

**REFLEXIONES SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA
DESDE LAS ESTRATEGIAS:
INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA - IAMI Y ATENCIÓN
INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA - AIEPI.**

JOHANNA MARCELA MOLINA SANTOS
EDWARD IVAN RAMIREZ OLIVEROS

Trabajo de grado para optar al título de:
Magister en salud pública

Directora: Irene Parra García

Universidad el Bosque.
Facultad de Medicina
Programa Maestría en Salud Pública
Bogotá D.C.
2019

DEDICATORIA

Este trabajo es dedicado al pilar de mi vida, a las personas que no han hecho más que brindarme su apoyo, amor y tiempo, mi mamá, hermana y sobrino, personas que admiro y respeto; que frente a las adversidades del diario vivir, han sabido guiarme y sostenerme cuando he sentido decaer ya que gracias a su apoyo incondicional han permitido que logre todos mis objetivos.

Edward

Este trabajo es dedicado a los motores que nutren y le dan soporte a mi vida, mi esposo Carlos, mi hija Gabriela y el bebé que aproxima su llegada, gracias por su apoyo y sacrificio. A mis padres y hermanos porque gracias a ellos soy lo que hoy soy. Gracias a todos por su motivación para lograr alcanzar las metas propuestas en el transcurrir de este proceso. Los amo.

Johanna

AGRADECIMIENTOS

Considero un deber aprovechar estas primeras líneas para expresar mi más sincero y profundo agradecimiento a cuantas personas han colaborado en la realización del presente trabajo.

A Dios por concederme la salud y persistencia y colocarme en el lugar y tiempo preciso para escalar un peldaño más en mi vida personal y profesional.

La profesora Irene Parra que nos ha dirigido, por su constante aliento, enseñanzas, confianza y apoyo continuo.

A mi madre, hermana y sobrino que siempre me animan a superarme y no darme por vencido, por ser mi motor de vida y fortaleza en momentos de debilidad, demostrando su amor y celebrando mis triunfos.

Agradecido con cada uno de los profesores quienes durante sus clases, compartieron sus conocimientos.

A mi compañera de tesis y amiga, por haberme tenido la paciencia necesaria y por motivarme a seguir adelante en los momentos de desesperación y necesidades.

Edward

Quiero agradecer a mis docentes en el transcurso de la maestría por sus enseñanzas y apoyo para el logro de esta meta, a la directora de tesis la profesora Irene Parra porque sin su ayuda, paciencia, dedicación, perseverancia y esfuerzo esta lucha no habría rendido su fruto, a mi familia por su apoyo constante y a mi gran compañero de tesis, mi amigo Edward, ya que gracias a él no desfallecí en este último año.

Johanna

Contenido

RESUMEN	5
Características del fenómeno de salud	8
Desarrollo de las estrategias de promoción de la salud con enfoque en lactancia materna: colectivo e individual	11
La promoción como mecanismo central para abordar la lactancia materna desde la salud pública	17
LAS ESTRATEGIAS ANALIZADAS: IAMI Y AIEPI	24
Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia - IAMI	24
Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia- AIEPI	27
FACTORES DE LACTANCIA MATERNA Y SU ABORDAJE DESDE LA PROMOCIÓN EN SALUD	31
Factores internos	31
1. Conocimientos de la madre y su abordaje en las estrategias	31
2. Creencias y su abordaje en las estrategias	36
3. Profesionales de salud y su abordaje en las estrategias	38
Factores externos	41
1. Entorno familiar y su abordaje en las estrategias	41
2. Factores socioeconómicos y su abordaje desde las estrategias	43
3. Condiciones de salud de la madre y su abordaje desde las estrategias	45
HERRAMIENTAS DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD Y SU USO EN LAS ESTRATEGIAS SOBRE LACTANCIA MATERNA	48
La comunicación en salud y su aporte a la promoción para la salud	48
Promoción en salud y las estrategias de información, educación y comunicación – IEC	50
Promoción en la estrategia IAMI	60
Promoción en la estrategia AIEPI	64
CONCLUSIONES	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76

RESUMEN

La lactancia materna ha demostrado su capacidad para mejorar la vida de la madre lactante, así como del recién nacido y sus familias, ofreciendo mejores condiciones de salud, afectivas y económicas. Sin embargo, sus indicadores de efectividad se han reducido, por lo que es importante analizar los mecanismos de la salud pública que la abordan, es decir las estrategias de promoción para la salud en torno al tema. Actualmente, estas estrategias son de las pocas formas de intervención, debido a que la lactancia misma depende de la decisión de la lactante y de las influencias de su entorno.

En Colombia existen dos estrategias de promoción de la lactancia materna: Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia - IAMI y Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia - AIEPI. Éstas plantean modelos de promoción que son analizados en este ensayo desde dos ángulos: a) la capacidad de la estrategia de identificar los factores que condicionan la decisión y el éxito del amamantamiento diferenciando cuáles puede intervenir efectivamente sin desconocer lo demás; y b) la importancia que se le asigna y el tipo de procesos, modelos y mecanismos a través de los cuales se transmite la información desde los profesionales de la salud a las lactantes.

Al revisar las estrategias IAMI y AIEPI se observa que salvo por una “cuestión de técnica”, que es analizada en detalle, rara vez reflexionan sobre los factores que condicionan la lactancia, dejando la responsabilidad del proceso casi exclusivamente sobre la lactante. Ambas estrategias basan sus herramientas de promoción (información, educación y comunicación) en la recolección y presentación de datos o información, relegando los procesos de comunicación con las lactantes, quienes resultan ser protagonistas en el momento de fomentar prácticas o cambios. Lo anterior desemboca en la reducción de la efectividad de la estrategia, al tiempo que delega enteramente la responsabilidad del proceso comunicativo a los profesionales de la salud, quienes no tienen formación adecuada en esta área.

Palabras clave: Promoción para la salud, Lactancia Materna, IAMI, AIEPI, Factores Internos, Factores Externos, Información, Educación, Comunicación.

INTRODUCCIÓN

Dentro de las actividades de promoción para la salud se encuentran las herramientas de Información, Educación y Comunicación - IEC - que han sido el pilar fundamental de la promoción para la salud. Este es el caso de la lactancia materna cuya principal herramienta de intervención es precisamente la promoción que enfrenta diferentes retos para transmitir el mensaje a todas las mujeres en diferentes contextos socioeconómico y culturales. Por ejemplo, cada lengua posee determinadas formas para expresar conceptos, sean de tipo lingüísticos, geográficas (dependiendo de la ubicación territorial), estilísticas (situaciones comunicativas a las que se encuentra la persona) y por último la social (diversidad social) que pueden conllevar a una ruptura comunicativa. Son muchos los casos en que la comunicación interpersonal no es llevada a cabo de una manera acertada ya sean por factores de tipo sociodemográfico, culturales, entre otros produciendo ruptura en el acto comunicativo entre dos o más personas.

Además gran porcentaje de la población de mujeres lactantes tienen prácticas de cuidado aprendidas de su contexto, transmitidas oralmente y de forma vivencial. Desde la racionalidad traen unas creencias (tradiciones) aceptadas culturalmente, siendo ellas los pilares a la hora de difundir pautas de cuidado realizadas de forma continua y permanente y en ocasiones la medicina tradicional por su conducta hegemónica no respeta, haciendo que el vínculo y la confianza entre ambas partes se deteriore.

Debido a lo anterior, las estrategias IEC como las bases del trabajo de promoción de la lactancia materna, requieren de un análisis en su planteamiento y desarrollo. Se trata de identificar cómo dos casos puntuales de estrategias propuestas por la política pública para promocionar la lactancia materna, abordan tanto la temática misma como los mecanismos para transmitirla.

Se inicia presentando el tema desde la situación de la lactancia materna a nivel mundial, nacional y regional, las cifras de la práctica de la lactancia materna y la relevancia de su práctica, así como el marco normativo y presupuestal que promueve la salud y la práctica de la lactancia materna. Posteriormente se describen las dos estrategias de promoción de la lactancia materna (IAMI - AIEPI) que son eje fundamental en Colombia para el desarrollo de las actividades de promoción de la misma tanto a nivel individual como colectivo. Finalmente se pasa a analizar la temática mediante la exposición de los diferentes factores que condicionan la lactancia materna y su clasificación de acuerdo a sus posibilidades de abordaje desde las estrategias.

Por último se describen de acuerdo a la literatura encontrada, las estrategias de Información, Educación y Comunicación – IEC para luego analizar cómo las estrategias IEC son descritas y aplicadas en los documentos de las estrategias IAMI - AIEPI planteando de esta forma unas recomendaciones que logren dialogar con la ejecución de las estrategias IEC en el marco de las estrategias que promueven la práctica de la lactancia materna.

LA LACTANCIA MATERNA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

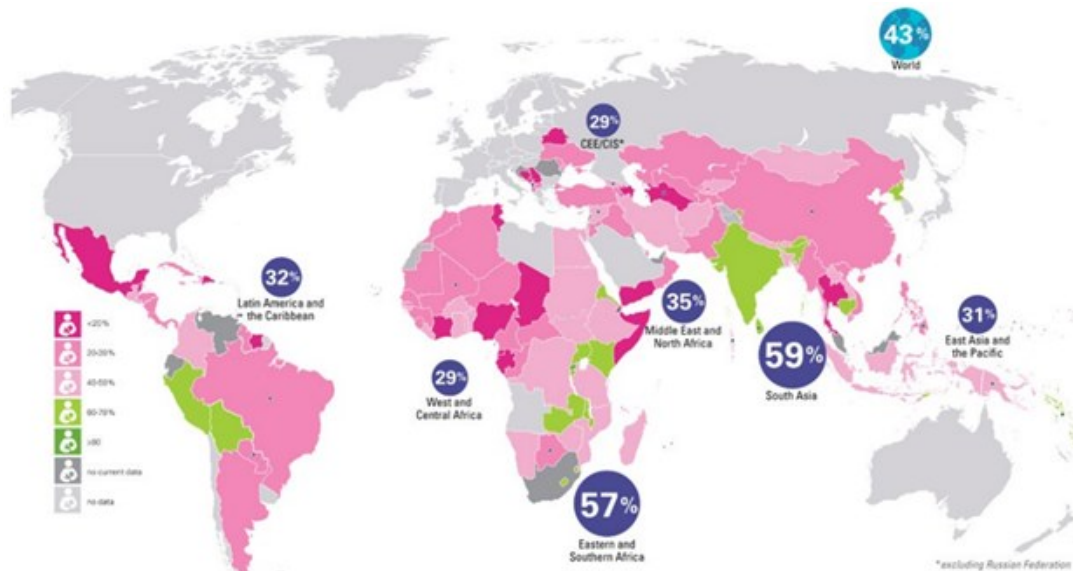
Características del fenómeno de salud

Por lactancia materna exclusiva se entiende que el niño recibe únicamente leche materna (puede acompañarse con sales de rehidratación oral, gotas de vitaminas, minerales o medicinas), excluyendo los demás alimentos, así como el agua. Dentro del esquema de alimentación para los niños menores de 2 años, la Organización Mundial de la Salud OMS y el Plan Decenal de Lactancia Materna en Colombia, recomiendan hasta los seis meses de vida la protección, promoción y el apoyo a la lactancia materna como una prioridad de desarrollo en cualquier país.

No practicar la lactancia natural, y especialmente la lactancia natural exclusiva durante el primer año de vida, incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad del lactante y del niño pequeño, lo cual se agrava por la alimentación complementaria inadecuada. Las repercusiones de evitar la lactancia natural duran toda la vida y entre ellas se encuentran: deficientes resultados escolares, reducida productividad y dificultades en el desarrollo intelectual y social (Encuesta Nacional de Demografía y Salud., n.d.).

A nivel mundial la lactancia materna se realiza de manera generalizada en el inicio de la vida del recién nacido como se observa en el Gráfico 1. Sin embargo se produce un descenso progresivo de su práctica a lo largo de los primeros meses de vida. Como se observa en el Gráfico 1, los datos publicados en 2016 por UNICEF indican que sólo un 43% (2 de cada 5) de los niños continúan recibiendo lactancia materna exclusiva a los 6 meses de vida. Las mayores tasas las presentan los países del Sur de Asia con un porcentaje del 60%, seguidos por el Este y Sur de África con un 57%.

Gráfico 1. Porcentaje de lactancia materna exclusiva 0-5 meses de vida



Fuente: base de datos global UNICEF, 2016

Para el caso de Colombia, a través de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN, se calcula la mediana de lactancia materna la cual es una cifra epidemiológica que mide la duración en meses en que la lactancia se ofrece de forma exclusiva. Dicha mediana se ha determinado para el año 2010 en 1.8 meses y para el año 2005 de 2.2 meses de duración (ENSIN, 2010). Mientras que para lactancia materna de forma complementaria fue de 14,9 meses para ambos quinquenios.

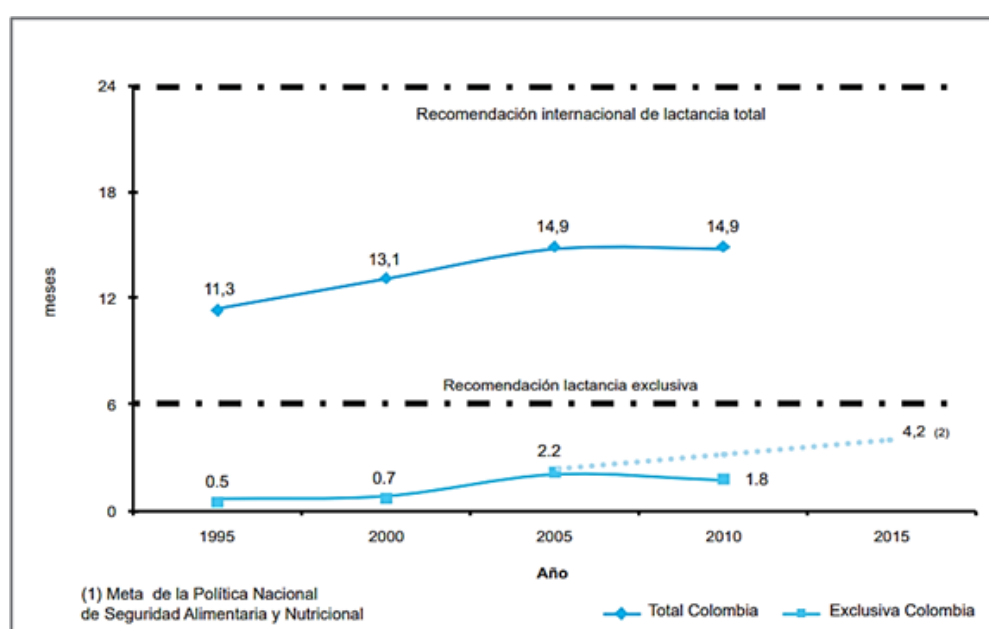
Dentro de los resultados preliminares de la ENSIN 2015, se encuentra que en (...) “cuanto a la lactancia materna exclusiva, se observó que aproximadamente 1 de cada 3 niños menores de 6 meses (36,1%) fue alimentado solo con leche materna, por lo cual se requiere reforzar esta práctica para llegar a la meta internacional del 50% fijada por la OMS” (...). (ENSIN 2015)

En Colombia casi la totalidad (96%) de las mujeres empieza a amamantar a sus hijos recién nacidos y un poco más de la mitad lo hace en la primera hora de nacido, práctica institucional que ha mejorado entre los quinquenios de 2005 a 2010 (2005: 49% y 2010: 57%).

Como se ve en el Gráfico 2, la duración total de la lactancia materna es de 14,9 meses, cifra que venía en aumento desde 1995 pero que a partir del año 2005 presenta un estancamiento.

A nivel nacional el mayor tiempo total de amamantamiento se presenta en el Departamento de Boyacá (23 meses) y el menor tiempo en Barranquilla y Quindío (9 meses). La introducción de alimentos complementarios a la leche materna se realiza en forma precoz y la calidad de la dieta es especialmente deficitaria en niños y niñas de 6 a 8 meses.

Gráfico 2. Duración de la lactancia materna total y exclusiva



Fuente: ENSIN, 2010.

La lactancia materna tiene beneficios directos tanto en la lactante y el recién nacido como en la sociedad en general, los cuales se mencionan brevemente a continuación.

