias en las actividades laborales, existiendo cada vez un mayor número de ellas, que se incorporan a la fuerza productiva del país al grado de que la tasa de mujeres con trabajo remunerado alcanzó el 24% y 23.1% en 1980 y 1990 respectivamente, sin embargo cabe mencionar que esta inclusión a la fuerza de trabajo guarda una relación inversa con el estado socioeconómico de las familias de las que proceden estas mujeres.^{3, 4}

En una muestra nacional, se encontró que 66% de las mujeres con uno o más hijos se dedicaban al hogar, el 17% eran obreras, el 15% empleadas del servicio doméstico, el 1.4% estudiantes y el 1% eran profesionistas o técnicas.⁵ De las mujeres que reciben un salario por su trabajo el 70.3% se encuentra en actividades consideradas femeninas por excelencia.² Lo anterior da una idea de la orientación que tiene el género para el tipo de trabajo que desarrollan las mujeres en nuestro país.

Por lo que respecta al tercer punto, por tradición, la mujer es considerada la encargada de la crianza, alimentación y cuidado de los niños durante sus primeros años de vida ya que de otra manera pueden aparecer problemas psicológicos o una mayor predisposición a la delincuencia en aquellos niños que son separados tempranamente de sus madres.^{5,6}

De igual manera las mujeres son las responsables del cuidado tanto de los ancianos como de los enfer-

¹ División de Pediatría. Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

mos, debido a que son ellas las principales receptoras de una gran parte de los programas de atención y prevención implementados por los Servicios de Salud,⁷ por estas razones y por el descenso de la lactancia materna en el mundo, se ha instituido en nuestro país el "Programa de Promoción de Lactancia Materna" que tiene como objetivos primordiales que el niño reciba una alimentación con leche de su propia madre, al menos, por un período de cuatro a seis meses contados a partir del nacimiento y erradicar el uso de sucedáneos de leche materna,⁸ cuando éstos no son estrictamente indispensables.

Por lo anteriormente expuesto, el Programa puede, desde la perspectiva del sociólogo, ser visto como un tipo de control social relacionado al género, ya que si entendemos como control social a toda influencia intencionada que se ejerce sobre una tercera persona, sin emplear la coacción física y que tiene como consecuencia que el individuo o grupo se comporte de manera distinta a como lo hubiera hecho si no hubiera existido este factor,⁹ entonces el Programa puede ser considerado como un equivalente de control social considerando que la mujer que acaba de tener un(a) hijo(a) es difícil que pueda lactarlo(a) en los primeros 30 minutos después del parto, sobre todo si el nacimiento ocurrió mediante la realización de una operación cesárea, si fue prolongado o hubo necesidad de utilizar fórceps para la extracción del producto. Todo lo cual deja exhausta a la madre o con heridas que le provocan gran malestar.

Ahondando un poco más en la interpretación del programa como una forma de control social encontramos que para Guy Rocher,⁹ "el control social constituye la totalidad de las sanciones positivas o negativas a las que recurre la sociedad para asegurar la conformidad de las conductas a los modelos establecidos" y esto se ve representado en el hospital por las acciones emprendidas para facilitar la lactancia natural en los lugares en donde está vigente el Programa, así como el no proporcionar sucedáneos de leche materna para que alimenten a sus bebés y cuando se llega a efectuar esta acción se le pide que lo alimenten con un vaso en vez de con un biberón que es la forma en la que previamente habíamos acostumbrado a las madres a alimentar a sus hijos. Por otro lado, una madre que no desea alimentar a su bebé puede ser mal vista por sus compañeras de cuarto, con lo que no le queda más remedio que

amamantar a su bebé lo antes posible a pesar de que, un buen porcentaje de ellas, hubieran preferido no hacerlo.

Al salir del hospital también ocurre que, a un buen porcentaje de madres, no se les permite abandonar la lactancia natural ya sea por influencia de los familiares, del médico o porque el esposo ejerza su poder y obligue a la señora a que continúe con la lactancia, de acuerdo a lo establecido por la tradición familiar, lo que viene a apoyar más desde el punto de vista sociológico que se puede tratar de un tipo de control social relacionado con el género.

