

RELACAHUPAN

BOLETÍN AGOSTO 2010

www.relacahupan.com

"RELACAHUPAN, 10 AÑOS DE TRABAJO, DESAFIOS Y LOGROS"

NOTICIAS

RELACAHUPAN: Descuento en la Inscripción al Encuentro de BRASILIA - 25 a 30 de Noviembre 2010, a las personas de la RELACAHUPAN que participen en el Encuentro, les pedimos escriban a sus coordinadoras, para poder enviar las listas a la coordinación del Encuentro. Por alguna duda, no duden en comunicarse.

URUGUAY Encuentro de Parteras. Suely Carvalho Partera tradicional desde 1975 fundadora de la **ONG Cais de Parto** y Co-fundadora de la **ONG Viva Mujer** responsable de la creación de 60 asociaciones de parteras en Brasil y de la red nacional de parteras tradicionales convoca a reunirse a las parteras de Uruguay en relación al parto tradicional. El encuentro tendrá lugar en **JANAJPACHA**; espacio para el crecimiento interior durante los días **11, 12 y 13 de septiembre**. **Palabras de Suely:** "Hemos de reciclar los saberes en la contracultura de práctica obstétrica, haciendo emerger la cultura milenaria en el parto. Debemos honrar a nuestros antepasados parteras, pioneras del parto en esta civilización. Revisaremos las prácticas, la historia y la relación con la sociedad y con los gobiernos, la organización política y social de las parteras. Cómo creamos la red nacional de las parteras tradicionales en Brasil y cómo mantenemos y fortalecemos a este movimiento. Relación con la cultura y la educación. La visión de género estimulando la refundición y acuerdos entre el hombre y la mujer embarazada." La organización de este encuentro se debe a la venida de Suely a Uruguay para asistir un nacimiento. El Encuentro de parteras en un espacio para compartir. **Contactos: organización** - 098 407 451 - gorkareiki@yahoo.com **JANAJPACHA** -098 512 818 - janajpachauruguay@yahoo.es www.janajpacha.org **P.D.:** Para poder hacerse cargo de la vida de otro ser en su llegada a este mundo hay que poder hacerse cargo de la vida de uno mismo y eso implica hacerse cargo de los residuos que generamos.

SEMANA MUNDIAL PARTO RESPETADO 2011

Lema 2011 : "Nacimiento donde quieras, en la forma que quieras, y con quién quieras".

O " Dónde, cómo y con quien parir"

"Birth were you want, the way you want and with whom you want"

El objetivo es crear una contraofensiva a la caza de brujas lanzada en ciertos medios contra las parteras que hacen atención domiciliaria del parto .

Además subraya la importancia de recoger estadísticas a fin de poder sostener mejor las elecciones alternativas. Otra preocupación es la de instaurar leyes a nivel europeo que influyan favorablemente sobre los demás países.

SEMANA MUNDIAL POR LA LACTANCIA MATERNA 1 AL 7 DE AGOSTO: Se realización actividades en muchos países, (desarrollo en el Boletín)

ARGENTINA: Actividad realizada: **5ta. Jornada Interuniversitaria de Lactancia Materna** Martes 3 de agosto de 2010, de 08:30 a 13:00 Aula Magna, Universidad Juan Agustín Maza

Organizaron: Área de Pediatría, Departamento de Pediatría, Gineco-Obstetricia y Salud Pública, FCM, UNCuyo; Unidad Académica HLL, Facultad de Psicología, Uda; Facultad de Ciencias de la Nutrición,

UJAM. Auspiciaron: Dirección Provincial Materno Infantil, Ministerio de Salud, Gobierno de Mendoza
Comité Provincial de Lactancia Materna, Comité de Lactancia Materna, Hospital Lagomaggiore

FUNDACER. PROGRAMA: Conferencia: 'Semana Mundial de la Lactancia Materna,

Mesa redonda: 'Las miradas interdisciplinarias sobre la Lactancia Materna

Conferencia: 'El curso de preparación para el parto y el éxito en la prevalencia de la LM

Información sobre los Bancos de Leche Humana

ECUADOR: **Mobilización Ciudadana por la Lactancia Materna.** El Ministerio de Inclusión Económica y Social **MIES**, a través de su Programa Alimentate Ecuador y el INFA, llevaron adelante el 1º de agosto una **Caminata por la Lactancia Materna** con la consigna **Dale lo mejor de ti, Dale tu Leche - Ese es el Poder de la Mamá**. Salieron desde el Parque de la Mujer y llegaron al Parque la Carolina.

ECUADOR "Parto Humanizado en la Feria de Salud de Pucará - Cuenca

Elbia Martínez, Obstetrix y directora de una casa de partos en el Sur del Ecuador (Provincia de Azuay) Comparte con nosotros noticias acerca del trabajo conjunto que se está realizando en Pucará entre el personal de salud del Ministerio de Salud Pública y las parteras tradicionales. Elbia estuvo presente en esa localidad de Cuenca, al Sur del país, durante en una Feria de Salud, organizada la segunda quincena de julio 2010 por el Ministerio de salud Pública para hablar de los derechos que le asisten a la mujer en el parto y nacimiento.

Un encuentro muy interesante y productivo. Ahí se está atendiendo coordinadamente con la medicina ancestral : La Obstetrix atiende conjuntamente con la partera tradicional y con la compañía que la mujer escoja. Informaciones adicionales : A nivel del Ministerio de Salud Pública ecuatoriano, existe el Departamento de Salud Intercultural que tiene mucha fuerza y presencia a nivel de los programas de salud. En el Azuay , el proyecto piloto existe en Nabòn y Pucara, donde las Obstetrices (matronas, obstetricas, midwife, partera universitaria) lideran los procesos referente a la salud de la mujer en el embarazo y parto. Especificamente en Pucara , fue una actividad programada dentro del cronograma de actividades que realiza el Centro de Salud , en la cual la Feria de Salud , contó con la participación del equipo multidisciplinario de salud, médicos, Obstetrices, enfermeras, nutricionista, salud intercultural. La Obstetrix Marcia Velecela , nos hizo la cordial invitación a participar el 22 de Julio con el tema de Parto Humanizado, con la finalidad de que la comunidad conozca los derechos que le asisten en el parto y nacimiento y de este manera haya mayor afluencia en la atención del embarazo y del parto, como estrategia para contribuir con la disminución de los altos indices de morbimortalidad materno perinatal. Este escenario donde se conjunta la medicina occidental con la ancestral debemos decir que ha iniciado a nivel de estas poblaciones, ya que a nivel urbano la atención continua con el mismo modelo medicalizado, intervencionista, tecnocrático."

Paola Hidalgo

EEUU: La Antropóloga **Robbie Davis-Floyd**, ha traducido sus importantes artículos al español y están accesibles en su sitio de la Internet www.davis-floyd.com.

Estos artículos tienen una perspectiva antropológica del parto y el nacimiento, la partería y la reproducción. Son útiles para practicantes, consumidoras y alumnas. **Éstos incluyen:**

* **La intuición como conocimiento autoritativo en la partería y en los partos en casa**

* **Los rituales del parto hospitalario americano**

* **El aprendizaje de la obstetricia como rito de paso El modelo tecnocrático del parto**

* **Los paradigmas tecnocrático, humanista, holístico del parto ¿Adaptación mutua o hegemonía biomédica?**

* **Perspectivas antropológicas acerca de cuestiones generales en el ámbito de la partería**

* **La partera profesional: Articular identidad y espacio cultural para nuevo tipo de partería-Mexico**

ECUADOR: Priscilla Loor - email: priloor@gmail.com

Compartimos con ustedes una gran alegría, desde hace 10 años trabajo como educadora de parto certificada por ICEA que es una asociación internacional cuya formación es en USA

Desde hace un año junto a Jennifer quien se certificó con CAPPA (otra organización para profesionales de parto y posparto) pedimos ser aceptadas como entrenadoras para el habla hispana y durante la conferencia anual hicieron la presentación de CAPPA ECUADOR con lo cual podremos

preparar educadores para el parto, doulas, y educadoras en lactancia con una certificación internacional, desde nuestra propia realidad. Compartimos con ustedes esta gran alegría y pronto tendremos el material para los entrenamientos traducidos.