Beneficios para el recién nacido:

- Favorece el crecimiento y desarrollo físico e intelectual de los niños mientras satisface su sed y necesidades alimentarias.
- El calostro regula la digestión, además de contener defensas para protegerlo de enfermedades e infecciones.

- Previene y combate diarreas, problemas respiratorios, problemas digestivos, diabetes, alergias, desnutrición y deshidratación.
- Beneficia el vínculo afectivo y emocional del bebé con su madre.

Beneficios para la lactante:

- Reduce tanto la mortalidad de las madres como el desarrollo de complicaciones médicas.
- Ayuda a que el útero vuelva pronto a su tamaño ideal y acelera la pérdida de sobrepeso al utilizar más calorías de lo normal.
- Reduce el gasto de dinero y tiempo al no tener que comprar ni preparar leches de fórmula o biberones a la vez que se satisface el hambre o sed del recién nacido.
- Disminuye la posibilidad de tener otro embarazo en los primeros meses de amamantamiento.

Beneficios para la sociedad:

- Reduce en general los gastos en salud para el país.
- Disminuye la morbilidad infantil.
- Favorece el medio ambiente, al reducirse los desperdicios de alimentos sucedáneos de la leche materna.

Desarrollo de las estrategias de promoción de la salud con enfoque en lactancia materna: colectivo e individual

Resumen del marco normativo entorno a la salud pública:

Tabla 1. Compilación de la normatividad colombiana relacionada con lactancia materna

NORMA JURÍDICA	OBJETIVO DE LA NORMA
Ley 9 de 1979	Por la cual se dictan medidas sanitarias.

Ley 10 de 1990	Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral en salud y se dictan otras disposiciones
Resolución 4288 de 1996	Por la cual se define el Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones.
Ley 715 de 2001	Sistema General De Participaciones SGP. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. Para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – (modifica PAB)
Ley 1164 de 2007	Regula las competencias del talento humano en salud.
Resolución 425 de 2008	Por la cual se define el plan de salud territorial y plan de intervenciones colectivas. Establece acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.
CONPES 113 de 2008	Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN). Con el objeto de «Garantizar que toda la población colombiana disponga, acceda y consuma alimentos de manera permanente y oportuna, en suficiente cantidad, variedad, calidad e inocuidad», para lo cual fijó metas orientadas a la reducción de la desnutrición en niñas y niños menores de 6 años, la disminución de la anemia en la primera infancia y el fomento de la lactancia materna.
Ley 1295 de 2009	Por la cual se reglamenta la Atención Integral de las niñas y niños de Primera Infancia de los sectores más pobres según clasificación SISBEN en los niveles 1, 2 y 3.
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Crea el Plan Decenal de Salud Pública.
Resolución 1841 de 2013	Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.
Decreto 2561 de 2014	Por el cual se definen los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y fortalecer el aseguramiento en el Departamento de Guainía y se dictan otras disposiciones.
Ley 1450 de 2011	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 «Prosperidad para todos»

Decreto 4875 de 2011	Por el cual se crea la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia – AIPI – y la Comisión Especial de Seguimiento para la Atención Integral a la Primera Infancia.
Ley 1751 de 2015	Ley estatutaria de la salud. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1753 de 2015	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”.
Resolución 518 de 2015	Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC
Resolución 429 de 2016	Por medio de la cual se adopta PAIS, bajo el enfoque de APS.
Resolución 3202 de 2016	Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones
Ley 1804 de 2016	Por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones.
Ley 1823 de enero de 2017	Por medio de la cual se adopta la estrategia salas amigas de la familia lactante del entorno laboral en entidades públicas territoriales y empresas privadas y se dictan otras disposiciones.
Resolución 2423 de 2018	Por la cual se establecen los parámetros técnicos para la operación de la estrategia salas amigas de la familia lactante del entorno laboral.

Fuente: Elaboración propia.

Como se evidencia en el marco normativo expuesto en la Tabla 1, existe una amplia legislación que ha venido cambiando de acuerdo a los pactos internacionales a los que Colombia se ha comprometido entre los cuales se destacan la cumbre de Alma Ata de 1978, la carta de Ottawa de 1986, los objetivos de desarrollo del milenio, objetivos de desarrollo sostenible, entre otros. Estos pactos tienen como principal objetivo dentro de las estrategias la promoción de salud con enfoque en grupos identificados a riesgo, entre los cuales se destacan para este ensayo las mujeres gestantes y la primera infancia (0 a 5 años), donde se establecen actividades enfocadas a la promoción y protección de la lactancia materna.

En Colombia, para el caso de las actividades a desarrollar en los Planes de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PSPIC la Ley 1438 de 2011 contempla ejecutar las acciones del PSPIC bajo el enfoque de Atención Primaria en Salud, la cual define como: “La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema de Salud”. Política de Atención Integral en Salud, 2016 (Ministerio de Salud, 2016: 34).

Formulación, desarrollo y seguimiento del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC

Dentro de las actividades contempladas a través del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, se desarrollan acciones complementarias a las definidas en el Plan Obligatorio de Salud – POS- las cuales van encaminadas al desarrollo de estrategias de Información, Educación y Comunicación grupal que contemplan las 8 dimensiones prioritarias (dimensión salud ambiental, Convivencia social y salud mental, Seguridad Alimentaria y Nutricional, Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, Vida saludable y enfermedades transmisibles, Salud Pública en emergencias y desastres, Vida saludable y condiciones no transmisibles, Salud y ámbito laboral) y 2 transversales (dimensión gestión diferencial de las poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud), cada dimensión a su vez desarrolla un componente transectorial y sectorial que incorpora un conjunto de acciones (estrategias comunes y específicas), propuestas en el Plan Decenal de Salud

Pública 2010-2020. Estas acciones se desarrollan dentro de la estrategia del Plan de Intervenciones Colectivas PIC, que cada municipio debe desarrollar y que para el caso de la promoción de la lactancia materna desarrolla dentro de la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional, la cual establece actividades que promueven la lactancia materna de forma exclusiva y complementaria.

Dentro del desarrollo de estas actividades cada Secretaría Municipal de Salud, debe elaborar un Plan Operativo Anual – POA – donde se establecen las actividades que se deben ejecutar en el año con el debido presupuesto requerido, dichas actividades se deberán contratar con las Empresas Sociales del Estado –ESE- y dado el caso que la ESE municipal no acredite la suficiente idoneidad, el municipio podrá contratar con la ESE municipal más cercana, si de igual forma esta no es idónea para el desarrollo de la ejecución de las actividades del PIC, el municipio podrá contratar con una Institución Prestadora de Servicios de Salud privada, Organización No Gubernamental ONG o fundación cuyo objeto social esté relacionado con la prestación de las acciones que se contraten, siempre y cuando cumplan los criterios definidos en el artículo 15 de la resolución 518, además demuestre la capacidad técnica, financiera y administrativa para el desarrollo de las actividades contempladas en su POA .

Para el seguimiento el municipio deberá realizar acciones de Inspección, Vigilancia y Control – IVC- de las actividades contratadas y ejecutadas por la entidad que la desarrolle a través de personal técnico idóneo para tal fin; para el caso de los municipios categoría 4, 5 y 6 el ente veedor será el departamento al que pertenece cada municipio, quien a su vez es quien plantea el POA para estos territorios dado que dichos municipios no cuentan con la capacidad técnica suficiente para realizarlo.

Acciones individuales

Por su parte, las Guías de Práctica Clínica (GPC), para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio y la GPC del recién nacido sano, establecen acciones de promoción y protección de la lactancia materna de forma inmediata, exclusiva y complementaria, estas acciones son desarrolladas prioritariamente a través de las atenciones individualizadas que se realizan en los controles prenatales a los que debe asistir la gestante mensualmente o según lo establece la norma un mínimo de 7 controles prenatales y mediante las estrategias de promoción desarrolladas en la consulta ya sea de medicina, enfermería, nutrición, entre otras e igualmente en las consultas de crecimiento y desarrollo en niños donde se plantea indagar fortalecer, incentivar y motivar a la práctica de la lactancia materna según las recomendaciones de la estrategia Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia – AIEPI, en esta guía solo indican la suspensión de la lactancia materna en los siguientes casos:

- ★ Tratamiento de la madre lactante con medicamentos contra el cáncer o con sustancias radioactivas. Una lista de las medicaciones que obligan a suspender la lactancia incluye: Amiodarona, quimioterapéuticos, drogas psicoactivas, ergotamina, bromocriptina, dosis altas de povidona y soluciones yodadas, metotrexate, litio, radioisótopos y tetraciclinas.
- ★ Madre con infección por VIH, sarampión, parotiditis, rubéola, TB o varicela.
- ★ Sospecha de galactosemia en el recién nacido. (Recomendación fuerte a favor de la intervención (suspensión de la lactancia materna en las situaciones especiales descritas). GPC del recién nacido sano.

De igual forma la Guía de Práctica Clínica del recién nacido establecen recomendaciones basadas en medicina basada en la evidencia. Algunas son: ofrecer lactancia materna en máximo la primera hora de vida del recién nacido, iniciar lactancia materna durante el contacto piel a piel siempre y cuando la madre esté en condiciones de hacerlo, que el recién nacido reciba lactancia

materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, después de la introducción de alimentos complementarios, la alimentación con leche materna debe continuar hasta terminar el primer año de vida y más adelante, si la madre así lo desea. GPC del recién nacido; 2013.

Es así como la política pública destina una cantidad considerable de normatividad y presupuesto en la promoción de la salud y en lactancia materna. Esto evidencia un recurso técnico y financiero altamente considerable que es destinado a las acciones de promoción en salud, teniendo en cuenta estas sumas de inversión a nivel país la mediana de lactancia materna debería presentar mejores resultados, pero la evidencia demuestra lo contrario, esto hace necesario evaluar y analizar qué está sucediendo en el desarrollo de las estrategias que promocionan la lactancia materna que inciden tanto positiva como negativamente en estos resultados.

La promoción como mecanismo central para abordar la lactancia materna desde la salud pública

La práctica misma de lactancia materna depende exclusivamente de la lactante, por lo cual los factores que influyen en su decisión y hacen parte de su contexto son determinantes. Al ser la lactancia materna un acto voluntario que depende principalmente de la decisión de la madre es trascendental que las estrategias IEC sean realizadas con calidad, calidez y logren generar el vínculo necesario para incentivar dicha práctica en las madres gestantes y lactantes, ya que las estrategias de promoción (IEC) de la lactancia materna son la única forma en que los servicios de salud pueden llegar a motivar dicha práctica. Las dudas basadas en mitos, creencias, mensajes erróneos que puede presentar una mujer hacen que ella ponga en duda realizar dicha práctica, si no se llega a aclarar estas dudas mediante las estrategias de Información, Educación y

Comunicación muy seguramente esta mujer puede no realizar una práctica satisfactoria de lactancia materna ya sea en tiempo de lactancia materna exclusiva o de forma complementaria.

La promoción de salud cumple sus objetivos mediante una variedad de actividades encaminadas a fomentar comportamientos y estilos de vida saludables; se centra en las elecciones y responsabilidades personales y en el cambio social del medio, y usa estrategias complementarias como la Información, Educación y Comunicación en salud, la participación comunitaria y el empoderamiento social, las políticas públicas y la abogacía, entre otras. De ahí se plantea que ambas se vuelven, cada vez más, un binomio inseparable, por encima mismo de los propios medios, técnicas e instrumentos empleados, y esto fortalece, enriquece y modifica, en forma consciente e informada, conocimientos, actitudes o comportamientos a favor de la salud.

De esta forma se puede decir que la promoción de la salud involucra estrategias Informativas, Educativas y Comunicacionales para lograr el impacto deseado, en el caso del sector salud el cambio de hábitos y estilos de vida que son considerados inadecuados para el posterior desarrollo de diferentes patologías que son de interés en salud pública y específicamente para el caso del presente documento la lactancia materna.

Teniendo en cuenta los datos y la información como ejes centrales en el desarrollo de las estrategias, el rol de la educación en conjunto con la comunicación toman un papel protagónico en el desarrollo de las estrategias de promoción de la salud. Como se describe más adelante la Educación y Comunicación desarrollan estrategias de interacción bidireccional entre asistentes y personas a cargo del desarrollo de las actividades IEC y si el desarrollo de dichas estrategias se fomenta sólo a través de ofrecer información (modelo unidireccional) sin entrar en la dinámica del intercambio de ideas, no se realiza como tal un proceso educativo y comunicacional

adecuado permitiendo que no se despejen dudas en el tema y se genere una ruptura de diálogo entre el profesional de salud que desarrolla la estrategia y la audiencia.

Debido a las nuevas tendencias en los modelos de educación y comunicación encontrados en la literatura, se evidencia que dichos modelos plantean a través del nuevo enfoque un impacto que permite alcanzar el cambio social haciendo relevante y trascendental lograr un nuevo enfoque en la aplicación de las estrategias IEC, ya que como se evidenció anteriormente pese al nivel de inversión que se maneja en el desarrollo de las actividades de salud pública y específicamente en las actividades de promoción de la salud y la lactancia materna el resultado en la mediana de lactancia materna no ha mejorado en los últimos 2 quinquenios, esto pone de manifiesto deficiencias ya sea en el desarrollo de las estrategias IEC eje fundamental del desarrollo de las actividades de promoción u otro tipo de dificultades que se describirán más adelante, que pueden no ser abordadas en las estrategias IAMI - AIEPI y que al dejar esta información de lado se omite desarrollar actividades que pueden ser el foco en la ruptura del proceso comunicativo entre las mujeres gestantes y /o lactantes y las personas encargadas del desarrollo de las actividades IEC.

En el caso de la educación para la salud, esta se desarrolla como un proceso de interacción entre individuos o grupos que tras obtener cierta información reflexionan sobre las actitudes o prácticas que benefician o deterioran su calidad de vida.

Para la Organización Mundial de la Salud – OMS- 1998, (...) “La Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad”(…) (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, n.d.).

Una definición actualizada de la OMS para la educación en salud es: (...) “cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten” (...) (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, n.d.).

Para Choque, los ejes centrales del método educativo son el educador y la información que se transmite (Choque, 2005). En el caso de las estrategias de la promoción de la Lactancia Materna, los contenidos a desarrollar son definidos por el profesional de salud de acuerdo a su criterio personal, evaluando las necesidades de la comunidad y la información que requiera ser aclarada o simplemente expuesta. Las condiciones modificables y no modificables de la comunidad son trabajadas de forma igual sin evaluar si pueden ser mejoradas o redefinidas.

En las estrategias educativas para la promoción de la lactancia materna, solo se evidencia la recolección y presentación de los datos o la información relevante que se considera pertinente y suficiente para lograr la mejora deseada en la práctica de la lactancia materna.

Para el caso de la comunicación en salud, dentro de la revisión bibliográfica realizada se encontró que en el desarrollo de las estrategias de comunicación en salud es más importante la calidad y la evidencia científica que sustenta el mensaje a emitir, que la forma en la que se emitirá dicho mensaje. Se asume que el impacto de la comunicación sería el cambio en la conducta de la población receptora del mensaje.

Dentro de las definiciones de comunicación en salud se encuentran diferentes grupos, organizaciones y autores que plantean diversas formas de generar una comunicación en salud eficaz con la comunidad.

Uno de los críticos más notables sobre el modelo actual de la comunicación en salud, es Gumucio Dagron, comunicador Boliviano, especialista en comunicación para el desarrollo, con amplia trayectoria en el desarrollo de estrategias en salud y que en su ensayo: *“Cuando el doctor no sabe, comentarios críticos sobre promoción de la salud, comunicación y participación”*, expone que las evaluaciones a los programas de promoción en salud (...) “muestran casi siempre que una de las “debilidades” principales en los programas es la ausencia de estrategias de comunicación que garanticen la sostenibilidad de la participación de la población en los programas de salud”(…) y es así que plantea (...) “la necesidad de una comunicación para la salud comunitaria que esté basada en el diálogo.” (Dagron, 2010).

Es así como se observa que la definición y aplicación de la comunicación en salud, tiene como fin la emisión de un mensaje específico y validado, que busca influir en los actos individuales y colectivos de la población. Sin embargo, actores internacionales, como la Organización Mundial de Salud y la Organización Panamericana de Salud, se encargan de emitir información sin generar un diálogo con la comunidad, limitándose a difundir el mensaje pretendiendo que sea de alto impacto y esperando que genere el cambio en los componentes de salud pública deseados.