Por último las madres que trabajan y continúan con la lactancia tienen que realizar más actividades, desde que ahora desempeña los papeles de madre-esposa y trabajadora lo cual es catalogado por los estudiosos del género como la "doble o triple jornada."^{10,11} quienes a su vez han demostrado que las mujeres que trabajan, faltan a su casa alrededor de 11 horas diarias y laboran, comprendidas las tareas domésticas, un promedio de 80 horas a la semana.¹⁰⁻¹²

El economista:

Dado que una de las principales funciones de este profesionista es la optimización de los recursos con el consecuente ahorro en el gasto, puede interpretar al Programa como una forma de economizar recursos, dado que al lograr una disminución en el consumo de sucedáneos para los recién nacidos, implementando la prohibición de la administración de alimentos diferentes a la leche materna durante la estancia hospitalaria y sobre todo la instrucción del uso de substitutos de leche materna (fórmulas) sólo para aquellos casos en los que sea estrictamente indispensable,¹³ se puede lograr un ahorro considerable con el simple hecho de dejar de proporcionar fórmulas a los recién nacidos durante su estancia hospitalaria, este tópico fue comprobado en un estudio que realizamos en el Instituto Mexicano del Seguro Social,¹⁴ en donde se logró un ahorro de 16,114.00 pesos en un período de 22 meses en un solo hospital mediante la política de fomentar la alimentación natural y dejando el uso de fórmulas sólo para aquellos casos en los que fue estrictamente indispensable su uso, esto sin considerar el ahorro del gasto involucrado en la preparación y esterilización de las fórmulas que desafortunadamente no fueron incluidos en el proyecto. Este ahorro representó una

disminución del gasto por niño, desde 2.62 pesos a 0.67 centavos, hallazgo semejante a lo encontrado en 1992 en Carolina del Norte, donde se generó un gasto de 8,686 dólares en mujeres que alimentaron a sus bebés con sucedáneos, contra 1,818 dólares que fue necesario invertir en apoyo a las madres de escasos recursos, que alimentaron a sus hijos con su propia leche.¹⁵ Esta optimización de recursos permitirá que el dinero ahorrado pueda ser utilizado en otras acciones encaminadas a mejorar la salud de los habitantes del país. Por lo expuesto el economista puede considerar al "Programa de Promoción de Lactancia Materna" como una excelente oportunidad de optimizar recursos.

El médico:

Dada la orientación preventiva que tiene este profesional de la salud, puede considerar al programa como un medio para proteger el desarrollo adecuado del niño, debido a que, cuando es alimentado con leche de su propia madre, recibe anticuerpos, células y otras sustancias que ejercen un efecto protector en contra de una gran cantidad de agentes patógenos.¹⁶ Desde la década de los ochenta se han encontrado evidencias sólidas de que la alimentación materna disminuye la morbilidad y la mortalidad, ocasionada por agentes infecciosos, principalmente por aquellos que causan diarrea y enfermedades respiratorias.^{16,17} Por otro lado, proporcionar la leche específica, asegura un estado nutricional adecuado, además de un crecimiento óptimo, al menos por cuatro meses.^{18,19} Garantizando un crecimiento emocional adecuado, secundario al contacto estrecho y la estimulación que supone el amamantamiento.²⁰⁻²¹ Con ello los lactantes alimentados al seno materno pueden tener mayores posibilidades de obtener el bienestar biopsicosocial, al que aspira todo ser humano. Por último se ha sugerido que muchas de las enfermedades que padece el ser humano, tienen su origen en la infancia, por lo cual la alimentación que reciba en esta etapa de la vida es esencial para lograr su prevención. Entre las enfermedades que se han considerado como de adquisición en etapas tempranas de la vida se encuentran la diabetes²²⁻²³ y la obesidad,²⁴ que padecen en menor proporción los adultos que fueron alimentados con leche de su propia madre.

Como todo en la vida, un mismo tópico puede ser visto desde distintos puntos de vista, en mi forma de

pensar el "Programa de Promoción de Lactancia Materna" puede ser considerado desde diferentes perspectivas profesionales, pero lo cierto es que este programa ha logrado en poco tiempo revertir el grave problema que representa el abandono de la lactancia natural, lo que a su vez produce un enorme beneficio tanto para el binomio como para la economía de un país en donde la optimización de los recursos es la única salida posible a la crisis que nos aqueja y quizá sea una forma de evitar que nuestros futuros adultos presenten muchas de las enfermedades que ahora se padecen por no haber sido alimentados al seno materno en su etapa infantil.