La conferencia fue maravillosa el tema fue El Poder de las mujeres, pudimos conocer gente que he admirado por mucho tiempo por su trabajo en parto como Polly Perez, Barbara Harper su libro gentle birth choices ya ha sido mencionado en la red, ella estaría feliz de venir al Ecuador me dijo que ya había estado en quito con una doctora .Si desean pueden acceder a la web www.cappa.net

ARGENTINA - Mendoza Jesica Carreño RELACAHUPAN-Mendoza apoya y difunde las siguientes actividades en el marco de la semana mundial de la lactancia materna del 1 al 7 de agosto al del 2010.-
La lactancia materna el mejor comienzo para nuestros hijos, la importancia del contacto inmediato madre - bebe, presentación de la RED, con sports sobre el nacimiento humanizado. Con material de apoyo a los asistentes, como la **ley 25.929 sobre derechos de padres e hijos en el proceso de nacimiento**.
COORDINACION RELACAHUPAN MENDOZA.

BRASIL O blog do GESTAR - www.ggestar.blogspot.com é um espaço virtual destinado à troca de experiências sobre gravidez, parto, pós-parto, tudo que envolve o feminino, a chegada neste mundo e a nossa existência nele. Este blog também irá divulgar as ações do GESTAR, como a roda de grávid@s, oficinas, vivências, entre outras! Acessem e divulguem! Repassem para suas listas de amigos. Vamos difundir este trabalho. Grata, Danieli Siqueira Doula - C.A.I.S. do Parto Aprendiz de Parteira Tradicional - C.A.I.S. do Parto - Antropóloga - UFPE

CONGRESOS - CURSOS Y CONFERENCIAS

BRASIL

BRASILIA - 26 a 30 de Noviembre 2010

Centro de Convenciones Ulises Guimaraes

III Conferencia Internacional sobre Humanización del Parto y Nacimiento

20° Encuentro de Gestación y Parto Natural Consciente

18° Plenaria de ReHuNa

8° Encuentro Nacional de Doulas

1er Encuentro Internacional de la RELACAHUPAN

OBJETIVOS del 1er Encuentro de la RELACAHUPAN

- * Seguir con la difusión y profundización del conocimiento sobre humanización del parto y nacimiento.
- * Dar visibilidad y facilitar el intercambio de experiencias exitosas de humanización que han ocurrido en estos 10 años de trabajo en RED, Leyes, Normas, Decretos y reducción de cesáreas innecesarias.
- * Sensibilizar a los equipos de salud en garantizar la estructura de servicios humanizados de asistencia en el parto y nacimiento.
- * Facilitar la coordinación en el campo de la humanización del parto y nacimiento a Investigadores, Universidades, Centros de Investigación, Dependencias Públicas, Maternidades y Casas de Parto y Profesionales Autónomos
- * Demandar de forma coordinada desde la RED, aprovechando organismos internacionales (Ej: Mercosur) nuevas políticas públicas de apoyo a la humanización del parto y nacimiento
- * Discutir Nuevos Conceptos y experiencias sobre nacimiento fisiológico en diferentes culturas y sociedades.

www.conferenciarehuna2010.com.br **Por mas información**

ARGENTINA

Curso de Especialización: Preparación Integral para el Embarazo, Parto y Puerperio

Fecha: Jueves 5 al Domingo 8 de Agosto de 2010 de 10 a 19 hs

Cursada de Modalidad Intensiva Temática Curso de formación interdisciplinaria focalizado en los aspectos psico-físicos del embarazo, el parto y el puerperio.

Se estudiará el impacto que estos procesos producen en los aspectos emocionales, corporales y vinculares de la mujer y su pareja.

Clases teórico-prácticas. Pasantías jueves y sábados, donde presenciar clases de trabajo corporal para embarazadas con grupo de reflexión.

El curso capacita en la preparación y el acompañamiento de mujeres embarazadas y sus parejas durante las etapas de embarazo, parto y postparto

Plantel Docente: Las clases serán dictadas por el equipo de Proyectomama, conformado por psicólogas especializadas en maternidad, puericultoras, parteras e instructoras en trabajo corporal para el embarazo y postparto.

Se brindará material teórico de lectura que complementa las clases y certificado de asistencia. Se envía adjunto programa de estudios.

Lugar: Albarelos 2039 1er Piso Dpto 1. Martínez. Prov. de Buenos Aires

Coord inadoras: Lic. Elais Ayling / Lic. Dalia Goldfarb

Preparación Integral para el Embarazo, Parto y Puerperio Jueves 5 al Domingo 8 de Agosto 2010

Programa de Estudios

EMBARAZO Y MATERNIDAD - OBSTETRICIA - TECNICAS CORPORALES

SEXUALIDAD / CUERPO Y EMBARAZO - LA VIDA EMOCIONAL DE LA EMBARAZADA

DINAMICA DE GRUPO / COORDINACION - EMBARAZO / PAREJA / FAMILIA

LACTANCIA Y PUERICULTURA - ETAPA DE POSTPARTO - VINCULO CON EL RECIEN NACIDO

Plantel Docente: Lic. Dalia Goldfarb / Psicóloga especializada en Maternidad y Familia

Lic. M. Elais Pérez Ayling / Psicóloga / Doula

Lic. Gilda Gianera / Instructora en Trabajo Corporal con Embarazadas

Lic. Teresa Dosualdo / Puericultora Lic. Laureana Quarleri / Obstétrica

Para consultas e inscripción: Tel: 4793-1794 / consultas@proyectomama.com.ar

Más información: www.proyectomama.com.ar

ESPAÑA

Seminario Dr. Michel Odent

Valladolid 4-5 Setiembre 2010

Organiza Asociación Castellano - Leonesa de Matronas Hasta el 30 de julio tarifa reducida

[Editorial Obstare www.obstare.com](http://www.obstare.com)

www.lactographies.eu

ESPAÑA

Debido a la gran repercusión en las inscripciones de las Conferencias de Laura Gutman estamos en condiciones de ofrecer un nuevo descuento en las ciudades de Alicante, Madrid, La Coruña y Barcelona hasta el final de la inscripción. Reserva tu plaza con antelación!

Recuerda que **las inscripciones cierran el 15 de Septiembre**

Gira de Conferencias Laura Gutman "Nuestras Infancias Reflejadas"

25 de Septiembre al 2 de Octubre

ALICANTE - Miércoles 25 setiem **MADRID** - Lunes 27 setiem **LA CORUÑA** - Martes 28 setiembre

MALLORCA - Jueves 20 setiembre **MÁLAGA** - Viernes 1 Octubre **BARCELONA** - Sábado 2 octubre

Dirigido a: maestros, profesores, educadores, mediadores, médicos, psicólogos, asistentes sociales, comadronas, enfermeras, dirigentes políticos, pensadores, doulas, madres, padres, parejas gestantes, abuelas, doulas, profesionales relacionados con el mundo de la natalidad, (comadronas, ginecólogos, neonatólogos, pediatras, enfermeras), mujeres que quieran acompañar a otras mujeres y toda persona que desee tener una mayor conciencia y vivir plenamente la llegada de un bebé.

ESPAÑA

JORNADAS CIENTÍFICAS

10º ANIVERSARIO DE "MIGJORN, CASA DE NAIXEMENTS"

23 Y 24 DE OCTUBRE - 2010

TEMÁTICA: DE LOS PARTOS A LA CRIANZA

"NUESTRA RELACIÓN CON LOS NIÑOS, IMAGEN DE NUESTRA RELACIÓN CON LA VIDA"

PROGRAMA: Sábado, 23 de octubre

9.- Encuentros 9,30.- Presentación de las Jornadas

10.- Unidades de Neonatología: Fomentar el vínculo con los recién nacidos más pequeños y más débiles.
Dr. A. Gómez Papi.

11.- Mesa Redonda. ¿Es posible una neonatología amorosa? www.queoosseparen. Idoia Armendáriz, Lucía García.