Debido a lo anterior, surge una nueva tendencia de comunicación en salud, que contempla al receptor de los mensajes generados como una parte activa que participa en la formulación de los diferentes programas de comunicación a desarrollarse. Esto es explicado por Mario Mosquera, al calificar como errónea la comunicación que ha sido concebida como propaganda o como simple difusión de información. Según este autor, los gobiernos, los actores internacionales y las ONG enfocan su comunicación en las ciudades y no en las áreas rurales más

pobres (Mosquera, 2003). Como consecuencia, Gumucio Dagrón expresa la necesidad de una comunicación para la salud comunitaria que esté basada en el diálogo (Gumucio Dagron, 2010).

Para Pereira en América Latina la comunicación en salud ha tenido una influencia de tres tipos: la primera como instrumento y/o herramienta para el desarrollo de comunicación de tipo masivo, en donde el eje central de la comunicación es transmitir información; la segunda como eje de los procesos de organización, participación y cambio social; y la tercera como una red entre la cultura y la interacción humana (Pereira citado en Rodríguez, et al, 2011). Esta definición pone de manifiesto y resalta la importancia de la comunicación masiva, la participación ciudadana y las redes de interacción humana como elementos determinantes en el desarrollo de estrategias comunicativas en el sector salud.

En el campo de la promoción para la salud existen nuevas tendencias que ponen de manifiesto un accionar innovador y que suponen un mayor impacto en las estrategias de promoción para la salud, tales como: comunicación participativa en salud, modelo de difusión de innovaciones, modelo de la comunicación macro-intencional, modelo de la comunicación para el cambio social, comunicación para el cambio de comportamientos. Estas tendencias incluyen diferentes teorías como la teoría de aprendizaje social, el modelo de creencias en salud, la teoría de la acción razonada, las cuales se describirán más adelante.

Sin embargo, cuando se evalúan las estrategias de promoción para la salud y específicamente las que abordan la lactancia materna, se puede observar que su desarrollo se encuentra centrado en la información o los datos a suministrar. Esto contradice los estudios señalados que han permitido demostrar que no dialogar con la comunidad participante, no tener en cuenta sus creencias, mitos, realidades y determinantes sociales en salud, influencia

negativamente el resultado de dicha promoción, manteniendo y reproduciendo falsas creencias que desfavorecen la práctica de la lactancia materna.

LAS ESTRATEGIAS ANALIZADAS: IAMI Y AIEPI

Se analizaron las estrategias: Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia – IAMI y la estrategia de Atención de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia – AIEPI son la base para el desarrollo de las actividades que promocionan la lactancia materna, se hace necesario realizar un abordaje a las mismas que incluya un análisis de sus contenidos y la forma en que ellas plantean el desarrollo de las estrategias de Información, Educación y Comunicación, las barreras identificadas como externas, internas y los determinantes sociales en salud que pueden incidir en el éxito o fracaso de la promoción de la lactancia materna, de esta forma se puede lograr la identificación de falencias ya sean de planteamiento, metodología o desarrollo de las mismas que permitan la corrección y el mejoramiento en las actividades de promoción de la lactancia materna.

Dichas estrategias han incluido un procedimiento para la ejecución de las actividades a desarrollar desde el componente comunitario y profesional con el objetivo de mejorar la lactancia materna y reducir los efectos negativos que implican la reducción de la práctica tanto en madres lactantes como en recién nacidos.

A continuación se hace una presentación general de las estrategias:

Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia - IAMI

La estrategia inicia en el año de 1991 con el Plan Nacional de Lactancia Materna como estrategia para recuperar la práctica de la lactancia materna y disminuir la tasa de morbimortalidad causada por fórmulas infantiles y alimentos complementarios suministrados de forma precoz. IAMI es una iniciativa para motivar a las instituciones de salud a mejorar sus

prácticas de atención en salud y nutrición materna e infantil, siguiendo los principios de participación e inclusión, responsabilidad social, universalidad, igualdad y no discriminación. La iniciativa IAMI desarrolla una metodología que le permite al personal de salud prestar un servicio integral con calidad.

Para la Implementación de una IAMI se requieren los siguientes pasos (Patricia et al., 2005).:

PASO 1. Disponer por escrito de una política a favor de la salud materna e infantil con enfoque de derechos y criterios de calidad que incluya el fomento a la lactancia materna.

PASO 2. Capacitar a todo el personal que atiende la población materna e infantil, de tal forma que esté en condiciones de poner en práctica la política institucional de salud y nutrición en favor de la mujer y la infancia, dentro del marco de los derechos humanos, el enfoque diferencial y la perspectiva de género.

PASO 3. Brindar a las mujeres gestantes y sus familias, educación y atención oportuna y pertinente para que puedan vivir satisfactoriamente su gestación, prepararse para el parto, el puerperio y la lactancia materna, incluyendo la preparación para el cuidado en salud y nutrición de sus hijas e hijos, con énfasis en los recién nacidos, favoreciendo el ejercicio de sus derechos, la participación familiar y en especial la corresponsabilidad del padre en la crianza.

PASO 4. Garantizar la atención del trabajo de parto y el parto con calidad y calidez acompañada en lo posible de una persona significativa para la madre, dentro de un ambiente de respeto, libre de intervenciones innecesarias, favoreciendo el contacto piel a piel al nacer y el inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora.

PASO 5. Brindar orientación y ayuda efectiva a las madres, padres y otros cuidadores sobre la promoción, protección y atención en salud, nutrición de las madres y de las niñas y niños recién nacidos, sean sanos o enfermos, con especial atención a las familias más

vulnerables. Así como facilitar el registro civil al nacimiento y los controles posparto a la madre y al recién nacido.

PASO 6. Promover y dar apoyo efectivo a las madres y sus familias para poner en práctica la lactancia materna exclusiva, a libre demanda durante los primeros seis meses de vida, y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años de edad y más. No suministrar a las niñas y niños chupos ni biberones y cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, y la norma nacional que reglamenta la comercialización de alimentos para lactantes, niñas y niños pequeños (Patricia et al., 2005; UNICEF, 2011). El personal de salud de todas las áreas de la institución debe saber que las acciones para “promover, proteger y apoyar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años y más” obedecen a las políticas públicas, planes nacionales, normas técnicas y guías de atención, y por tanto son de obligatorio cumplimiento por parte de aseguradores y prestadores, sean públicos o privados, y así mismo a respetar el derecho de las madres a amamantar y el de las niñas y niños a ser amamantados. En ese sentido el personal deberá tener los conocimientos teóricos y prácticos para garantizar este derecho a las madres que han decidido amamantar a sus hijas e hijos (Patricia et al., 2005; UNICEF, 2011).

PASO 7. Favorecer el alojamiento conjunto de la madre y el recién nacido y crear condiciones para mantener la lactancia materna, incluso en situación de hospitalización de la madre y de su hijo o hija. Además permitir la presencia permanente de un familiar en los casos de hospitalización de todas las niñas y niños.

PASO 8. Proveer atención integral en salud y nutrición a todas las niñas y niños menores de seis años que acuden a la institución, asegurando el seguimiento dinámico del crecimiento y el

desarrollo, la intervención oportuna de las alteraciones detectadas, y la orientación efectiva a madres, padres y sus familias sobre los cuidados acordes con la edad y condición de cada niña o niño atendido, respetando la diversidad y las diferencias.

PASO 9. Garantizar entornos protectores y espacios amigables en todas las instituciones, partiendo del reconocimiento de las usuarias y usuarios de los servicios como sujetos de derechos, a quienes se les garantiza la educación para la promoción de la salud, la lactancia materna, la nutrición y la alimentación adecuadas, y la prevención de la enfermedad. Así mismo, la información veraz, oportuna, completa y libre de presiones comerciales o de cualquier tipo, la no discriminación, la participación y el trato digno para todas las madres, padres, niñas, niños y familias que acuden a la institución

Paso 10. Disponer de mecanismos y estrategias de apoyo institucional y comunitario que favorezcan la continuidad de las acciones desarrolladas en los diferentes servicios institucionales, con las acciones que madres, padres, familias y cuidadores realizan en sus hogares y comunidades, con el fin de favorecer el desarrollo infantil temprano de todas las niñas y niños. Ministerio de Salud y Protección Social, Lineamientos IAMI. 2011.

Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia- AIEPI

La Estrategia AIEPI Fue establecida en 1996 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Plantea que es posible disminuir a corto plazo la mortalidad de los menores de cinco años si los padres aprenden a reconocer los signos de peligro y consultan a tiempo. De la misma forma se requiere de personal de salud capacitado que detecte de forma rápida los niños que requieren atención hospitalaria y los deriven inmediatamente al nivel de atención que corresponde (Ministerio de la Protección Social, n.d.; Organización Mundial de la Salud, n.d.).

AIEPI adopta un enfoque de identificación del riesgo y de integración total, respondiendo a las causas principales de morbilidad y mortalidad de niños y niñas. Da respuesta a un perfil epidemiológico de transición con la introducción de nuevos componentes, una actualización basada en evidencias y un enfoque mayor de promoción y prevención, para que se logre el impacto esperado y se cumpla con el compromiso adquirido en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el Plan Nacional de Salud Pública (Ministerio de la Protección Social, n.d.; Organización Mundial de la Salud, n.d.).

Uno de sus objetivos es brindar una herramienta de trabajo concreta para fortalecer la integración de los servicios de salud, permitiendo que se establezcan o refuercen redes de atención tanto entre servicios, en una misma institución, como entre instituciones de salud (hospitales, centros de salud, puestos de salud), agentes comunitarios y otros sectores que trabajan con la infancia (Ministerio de la Protección Social, n.d.).

La estrategia AIEPI les responde a los servicios de salud mejorando la calidad de la atención de los mismos, reduciendo costos y ofreciendo las herramientas para abordar los principales problemas de salud de los niños de acuerdo con la demanda. Además, capacita al personal de salud para mejorar sus conocimientos y habilidades con el fin de mejorar la calidad de la atención que se les ofrece a los niños, así como una comunicación eficaz con los padres y la comunidad (Ministerio de la Protección Social, n.d.; Organización Mundial de la Salud, n.d.).

A continuación se presentan las prácticas sobre lactancia materna de la estrategia AIEPI:

Práctica 1: Fomentar la lactancia materna exclusiva con un mensaje clave: a los niños hay que alimentarlos con leche materna hasta los seis meses de edad (Organización Mundial de la Salud, n.d.). Los principios que se difunden para fomentar esta práctica son:

- El bebé debe mamar cuando quiera, de día y de noche, mínimo ocho veces al día.

- El bebé no debe tomar agua, jugos, ni aguas de hierba, la leche materna quita la sed.
- Cuantas más veces mame el bebé, más leche tendrá la mamá. La succión estimula la producción de leche, pero es importante que la mamá se alimente bien tomando muchos líquidos y permaneciendo tranquila.
- Es recomendable acariciar, mirar y hablarle al bebé mientras se le está dando el pecho.

Práctica 2: A partir de los seis meses de edad, se debe suministrar a los niños alimentos complementarios recién preparados, de alto contenido nutricional y energético, continuando al mismo tiempo con la lactancia materna hasta los dos años o más (Ministerio de la Protección Social, n.d.; Organización Mundial de la Salud, n.d.).

Práctica 11: Cuando el niño se enferme, se debe continuar la alimentación y el suministro de líquidos (Ministerio de la Protección Social, n.d.; Organización Mundial de la Salud, n.d.).

Durante la enfermedad de un niño se recomienda:

- Si el niño es menor de seis meses se debe continuar alimentando con leche materna exclusivamente. Puede perder muchos líquidos por lo que es necesario amamantarlo con mayor frecuencia mientras dure la enfermedad.
- Si el niño es mayor de seis meses, se deben aumentar los líquidos y los alimentos en cantidades pequeñas y dárselos con mayor frecuencia.
- Si el niño tiene fiebre perderá mucha energía. Aunque pierda el apetito, se le deben dar más alimentos de lo normal (Hasta dos semanas después de que pase la enfermedad o cuando recupere el peso), con el fin de que recupere la energía perdida. Es necesario darle con frecuencia cantidades pequeñas de alimentos blandos y de alimentos que le gusten.

- Los alimentos ofrecidos deben ser ricos en energía y nutrientes como frijoles triturados y pedazos pequeños de papaya y otras frutas sin olvidar que la leche materna y otros líquidos son especialmente importantes porque alimentan y previenen la deshidratación.

FACTORES DE LACTANCIA MATERNA Y SU ABORDAJE DESDE LA PROMOCIÓN EN SALUD

Las decisiones de la mujer relacionadas con la práctica o interrupción de la lactancia materna están condicionadas por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociodemográficos, económicos, culturales, sociales y familiares. En la actualidad, a pesar de que existe un mayor conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna, debido en parte a las campañas para recuperar esta práctica saludable, se encuentran múltiples dificultades en su promoción, ya que las relaciones entre los tipos de lactancia y sus factores determinantes dependen de cada país, institución o comunidad, lo que obstaculiza su reconocimiento y aplicación en las intervenciones de promoción.

Los factores que determinan la lactancia materna son identificados como barreras externas e internas, dependiendo de su susceptibilidad a ser modificados por las estrategias de promoción. Las barreras externas se consideran no modificables por las actuales estrategias de promoción, mientras que las barreras potencialmente transformables mediante dichas estrategias se denominan barreras internas. Las barreras para la lactancia materna incluyen tanto las de índole individual y de salud como los determinantes sociales en salud.

Se presentan a continuación las barreras o factores internos y externos que determinan la lactancia materna, así como su abordaje en las estrategias de promoción:

Factores internos

1. Conocimientos de la madre y su abordaje en las estrategias

Identificar los conocimientos y creencias de la población objetivo, es importante para desarrollar estrategias que contribuyan a una adecuada salud y nutrición infantil. Uno de los factores que contribuye al éxito de la lactancia materna es la información que las madres reciben

sobre sus beneficios y técnicas, la cual propicia la confianza y seguridad de estas mujeres para amamantar a sus hijos (Gamboa & Prada, 2008).

Sin embargo, estudios realizados en Chile señalan que el conocimiento sobre lactancia materna en mujeres lactantes es excelente (nivel 4) en el 12% de la población, mientras que el 29% se encuentra en un nivel regular de conocimiento (nivel 2), y el 49% posee un nivel malo (nivel 1) (Alvins & Arelis, 2011). Investigaciones previas como la realizada en la Universidad de Antioquia identificó el grado de conocimiento sobre la lactancia materna en Colombia, el cual resultó desfavorable en la mayoría de las mujeres (Gamboa & Prada, 2008).

La falta de conocimiento puede ocasionar que la mujer lactante tenga prácticas contraproducentes para la lactancia, tales como el tabaquismo y el consumo de alcohol, entre otros hábitos. El tabaquismo provoca cólicos en los lactantes y predisposición a infecciones respiratorias, mientras que el consumo de bebidas alcohólicas puede ocasionar cambios en los patrones de sueño, reducción de las tomas y posibilidad de hipoglucemia. Además el consumo de alcohol puede disminuir la producción de leche materna por inhibición de la secreción de prolactina y oxitocina. Otras prácticas tan cotidianas como el consumo de productos que contengan cafeína pueden causar irritabilidad e insomnio en el bebé.

Una de las principales razones indicadas por las madres para suspender la lactancia, es la baja producción de leche. La encuesta de demografía y salud, desde la primera realizada en 1986 hasta la última realizada en el 2010, identifica que la famosa frase coloquial “se me secó la leche” es recurrente y evidencia una de las principales razones de los bajos niveles de amamantamiento en el país.

El principal motivo indicado por las madres para el abandono de la lactancia materna exclusiva, fue la cantidad insuficiente de leche materna (en algunos casos, sobre todo de madres

primerizas, la producción de leche fue nula desde el inicio) lo cual causa la insatisfacción del recién nacido, que se manifiesta con llantos en el niño (a) y sensación de angustia en la madre, incitándola a alimentar a sus hijos (as) con formula láctea antes de que cumpla un mes de nacido (Forero, Isaacs, Rodríguez, & Hernandez, 2013; Londoño & Mejía, 2010; López, Martínez, & Zapata, 2013; Molina Conejo, 2009; Murillo & Brenes, 1985; Valenzuela Galleguillos, Pinto Vásquez, & Ortega Gálvez, 2016).