REFERENCIAS

1. Bayon M, Lázaro G. *Empleadas del hogar, trabajadoras de tercera*. Editorial Zero, Barcelona, 1976; 9 - 29.
2. Peña F. Biología, sociedad e identidad femenina. *Salud Problema No 25 UAMX* 1994; 5 -15.
3. De Riz L. El problema de la condición femenina en América Latina. La participación de la mujer en los mercados de trabajo. El caso de México. en: *Secretaría del Trabajo y Previsión Social. La mujer y el trabajo en México* (antología). Cuadernos laborales. México 1986; 20-9.
4. Peña MB. Problemática de la mujer que trabaja. Cuadernos Universitarios de la Universidad de Baja California, México 1985; 12-9.
5. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Dirección General de Educación para la Salud. Departamento de Nutrición. *Hábitos de lactancia y ablactación en poblaciones de áreas urbanas, marginales y rurales de los 31 estados y el Distrito Federal*. México, 1982.
6. Haralambos M, Heald RM. Women and society. In: Haralambos M, Heald RM. *Sociology. Themes and perspectives*. 2th edition. Unwin Hyman Limited and Richard Clay LTD. London 1988: 369-405.
7. Osorio RM. La cultura médica materna en la atención de la salud materno-infantil. En: Perez-Gil RS, Ramírez JC. *Género y salud femenina*. Universidad de Guadalajara México 1985: 45-54.
8. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Servicios de Salud. y UNICEF. *Programa de atención materno infantil Hospital amigo del niño y de la madre. Criterios operativos*. México, 1991.
9. Romero SJ. Control Social. En: Romero SJ. *Curso de sociología jurídica*. Ediciones Librería del Profesional. Cali Colombia 1990: 113-7.
10. Lagarde M. El trabajo. En: Lagarde M. *Los cautiverios de las mujeres, madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Coordinación general de estudios de posgrado. Facultad de Filosofía y Letras UNAM México 1990: 111-50.
11. Brachet-Márquez V. De la doble a la triple jornada. La contribución de la mujer a la manutención del hogar y sus efectos en la salud de los hijos. En: Denman C, Escobar A, Infante C, Mercado F, Robles L (coord) *Familia, salud y sociedad*. U de Guadalajara/ INSP/ CIESAS/ Colegio de Sonora. México 1993: 44- 79.
12. Romero SJ. La Familia. En: Romero SJ. *Curso de Sociología jurídica*. Ediciones Librería del Profesional. Cali Colombia, 1990: 194-212.
13. Protecting, promoting and supporting breast-feeding. *The special role of maternity services*. A joint WHO/UNICEF Statement. Geneva. World Health Organization, 1989.

14. Thompson-Chagoyán OC, Contreras MG, Almazán RR, Rabiela BO, López-Ayllón RM. Influencia de un programa de promoción de lactancia materna sobre el consumo de sucedáneo de leche materna. XVII Reunión Regional de Investigación Médica. Región Siglo XXI. Querétaro, Querétaro 25-27 de abril de 1996.
15. Freed GL. Breast feeding. Time to teach what we preach. *JAMA* 1993; 269: 243-5.
16. Lacerva V. Inmunología de la leche humana. En: Lacerva V. Lactancia materna. *Un manual para profesionales de la salud*. El Manual Moderno. México, 1983: 45- 62.
17. Margen S, Melnick V, Neuhauser L, Ríos E. Infant feeding in Mexico. *A study of health facility and mothers practices in three regions*. Cap 2 Review of the literature. Nestle Infant formula Audit Commission. Emeryville, California. 1991: 13- 50.
18. Editorial. Infant feeding today. *Lancet* 1986; I: 17- 8.
19. Lacerva V. Consideraciones nutricionales. En: Lacerva V. *Lactancia materna. Un manual para profesionales de la salud*. El Manual Moderno. México, 1983: 23 - 44.
20. Vargas MS. *Gracias Mamá. Guía de lactancia natural*. Antártida S.A. México, 1988.
21. Lacerva V. Aspectos psicológicos y maternos. En: Lacerva V. *Lactancia materna. Un manual para profesionales de la salud*. El Manual Moderno. México, 1983: 9 - 22.
22. Broch JK, Joner G, Mandrup PY y col. Relation between breast-feeding and incidence rates of insulin dependent diabetes mellitus. *Lancet* 1984; II: 1083-6.
23. Pettitt DJ, Forman MR, Hanson RL, Hnowler WC, Bennett PH. Breast-feeding and incidence of non-insulin dependent diabetes mellitus in Pima Indians. *Lancet* 1997; 350: 166-8.
24. Kramer MS. Do breast-feeding and delayed introduction of solid foods protect against subsequent obesity?. *J Pediatr* 1981; 98: 883-7.