12,30.- El aprendizaje desde las cualidades humanas fundamentales. Casilda Rodrigáñez.

16.- Mesa Redonda. ¿Tenemos que continuar hablando de los partos?, prácticas invasivas, monitor fetal interno ... Nacer en Casa, Titània, Inma y Mireia, Mudra, Dona Ilum, Doulas, ...

17.- Cuidar la vida desde su inicio. Ramón Maudit, Cristina Aznar, Juliana Vieira.

18,30.- Acogerme para acogerte. Daniel Aparicio.

19,30.- Presentación del libro: "...Palabras sentidas". Entrada libre

Cuando el parto es nuestro y el nacimiento es de nuestros hijos, mujeres, hombres y profesionales ponen palabras a sus vivencias.

Desde la década de los años 80 en que la clase médica internacional, casi por unanimidad, decidió la medicalización del parto, han surgido numerosas aportaciones teóricas que, desde la vertiente científica, energética, emocional o espiritual, han dado soporte a aquellas mujeres, parejas, y profesionales de la salud que sienten la necesidad de vivir fuera del modelo médico mecanicista. Hemos participado y organizado congresos y encuentros internacionales; hemos leído lo que otros científicos y pensadores han aportado, dando cuerpo teórico a lo que nosotras sentíamos y llevábamos a la práctica.

En este libro, "Palabras sentidas", hemos dado y tomado la palabra para que las mujeres, madres, padres y profesionales pudiéramos comunicarnos cual ha sido la vivencia de nuestra opción: tomar la responsabilidad que da poder escoger y decidirnos a vivir aquello que nuestro espíritu, nuestra conciencia y nuestro cuerpo nos pedían.

DOMINGO, 24 DE OCTUBRE 10.- Otra mirada a la infancia. M^a Àngels Claramunt, Rosa Jové, Àngels Torras, Àngeles Hinojosa.

11.- Otra mirada a la crianza. Imma Serrano, Jordi Martínez, Juliana Vieira.

12,30.- Otra visión de la escuela. El Xerrac, El Roure, La casita, ALE, ...

16.- Fiesta para Niños y Mayores. Celebramos el 10º aniversario. Entrada libre El precio de las Jornadas incluye la cena: 100€ si te inscribes antes del 30 de Abril, 120€ antes del 30 de Junio y 140€ después. La cena, sin jornadas: 25 €

CANADA

Canadian Association of Midwives Conference - CALL FOR ABSTRACTS

The Place of Birth 10th Annual Conference & Exhibit 10ième congrès & exposition annuel
October 6-7-8 2010 Edmonton, Alberta

The Canadian Association of Midwives Annual Conference in 2010 will focus on a theme that is inspiring new research, passion and debate in maternity care and research circles in many countries today: The Place of Birth. Invited Canadian and international speakers will bring current findings and expert perspectives on various birth settings, the safety of home birth and the impact of birthplace on maternity care politics, practices and outcomes.

CAM/ACSF invites abstract submissions for oral and poster presentations on this theme and other scientific, philosophical and clinical topics of importance to practicing midwives and maternity care providers, students, educators and health policy makers.

Guidelines for Abstract Submissions

The CAM Program Committee will review and select abstracts of interest for oral presentations and poster displays in English and/or French. Abstracts may be submitted in either language. Simultaneous translation will be provided during the conference if funding is available.

For questions or assistance with abstract content, please contact Patricia McNiven at:

mcnivenp@mcmaster.ca CAM / ACSF #442-6555 chemin de la Côte-des-Neiges Montréal, Québec H3S 2A6 Tel: 514-807-3668 Fax: 514-738-0370 Email: admin@canadianmidwives.org
www.canadianmidwives.org Patricia McNiven RM, MSc, PhD Associate Professor, McMaster University Midwifery Education Program mcnivenp@mcmaster.c

EEUU

Midwifery Today anuncia trascendental conferencia: El Parto Es un Asunto de Derechos Humanos. Estrasburgo, Francia, 29 de septiembre - 3 de octubre, 2010

Toda madre y bebé tienen el derecho a ser tratados con dignidad, reverencia y respeto durante el proceso de parto, incluyendo el periodo prenatal y el posparto.

El embarazo y el parto son experiencias cruciales y trascendentes en la vida de una mujer. Hoy día, la gran mayoría de los partos alrededor del mundo presentan traumas y complicaciones en la madre y bebé que son, en su mayoría, prevenibles. Son prevenibles puesto que muchos de ellos son de origen *iatrogénico*, causados por intervenciones médicas innecesarias y carentes de justificación científica. Realizadas por personal de salud que no entiende o no se le permite facilitar apropiadamente fisiología normal del parto. Millones de madres y bebés, si tan solo fueran tratadas con dignidad y respeto al mismo tiempo que se les brindara un cuidado basado en las evidencias, tendrían mejores comienzos y los desenlaces de estos partos mejorarían de forma drástica.

Las madres y bebés son privados del nacimiento y comienzo más saludable posible debido a malentendidos clínicos fundamentales acerca de verdadera fisiología y psicología normal del parto.

Somos testigos de la constante violación a Los Derechos Humanos de la madre y bebé, a un cuidado digno y óptimo basado en la evidencia. Es necesario aplicar protocolos y prácticas que promuevan un parto óptimo, tal como el publicado en [La Iniciativa Internacional Madre Bebé para el Parto](http://www.imbci.org/ShowPage.asp?id=209) (disponible en www.imbci.org/ShowPage.asp?id=209).

Como un primer paso alentador, en junio de 2009 el Concilio de Derechos Humanos de Naciones Unidas adoptó una resolución que hace época y donde se reconoce a la mortalidad y morbilidad materna como un asunto de derechos humanos. A pesar de esto, los efectos de las prácticas en la mortalidad y morbilidad materna y peri natal permanecen ampliamente subestimados e ignorados.

En la conferencia que organizara este octubre Midwifery Today en Estrasburgo, Francia, sede de la Corte Europea de Derechos Humanos y del Parlamento Europeo), profesionales de todo el mundo examinarán meticulosamente estos asuntos y harán planes encauzados a reemplazar las prácticas del parto existentes y perjudiciales, por cuidados apoyados en la evidencia. Nuestro tema es ``El Parto Es un Asunto de Derechos Humanos.

Comprometámonos hacia un parto óptimo para toda madre y bebé.

Los invitamos a acompañarnos, y si así lo desean, mediante un patrocinio pueden apoyar nuestros continuos esfuerzos para crear cambios y educar al mundo sobre estas violaciones continuas de los derechos humanos. Por favor comparta esta información con sus redes de trabajo, colegas y ayúdenos a difundir este importante movimiento alrededor del mundo.

Para más información sobre este evento, por favor visite nuestro sitio Internet en

www.midwiferytoday.com/conferences/Strasbourg2010/

Para más información sobre este comunicado de prensa, por favor contacte: Jan Tritten,

jan@midwiferytoday.com, Jefe de Redacción, o Kelly Moyer, mgeditor@midwiferytoday.com

FOR IMMEDIATE RELEASE Midwifery Today announces groundbreaking conference:

"Birth Is a Human Rights Issue" Strasbourg, France, 29 September - 3 October, 2010

Every mother and baby has the right to be treated with reverence and respect during the birth process, including pregnancy and beyond.

Pregnancy and birth are the most crucial and powerful passages in a woman's life. Most births around the world lead to preventable traumas for the mother and baby. We call such traumas preventable because many of them are iatrogenic, caused by unnecessary and scientifically unjustifiable interventions performed by hospital staff due to lack of understanding of the normal physiology of birth and how to properly facilitate it. In hundreds of thousands of cases, if the mother, baby and birthing process were treated with respect and evidence-based care, these traumas would never take place, and birth outcomes would be vastly improved.