Gran parte de las barreras internas identificadas se deben a la falta de información, lo cual puede abordarse con consejería desde el embarazo. Está comprobado que la mayoría de las mujeres pueden producir leche en cantidad suficiente para amamantar a sus hijos de forma exclusiva por los primeros 6 meses de vida, por lo tanto, la barrera de insuficiencia de leche refleja falta de información y apoyo en la mayoría de los casos.

De igual forma, el acceso a información adecuada y apoyo de servicios de salud, permite superar otras barreras identificadas, tales como: la enfermedad y la alimentación de la madre, la malinterpretación de las señales de desarrollo de los niños, entre otras.

Muchas de las nuevas madres desconocen el funcionamiento fisiológico del organismo para la producción de leche, la cual inicia por estímulos nerviosos que se producen mediante un reflejo neuroendocrino secretando prolactina y oxitocina. De la misma forma la succión del recién nacido estimula las terminaciones nerviosas de la areola que envían señales a la hipófisis, liberando la prolactina y posteriormente la oxitocina y permitiendo salida de leche. Por la razón anterior, el tiempo de succión del bebé es directamente proporcional a la producción de prolactina y por ende de leche materna (López et al., 2013).

Un estudio realizado por Kronborg & Væth en el 2009, encontró que existe una relación entre la técnica efectiva de lactancia materna y la duración de la lactancia (Kronborg & Væth,

2009). Una inadecuada técnica de lactancia causa un agarre incorrecto provocando una succión ineficaz, lo que ocasiona una aparente reducción en la producción de leche materna y consecuentes problemas en los pezones y pechos de la madre (congestión de pechos, heridas y fisuras). La reducción en la producción de leche genera insatisfacción en el recién nacido, por lo que los médicos recomendarán el consumo de sucedáneos de la leche materna, práctica que es generalmente incentivada por abuelas, suegras y vecinas (Mendes & Silva, 2011).

Sin embargo, cabe aclarar que existen condiciones que van más allá de la técnica de lactancia y requieren de la atención particular del personal de salud. Algunas de estas condiciones son: la forma anatómica del seno, los problemas de tipo hormonal, las fisuras del pezón, el pezón plano o invertido y la mastitis.

Esta es una barrera modificable por las estrategias de promoción y prevención como se encuentran planteadas actualmente en tanto el centro de su abordaje es precisamente el conocimiento de la madre. reconociendo el valor nutritivo de la lactancia materna para lograr proteger la salud del niño (a) y estimular un desarrollo óptimo.

La estrategia IAMI hace referencia a la técnica de lactancia cuando indica que se deben “fortalecer los conocimientos y habilidades de las madres en las técnicas para amamantar, como posiciones correctas, agarre, succión efectiva, mecanismo de respiración-succión-deglución, extracción y conservación de la leche materna y su suministro con taza en caso de que madre e hija o hijo tengan que ser separados” (Patricia et al., 2005; UNICEF, 2011).

En el párrafo anterior se observa que la estrategia IAMI indica que se deben fortalecer los conocimientos de las madres, sin embargo no explica las técnicas y posiciones correctas así como los procedimientos de extracción y conservación de la leche.

IAMI afirma que: “[El] personal [de salud] debe estar en capacidad de hacer una demostración de la posición correcta para amamantar, la técnica para extraer la leche materna y cómo administrar con taza” (Patricia et al., 2005; UNICEF, 2011). Los documentos de la estrategia señalan reiteradamente que se debe enseñar a la madre a garantizar un buen agarre, así como una posición y succión efectiva, sin embargo no se definen específicamente las técnicas y procedimientos adecuados.

En el caso de la estrategia AIEPI, está desarrolla componentes que intervienen desde el momento de la evaluación del recién nacido, tales como las técnicas de succión, y agarre.

A continuación, se muestra como la estrategia AIEPI describe las técnicas enunciadas: “Señales de un buen agarre: 1. El mentón está en contacto directo con el seno. 2. La boca del bebé debe estar bien abierta y el labio inferior estar volteado hacia fuera. 3. La areola (parte oscura del seno) se ve más por encima de la boca que por debajo. 4. Los movimientos de succión son lentos, pausados y profundos y se puede ver y escuchar cuando el bebé traga la leche; (...) “Postura de la madre y de su bebé: 1. El cuello del bebé debe estar derecho o un poco doblado hacia atrás. 2. Su cuerpo está muy cerca y volteado hacia la madre. 3. El cuerpo del bebé debe estar sostenido con ambas manos de la madre” (...) (Ministerio de la Protección Social, n.d.; Organización Mundial de la Salud, n.d.).

Este tipo de descripciones detalladas de técnicas y procedimientos, permiten identificar oportunamente dificultades de tipo anatómico y funcional que pueden llegar a entorpecer la práctica de la lactancia materna, convirtiéndose en una fortaleza de la estrategia.

Las principales debilidades evidenciadas en ambas estrategias IAMI y AIEPI relacionadas con el componente de conocimientos de la madre, están relacionadas con la calidad de la información y la manera de transmitirla. En ambas estrategias se evidencia información

difusa o faltante. Por ejemplo, no se indican los tiempos de vida útil de la leche materna los cuales dependen de su medio de conservación (al aire libre, en refrigeración ó congelación).

La falta de información o criterios unificados genera confusión en los oyentes y partícipes de las estrategias, es por ello, que se hace necesario la unificación de criterios en las estrategias que permitan una mejor práctica de la lactancia materna.

De igual forma, como dificultad encontrada en la estrategia IAMI se encuentra que el personal de salud en múltiples casos no está capacitado o no cuenta con las herramientas profesionales para demostrar las técnicas correctas para amamantar, extraer leche o administrar con taza, tal como se indica en la estrategia.

2. Creencias y su abordaje en las estrategias

La cultura es el aprendizaje y la transmisión de los conocimientos, valores, creencias, normas y estilos de vida de un grupo particular, que guían la forma de pensar, las decisiones y las acciones del individuo y del grupo. Las creencias se toman como una base crítica y fundamental para entender a las personas. Las normas y los valores de una cultura, a nivel individual o de grupo, van encaminadas a mantener las reglas para convivir, porque dan seguridad, orden y regulan el comportamiento (Sagar, 2011).

En lo referente a las ideas y creencias que tienen las mujeres con respecto a la lactancia, al tratarse de un fenómeno bio-cultural se han construido alrededor del mismo todo tipo de mitos y supersticiones. Para analizar las creencias, es preciso considerar las distintas procedencias geográficas y los diferentes contextos socioculturales como la lengua, la religión, la estructura familiar, las tradiciones y las costumbres (Dolores, Cano, García, González, & Navarro, 2006; UNICEF, 2012).

Una de las creencias más comunes que afecta la práctica de la lactancia materna es la idea de que el bebé siente sed y la leche materna no es suficiente para suplir esa necesidad o que el niño queda con hambre después de ser amamantado, por lo que le proporcionan algún otro alimento o bebida como leches de fórmula, agua, jugos, sopas, leche de vaca, gaseosas, entre otros. Se cree también que al introducir otros alimentos se va acostumbrando al niño a comer y beber cosas distintas, como preparación para el momento en que ya no se produzca la leche materna o que la madre ya no lo pueda alimentar con frecuencia (Ministerio de la Protección Social, 2010).

Una de las creencias más comunes entre las lactantes es que la lactancia materna afecta la apariencia de los senos. Esta creencia es la que demuestra con mayor claridad la influencia de los medios de comunicación y del entorno social, orientada a un culto a cierto tipo de cuerpo e imagen. Esta influencia se ha convertido en un fenómeno social masivo, otorgándole a la apariencia una especial relevancia en los nuevos estilos de vida (Correa, 2014; Martín, Hernández, & Ortega, 2014; Niño, Silva, & Atalah, 2012; Quirós, 2009).

Con respecto a la afectación en la apariencia de los senos, se identificaron los tres motivos mayormente expresados para suspender la lactancia: la deformación de los senos, la flacidez de la glándula mamaria y la opinión de la pareja sobre eventuales modificaciones en la apariencia del busto. Esta última implica también el temor por la posible afectación negativa de su vida sexual (Martín et al., 2014).

La lactancia materna es un proceso biológico con una carga social y cultural con creencias y conocimiento populares arraigados sobre el tema. Estas creencias pueden ser transformables por la promoción en salud, solo si el ejercicio de comunicación entre

profesionales y madres lactantes ocurre a través de mecanismos adecuados y sobre todo respetuosos del contexto de éstas.

Es necesario que los profesional de salud escuchen a las madres para conocer qué piensan sobre la lactancia materna, identificar creencias al respecto que pueden influenciar en el éxito o fracaso de la lactancia al igual se debe reforzar la calidad de la atención de la mujer durante el embarazo, parto y postparto, con la inclusión del núcleo familiar en estos eventos, y proporcionar condiciones adecuadas para la mujer que favorezcan a la lactancia materna; los actores influenciados en esta barrera es la madre, padre, familia, redes de apoyo y profesionales de salud.

Después de la revisión de las estrategias IAMI y AIEPI, se evidencia que las creencias de las lactantes y su red de apoyo no son tenidas en cuenta como un condicionante de la lactancia materna, lo cual implica que el mensaje entregado por el personal de salud genere confusiones y contradicciones con las ideas propias de la lactante.

No obstante, en la estrategia AIEPI se puede evidenciar que desde el sector salud se ha empezado a reflexionar sobre las nuevas tendencias en promoción de la salud, al permitir un diálogo más amigable con la comunidad y hacerlos partícipes de dichos procesos. Sin embargo, esta estrategia carece de una descripción completa de los procesos metodológicos relacionados con los componentes de Educación y Comunicación. Por su parte, la estrategia IAMI no describe los procesos de Educación y Comunicación, y los deja a libre desarrollo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, basando su accionar únicamente en la información como eje central para su desarrollo.

3. Profesionales de salud y su abordaje en las estrategias

El sistema de salud juega un papel muy importante en la lactancia materna, ya que cumple un rol educador y en la población objetivo. No obstante, la sobrecarga de funciones

impide que el personal de salud le brinde a la lactante una atención de calidad, omitiendo en ocasiones información valiosa que afecta la decisión de la madre sobre el amamantar (Gamboa, Edna.; López, Nahyr.; Prada, Gloria.; Gallo, 2008). Según (Díaz, Cabrera, & Mateus, 2003).

Por medio de los pediatras y médicos generales se recibe la mayoría de la información sobre lactancia materna. En muchos casos esta información es inadecuada, ya que los profesionales recomiendan el amamantamiento hasta los tres meses, sin tener en cuenta que este debería realizarse de forma exclusiva hasta los seis meses de edad. Además, con frecuencia se receta fórmula láctea, generando dudas en las lactantes sobre su capacidad de lactar.

Existe una cantidad reducida de personal capacitado para dar consejería sobre lactancia y escasean los materiales para apoyar la comunicación con las madres. Los médicos proporcionan información errónea sobre la lactancia materna y de la misma forma son promotores de la ablactación antes de los 6 meses, incluso recomiendan complementar la alimentación del recién nacido con leche de fórmula por considerar la leche materna como insuficiente, tanto en cantidad como calidad (González & Hernández, n.d.).

Este factor es completamente transformable por las estrategias de promoción en tanto tiene componentes enfocados a la actitud y práctica de los profesionales además de ser el centro de los demás componentes de transmisión de información. El éxito para una lactancia materna se puede obtener con la promoción mediante diversas acciones educativas, recreativas, informativas, etc., dentro de los actores son indispensables la participación/intervención de la madre y del padre desde el momento del nacimiento, el entorno familiar, junto a los profesionales de salud. Sin embargo, este personal de salud debe ser alentado a asistir a cursos continuos de capacitación para que mejoren sus competencias, los actores involucrados son enfermeras (o) médicos, auxiliares de enfermería, nutricionistas. Este personal de salud deber

ayudar a orientar a la madre durante las primeras horas del posparto, colaborando a solucionar dificultades y problemas de la madre y el bebé en relación con la lactancia.

En la estrategia IAMI se indica que “los profesionales conocerán las guías alimentarias para la población colombiana, en particular las de gestantes y madres en lactancia y las del menor de 2 años y estarán entrenados para evaluar y clasificar el estado nutricional de la materna, y aplicar estrategias de vigilancia nutricional e intervención oportuna en los casos detectados de malnutrición” (Patricia et al., 2005; UNICEF, 2011). Es importante que la estrategia reconozca la importancia de informar adecuadamente a los profesionales de la salud, sin embargo los contenidos de las guías mencionadas se centran más en la evidencia científica de la importancia de la lactancia materna que en la descripción de los mecanismos a través de los cuales debe hacerse correctamente.

La estrategia IAMI también menciona que el personal de la institución debe brindar información precisa, veraz, completa, libre de presión comercial, amable y no discriminatoria por razones de edad, condición socioeconómica, raza, etnia, discapacidad, orientación sexual, procedencia, nivel educativo, etc (UNICEF, 2011), que ayude a tomar decisiones informadas a las madres y sus familias. Sin embargo se evidencia que debido a estímulos de tipo económico, en ocasiones algunos de los profesionales de la salud recomiendan el uso de sucedáneos dejando en un segundo plano las bondades de la lactancia materna.

Dentro de la estrategia AIEPI se busca fortalecer las capacidades técnicas de los profesionales de la salud a través del AIEPI clínico, el cual busca ayudar a orientar y mejorar aptitudes y prácticas del personal de salud para mejorar la atención de los niños menores de cinco años de que trata esta estrategia

Como debilidad encontrada en las estrategias IAMI y AIEPI se observa que en algunas regiones del país que no cuentan con la capacidad técnica adecuada, la responsabilidad del diseño y ejecución de las estrategias comunicacionales recaen sobre los profesionales del área de la salud, siendo este personal no idóneo para la realización de dichas actividades ya que no cuentan con la suficiente experticia en el tema y pueden llegar a confundir a las madres lactantes, debilitando la práctica de la lactancia materna.

Otra debilidad encontrada en la práctica y que no es contemplada por las estrategias IAMI y AIEPI, es que los profesionales de nutrición en la normatividad colombiana cubren el segundo nivel de atención y las actividades de promoción de la salud se abordan principalmente desde el primer nivel, por lo que en la mayoría de las oportunidades los contenidos de nutrición y alimentación saludable son divulgados por profesionales de la salud no idóneos, que pueden difundir información inadecuada a los asistentes a talleres y capacitaciones.

Factores externos

1. Entorno familiar y su abordaje en las estrategias

El “entorno social y familiar de la madre es trascendental para el éxito de la lactancia materna”, ya que es el origen de la influencia cultural que afectará la toma de decisiones con respecto a la forma de alimentación del recién nacido. De este modo, se pretende diferenciar los entornos facilitadores y los obstáculos de la lactancia, al reconocer las redes de apoyo como “las relaciones interpersonales que vinculan a las personas con otras de su entorno y les permiten mantener o mejorar su bienestar” (Becerra Bulla, Calderon, Silva, & Gordillo, 2015).

Un estudio realizado por Gamboa en el 2008 encontró que el 64,6% de las mujeres Santandereanas se sentían motivadas a la lactancia materna por el ejemplo de otros familiares,

por otro lado las mujeres que recibieron apoyo de su familia en el proceso de lactancia representan un 58,7% del total de mujeres Santandereanas (Gamboa, et al. 2008).

Se ha identificado que la pareja o compañero sentimental puede ser determinante para la continuidad de la lactancia materna. Las lactantes afirman que fue importante el rol de la pareja sentimental en el proceso y permanencia de lactancia materna exclusiva, expresando su apoyo mediante caricias, masajes o ayuda económica, en la mayoría de los casos la pareja constituye el principal apoyo de la madre lactante (Piñeros & Camacho, 2004) (Gil, 2013).

En este sentido, se identifica la mayor práctica y continuidad de la lactancia materna en aquellas mujeres que reportan tener una pareja al momento de lactar, e incluso se reconoce como un causal de abandono de la práctica la falta de apoyo de sus parejas (Flores, Bustos, González, & Sánchez, n.d.) (Valenzuela, et al, 2011) (Ledesma, et al, 2015).

Esta barrera no es modificable si se tiene en cuenta que la promoción como se encuentra planteada hoy no puede abordar problemáticas complejas como es el del entorno familiar y social representa un factor de riesgo para abandonar la lactancia materna, especialmente la exclusiva. Debido a las limitaciones en recursos y presupuesto, las estrategias deben pasar por alto factores determinantes como este, si bien reconocen su importancia. El siguiente paso sería involucrar al contexto de las mujeres lactantes en especial a su familia nuclear.

Las estrategias IAMI y AIEPI abordan y ponen de manifiesto la importancia de trabajar con la pareja de la mujer gestante o lactante para favorecer el apoyo en la práctica de la lactancia materna- Sin embargo, se encuentra que gran parte de las mujeres no cuentan con un apoyo de pareja o de familia que les permita fortalecer dicha práctica, esto puede generar un aumento en los niveles de estrés de la madre provocando una disminución en la producción de la lactancia

materna (en secciones anteriores se indicó que situaciones como el estrés, la alimentación, la hidratación y el estímulo por succión afectan la producción de leche materna).

2. Factores socioeconómicos y su abordaje desde las estrategias

El primero de los factores aquí agrupados es el nivel de escolaridad de la lactante. La implementación de la lactancia materna es también influenciada por el grado de escolaridad que poseen las madres, ya que las mujeres con mayor nivel de escolaridad cuentan con mayores conocimientos y comprensión sobre los beneficios que tiene la leche materna en la salud de sus hijos (González & Pileta, 2002; Gutiérrez, 2015; Roig & Martínez, 2010). En general los estudios señalan que las mujeres con un menor nivel educativo tienen una mayor probabilidad de no lactar o hacerlo por menos tiempo (Heck, 2006) (Avalos, 2011) (Herrero & Pérez, n.d.).

En Colombia, Piñeros y Camacho identificaron en un grupo de mujeres que a menor nivel de escolaridad hay una mayor proporción de mujeres que lactan inadecuadamente: de las mujeres que no lactaron adecuadamente 34,1% tenían bachillerato completo, 42,3% no lo habían completado, 7,1% tenían primaria completa y 7,1% universidad completa (Piñeros & Camacho, 2004).

El segundo factor es la ocupación de las lactantes. De acuerdo con las demandas económicas actuales es común que en el hogar ambos padres tengan ocupaciones laborales fuera de casa y estén obligados a dejar a los niños al cuidado de terceros. Estos trabajos fuera del hogar constituyen un factor que lleva a las lactantes a no iniciar o a abandonar de forma precoz la lactancia materna exclusiva y a reemplazarla con fórmulas lácteas, complementación temprana con otros alimentos y un mayor uso del biberón. (Flores et al., n.d.; Gil, 2013; Ledesma et al., 2015; Londoño & Mejía, 2008).

Además, la mayoría de las mujeres tienen que reincorporarse a su actividad económica ya que muchas de ellas no cuentan con un trabajo formal estable que les permitan gozar de una licencia de maternidad o en muchos trabajos se les niega este derecho de licencia bajo el riesgo de verse expuestas a perder el empleo (Becerra Bulla et al., 2015; Piñeros & Camacho, 2004; Quirós, 2009).

Cuando la madre es la principal proveedora de ingreso económico familiar, aumenta el riesgo de abandonar la práctica de amamantamiento. Este hallazgo se atribuye a una serie de factores relacionados con la carga laboral, emocional y física con las que carga una madre que además debe lactar, aunado a que muchas veces obtienen salarios inferiores a los de los hombres lo que puede generar más estrés y por ende un bloqueo en la bajada de leche (hipogalactia) (Gareis, Barnett, & States, 2002; Samano, Chico, Martinez, Fonseca, & Alvarez, 2018).

Las estrategias de promoción se quedan cortas frente a un factor de este tipo, ya que por más promoción que se le realice a la madre sobre la importancia de la lactancia materna sus condiciones básicas pueden impedírselo y al contrario puede reforzarse un sentimiento de frustración y culpa. Las políticas sociales podrían llegar a entrar en diálogo con las estrategias de promoción para trabar en alternativas sobre esto.

Por ahora, este factor es el ejemplo más claro de las limitaciones de la promoción de la lactancia materna. Las estrategias no lo abordan porque no tienen los mecanismos para trabajar en problemas de origen estructural. De esta forma las políticas de salud pública ignoran las inequidades en salud y desconocen que más allá de la información recibida, muchas mujeres no podrán lactar porque no cuentan con una estabilidad laboral o con una red de apoyo ya sea familiar o conyugal, limitando el acceso a la lactancia materna por no contar con medios suficientes.

3. Condiciones de salud de la madre y su abordaje desde las estrategias

Un número pequeño de afecciones maternas y del recién nacido podría justificar la recomendación de no amamantar o de introducir los sucedáneos de manera temporal o permanente. Por supuesto que el caso más extremo es la mortalidad materna en el cual se evidencian una serie de factores determinantes relacionados con el contexto socio-económico, entre los cuales se destacan la situación de desventaja económica que enfrentan las mujeres y sus familias, la educación, así como los factores relativos a su estado de salud relacionados con los comportamientos reproductivos, el acceso y calidad de los servicios de salud para la atención materna y la planificación familiar (Campero et al., 2006).

En el caso del VIH/SIDA la transmisión de la madre al hijo del VIH puede ocurrir durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo, durante el parto o en cualquier momento durante la lactancia materna. El riesgo de transmisión durante la lactancia materna es acumulativo, cuanto más tiempo da el pecho una madre infectada por el VIH, más aumenta el riesgo de transmisión a través de la lactancia.

En los lugares donde la lactancia es común y prolongada, la transmisión a través de la misma puede ser responsable hasta de la mitad de las infecciones por el VIH en lactantes y niños pequeños. Las intervenciones disponibles pueden reducir de manera sustancial el riesgo de transmisión durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto en sí, pero hasta el momento la reducción del riesgo de transmisión a través de la lactancia materna ha sido mucho menos exitosa.

La investigación sobre la prevención de la transmisión del VIH a través de la lactancia se dirige particularmente al efecto de la profilaxis antirretroviral, tanto en el lactante no infectado como en la madre infectada, durante la lactancia materna. Los primeros hallazgos muestran una

baja tasa de transmisión a través de la lactancia durante los primeros tres meses en lactantes que reciben profilaxis (Helen & Cooper, 2016; Organización Mundial de la Salud, n.d.).

Asimismo, la tuberculosis activa contraindica la lactancia debido a la posibilidad de transmitirle la enfermedad al lactante por partículas de secreción respiratoria y en casos raros, por absceso mamario. Por lo tanto, se debe suspender la lactancia en la etapa contagiosa y posteriormente reanudarla, o bien proveer a la madre de una mascarilla especial que impida la diseminación de la *Mycobacteria* y que proteja al niño.

El Citomegalovirus (CMV) se puede excretar en forma intermitente en la leche humana. Debido a los anticuerpos maternos transferidos pasivamente no suele haber enfermedad en el neonato. Sin embargo, el riesgo de enfermedad sintomática aumenta en los hijos de madres seronegativas que sufren seroconversión durante la lactancia, y en los neonatos prematuros con bajas concentraciones de anticuerpos maternos adquiridos por vía transplacentaria (Sell & Ávila, 1998).

Dentro de la estrategia IAMI se señala la importancia de la prevención de enfermedades, pero no se especifican exactamente cuáles son las enfermedades que imposibilitan totalmente la lactancia materna. En ninguna de las dos estrategias se hace énfasis en las condiciones que imposibilitan totalmente la lactancia, lo cual es muy importante ya que tanto el personal de salud como las lactantes deben estar completamente asesorados y capacitados tanto para que no ocurra la lactancia como para atender las necesidades emocionales de la madre frente a la idea de no poder amamantar.

Estos casos además deben ser priorizados para ser atendidos por los bancos de leche, con el fin de que se suministren el calostro y las propiedades que el recién nacido necesita. Sin

embargo, estos bancos de leche no se encuentran en todas las regiones del país, dificultando el suministro de leche materna en condiciones en que la madre no puede ofrecerla.

En este factor es difícilmente transformable pero su abordaje en la atención antes, durante y después del parto puede garantizar la salud de madre e hijo pero además manejar de manera ética y respetuosa la carga que queda sobre la mujer que no puede lactar. Más allá del conocimiento, la actitud y apoyo del personal de salud puede hacer la diferencia en este sentido.

Analizando las estrategias que existen actualmente en el país (IAMI y AIEPI) que buscan la promoción y protección de la práctica de la lactancia materna, se encuentra que existen factores que son susceptibles de transformación a través de las estrategias de información, educación y comunicación, así como otros factores no modificables como los determinantes sociales en salud o los factores externos que debido a su naturaleza estructural o biológica no pueden ser modificados.

HERRAMIENTAS DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD Y SU USO EN LAS ESTRATEGIAS SOBRE LACTANCIA MATERNA

La comunicación en salud y su aporte a la promoción para la salud

En el ámbito académico la comunicación en salud ha sido catalogada como el arte y la técnica de informar, influir y motivar a la población en la parte individual y colectiva sobre temas de salud importantes. Para Ratzan, se parte del concepto en que la prevención y buena salud debe primar sobre la enfermedad, es decir, que el tener los conocimientos necesarios que permitan a la población discernir entre lo que es adecuado o no, debe ser suficiente a la hora de tomar decisiones que permitan mejorar la salud y calidad de vida. Es así como la comunicación se define según los autores como (...) “el proceso y efecto de emplear medios persuasivos éticos en la toma de decisiones para el cuidado de la salud humana” (...) (Ratzan citado en Ríos, 2011).

Las dos definiciones anteriores dejan ver un modelo clásico de la aplicación de la comunicación en salud y es, como lo cita Rios, un proceso de comunicación tradicional o unilineal (Fuente- Mensaje- Canal- Receptor) (Ríos, 2011).

El modelo PRECEDE de Green, Kreuter, Deeds y Partridge ejemplifica lo expuesto anteriormente y es uno de los más usados dentro de las estrategias comunicacionales en salud. Al identificar los factores conductuales modificables que determinan ciertas situaciones de salud, estos puedan ser intervenidos impactando positivamente en el estado de salud de la población. Sin embargo, este modelo siendo uno de los más utilizados en el sector salud, es un modelo que deja de lado la influencia e interacción social que puede influir en la toma de decisiones de las personas al escoger un tipo de conducta sea positiva o negativa.

Dentro de los modelos o teorías del cambio de conductas, se postula que un cambio en el accionar es un proceso en el cual los individuos atraviesan diferentes etapas hasta que el comportamiento nuevo hace parte de la vida diaria (hábito).

Se ha evidenciado una influencia significativa del entorno (redes sociales de apoyo) que hace que jueguen un papel importante en el éxito o fracaso de las estrategias de cambios conductuales en la población. Como se citó anteriormente en el apartado de factores externos y entorno familiar en el estudio de Gamboa, López, Prada y Gallo, las redes sociales de apoyo juegan un papel importante en el aumento y prolongación de la lactancia materna (Gamboa, López, Prada y Gallo, 2008). Sin embargo muchas veces se evidencia que en las estrategias de Información, Educación y Comunicación - IEC estas redes no son tenidas en cuenta en las actividades de promoción de la lactancia materna.

Según Benavides, la comunicación para el desarrollo presenta una diferencia significativa entre información y comunicación, ya que la información no involucra a las personas, mientras que la comunicación si presenta una interacción con ellas (Benavides citado por Martínez y Sosa, 2016). Esto permite que de acuerdo a la participación de los individuos y comunidades se permitan obtener saberes que logren generar contenidos que sean de impacto en la comunidad, obteniendo así cambios en los hábitos inadecuados de salud de los diferentes grupos, comunidades o sectores participantes.

De igual forma Mosquera, indica que (...) el “diálogo de la comunidad” y la “acción colectiva” trabajan en conjunto para producir cambios sociales que mejoren el estado de salud y de bienestar de todos sus miembros (...) es así como se requiere que la comunidad participe en todos los procesos referentes a la formulación de los proyectos para la salud (Mosquera citado por Martínez y Sosa, 2016).

De esta forma los nuevos estudios de comunicación para el desarrollo y el cambio social han influido en el nuevo enfoque de comunicación en salud ya que permiten incluir a las redes sociales de apoyo dentro de los factores determinantes para lograr una promoción en la salud y para el caso de la lactancia materna que incida positivamente en el logro de las metas propuestas.

El método tradicional (Fuente- Mensaje- Canal- Receptor) no permite interacción alguna entre los participantes y el expositor, por lo que en el nuevo modelo este método tradicional se modifica y permite una mayor interacción entre los participantes y expositores permitiendo aclarar ideas y logrando que el mensaje a comunicar quede más claro en los asistentes a las actividades de promoción para la salud.

Promoción en salud y las estrategias de información, educación y comunicación – IEC

Hoy en día el tema de la Información, Educación y Comunicación es un verdadero reto, ya que no se cuenta con los suficientes instrumentos para hacer entender al receptor de manera eficaz, ya sea por no tener la suficiente experiencia o porque se cree que las personas cuentan con las suficientes habilidades lingüísticas para entender, es por esto que se realiza el presente apartado para comprender cómo se aplica en el campo de la salud, específicamente en el área de las estrategias de promoción desarrolladas en el marco de la lactancia materna.

A continuación, iniciaremos exponiendo las definiciones encontradas sobre los términos de Información, Educación y Comunicación para poder comprender cómo se desarrolla en el sector salud dichas estrategias.

DEFINICIÓN DE INFORMACIÓN:

En torno a la definición de Información, se encuentra en común que esta es considerada como un conjunto de datos con un significado determinado en un contexto específico, ya que la interpretación que se le da a la información suministrada o recibida dependerá de estos factores,

reduciendo o aumentando la incertidumbre sobre un tema en particular, es así como encontramos algunos autores que concuerdan con dicha definición.

Idalberto Chiavenato, citado por Ivan Thompson, 2008, quien la define como (...) "un conjunto de datos con un significado, o sea, que reduce la incertidumbre o que aumenta el conocimiento de algo. En verdad, la información es un mensaje con significado en un determinado contexto, disponible para uso inmediato y que proporciona orientación a las acciones por el hecho de reducir el margen de incertidumbre con respecto a nuestras decisiones"(...) en el mismo documento Ivan Thompson cita otros autores como Ferrell y Hirt, que consideran que la información (...) "comprende los datos y conocimientos que se usan en la toma de decisiones"(...), para (...) "Czinkota y Kotabe la información consiste en datos seleccionados y ordenados con un propósito específico"(...)

De igual forma Ivan Thompson, 2008, cita a Alvin y Heidi Toffler, y refiere que en su libro (...) "«La Revolución de la Riqueza» nos brindan la siguiente diferencia (muy entendible) entre lo que son los datos y lo que es información: Los datos suelen ser descritos como elementos discretos, huérfanos de contexto: por ejemplo, «300 acciones». Cuando los datos son contextualizados, se convierten en información: por ejemplo, «tenemos 300 acciones de la empresa farmacéutica X»"(...) Ivan Thompson, 2008, p. 1-2.

Para Ivan Thompson, 2008, (...) "en este punto, y teniendo en cuenta las anteriores ideas y definiciones, plantea la siguiente definición de información:

"La información es un conjunto de datos acerca de algún suceso, hecho o fenómeno, que organizados en un contexto determinado tienen su significado, cuyo propósito puede ser el de reducir la incertidumbre o incrementar el conocimiento acerca de algo"(...)

Según Noel Angulo, 1996, p 3. Señala en su artículo diferentes posturas de autores como Noriko Kando, del Centro Nacional de Ciencias de la Información de Japón, quien refiere que:

Dentro del campo de la bibliotecología y de las ciencias de la información, los investigadores han propuesto diferentes conceptos de información, que ellos consideran adecuados para su contexto de aplicación o para explicar un fenómeno específico del cual se ocupan. Como consecuencia, advierte que no existe acuerdo acerca de los conceptos o definiciones de la información; sin embargo, a partir de la revisión de la literatura existente identifica tres grupos de conceptos y su relación de complementariedad.

1. Información como entidad objetiva: Comprende el contenido de los documentos.
2. Información como entidad subjetiva: Representada por la imagen-estructura del receptor y los cambios de la misma.
3. Información como proceso: Hace referencia al proceso mediante el cual la gente se informa. La información como proceso se plantea dentro de un contexto generalizable más la de las diferencias espacio-temporales; ambas concepciones no están separadas una de otra, pues están vinculadas estrechamente en un proceso de comunicación entre mentes humanas. Noel Angulo, 1996, p 3-4.