Fundamental medical misunderstandings of the normal physiology and psychology of birth are causing mothers and babies to miss out on the healthiest possible beginning. Their human rights to respectful and evidence-based care are being violated. We need birth practices that promote optimal birth, such as those put forth in the International Motherbaby Childbirth Initiative (available at www.imbci.org/ShowPage.asp?id=209). As an encouraging first step, in June of 2009 the United Nations Human Rights Council adopted a landmark resolution acknowledging maternal mortality and morbidity as a human rights issue. Yet the effects of practices on maternal and perinatal mortality and morbidity remain widely underestimated and ignored.

At Midwifery Today's upcoming conference in Strasbourg, France, which is the seat of the European Court of Human Rights as well as the European Parliament, we plan to thoroughly examine these issues and to make plans for replacing current, harmful birth practices with supportive, evidence-based care. Our theme is "Birth Is a Human Rights Issue."

Let us commit to an optimal birth for every mother and baby.

We hope to report back to you about this event. Please consider joining or sponsoring us in our continuing efforts to create change and educate the world about these ongoing human rights violations. Please share this information with your network and colleagues, and help us to spread this important movement around the world. For more information about this event, please visit our Web site at www.midwiferytoday.com/conferences/Strasbourg2010/

For more information about this press release, please contact: Editor-in-Chief Jan Tritten at jan@midwiferytoday.com

or Managing Editor Kelly Moyer at mgeditor@midwiferytoday.com

GUATEMALA

**TERCER ENLACE DE LA PARTERIA TRADICIONAL Y LA CIENCIA MEDICA.
ABRIL -2011**

Estaremos comunicando los detalles del lugar exacto en Guatemala, para que todas las Parteras de Centro y Sur América puedan asistir, así es que se van preparando para compartir conocimientos entre parteras. Ya tenemos página web www.alapar.org.mx Mirna Edith Amaya V. Presidenta de ALAPAR

EN COMPARTIENDO

SEMANA MUNDIAL POR LA LACTANCIA MATERNA

ARGENTINA: * Proyecto Escuela de Parteras Comunitarias del Siglo XXI Lema de la Semana Mundial de la Lactancia Materna 2010: "Paso a paso hacia una atención humana del nacimiento y la lactancia". * La lactancia hasta los dos años salvaría 1,5 millones de vidas anuales, dice la OMS

ESPAÑA: Hombres que Apoyan Públicamente el Parto Respetado, La Lactancia Materna y La Crianza Feliz

ESPAÑA: * *Aprendiendo a ser mamíferos de nuevo*

* *Hallan Nuevas Virtudes de la Leche Materna*

* *¿En qué Consiste el Parto? - Consuelo Ruiz Vélez-Frías- Matrona*

COLOMBIA: ASOPARUPA Asociación de Parteras, ha reducido a cero la mortalidad materna en su región.

PUERTO RICO: *Nuevas Guías para el Parto Vaginal Después de una Cesárea*

EEUU: *Nuevas Guías para el Parto Vaginal después de una Cesárea*

NORUEGA *El Mejor Lugar Para Ser Madre*

COMPARTIENDO

SEMANA MUNDIAL POR LA LACTANCIA MATERNA

ARGENTINA

Proyecto Escuela de Parteras Comunitarias del Siglo XXI Lema de la Semana Mundial de la Lactancia Materna 2010: "Paso a paso hacia una atención humana del nacimiento y la lactancia".

El objetivo es impulsar las buenas prácticas que se sabe mejoran la posibilidad de lograr una lactancia adecuada de las madres que desean amamantar.

El núcleo del mensaje en el 2010 son "Los 10 pasos para la lactancia materna exitosa" que son la base de la iniciativa Hospitales amigos de los Niños, conocida ahora como la...

Iniciativa para la humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia

10 PASOS EN HOSPITALES

Disponer una política por escrito relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro. Capacitar a todo el personal para llevar a cabo esa política.

Informar a las embarazadas de los beneficios de la LM y cómo realizarla.

Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto.

Mostrar a la madre cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactación incluso si se ha de separar del niño.

No dar a los recién nacidos más que la leche materna.

Facilitar la cohabitación de la madre y el hijo 24 horas al día.

Fomentar la lactancia a demanda.

No dar a los niños alimentados a pecho chupetes.

Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la LM y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos.

7 PASOS EN CENTROS DE SALUD

Disponer una política por escrito relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro. Capacitar a todo el personal para llevar a cabo esa política.

Informar a las embarazadas y a sus familias sobre el amamantamiento y como llevarlo a cabo.

Ayudar a las madres al inicio de la lactancia y asegurarse de que son atendidas en las primeras 72 h. tras el alta hospitalaria.

Ofrecer apoyo a la madre que amamanta para mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, y a continuarla junto con la alimentación complementaria posteriormente.

Proporcionar una atmósfera receptiva y de acogida a las madres y familias de los lactantes.

Fomentar la colaboración entre los profesionales de la salud y la Comunidad a través de los talleres de lactancia y grupos de apoyo locales.

Además, y como requisito de obligado cumplimiento, los Centros sanitarios deben acatar el Código de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna y no deben obtener muestras o donaciones de leche gratuitas o a bajo precio.

La lactancia hasta los dos años salvaría 1,5 millones de vidas anuales, dice la OMS

Ginebra, 30 jul (EFE).- La prolongación de la lactancia de forma intermitente hasta que los niños cumplan dos años salvaría cerca de 1,5 millones de vidas anualmente, informó hoy la Organización Mundial de la Salud (OMS). La lactancia hasta los dos años salvaría 1,5 millones de vidas anuales, dice la OMS Ampliar fotografía

"Actualmente, alrededor del 35 por ciento de los niños en el mundo reciben únicamente manutención de leche materna durante sus 6 primeros meses de vida", dijo en Ginebra la directora de Sanidad Infantil y Adolescente de la OMS, Elisabeth Mason.

"Pero se salvarían 1,5 millones de vidas adicionales de menores de 5 años en el caso de que todos los bebés recibieran sólo leche materna en sus seis primeros meses tras el parto, y de forma intermitente hasta que cumplieran dos años", explicó.

En un comunicado, la organización ensalzó la leche materna como "el alimento ideal para recién nacidos y niños".

"Es segura, proporciona a los niños los nutrientes que necesitan para su desarrollo saludable y contiene anticuerpos que protegen a los pequeños de las enfermedades típicas de la infancia", añadió.

Remarcó, además, que en varios países aumenta la cuota de niños amamantados exclusivamente de leche materna en sus seis primeros meses de vida, pero informó de que se necesita ampliar este porcentaje para mejorar la nutrición infantil.

"Por razones diversas, entre las que está la falta de consejos en esta materia, sigue habiendo demasiadas madres que dejan la lactancia a las pocas semanas de dar a luz", lamentó la OMS.

Por ello, esta organización y UNICEF han elaborado un programa de diez pasos para una exitosa manutención materna, lanzado con ocasión de la celebración en más de 170 países de la Semana Mundial de la Lactancia entre el 1 y 7 de agosto.

Entre estos consejos se incita, por ejemplo, a que los médicos aconsejen a las madres dar leche materna tan sólo media hora después del parto y a que les enseñen cómo continuar con la lactancia aunque deban separarse de su bebé.

Además, recomendó que los recién nacidos no reciban otro alimento o bebida distinto a la leche materna, salvo en caso de que se indique lo contrario.

También, aconsejó el establecimiento de un patrón escrito de lactancia, cuyo grado de cumplimiento debe comunicarse periódicamente a los médicos.

"La malnutrición es responsable de un tercio de las 8,8 millones de muertes anuales entre menores de cinco años", sentenció la OMS al respecto.

Sonia Cavia www.muwersabia.com.ar www.relacahupan.com www.escueladeparteras.com.ar
Proyecto Escuela de Parteras Comunitarias del Siglo XXI

ESPAÑA - El PAÍS

APRENDIENDO A SER MAMÍFEROS DE NUEVO

Pocas mujeres dan a sus bebés el pecho pese a las políticas públicas de fomento de la lactancia materna - Pesan la cultura del biberón y la falta de formación y apoyo de los profesionales

Cecilia Jan 04/08/2010

Vota Resultado 487 votos Comentarios - 351 Una de las experiencias más agobiantes para una madre primeriza es intentar que el bebé llorón y hambriento que acaba de revolucionar su mundo se enganche al pezón, dolorido por las grietas, mientras su suegra repite: "Dale un biberón, se crían igual de bien". Y es que cualquier conversación de madres, un vistazo a los foros de Internet, o la cantidad de artilugios inventados para facilitar la lactancia materna parecen indicar que somos unos extraños mamíferos que ya no sabemos alimentar a nuestros bebés, y que nos extinguiríamos si no existieran los biberones.