De igual forma para Arias y Aristizábal en su documento El dato, la Información, el conocimiento y su productividad en empresas del sector público de Medellín cita a diferentes autores que presentan algunas definiciones de información, en las cuales hace referencia y enfatiza en que existe una diferencia entre el dato, la información y el conocimiento, para el caso del presente documento nos centraremos en la definición del dato y la información que juegan un papel importante en las estrategias de promoción de la salud y específicamente para el caso de lactancia materna, (estrategias IEC – Información, Educación y Comunicación), en el cual se

presenta el dato como un mensaje que dependiendo del contexto y datos adicionales se convierte en información, en el caso de la promoción de la salud la información es el dato en un contexto dado que se basa en evidencia científica que sustenta el motivo de acción de cambio para el caso de una conducta de salud en particular.

Davenport y Prusak (1998, p. 48) y Nonaka y Takeuchi (1995, p. 23) como conjunto de mensajes; mientras que para Bollinger y Smith (2001, p. 10) son datos procesados, organizados según Bhatt (2001, p. 72) o con significado de acuerdo con Spek y Spijkervet (1997, p. 21), necesarios para la creación de conocimiento, el cual, a su vez, es definido por Bhatt (2001, p. 73) y Herder y otros (2003, p. 110) como información con sentido, valiosa según Davenport (1997, p. 46), evaluada, validada, codificada tal como lo afirma Earl (2001, p. 221) o, en palabras de Nonaka y Takeuchi (1995, p. 23), un flujo de información anclado en las creencias y compromisos de su poseedor.

Se evidencia, con base en todo lo anterior, que la relación entre dato, información y conocimiento es lineal, secuencial y progresiva, y que el proceso de transformación consiste en añadirle algo al dato para que llegue a ser información, y luego añadirle algo a la información para que se convierta en conocimiento según Moteleb y Woodman (2007, p. 57), aunque de acuerdo con Lang (2001, p. 48) y Yahya y Goh (2002, p. 460), se debe subrayar que subyacen a cada concepto unas variantes contextuales, de uso, evaluación e interpretación que permiten concluir que dato, información y conocimiento son radicalmente diferentes y excluyentes entre sí. Arias y Aristizábal, 2011, p 4.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Teniendo en cuenta el dato y la información que anteriormente se expuso, el rol de la educación en conjunto con la comunicación empiezan a tomar un papel protagónico en el desarrollo de las estrategias de promoción de la salud, en el caso de la educación para la salud, esta se desarrolla como un proceso de interacción entre individuos o grupos que con la información como insumo a trabajar se desarrollan estrategias que pueden llegar a generar reflexiones en los participantes con respecto a las actitudes o prácticas que ellos desarrollan en pro o deterioro de su calidad de vida.

A continuación, se expondrán algunas definiciones sobre educación para la salud como la que cita Redondo, Patricia 2004, (...) “es un proceso de comunicación interpersonal dirigido a propiciar las informaciones necesarias para un examen crítico de los problemas de salud y así responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen efectos directos o indirectos sobre la salud física y psíquica individual y colectiva” (...)

Para la Organización Mundial de la Salud – OMS- 1998, (...) “La Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad”(…) en la actualidad una definición de la OMS para la educación en salud es (...) “cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten” (...) Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. n.d

La educación en salud también es interpretada como un proceso de comunicación ya que para Redondo, Patricia 2004, se utiliza la transmisión del mensaje entre un emisor y uno o varios receptores, dentro de los elementos claves en el proceso se encuentran el educador en salud, el mensaje y las personas o grupos a los que va dirigido.

Según Choque, Raúl, 2005, existen modelos de educación que Mario Kaplún agrupa de acuerdo a tres perspectivas pedagógicas que son: pedagogía transmisora, pedagogía persuasiva conductista y pedagogía problematizadora o cogestionaria.

Se definen como pedagogía que pone énfasis en los contenidos, pedagogía que pone énfasis en los efectos y pedagogía que pone énfasis en el proceso educativo. Las dos primeras son denominadas exógenas es decir que está fuera del sujeto educando, externo a él; la última en cambio es calificada como endógena y está planteada desde y a partir del sujeto educando. La pedagogía transmisora, es la que pone énfasis en los contenidos y corresponde a la educación bancaria. Esta pedagogía plantea una educación en la cual los conocimientos transmitidos por el educador deben ser memorizados y aprendidos por el alumno. Choque, Raúl, 2005, p. 10-11.

Para el caso de estos tres modelos de educación, se puede deducir que para la educación para la salud la pedagogía transmisora se centra solo en el emitir la información que se considera pertinente a desarrollar, para el caso de la lactancia materna, la pedagogía persuasiva conductista es de tipo estímulo – respuesta, es un proceso de transmisión de información repetitivo, en que solo importa lo que el educador diga y de esta forma el receptor modele su conducta por medio de la repetición hacia lo que se pretende desde el sector salud, Choque, Raúl, 2005, (...) “Se da muy poca importancia al diálogo y la participación y se premia la buena retención de los contenidos. En este caso el educando es situado como objeto depositario de información” (...); (...) “El método no favorece el desarrollo del raciocinio, solo valora los resultados, no se

promueve la participación, la autogestión y la toma autónoma de decisiones” (...). Para la pedagogía problematizadora o cogestionaria, esta se centra en el oyente y pretende que con la información suministrada de forma repetitiva los receptores reflexionen sobre sus actitudes o prácticas que desarrollan y modifican su conducta en pro los objetivos que busca (...) “Esta pedagogía no se preocupa tanto en la materia a ser comunicada, ni en los efectos en términos de comportamiento. El objetivo principal es más bien que el educando piense por sí mismo y que a partir de ese pensar parta la acción transformadora de su realidad” (...).Choque, Raúl, 2005.

Choque, Raúl, 2005, también plantea que los ejes centrales del método educativo son el educador y la información que se transmiten, en el caso de las estrategias de la promoción de la Lactancia Materna, los contenidos a desarrollar son definidos por el profesional de salud de acuerdo a lo que él considera debe ser la necesidad de informar sin entrar en diálogo con la comunidad, evaluando sus necesidades y la información que ellos requieren sea aclarada o expuesta, las condiciones modificables y no modificables son trabajadas de igual forma sin entrar a evaluar si las condiciones de los participantes son las adecuadas para mejorarlas o redefinirlas; en las estrategias de lactancia materna solo se evidencia el dato o información relevante que se considera pertinente y suficiente para lograr el cambio que se desee en la mejora de la práctica de la lactancia materna.

LA COMUNICACIÓN

Es el proceso de transmisión y recepción de ideas, información y mensajes. El acto de comunicar es un proceso complejo en el que dos o más personas se relacionan y a través de un intercambio de mensajes con códigos similares, tratan de comprenderse e influirse de forma que sus objetivos sean aceptados en la forma prevista, utilizando un canal que actúa de soporte en la

transmisión de la información. Es más un hecho sociocultural que un proceso mecánico. EcuRed, Enciclopedia cubana (n.d).

En esta definición se encuentran los elementos que intervienen en la comunicación como lo son:

- Emisor
- Mensaje
- Receptor
- Canal
- Código
- Contexto

Es así como dentro del proceso de comunicación el emisor genera un mensaje o información que llega a el receptor y él lo interpretará de acuerdo a sus representaciones mentales y de acuerdo al canal (cartas, telefónico, etc) utilizado para que llegue el mensaje, el cual dependiendo del contexto y los códigos (entre ellos se encuentran los mensajes generados con el cuerpo, entre otros), utilizados en el proceso comunicativo afectarán la interpretación del mensaje generado y enviado.

COMUNICACIÓN EN SALUD

Para el caso de la comunicación para la salud, dentro de la revisión bibliográfica realizada se encontró que en el desarrollo de las estrategias de comunicación en salud es muy importante la calidad y la evidencia científica que sustenta el mensaje a emitir y no, en el cómo se emitirá el mensaje a sus receptores, de esta forma se asume que el impacto de esta emisión sería el cambio de la conducta en la población receptora del mensaje.

Dentro de las definiciones de comunicación en salud se encuentran diferentes grupos, organizaciones y autores que plantean diferentes formas de generar una comunicación en salud eficaz con la comunidad. En el presente apartado del documento se citarán algunos autores, organizaciones y/o artículos académicos que han planteado diferentes conceptos en el marco de la comunicación para la salud.

La definición planteada en la tesis, Comunicación educativa en salud (Cordova , 2003), que incluye elementos de las definiciones más clásicas de salud y comunicación destaca que junto con la definición de comunicación basada en sus elementos (emisor, mensaje, receptor, canal), la comunicación en salud basa sus mensajes en un fuerte componente investigativo o de evidencia científica que sustente su accionar:

La teoría de la comunicación para la salud utiliza cuatro elementos clave del proceso de comunicación: audiencia, mensaje, fuente y canal - sumados a un fuerte componente de investigación y participación. Los programas efectivos de comunicación en salud identifican y le dan prioridad a la segmentación de audiencias, entregan mensajes precisos basados en fuentes científicamente veraces y logran llegar a las audiencias a través de canales de comunicación familiares. (Cordova , 2003, p.21).

Con base en lo anterior y desde una perspectiva biomédica tradicional la promoción de la salud se centra en brindar las herramientas necesarias a través de la Información, Educación y Comunicación a los individuos o colectivos. Su objetivo es generar en ellos una mejora en los estilos de vida que han sido considerados poco saludables.

En el caso de la lactancia materna, transmitir Información se pretende a través de los procesos de capacitación ya sea de forma individual o colectiva (entiéndase como ofrecer datos,

estadísticas o evidencia científica que certifique y avale el por qué es importante y los beneficios que genera en el lactante y su madre el ofrecer lactancia materna). En la guía de práctica clínica del Recién Nacido sano (...) “se recomienda iniciar lactancia materna durante el contacto piel a piel siempre y cuando la madre esté en condiciones de hacerlo” (...) y se establece un grado de recomendación fuerte a favor de la intervención (basado en la evidencia científica). Ministerio de Salud y Protección Social, Guía de Práctica Clínica del Recién Nacido Sano p. 28.)

Se espera transmitir información científicamente avalada que justifique y sustente el por qué se debe realizar un cambio en la conducta de la práctica de la lactancia materna. Para lograr una mejora en la práctica de la lactancia materna a nivel país, la promoción de la misma es vital siempre y cuando se tengan en cuenta en el desarrollo de la promoción de la lactancia materna la totalidad de las herramientas de la promoción y las barreras tanto internas como externas descritas anteriormente y los determinantes sociales en salud.

En el caso de la estrategia IAMI, se establece un documento de autoapreciación el cual consta de 10 pasos que deben ser aplicados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS. Dichas instituciones establecen los planes de capacitación tanto a su personal como a los usuarios para el éxito de la práctica en lactancia materna, no obstante IAMI no estipula la temática, ni el tipo de información,, plantea una evaluación de cumplimiento de acciones que se deben realizar en los procesos desde la gestación, puerperio y los controles de crecimiento y desarrollo en pro de la lactancia materna establecidas en las guías de práctica clínica, decretos y normas relacionadas con la gestación, nutrición y desarrollo de los niños en Colombia para el logro de las metas propuestas en el mismo documento de la autoapreciación en beneficio de la lactancia materna.

Por la razón anterior, en la estrategia IAMI no se establece el modelo de Información, Educación y Comunicación a ejecutar en cada institución de salud, sino que este se deja a libre selección de cada una de las IPS, y se ejecuta por profesionales de la salud que no son idóneos para el desarrollo de este tipo de estrategias edu-comunicativas.

En el caso de la estrategia AIEPI, esta consta específicamente de dos componentes, el componente clínico y el componente comunitario. Este último componente consta de siete guías en las cuales se describe el paso a paso de cada actividad a desarrollar. La estrategia contempla herramientas de Información, Educación y se evidencia un poco carente en la forma en la que se debe realizar el proceso de Comunicación, ya que se limita a establecer que el facilitador debe evitar un lenguaje corporal, entre otras situaciones, más no especifica detalles del tipo de comunicación que se debe desarrollar con la audiencia.

Promoción en la estrategia IAMI

En la ejecución de la estrategia IAMI se identifican actores encargados de actividades de ejecución y evaluación de la estrategia entre los que se encuentran para el caso de ejecución las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, Entidades Administradoras de los Planes de Beneficio EAPB y para el caso de la evaluación los entes territoriales de salud ya sean de orden municipal, departamental o nacional según corresponda, dichos actores en el planteamiento de la estrategia deben ser garantes en la aplicación y verificación adecuada de los 10 pasos que comprende la estrategia IAMI. Así mismo como se explicó anteriormente en el apartado de marco jurídico y normativo de la promoción de la salud, para la estrategia IAMI el ente territorial aparte de cumplir funciones de verificador del cumplimiento de la estrategia, establece actividades a través del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PSPIC donde el ente territorial puede desarrollar actividades que fortalezcan a nivel municipal dicha

estrategia principalmente en el componente comunitario (fortalecimiento de redes de apoyo), sin embargo existen falencias en el desarrollo de los PSPIC como lo es la falta de contratación oportuna de los mismos y la falta de continuidad en los procesos, afectando desde el ente local la ejecución y desarrollo de la estrategia.

Para el caso de las IPS existe una dificultad en la ejecución de las actividades propias de la estrategia como lo es la falta de capacitación al personal de salud para su desarrollo y ejecución y existe en algunas instituciones sobrecargo de actividades a algunos profesionales que dificulta un desarrollo con calidad de la misma, de igual forma el tipo de contratación en algunas IPS puede afectar la continuidad del personal de salud idóneo para el desarrollo de dicha estrategia.

En las actividades propias de la promoción de la lactancia materna en muchas ocasiones se cita solamente a las gestantes y/o lactantes excluyendo a sus redes de apoyo (pareja, familia, etc) en algunas situaciones la pareja no se considera un individuo influyente en la práctica de lactancia, desconociéndose como colaborador en la práctica de la misma.

La estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia - IAMI, es una estrategia de gestión, la cual establece una serie de indicadores de verificación de cumplimiento incluidos en los 10 pasos de la estrategia. En caso de que las instituciones logren un 80% de cumplimiento de los indicadores incluidos en los pasos, pueden solicitar la evaluación por parte de pares externos a la institución y lograr una certificación en dicha estrategia, la cual tiene una vigencia de tres años y debe ser renovada al termino de dicho periodo.

Para el caso de las herramientas de promoción encontradas en la estrategia IAMI se puede evidenciar tres tipos de componentes: conceptual, metodológico e instrumental. (Instituto Departamental de salud de Nariño, Subdirección de Salud Pública. 2017 p. 5.)

- (...) “El componente conceptual: Se refiere al abordaje desde la evidencia científica y el marco regulatorio nacional de la atención en salud y nutrición materna e infantil para lograr mejores prácticas en los equipos profesionales que atienden a las mujeres, gestantes, madres, niños, niñas y sus familias.
- El componente metodológico: Implica el desarrollo sistemático y secuencial de los 10 pasos que abordan los aspectos relevantes de la atención materna e infantil y requieren implementar procesos de autoapreciación, análisis y acción, los cuales van llevando a la institución de salud al cumplimiento progresivo de resultados.
- El componente instrumental: La IAMI tiene para su gestión diferentes instrumentos. Estos instrumentos son: Formulario de datos generales, Capítulo de criterios globales con su descripción, Autoapreciación, Matriz de plan de acción y sostenibilidad.” (...) (Instituto Departamental de salud de Nariño, Subdirección de Salud Pública. 2017 p. 6-7).

De acuerdo a lo anterior, se puede evidenciar que dentro del componente de promoción, la estrategia IAMI basa su accionar en la herramienta de Información, donde todas sus recomendaciones son basadas en la evidencia científica que sustenta el por qué se deben generar dichos cambios o conductas en la madre lactante, que por ende aportarán al logro de las metas de lactancia materna establecidas en el documento, dejando de lado los componentes Educativos y de Comunicación.

Estos componentes (Educativo y Comunicacional), se dejan bajo la responsabilidad y libre ejecución de las IPS ejecutoras de la estrategia, lo que implica la posibilidad, para algunas instituciones, de no realizar de forma adecuada dichos procesos y por ende se les dificulte la

acreditación en la estrategia, reflejándose en los bajos resultados de la mediana de lactancia materna para algunas zonas del país.

Sin embargo, partiendo de que dicha estrategia basa su accionar en la información, se puede evidenciar que su modelo teórico se fundamenta en la teoría de la acción razonada desarrollada por Martin Fishbein e Icek Ajzen, donde se plantea que al ofrecer información validada sobre las repercusiones que puede traer para la salud un accionar inadecuado, las personas razonan y automáticamente modifican dichas acciones consideradas erróneas para la mejora en las condiciones de salud (Martin Fishbein e Icek Ajzen, 1975, 1980).

Una limitante en su aplicación en el sector salud ha sido el hecho de que no se tiene en cuenta la interacción social de los participantes en la promoción de la lactancia materna que juega un papel determinante para modelar las creencias de los individuos o colectivos, situación que propicia un resultado no esperado en el sector salud.

De igual forma el modelo PRECEDE (Figura 1) de Green, Kreuter, Deeds y Partridge, como se mencionó anteriormente es un modelo que también se encuentra aplicado en la presente estrategia al considerar que con el solo hecho de “informar” a la población, está modificará su conducta sin tener en cuenta otros factores que pueden incidir en la toma de decisiones.

Figura 1. Modelo PRECEDE



Fuente: Rios Hernandez, 2011.

Promoción en la estrategia AIEPI

En la ejecución de la estrategia AIEPI se identifican actores encargados de actividades de los componentes comunitarios, gestión y clínico, para el caso del componente de gestión los entes territoriales de salud sea municipal, departamental o nacional deben desarrollar estrategias de capacitación al personal identificado como líderes sociales en la comunidad que permitan generar una influencia positiva en el bienestar de los niños menores de cinco años, así mismo el ente territorial a través de la contratación del PSPIC en algunas oportunidades puede ofrecer actividades donde se fortalezcan las redes de apoyo comunitario de la estrategia. En este caso muchas veces las limitantes que se tienen es que el ente territorial de salud no puede intervenir todos los determinantes sociales que influyen negativamente en la práctica de la lactancia y de esta forma por una débil gobernanza los determinantes sociales de salud no son intervenidos

oportunamente generando más brechas sociales, hambre y miseria en una comunidad que puede no cuenta con los recursos suficientes para lograr una calidad de vida adecuada y esto impacta de forma negativa tanto el éxito de la estrategia como la práctica de la lactancia materna.

Dentro del componente clínico se establece una serie de protocolos como historias clínicas de acuerdo a la edad del niño, protocolos de manejo entre otros, si la IPS no cuenta con los recursos necesarios (sean de tipo técnico ó insumos), la ejecución de las actividades descritas en la estrategia AIEPI puede no cumplan con el fin estipulado desde su formulación.

Al igual que en la estrategia IAMI, la estrategia AIEPI puede verse afectada por la falta de capacitación al personal de salud para su desarrollo y ejecución y existe en algunas instituciones sobrecargo de actividades a algunos profesionales que dificulta un desarrollo con calidad de la misma, de igual forma el tipo de contratación en algunas IPS puede afectar la continuidad del personal de salud idóneo para el desarrollo de dicha estrategia.

En las actividades propias de la promoción de la lactancia materna en muchas ocasiones se cita solamente a las gestantes y/o lactantes excluyendo a sus redes de apoyo (pareja, familia, etc) en algunas situaciones la pareja no se considera un individuo influyente en la práctica de lactancia, desconociéndose como colaborador en la práctica de la misma.

La estrategia AIEPI al igual que la estrategia IAMI presentan una base científica (Información) que sustenta su accionar. Así mismo, en la guía del facilitador clínico se establece cómo se debe desarrollar cada componente con los profesionales de la salud, estableciendo un modelo participativo en los componentes educativos y comunicacionales desarrollado por los mismos profesionales de salud que no son profesionales idóneos para el desarrollo de este tipo de estrategias.

De igual forma en las guías para los facilitadores comunitarios se desarrolla un procedimiento para cada actor social identificado como importante en la cadena de las acciones del desarrollo integral de los niños y allí se describen las actividades importantes a desarrollar dentro de sus competencias, es así como se encuentran las siguientes siete guías:

1. Guía para maestros en su escuela
2. Guía para alcaldes en su gobierno
3. Guía para referentes y coordinadores locales
4. Guía para organizaciones de base
5. Guía para madres comunitarias
6. Guía para la elaboración de un diagnóstico local participativo
7. Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud

En cada una de las guías mencionadas anteriormente, se encuentra descrita una serie de metas a cumplir para lograr una participación, interacción y diálogo entre los actores participantes, que conduzca hacia el logro de una comunicación y educación asertiva en la estrategia AIEPI.

En la guía metodológica de estrategias de comunicación de AIEPI, se describen estrategias comunicativas que sirven de base para lograr el cambio en la atención de los niños de la región y de esta forma reducir la morbilidad en los menores de cinco años por situaciones de riesgo en salud que se pueden prevenir. Es así como se describen a continuación ocho estrategias comunicativas descritas en el documento mencionado.

- (...) **“Abogacía:** Esta estrategia busca defender, promover o recomendar una propuesta ante una persona o grupos de personas y/o instituciones que tienen la posibilidad de impulsar y tomar decisiones ante la idea, producto o servicio que se está promocionando.

Las acciones de abogacía están dirigidas a disminuir resistencias en temas que son

motivo de conflicto y polarización, así como a cambiar políticas, programas o posiciones de actores e instituciones. La abogacía consiste en hacer pública una idea o propuesta (en este caso los beneficios de la estrategia AIEPI). También busca llamar la atención de la comunidad y de los responsables por la toma de decisiones sobre un tema o problema controversial para introducirlo en la agenda, actuar sobre éste y aportar soluciones.

- **Establecimiento de la agenda social:** Esta es una estrategia centrada en los medios de comunicación de masas que consiste en dar relevancia pública a ciertos temas, de manera que se convierta en un tema clave para el público.
- **Movilización social:** Su objetivo es llegar a todos los actores sociales con el propósito de que influyan en la comunidad a favor de un determinado tema o problema. Se trata entonces de que entre todos se movilicen, apoyen y acompañen un determinado proceso.
- **Mercadeo social:** puede ser definido como una herramienta de gestión que incluye el diseño, puesta en práctica y control de programas orientados a aumentar la aceptación de un producto social que puede ser un bien, un servicio o una idea. En ese sentido, su objetivo es la modificación de opiniones, actitudes o comportamientos dirigidos a mejorar la calidad de vida de la población.
- **Edu-entretenimiento:** La premisa básica es que el entretenimiento orientado a la información en salud es atractivo, comprensible y está dotado de la capacidad de cambiar conductas. Mediante programas de edu-entretenimiento se ha promovido la alfabetización de adultos, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos y condones, la crianza responsable, el control del abuso de sustancias ilegales y la reducción de la violencia, entre otros temas. Las formas más habituales de edu-entretenimiento son las telenovelas, radionovelas y fotonovelas, cómics, discos y música popular.

- **Comunicación comunitaria:** permite recuperar los espacios y modos de comunicación autóctonos, convirtiéndolos en oportunidades de compartir mensajes educativos, en este caso referidos a las diferentes prácticas clave priorizadas, y motivando la participación activa y creativa de los diferentes grupos sociales cada localidad.
- **Comunicación masiva:** Su finalidad principal es brindar información oportuna, motivar y convocar a la población, así como crear corrientes de opinión. Su principal ventaja es su alcance y cobertura, en la medida en que pueden cubrir grandes zonas de territorio y a una población numerosa.
- **Comunicación interpersonal:** son aquellas en donde dos o más personas se comunican entre sí e interactúan directamente. La comunicación interpersonal se produce “cara a cara” para abordar un problema en particular, pueden ser interpersonales personalizadas e interpersonales grupales.”(...) (Organización Panamericana de Salud, 2005).

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, se evidencia una serie de modelos que se proponen a través de las estrategias planteadas en AIEPI como lo son: El modelo de difusión de innovaciones, el modelo de la comunicación macro-intencional y el modelo de la comunicación para el cambio social que se describen a continuación.

Mosquera sugiere la existencia de modelos y estrategias de comunicación en salud como por ejemplo, la Difusión de Innovaciones, el cual cuestiona la relación entre la propaganda masiva y las manipulaciones a la audiencia, y que examina la utilización de agentes sociales como propiciadores de cambio. Esta nueva visión plantea un proceso mediatizado de influencia en el que las dinámicas sociales se ven interferidas por los procesos comunicativos (Mosquera, 2003).

Así, la difusión de innovaciones se enfoca sobre la influencia interpersonal en las decisiones individuales y la comprensión de las redes de comunicación. En esta teoría se identifica la importancia estratégica del papel de los líderes de opinión en el proceso de difusión y adopción de nuevas conductas.

Mosquera plantea otros modelos y estrategias para la comunicación en salud, con los que se busca lograr una comunicación más asertiva con los espectadores y con la comunidad. Entre los modelos se destacan el Modelo de la Comunicación Macro- Intencional en la que se parte de una convocatoria hecha por un productor social mediante redes de comunicación directa que se apoyan en medios masivos para reorientar las conductas de los individuos, en otras palabras es un modelo de difusión masiva que busca a través de expertos en comunicación, generar estrategias comunicativas que logren un impacto relevante en la comunidad alcanzando el cambio de conducta que se espera.

El otro modelo que se ve reflejado en la estrategia AIEPI es el Modelo de la Comunicación para el Cambio Social, el cual describe una serie de interacciones entre la comunidad, la acción colectiva y el hacer partícipe de los procesos de edu-comunicación a la comunidad, logrando cambiar el rol de simple espectador de los procesos que se desarrollan, volviendo a la comunidad un actor activo interactúa , garantizando que el aprendizaje sea adecuado y que las personas se sientan escuchadas en el desarrollo de dichas estrategias.

CONCLUSIONES

Dentro de las estrategias existentes que promocionan la lactancia materna y después de conocer las nuevas tendencias en información, educación y comunicación que involucra desarrollo de modelos de diálogo bidireccional se pueden identificar falencias que van desde la formulación de la estrategia IAMI, ya que su accionar se encuentra basado en el componente de los datos o la información sin describir procesos de Educación y Comunicación, herramientas vitales para desarrollar con éxito la promoción de la lactancia materna.

Estas dos actividades son delegadas a libre desarrollo a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que deseen desarrollar la estrategia y estas a su vez las encargan a personal de salud que no es el adecuado para plantear y desarrollar estrategias de educación y comunicación de impacto.

De igual forma se encontró que la estrategia no contempla las barreras modificables y no modificables, los determinantes sociales en salud y las demás condiciones que impactan ya sea de forma positiva o negativa la práctica de lactancia materna.

Dentro de la normatividad vigente en Colombia el marco de referencia que obliga a las instituciones a desarrollar e implementar dichas estrategias no es de conocimiento tanto por algunos entes territoriales encargados de evaluar la estrategia como por las instituciones encargadas de desarrollarlas, permitiendo de esta forma que las estrategias no se desarrollen ni evalúen de forma adecuada.

Se consideran como factores internos concluimos que son todos aquellos que se pueden transformar gracias a la promoción de estrategias AIAMI-AIEPI y a la intervención de varios actores iniciando desde de la madre, el entorno familiar y los profesionales de salud, todos son claves para garantizar una lactancia materna exclusiva, reconociendo a la madre como principal

pilar para la lactancia materna seguida de su entorno familiar y llegando a los profesionales, todos son indispensables ya que las madres y la familia se verán con una serie de creencias obstaculizando esta lactancia, es acá donde los profesionales de salud deben entrar a promocionar la lactancia y así lograr concientizar, orientar y educar tanto a la madre como a la familia, al igual también este grupo de profesionales tener una continua capacitación y así contar con todas las herramientas para lograr transmitir toda la información.

Para factores externos no se puede lograr una transformación, ya que la promoción no puede abordar problemáticas complejas ya sea dentro de su entorno familiar, factores socioeconómicos o condiciones de salud de la madre, encontrando como actores familiares, pareja, redes de apoyo, presidente, gobierno y por último equipo de salud, dentro de las estrategias de promoción estas por más que traten de modificarlas no van a tener éxito, ya que las madres se encuentran vulnerables a influencias externas como es la parte cultural familiar donde se ven muy arraigadas una serie de representaciones mentales infundiéndoles dudas y vacíos con respecto a la lactancia materna ocasionando inseguridades para seguir adelante con el proceso de amamantamiento, dentro de los factores socioeconómicos muchas de ellas no cuentan con un apoyo o trabajo formal por tal razón deben reingresar al trabajo motivo frecuente de abandono y por último un factor que imposibilita totalmente la lactancia materna son las condiciones de salud de la madre, ya que de ninguna forma ellas pueden amamantar por recomendaciones médicas para prevenir la transmisión de alguna enfermedad o patología por la que están cursando.

En la estrategia AIEPI, está describe un proceso más detallado que aborda los componentes Informativos y Comunicacionales en las guías metodológicas diseñadas. Tiene en cuenta nuevos modelos de comunicación en salud que pueden generar un diálogo bidireccional

entre el oyente y el facilitador de la estrategia, sin quedarse netamente en el dato o información a suministrar. Al establecerse un canal comunicativo más fluido y en ambas direcciones, se puede llegar a incrementar el efecto positivo de la información suministrada, debido a que el oyente puede expresar miedos, mitos, creencias erróneas que tenga con respecto a la práctica de lactancia materna, que serán aclarados o despejados por el facilitador.

Pese a que AIEPI contempla el desarrollo de herramientas de Información, Educación y Comunicación, las dos últimas son deficientes para describir su desarrollo y ejecución en dichos documentos, ya que se limita a establecer que el facilitador debe evitar manejar un lenguaje corporal, más no especifica detalles del tipo de comunicación que se debe desarrollar con la audiencia, dejando vacíos de información e interpretaciones personales a la deriva.

Adicionalmente ambas estrategias (IAMI - AIEPI) no describen procesos de información y formas de abordar las barreras modificables, no modificables y determinantes sociales en salud que afectan la práctica de la lactancia materna. Al existir un componente de gestión que se desarrolla con líderes sociales y municipales, existen situaciones como la voluntad política de cambio ante situaciones de agua segura, garantía en el acceso a los servicios de salud, entre otras que en ocasiones en la agenda de los gobernantes no aparecen como prioridad de modificación.

De esta forma se concluye que las dos estrategias pilares en la promoción de la lactancia materna existentes en Colombia presentan carencias en su formulación y por ende en su desarrollo, al igual que dificultades normativas en la regulación de su ejecución ya que dependen en parte de la interpretación de cada Institución de salud y de gestión local. A pesar de que existe la normatividad que las hace de obligatorio cumplimiento, dicha norma no es clara y esto permite que la mayoría de las instituciones la consideren de voluntaria aplicación.

Como una recomendación, se plantea aclarar en la normatividad la obligatoriedad del cumplimiento para el desarrollo de dichas estrategias, no sin antes realizar un mejor desarrollo de los componentes de promoción de la lactancia materna (Información, Educación y Comunicación - IEC). Esto con el fin de permitir una mayor participación comunitaria en el desarrollo de dichas estrategias y evitar que se quede solo en la emisión de “charlas informativas”.

De igual forma debe existir claridad con respecto a las situaciones que dificultan la práctica de la lactancia materna y que no son modificables a través de la promoción de la misma, ya que son factores estructurales y biológicos que si no son abordados correctamente pueden llegar a generar complicaciones nutricionales y de desarrollo de los niños.

De igual forma pese a que las estrategias IAMI y AIEPI presentan un componente de información bastante fuerte, existen temas deficientes como lo es los tiempos de vida útil de la leche materna que no son tenidos en cuenta en la documentación existente de ambas estrategias.

Así mismo, en algunos apartados de los documentos se indica la importancia del desarrollo de actividades que ejemplifiquen a través de material didáctico técnicas de agarre, succión, posiciones, entre otras, encontrándose que en algunos municipios del país no se cuenta con las herramientas necesarias para su desarrollo. Por ello es necesario que las estrategias contemplen formas de suministrar material como ayudas didácticas que permitan dichas demostraciones.

Debe existir un modelo de capacitación permanente establecido desde el orden nacional y que sea de obligatorio cumplimiento, estableciendo un número de actividades mínimas al año que permitan tener actualizado a todo el personal de los entes territoriales que fortalecen y evalúan las estrategias a nivel local, para que de esta forma ellos sean replicantes de esta información en las IPS a su cargo.