Falsos mitos sobre la lactancia materna, Los riesgos del biberón

Carlos González Pediatra y autor de 'Un regalo para toda la vida. Guía de la lactancia materna'.

La OMS aconseja lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, Solo se sigue esta recomendación con el 36% de los niños españoles. La industria ha logrado que se vea la leche de fórmula como la más norma

Las madres no han podido aprender de otras mujeres cómo se amamanta

¿Por qué algo en teoría natural resulta tan difícil hoy en día, hasta el punto de que muchas madres deciden no dar a sus bebés leche materna, pese a sus incontables beneficios, tanto para la salud como para la vinculación afectiva? La Organización Mundial de la Salud (OMS), Unicef y la Asociación Española de Pediatría (AEP) recomiendan amamantar de forma exclusiva (sin agua, zumos, infusiones, ni leche artificial) hasta los seis meses de vida, y seguir con la lactancia, junto con otros alimentos, hasta los dos años o más.

Pero la realidad es muy distinta: aunque **a la salida del hospital, la mayoría de las madres (80%) dan el pecho, a los tres meses solo el 52,5% de los niños toman leche materna en exclusiva, y a los seis, el 36%**, según los datos que dio el lunes, comienzo de la semana mundial por la lactancia, la AEP. Una mezcla de falta de formación y de apoyo coordinado de los profesionales, junto con la información insuficiente de la futura madre, sometida a un bombardeo de falsos mitos y presiones familiares y sociales, dificultan que se cumplan las recomendaciones sanitarias y los deseos de muchas mujeres de prolongar la lactancia. Subyace la pérdida de referentes culturales, tras décadas en las que no hemos podido aprender a amamantar observando a otras mujeres pues el biberón se ha convertido en la norma, en gran parte por la mercadotecnia agresiva de los fabricantes, que han logrado que se vea como positivo alimentar a los bebés con leche de otra especie -la vaca- en la que hay que eliminar y añadir componentes para imitar a la leche materna. Si se suman las raquíticas políticas para compaginar lactancia y trabajo, como la baja maternal de 16 semanas, el resultado es obvio.

La vivencia de Mónica Cuello, de 31 años, es un ejemplo de esta conjunción de factores. No pensaba amamantar -"mi madre no pudo", dice, algo de lo que están convencidas muchas mujeres que dieron a luz en la segunda mitad del siglo XX-, pero tras las clases de preparación al parto, decidió hacerlo. "El problema es que te dicen que es importante dar el pecho, pero no cómo ni qué esperar", opina esta mujer trabajadora. "No me informé más pues creía que era algo natural".

Cuando nació Alejandro, hace 15 meses, se dio de bruces con la realidad. "El primer día ni me preguntaron cómo me iba. Sólo me dijeron que me lo pusiera 10 minutos a cada pecho cada tres horas". Cuello pensaba que mamaba bien, pero al día siguiente había perdido el 7% de peso, y le dieron un biberón de leche de fórmula. Cuando al fin una matrona le ayudó a colocarse al niño al pecho, le dolió mucho. "Me dijo que tenía que doler". Esta madre abandonó la lactancia antes de salir del hospital. "Del dolor tan fuerte me deprimía y no me permitía estar bien con el bebé".

"El mayor error es que las madres lleguen pensando que dar el pecho es fácil", opina Jesús Martín-Calama, coordinador nacional de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. Lanzada por la OMS y Unicef, acredita a los hospitales que cumplen una docena de pasos con el sello IHAN, que en muchos países se identifica con una atención de calidad. "En el 50% de los casos, hay problemas", dice Martín-Calama. "Los bebés se tienen que adaptar al pecho de su madre, y para eso, necesitan paz, tranquilidad, tiempo para ponerse en contacto y acoplarse", explica. "Que quede claro que los primeros 10 días no es fácil, no es lo bonito que vendrá luego. Pero como no ayudes a la madre esos primeros 10 días, se quedará sin vivir esa experiencia".

Para Martín-Calama, "lo que distorsiona todo es la gran facilidad para solucionar cualquier problema con un biberón, lo que no sucede en la naturaleza. Al mínimo contratiempo, se tira la toalla", afirma. "El mundo sanitario sigue sin confiar en que la madre produzca suficiente leche, lo que hace que muchas abandonen en los primeros meses", critica Gema Cárcamo, presidenta de Multilacta, una asociación madrileña de apoyo a la lactancia.

"Ni para ser médico ni pediatra me enseñaron nada sobre lactancia", dice Carlos González, autor de Un regalo para toda la vida. Guía de la lactancia materna. "Ahora sí se hace, pero los médicos que llevan más años necesitan un reciclaje". Es un problema común en los países desarrollados. "Con demasiada frecuencia, cuando hay dificultades, los profesionales de la salud suplementan con biberones, por falta de las destrezas o la experiencia necesarias", dice Bernadette Daelmans, médica del equipo de salud y desarrollo de recién nacidos y niños de la OMS.

Josefa Aguayo, miembro del comité de lactancia materna de la AEP y jefa de sección de Neonatología del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla va más allá: "Hay muchas interferencias. Empieza desde la medicalización del parto, lo que se ha extrapolado a la lactancia y la crianza", opina. "Aún hace falta mucha formación", afirma Aguayo, para la que es fundamental que los profesionales, desde atención primaria, transmitan un "único mensaje" a la mujer. Coincide Concepción Martínez, vicepresidenta de la Federación de Asociaciones de Matronas de España, quien añade: "Se ha perdido el instinto. Un recién nacido, si lo dejas sobre su madre, piel con piel, a los 70 minutos como máximo empieza a mamar".

La experiencia de Cuello también muestra una situación frecuente, tanto en centros públicos como privados: la contradicción de que una política oficial de apoyo a la lactancia materna, en la práctica, choca con rutinas anticuadas, falta de formación o un simple comentario de un profesional, que dicho en un momento de máxima sensibilidad y agobio, puede acabar con el deseo de amamantar de la mujer.

Aunque el hospital de Cuello siguió la recomendación de poner al recién nacido sobre la madre, llevó a cabo prácticas desaconsejadas: fijar duración y tiempo a la toma, dar leche artificial sin haber intentado que la madre se extrajera leche, y hacerlo en biberón en vez de con jeringuilla (para evitar que el bebé confunda el modo de succionar la tetina con el del pezón, totalmente distintos). Y por último, dejar que la mujer se fuera con la convicción de que dar el pecho es doloroso, cuando con solo corregir la postura podría haber dejado de serlo.

"Desde 2008, sabiendo que las cosas no se hacían bien, empezamos un proyecto de fomento de la lactancia materna", explica la doctora Begoña Arias, responsable de este programa en los hospitales de Sanitas, entre ellos el de La Moraleja, donde dio a luz Cuello. Arias reconoce que, por desgracia, "estas cosas puntuales seguirán pasando", aunque se trabaja para evitarlo: han dado charlas de formación a todo el personal, están cambiando protocolos de actuación, y han creado una consulta externa de lactancia para las madres una vez recibida el alta.

"Es muy difícil lograr el cambio de mentalidad de todos los profesionales de un centro", confirma Martín-Calama. En España, sólo hay 15 hospitales acreditados por la IHAN, y otros dos están en proceso muy avanzado. Son menos del 10% del total, frente al 90% en países como Suecia o Noruega.

"Hay que poner a todo un hospital, incluidos auxiliares o celadores, a trabajar para una causa", explica.

El 12 de Octubre (Madrid) está a punto de lograr la acreditación, algo meritorio, según Martín-Calama, dado el tamaño del centro, con 7.000 trabajadores. Es el primer hospital español con un banco de leche materna, y sigue prácticas como limpiar al recién nacido o valorar su salud encima de la madre, incluso tras una cesárea si su estado lo permite. **Las vacunas o el peso se posponen dos horas, y se intenta que madre y niño se separen lo mínimo.** Un profesional observa la primera toma para prevenir problemas. Este centro cuenta con una consultora certificada en lactancia materna, Juana María Aguilar. Una de sus labores es impartir talleres a las madres ingresadas. En camisón, y la mayoría con el bebé de pocos días en brazos, las mujeres, algunas muy jóvenes, muchas inmigrantes, desgranaban sus dudas. "Las clásicas son: 'No tengo leche', '¿Le alimentará lo suficiente?' y '¿Se queda con hambre?'", resume Aguilar. Durante la charla, muy participativa, esta enfermera intenta reforzar la confianza de las madres.

"El pilar fundamental es que la mujer desee lactar. Cuantas más armas le ofrezcamos para que informe a la familia y a la pareja, mejor", afirma. Armas necesarias para vencer la presión de madres y suegras de las parturientas. "Pues yo te crié con biberón y mira qué bien estás". O "¿Por qué pide tanto? Se ha quedado con hambre", son dos clásicos que alimentan las inseguridades maternas.

Una vez la madre consigue lo más difícil, instaurar la lactancia, las presiones, incluso de los propios pediatras, continúan con comentarios como "ya es muy grande para tomar el pecho" o "lo estás malcriando". "A menudo, familiares y amigas de la madre saben muy poco de lactancia, o han tenido experiencias negativas y no la pueden ayudar. De hecho, puede oír todo tipo de comentarios destructivos de gente ignorante que no entiende el proceso de la lactancia", afirma por correo electrónico Christiane Rudert, experta en nutrición de Unicef.

Por suerte, el panorama, poco a poco, está cambiando. "Hace 20 años, era rarísimo que alguien diera el pecho más de seis meses", asegura Carlos González, quien reivindica el amamantamiento, más allá de los beneficios para la salud, como "un derecho, una experiencia vital" muy importante para muchas mujeres. "Mejorará a medida que salgan nuevas generaciones de médicos con formación en lactancia materna, y

se vean más mujeres dando el pecho. Es un círculo virtuoso".

FALSOS MITOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA Los expertos consultados responden:

- **No tendré suficiente leche.** Muy pocas mujeres no producen leche. Tener más depende de que el bebé mame muchas veces y de forma eficaz, vaciando el pecho. Para que el pecho adapte su producción a la necesidad del niño, hay que darle cada vez que pida, no "cada tres horas 10 minutos de cada pecho".
- **Se queda con hambre.** Al dar el pecho, nunca sabemos cuánto toma el bebé. Por eso hay que darle según pida y dejar que llegue a la leche del final, más grasa. Hay épocas en que mama con más frecuencia (brotes de crecimiento), para aumentar la producción.
- **El calostro no es bueno.** La primera leche, muy concentrada, tiene muchas proteínas y defensas. Se produce poca porque el estómago del recién nacido es muy pequeño, como una canica.
- **Dar de mamar duele.** En situaciones normales, no duele. El dolor es síntoma de problemas, como las grietas, que son fruto de una mala postura al mamar, y desaparecen al corregirla.
- **Mi bebé crece menos que los que toman biberón.** Hasta hace poco, las curvas de crecimiento se basaban en niños alimentados con leche artificial, lo que podía llevar a recomendar una obesidad prematura. La OMS ha publicado nuevas tablas, con los niños amamantados como referencia de crecimiento saludable.
- **Toma el pecho por vicio, lo malcriaré.** La OMS recomienda amamantar como mínimo hasta los dos años. El pecho no solo es alimento, también consuelo, por eso los chupetes imitan al pezón.
- **No puedo dar el pecho porque tomo medicamentos.** Muy pocos tienen efectos sobre la leche materna. Consulte si es compatible.

LOS RIESGOS DEL BIBERÓN Si hubiera una vacuna que redujera el riesgo de meningitis bacteriana, diarrea, otitis, infecciones respiratorias, diabetes, linfoma, leucemia, obesidad, asma y síndrome de muerte súbita del lactante, ¿se la pondría a su hijo? ¿Y si además protegiera a la madre de la osteoporosis, el cáncer de mama y de ovarios y la ayudara a perder peso? Esa vacuna existe, pero pocos niños y mujeres se benefician de ella, y menos de la forma óptima recomendada por las organizaciones médicas. Es la leche materna.

"Las ventajas son tantas que más bien hay que hablar de los inconvenientes de los sucedáneos de la lactancia materna. Es como con el tabaco: hay que proteger de la lactancia artificial, no demostrar las ventajas de la lactancia materna", afirma Josefa Aguayo, del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Aunque la creencia popular es que las leches de fórmula son casi tan buenas como la materna, los expertos alertan de sus riesgos: "Hay más alergias, riesgo de desarrollar procesos infecciosos, obesidad...", cita Aguayo.

Según la OMS, la prolongación de la lactancia hasta los seis meses en exclusiva y hasta los dos años de forma complementaria salvaría cerca de 1,5 millones de vidas anualmente. Incluso en sociedades industrializadas, la leche artificial se asocia a mayor riesgo de enfermedad y muerte: "Un estudio muestra que se podrían salvar 9.000 vidas al año en EE UU mediante el amamantamiento exclusivo y prolongado" por la reducción del riesgo de muerte súbita, dice Christiane Rudert, de Unicef.

El fomento de la lactancia es "una prioridad", dice Concepción Colomer, directora del Observatorio de Salud de las Mujeres, del Ministerio de Sanidad. "Aquí no hay controversia, está demostrado que es lo más conveniente". Por eso la estrategia de salud sexual y reproductiva que preparan Gobierno, comunidades autónomas y asociaciones científicas incluye un apartado sobre el tema. Uno de los puntos del texto, al que ha tenido acceso EL PAÍS, es "aplicar el código de comercialización de sucedáneos de leche materna" para "proteger la lactancia materna de prácticas publicitarias engañosas que inducen al abandono de la misma". El marketing de los fabricantes fue uno de los factores que hicieron que en el siglo XX la lactancia materna casi desapareciera en los países desarrollados. El código, aprobado en 1981 por la OMS, prohíbe anunciar leche artificial o dar muestras. Pero en España y en el resto de la UE sólo se aplica parcialmente.

¿Y si la madre no quiere dar el pecho o no lo consigue? "Lo importante es que la decisión sea informada. No hay que presionar a la mujer", dice Aguayo. "Prefiero una madre que dé el biberón con cariño a una que amamanta con mala leche", opina Gema Cárcamo, de la asociación Multilacta. Carlos González tiene otra visión: "La lactancia es una parte muy importante del ciclo de vida de la mujer. Por desgracia, la sociedad no comprende que, si no lo logra, es normal que le dé pena o rabia".

HOMBRES QUE APOYAN PÚBLICAMENTE EL PARTO RESPETADO, LA LACTANCIA MATERNA Y LA CRIANZA FELIZ

Ileana Medina Hernández

El mundo de la "crianza con apego" (o de la crianza en general) parece que se desarrolla principalmente en femenino. Internet está lleno de foros de madres, y redes de madres blogueras, enfrascadas en defender la idea de que ha sido necesario y maravilloso que las mujeres nos incorporemos al espacio público y al mundo laboral, pero que el siguiente paso tiene que ser que la sociedad en su conjunto apoye la crianza, estimule la lactancia materna prolongada, prolongue las bajas maternales remuneradas, invierta recursos en que los niños puedan estar más tiempo con sus familias.

Muchos de los autores que inspiran, comparten y difunden estas ideas han sido y son mujeres: Laura Gutman, Rosa Jové, Isabel Fernández del Castillo, Jean Liedloff, Clarissa Pinkola, Jean Shinoda Bolen, Alice Miller, Rebeca Wild, Isabel Aler, Yolanda González, Violeta Alcocer, Lourdes Fernández Montoya... Intelectuales y madres que demuestran que una cosa no está reñida con la otra, pero que no solo tenemos que luchar por que la maternidad no entorpezca el desarrollo laboral, sino sobre todo por que el trabajo no obstaculice la maternidad y la crianza feliz de nuestros hijos.