Así mismo dentro de las actividades propias del personal de salud en las diferentes IPS debe existir un encargado para el desarrollo de dichas estrategias, usualmente se delega a la enfermera jefe encargada de diferentes programas en la institución, generando sobrecarga de actividades, el encargado de esta actividad debe ser una persona que cuente con exclusividad para la estrategia y tiempo para realizar las actividades propias de la misma.

Dentro de las actividades IEC a desarrollar tanto con las gestantes y/o lactantes se debe incluir a la pareja y como lactante potencial a las mujeres en edad fértil ya que desde temprano se les estaría fortaleciendo la práctica de la lactancia materna, permitiendo que en el transcurso del tiempo entre el logro de una gestación y la práctica de la lactancia materna puedan resolver las dudas, mitos y creencias que puedan perjudicar la práctica de la lactancia materna, de esta forma se empoderan y pueden tomar la decisión de ofrecer la lactancia a su bebé.

Establecer las diferentes prácticas de la lactancia materna y reconocer los factores internos y externos para direccionar la toma de decisiones y las acciones dirigidas en la promoción en la población, lo cual permite que los programas de promoción de la lactancia materna exclusiva se centren también en mujeres con las características aquí identificadas.

Incrementar los esfuerzos para limitar las malas prácticas en la alimentación del niño en los primeros seis meses, como el uso de biberón y el abandono temprano, así como fortalecer la intervención del personal de salud en las diferentes etapas relacionadas con la lactancia materna (programas de control prenatal, atención del parto y puerperio, y programa de crecimiento y desarrollo).

Continuar divulgando la necesidad e importancia de la lactancia materna exclusiva a toda la población; comenzando desde las edades tempranas de la vida, fomentándola incluso desde el

círculo infantil a través de los juegos de roles donde participan ambos sexos, recordando la necesidad de sensibilizar también al hombre.

Por último, en aquellos municipios donde no se cuenta con la capacidad técnica como comunicadores sociales con experticia en el sector salud, es necesario buscar la forma de que los profesionales de la salud no sean los encargados de la planeación, diseño y ejecución de las estrategias edu-comunicativas ya que pueden generar conflictos en la población oyente debido a un mensaje transmitido a la población de forma inadecuada que genere más incertidumbre afectando negativamente la promoción de la lactancia materna y sus prácticas adecuadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvins, C., & Arelis, B. (2011). Conocimiento de las madres adolescentes sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva y técnicas para amamantar.

Arce, B. A. (2014). Hemorragia postparto, (609), 79–84.

Avalos, M. (2011). Comportamiento de algunos factores biosociales en la lactancia materna en los menores de un año Behavior of some biosocial factors related to breastfeeding in babies aged less than 1 year, 27(3), 323–331.

Angulo Marcial, Noel. – “Información: una propuesta conceptual”. – En: Ciencias de la información. – Vol. 27, nº 1, dic. 1996. – p. 190-195. [Fecha de Consulta 01 de Diciembre de 2018], Disponible en: <http://www.mdp.edu.ar/humanidades/documentacion/licad/archivos/modulos/inicial/archivos/bibliografia/inicial/MI006.pdf>

Arias Pérez, José Enrique, & Aristizábal Botero, Carlos Andrés. (2011). El dato, la información, el conocimiento y su productividad en empresas del sector público de Medellín. Semestre Económico, 14(28), 95-109. Retrieved December 26, 2018, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-63462011000100007&lng=en&tlng=es.

Becerra Bulla, F., Calderon, L., Silva, D., & Gordillo, L. (2015). El Entorno Familiar Y Social De La Madre Como Factor Que Promueve O Dificulta La Lactancia Materna. Revista de La Facultad de Medicina, 63(2), 217–227. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.44051>

Campero, L., Walker, D., Hernández, B., Espinoza, H., Reynoso, S., & Langer, A. (2006). La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos , México., 48(62).

Comisión Nacional de Género de la Rama Judicial. (n.d.). Mortalidad materna: Otra cara de la violencia contra las mujeres.

Bienestar Familiar. (n.d.). Guías Alimentarias Basadas en Alimentos.

Camargo, A., Latorre, J., & Porras, J. (2011). Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva, (1), 56–72.

Carrascoza, K. C., & Costa, A. (2011). Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment in children assisted by interdisciplinary program on breast feeding promotion Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por

programa interdisciplinar de promoção à amamentação . Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment in children assisted by interdisciplinary program on breast feeding promotion ., (August 2016). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001100019>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2017). El costo de la doble carga de la malnutrición.

Correa, G. (2014). Significado de la experiencia de la lactancia materna exclusiva para la madre en los primeros seis meses de vida de su hijo.

Choque Larrauri, Raúl, Comunicación y Educación Para La Promoción De La Salud, 2005. [Fecha de Consulta 01 de diciembre de 2018], Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>

Cordova Piscoya, Jenny Rocio, Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias. 2003: [Fecha de Consulta 01 de noviembre de 2018], Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Human/cordova_pj/T_completo.PDF

Díaz, C., Cabrera, G., & Mateus, J. C. (2003). Representaciones de la lactancia en un grupo de mujeres de Cali. Colombia Médica, 34(3), 119–123. Retrieved from <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/264>

Dolores, M., Cano, P., García, E. M., González, E., & Navarro, C. (2006). Prevalencia y creencias sobre lactancia materna entr, 18–21.

EcuRed, Enciclopedia cubana; (n.d) [fecha de Consulta 01 de diciembre de 2018], Disponible en: <https://www.ecured.cu/Comunicaci%C3%B3n>

Figueroa, C., & Miriam, G. (2014). La atención integral en el posparto 2014 Documento en revisión.

Flores, D., Bustos, V., González, S., & Sánchez, M.-. (n.d.). Factores relacionados con la duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos Maternal Breastfeeding-related Factors in a Group of Mexican Children, 8(November 2003), 33–39.

Gamboa, Edna.; López, Nahyr.; Prada, Gloria.; Gallo, K. (2008). Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Revista Chilena de Nutrición, 35(1), 1–17. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182008000100006>

Gareis, K. C., Barnett, R. C., & States, U. (2002). Under What Conditions Do Long Work Hours Affect Psychological Distress?, (November). <https://doi.org/10.1177/073088802237560>

Gil, C. N.-. (2013). Prevalencia de lactancia materna exclusiva y causas de abandono en los dos primeros meses de vida , en las Comarcas de La Jacetania y Alto Gállego, 7.

González, T., & Hernández, S. (n.d.). Lactancia materna en México.

González Méndez Iraida y Pileta Romero Berenies. (2002). Lactancia Materna. Rev Cubana Enfermer , 18(1), 15–22.

Gutiérrez de Terán Moreno, G. (2015). Factores Fisiológicos Y Sociales Que Influyen En Éxito De La Lactancia Materna. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2745769.pdf>

Gumucio-Dagron, Alfonso, Cuando el doctor no sabe, comentarios críticos sobre promoción de la salud, comunicación y participación [en línea] 2010, : [Fecha de consulta:20 de Julio de 2018], Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3266164>

Heck, K. (2006). Socioeconomic Status and Breastfeeding Initiation Among California Mothers, 121(February), 51–59.

Helen, J., & Cooper, P. A. (2016). VIH y lactancia, 4062, 29–38. <https://doi.org/10.1159/000106605>

Herrero, L., & Pérez, R. (n.d.). ¿cómo influyen diferentes factores psicosociales en el abandono precoz de la lactancia materna?, 16–20.

Instituto Nacional de Salud. (n.d.-a). Protocolo de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna.

Instituto Nacional de Salud, M. de S. (n.d.-b). Complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo: manejo de la hemorragia posparto.

Instituto Nacional de Salud, M. de S. (n.d.-c). Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. (n.d.) [Fecha de consulta: diciembre 13 de 2018], Disponible en: <http://www.epsnutricion.com.mx/quienes.php>

Instituto Departamental de salud de Nariño, Subdirección de Salud Pública. Lineamientos para la implementación y fortalecimiento de la estrategia IAMI. (2017). [fecha de Consulta 01 de noviembre de 2018], Disponible en: <http://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/salimentaria/2017/INSTITUCIONES%20AMIGAS%20DE%20LA%20MUJER%20Y%20LA%20INFANCIA%20INTEGRAL%20IAMII.pdf>

Karlsson, H., & Sanz, C. (2009). Hemorragia postparto Postpartum haemorrhage, 32, 159–168.

Kronborg, H., & Væth, M. (2009). How Are Effective Breastfeeding Technique and Pacifier Use Related to Breastfeeding Problems and Breastfeeding Duration?, (March), 34–42.

Ledesma, E., León, L., Hernández, A., Martinez, M., & Majendie, R. (2015). Determinant factors of exclusive breastfeeding. “Aleida Fernández ” Polyclinic . 2015.

Londoño, L., & Mejía, M. (2008). Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato Exclusive Breastfeeding Related Factors and Early Introduction of Whole Milk in Low Socioeconomic Status Communities. Calarcá, Colombia, 9(19), 124–137.

López, B., Martínez, L., & Zapata, N. (2013). Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. Revista de La Facultad Nacional de Salud Pública, 31(1), 375–80. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31n1/v31n1a14.pdf>

Martin, S., Hernandez, E., & Ortega, J. G. (2014). La lactancia materna y el sincero motivo de su negación por parte de las madres hidrocálidas, 24(449), 3–6. <https://doi.org/10.15174/au.2014.714>

Martinez Beleño, Carlos Andres; Sosa Gomez, Maria Silvina. (2016). Aportaciones y diferencias entre comunicación en salud, comunicación para el desarrollo y para el cambio social. Revista de Comunicación y Salud. Vol. 6 pp. 69-80.

Mendes, F. C., & Silva, L. (2011). Motivos do desmame precoce : um estudo qualitativo reasons for early weaning : a qualitative motivos para el desmame precoz : un estudio, 259–267.

Mendoza, C., & Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje, (1995), 887–894.

Ministerio de la Protección Social. (n.d.). Atención integrada a las enfermedades prevalente de la infancia.

Ministerio de la Protección Social. (2010). Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020.

Ministerio de la Protección Social. Gobierno presenta Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia (ENSIN) 2015, [fecha de Consulta 01 de noviembre de 2018], Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-presenta-Encuesta-Nacional-de-Situaci%C3%B3n-Nutricional-de-Colombia-ENSIN-2015.aspx>

Ministerio de la Protección Social. (n.d.). Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia – IAMI – Lineamientos. 2011. [fecha de Consulta 01 de noviembre de 2018], Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/lineamientos-ami-2011.pdf>

Ministerio de la Protección Social. Política de Atención Integral en Salud, 2016. [fecha de Consulta 01 de noviembre de 2018], Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social [fecha de Consulta 01 de junio de 2018], Disponible en : <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social; Resolución 518 de 2015, [fecha de Consulta 01 de julio de 2018], Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social: GPC del recién nacido. 2013. [fecha de Consulta 01 de agosto de 2018], Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Prof_Sal_RNSano.pdf

Martinez Beleño, Carlos Andres; Sosa Gomez, Maria Silvina. (2016). Aportaciones y diferencias entre comunicación en salud, comunicación para el desarrollo y para el cambio social. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol. 6 pp. 69-80.

Mosquera Obregón, Mario, *Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias*. 2003: [fecha de Consulta 01 de noviembre de 2018], Disponible en: http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/mosquera_2003.pdf

Muñoz, L. C. (2008). La madre que amamanta y el entorno laboral The breastfeeding mother and the workplace, 9(1), 21–26.

Niño, R., Silva, G., & Atalah, E. (2012). Factores asociados a la lactancia materna exclusiva, (November 2014). <https://doi.org/10.4067/S0370-41062012000200007>

Obando, A., & Angulo, K. (2015). Prevalencia de complicaciones puerperales y factores asociados en mujeres atendidas en el Hospital José Nieborowski de la Ciudad de Boaco durante el 2014.

Organización Mundial de la Salud. (n.d.). Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna.

Organización Mundial de la Salud. (n.d.). Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud.

Organización Mundial de la Salud. (n.d.). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto.

Organización Mundial de la Salud. (n.d.). VIH y Alimentación Infantil.

Organización Mundial de la Salud. (2010). Documentación básica Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de la leche materna, XII, 717–722.

Organización Mundial de la Salud. (n.d.). Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud.

Organización Mundial de la Salud; (n.d). Marco estratégico de la OMS para las comunicaciones efectivas: [Fecha de Consulta 01 de noviembre de 2018], Disponible en: <http://www.who.int/about/what-we-do/strategic-communications-framework/es/>

Organización Panamericana de la Salud; (2005) Obregón, Rafael; Estrategias de Comunicación para la Salud Integral en la Infancia: Guía Metodológica para su Desarrollo. [fecha de Consulta 17 de diciembre de 2018], Disponible en: https://www.paho.org/can/index.php?option=com_docman&view=download&alias=6566-estrategias-de-comunicacion-para-la-salud-integral-en-la-infancia-2005&category_slug=regional-documents&Itemid=308&lang=es

Orozco, W. (2013). DEPRESIÓN POSTPARTO. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXX, (608), 639–647.

Patricia, B., Uribe, M., Ruiz, G. M. De, Castro, M. M., Programas, O. De, Cufino, E., ... Joven, J. (2005). Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia en el Marco de Derechos Manual para su aplicación “Por el interés superior del Niño .”

Pelcastre, B., Villegas, N., León, V., Díaz, A., Ortega, D., & Mejía, J. D. L. Á. (2005). Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México, 39(4), 375–382.

Piñeros, & Camacho. (2004). Factores que inciden en la suspensión de la lactancia materna exclusiva.

Página Web: Consultor Salud, (n.d.) [fecha de Consulta 10 de junio de 2018], Disponible en : <http://www.consultorsalud.com/gestion-de-salud-publica-y-plan-pic>

Quirós, C. C. (2009). Factores Socioeconomicos ,Culturales y Asociados al Sistema de Salud que influyen en el Amamantamiento. *Revista Enfermería Actual En Costa Rica*, (15), 1–8. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2745766.pdf>

Redondo Escalante, Patricia; Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención, Introducción a la Educación para la Salud; 2004. [Fecha de Consulta 01 de diciembre de 2018], Disponible en: <http://alcoholinformate.org.mx/quinta.pdf>

Roig, A. O. 6 meses de vida, & Martínez, A. O. R. M. R. (2010). Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida. *Rev. Latino- Am Enfermagen*, 87. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2711>

Rodríguez Cabrera, Aida; Sanabria Ramos, Giselda; Contreras Palú, Maria Elena; Perdomo Cáceres, Belkis. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba. 2013; 39(1) 161-174.

Rios Hernandez, Ivan, 2011: Comunicación en Salud: Conceptos y Modelos Teóricos [fecha de Consulta 01 de noviembre de 2018], Disponible en: <http://publicacionescienciassociales.ufro.cl/index.php/perspectivas/article/view/111>

Sagar, P. (2011). *Transcultural Nursing Theory and Models: Application in Nursing Education, Practice, and Administration*. Retrieved from http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=sc2-iyGnTaYC&oi=fnd&pg=PR1&dq=Transcultural+Nursing+Theory+and+Models:+Application+in+Nursing+Education,+Practice+and+Administration.&ots=6Nn55VkBiT&sig=oED1jw-GxTMYCr7Rcm4-qlm1n_o

Samano, R., Chico, G., Martinez, T., Fonseca, N., & Alvarez, C. (2018). Barreras y facilitadores para la práctica de lactancia materna exclusiva en un grupo de madres de la Ciudad de México, 68(Lm).

Schiff, M., Algert, C. S., Ampt, A., Sywak, M. S., & Roberts, C. L. (2014). The impact of cosmetic breast implants on breastfeeding: a systematic review and meta-analysis, 9(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-9-17>

Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. (n.d.). Mortalidad materna, 1–12.

Sell, E., & Ávila, M. (1998). Leche Materna, Enfermedades Infecciosas y Antibióticos, 139–141.

UNICEF. (2012). Mitos y realidades de la lactancia materna Sobre las madres. Únete Por La Niñez, 1(2), 1–9.

UNICEF. (2011). Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia – IAMI -.

UNICEF. (2016). From the first hour of life.

Unzueta, A., Guisbert, E., Gamarra, J., Almendras, A., & López, A. (2010). Conocimiento sobre Lactancia Materna en Madres de los Centros de Salud Pacata y Jaihuayco del 2008 al 2009. Rev Cient Cienc Méd, 13(2), 73–76.

Valenzuela, A., Martínez, E., & Sotelo, E. (2011). Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva, 13, 47–56.