Sin embargo, hoy quiero hacer un recorrido por algunos de esos hombres, desde los más importantes científicos o intelectuales, hasta sencillamente padres sensibles y comprometidos, que levantan públicamente su lanza en defensa de otra forma de nacimiento, de otra forma de crianza y de la importancia del afecto familiar en la educación de nuestros hijos.

Michel Odent (Obstetra francés). El gran revolucionador de la forma de nacer en Europa, introduciendo por primera vez una piscina en una sala de partos de un hospital. Autor de numerosos libros, es sin duda, el mayor inspirador de toda la corriente que apuesta por el parto respetado. Creador del Centro de Salud Primal en Londres. Suya es la frase "Para cambiar el mundo, antes hay que cambiar la forma de nacer".

Os dejamos con un fragmento de su artículo **¿Es la promoción de la lactancia tan inútil como la promoción del amor?:**

"¿CÓMO SE PUEDE DESARROLLAR LA CAPACIDAD DE AMAMANTAR?"

Esta cuestión tan sencilla, básica y necesaria es, paradójicamente nueva. Mientras tratemos de ignorarla, la promoción del amamantamiento seguirá siendo ineficaz. Hoy en día estamos en condiciones de explicar que la lactancia materna empieza antes de que nazca el bebé. Hasta hace poco el hecho de que el organismo materno prepara la secreción láctea antes del nacimiento del bebé estaba en el dominio de los conocimientos intuitivos. Hoy en día los fisiólogos están en condiciones de explicar como las hormonas segregadas por la madre y el bebé durante el trabajo de parto y el nacimiento juegan un papel en el inicio de la lactancia.

Ejemplos para explicar fácilmente las conexiones entre la fisiología y la lactación en el parto: En 1979 se supo que los niveles de beta-endorfinas aumentan durante el parto (6,7). Asimismo sabíamos desde 1977, que las beta-endorfinas estimulan la secreción de prolactina. **Esto hace posible interpretar una cadena de eventos: el dolor fisiológico del parto — sistema de protección ante el dolor — y la secreción de la hormona clave en la lactancia.**

Unos estudios suecos, publicados en 1996, demostraron que dos días después del parto, cuando el bebé está mamando, la mujer que ha tenido un parto vaginal segrega oxitocina en pulsaciones (que es cuando la secreción es efectiva), comparado con las mujeres que han tenido un parto por cesárea de emergencia. Además existe una correlación entre la manera en que la oxitocina es segregada dos días después del parto y la duración de la lactancia materna exclusiva.

El mismo equipo sueco, encontró que las mujeres con cesárea carecían de incrementos significativos de los niveles de prolactina a los 20-30 minutos del inicio de la toma.

Un equipo italiano demostró que **la cantidad de beta-endorfinas en leche calostroal de madres con parto vaginal es significativamente más elevada que los niveles en el calostro de madres que han**

dado a luz mediante cesárea. Es probable que uno de los efectos de los opiáceos contenidos en la leche cree una especie de adicción a la leche materna.

Se puede anticipar que cuanto mayor es la adicción del recién nacido al pecho materno, más larga y fácil es la lactancia materna.

En general es fácil explicar que al principio, **cuando el recién nacido está capacitado para encontrar el pecho, la conducta de la madre y el bebé está bajo la influencia de numerosas hormonas segregadas durante el parto.** Estas distintas hormonas segregadas por la madre durante el proceso del nacimiento permanecen presentes durante la hora que sigue al parto, y todas ellas juegan un papel específico en la interacción entre la madre y el bebé así como en el inicio de la lactancia.

Asimismo existen otros factores que participan en el desarrollo de la capacidad de amamantar. De todas maneras es necesario concentrar la atención en el proceso fisiológico que es rutinariamente perturbado por el medio cultural. Tales consideraciones tienen una especial relevancia en la época de las cesáreas electivas a demanda y en la época en que tenemos a nuestra disposición múltiples y poderosas maneras de perturbar el proceso fisiológico del período que rodea al nacimiento.

Como las preguntas fundamentales no se toman en cuenta, las campañas de salud pública no son positivas en lo que concierne a la relación de costo-beneficio.

Ninguna de estas campañas de salud pública toma en consideración la total casi cultural incompreensión de la fisiología del nacimiento que conduce a tasas elevadas de intervenciones obstétricas y al uso generalizado de sustitutos farmacológicos de las hormonas naturales. La actual prioridad debería ser redescubrir las necesidades básicas de las mujeres durante el parto. **BRASIL** es un lugar ideal para medir el vacío entre la teoría y la práctica, ya que se caracteriza por haberse disparado la tasa de cesáreas y la promoción institucional de la lactancia. Almeida y Couto dirigieron un interesante estudio sobre lactancia entre mujeres profesionales de la salud cuya misión era recomendar la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses. Cuando estas expertas en lactancia tuvieron sus propios hijos la media de duración de la lactancia exclusiva fue solo de 98 días!! Todas estas mujeres tenían garantizado un permiso maternal de 120 días. Se menciona un "detalle" en el informe de este estudio: entre las profesionales de salud de nivel universitario, un 85.7% tuvo parto por cesárea, comparado con el 66.7% entre los profesionales de salud de nivel técnico. Un estudio longitudinal sobre las prácticas en destete en el noreste de Brasil (donde el 99% de las mujeres amamantan cuando dejan el hospital) reveló que la media de edad para empezar con "otra" leche era de 24 días y que la duración media de la lactancia materna entre las madres que empezaron a ofrecer "otra" leche dentro del primer mes (la mayoría) era de 65 días. Es interesante que en este artículo no se mencione el índice de cesáreas.

CHINA también se caracteriza por la elevada tasa de cesáreas y por un intensivo programa nacional de promoción de la lactancia materna. Es difícil obtener datos estadísticos precisos en China. Sin embargo durante el viaje que realicé en 2002, me enteré de palabra de que muchas mujeres tenían dificultades para amamantar. Lo confirma la declaración pública "Save the Children" provincia de Kunming, según la cual hay una creciente demanda de sustancias para estimular la secreción láctea (www.ibfan.org)

En **USA**, la incidencia de lactancia materna exclusiva durante los tres primeros meses está generalmente por debajo del 30%. En el **REINO UNIDO**, donde la población está comparativamente mejor informada y concienciada en términos de salud, la incidencia de la lactancia materna a los seis meses es de un 20%. En lo referente a lactancia materna, existe un gran contraste entre los países **ESCANDINAVOS** y **JAPÓN** por un lado y el resto del mundo por el otro. En **NORUEGA Y SUECIA**, por ejemplo, la tasa de lactancia materna a los seis meses está alrededor del 50%. En este grupo de países, la intervención obstétrica todavía permanece bajo control. La situación en **HOLANDA** es especial. Parece que las mujeres holandesas en general no encuentran dificultades cuando amamantan, pero Holanda es un país con una larga tradición de alimentación con biberón, lo cual explica la comparativamente baja incidencia de lactancia materna en un país donde muchas mujeres dan a luz en casa. De todas maneras la incidencia de lactancia materna a los seis meses está alrededor del 25% comparada con el 15% a los tres meses en Francia.

Síntesis de la actual situación internacional la proporciona el Banco Global de Datos de la OMS sobre temas de lactancia. Contiene datos de 94 países y un 65% de la población infantil mundial. **Datos (abril 2003), 35% los niños eran alimentados exclusivamente con leche materna entre 0 a 4 meses.**

Hoy la prioridad no es repetir constantemente que "El pecho es lo Mejor" , sino cómo se desarrolla la capacidad de amamantar. Redescubrir las necesidades básicas de la mujer en el parto y tener claro que "la lactancia empieza antes del nacimiento del bebé".

ESPAÑA

HALLAN NUEVAS VIRTUDES DE LA LECHE MATERNA

Una sustancia presente en ella previene la obesidad en la edad adulta y la causa es una proteína de la leche materna llamada leptina, según las últimas investigaciones

MADRID (Diario El País).- La lactancia protege contra la obesidad en la edad adulta, y la causa es una proteína de la leche materna llamada leptina, según ha determinado el laboratorio de Andreu Palou, de la Universidad de las Islas Baleares.

El descubrimiento es en sí mismo un argumento a favor de amamantar, pero también plantea la conveniencia de añadir leptina a los potitos y leches maternizadas. Este mercado potencial de 15.000 millones de euros en Europa depende, sin embargo, de un ensayo clínico con bebés que aún está en el aire.

El grupo de Palou descubrió hace tres años que la leptina es el componente de la leche materna responsable de los efectos beneficiosos de la lactancia natural. Si se toma leptina al mamar el organismo del bebé queda programado para protegerse de la obesidad y sus efectos patológicos en la vida adulta.

Los estudios se iniciaron en ratones y su validez se ha podido extrapolar a los humanos, aunque por un criterio indirecto: las mujeres difieren mucho en el contenido natural de leptina en su leche materna, y esas diferencias correlacionan con el riesgo de obesidad en sus hijos.

Este hecho no solo indica que los resultados son válidos en humanos, también sugiere que, aun cuando las madres opten por amamantar a sus hijos, puede convenir suplementar esa dieta con preparados de leptina en algunas mujeres en donde sea más escasa.

Pero nada de esto ocurrirá mientras los efectos de la leptina no se comprueben en un ensayo clínico con bebés que reciban los varios tipos de alimentación relevantes: natural y artificial, con y sin leptina. "El seguimiento de los bebés para ver los efectos llevará unos cuatro años. A esa edad ya se pueden detectar los primeros signos de la obesidad y sus consecuencias", afirma Palou

Pero ese ensayo está aún por organizar. Mientras llega, Palou, que también es vicepresidente del panel científico de nutrición de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA), insiste en que lo recomendable es la lactancia materna, y probablemente lo seguirá siendo en el futuro aunque se pueda suplementar con leptina en las madres que tengan poca.

Pésima fama. La leptina tiene una pésima fama, y precisamente en el campo de la nutrición y la obesidad. La proteína, que se conoce desde 1994, constituye el más célebre fiasco en la farmacología del sobrepeso. Se pensaba que la leptina era producida solo por el tejido adiposo, y que su principal función era comunicar al cerebro que ya había bastantes reservas de grasa corporal, y que por tanto redujera el apetito. Los ensayos clínicos mostraron, sin embargo, que la administración de leptina a voluntarios obesos no sirvió para que adelgazaran.

Pero Palou observó que el estómago humano produce leptina, y que la proteína también estaba presente en la leche materna. Lo más chocante era que, mientras que las proteínas ingeridas suelen destruirse en la digestión, la leptina podía absorberse intacta por el estómago del bebé. El estómago está conectado mediante nervios y sistemas hormonales con los centros cerebrales que controlan el peso corporal, así que Palou decidió explorar la cuestión a fondo.

El grupo mallorquín demostró en animales de experimentación que la leptina sí puede ser un valioso recurso médico contra la obesidad, pero no de la forma en que se creía. Su ingesta con la leche materna no tiene un efecto directo sobre los centros cerebrales del apetito y el peso corporal: lo que hace es reprogramarlos para la vida adulta.

"Para probar la hipótesis, hicimos estudios en ratas durante la lactancia complementada con dosis fisiológicas de leptina, es decir, dosis similares a las encontradas en la leche materna, administrada

oralmente, y evaluamos los efectos a largo plazo sobre el peso corporal y otros parámetros. Los resultados mostraron que las ratas que fueron tratadas por vía oral con cantidades fisiológicas de leptina durante la lactancia eran más resistentes como adultos al incremento de peso corporal relacionado con la edad", explica Palou.

"También eran más resistentes a la obesidad inducida por una dieta de alto contenido de grasa", prosigue el investigador. "Estos estudios también revelaron que los efectos beneficiosos de la ingesta de leptina durante la lactancia puede atribuirse, al menos en parte, a una sensibilidad superior a los efectos centrales de la leptina, una sensibilidad impresa".

La impresión (imprinting) es un fenómeno genético comprendido solo en parte, pero que está siendo objeto de atención creciente en los últimos años. Se trata de genes, o grupos de genes, que resultan inactivados de manera estable a lo largo de las divisiones celulares. No son mutaciones -cambios en la secuencia de letras del ADN tctgaag...-, sino alteraciones epigenéticas (encima de los genes, literalmente), debidas a otras cosas que se pegan encima de los genes, entre ellas unas proteínas llamadas histonas y los más simples radicales de la química orgánica, como el metilo (-CH₃).

Los científicos españoles demostraron en ratas recién nacidas que la adición de pequeñas cantidades de leptina a la leche artificial -administrada directamente con un biberón- previene la obesidad durante la vida adulta (*International Journal of Obesity*, 1:11), y después publicaron indicios sólidos de que lo mismo ocurre en humanos (*Obesity*, 14:1371).

‘Las pruebas en humanos son indirectas y limitadas’, admite Palou. ‘Consisten en monitorizar los cambios de peso corporal en los niños que fueron amamantados durante al menos seis meses y determinar su relación con la concentración de leptina en la leche materna’.

‘Los posibles desarrollos aplicados son bastante obvios’, dice Palou. ‘Primero, el desarrollo de leches para lactantes suplementadas con leptina, lo que supone un mercado enorme. Y segundo, investigar el modo de mejorar la nutrición de las madres para que su leche tenga una composición óptima de leptina’. En cualquier caso, Palou insiste en que hay que seguir recomendando la lactancia materna.

El científico explica que esas aplicaciones se están viendo retardadas por obstáculos de tipo ético.

‘Hemos demostrado el efecto en ratas, pero hay que probarlo en niños y para ello tiene que haber suficientes evidencias del beneficio que proponemos. Estos son los estudios que hemos ido haciendo estos años, y espero convencer a alguien para que apoye el asunto’.

En los últimos tres años, el laboratorio mallorquín ha seguido aportando datos y argumentos. Han averiguado que la leptina tomada en la lactancia no solo protege de la obesidad sino que también programa el organismo para que en el resto de la vida evite el desarrollo de diabetes, y para que la persona tenga unas preferencias alimentarias particulares. Acaban de publicar que, si uno tomó leptina durante la lactancia, el tejido adiposo está más preparado para manejar el exceso de grasa de una dieta y evitar así complicaciones médicas como la esteatosis hepática, causada por la acumulación de un exceso de grasa en el hígado. *Nature Reviews* se ha hecho eco de esta investigación en un comentario editorial.

‘El principal hallazgo de los últimos trabajos’, explica Palou, ‘es que la suplementación con dosis fisiológicas de la leptina durante el periodo de amamantamiento programa una mejor respuesta del tejido adiposo a una dieta alta en grasas, mediante la prevención de la disminución del receptor de leptina en los depósitos internos y el aumento de la capacidad oxidativa de este tejido’.

El tejido adiposo es un órgano clave que participa en el manejo y almacenamiento de energía. Por tanto, los cambios en el receptor de la leptina en el tejido adiposo pueden ser de gran importancia en el desarrollo de la obesidad y sus trastornos metabólicos relacionados. ‘De hecho’, explica el científico, ‘es conocido que ciertos ARN (unas moléculas similares a los genes que sirven a estos de mensajeros) muestran unos niveles reducidos en el tejido adiposo de las personas con obesidad mórbida, y hemos podido ver que una dieta alta en grasas sostenida provoca unos menores niveles de expresión de esos mismos genes en ratas’.

El efecto de programación de la leptina administrada durante la lactancia puede mejorar la capacidad para controlar el peso corporal del adulto, y evitar las alteraciones metabólicas asociadas a una dieta rica en grasas, y otras condiciones de estrés nutricional.

‘En particular, el efecto protector sobre el sistema formado por el tejido adiposo y la leptina parece

estar asociado con un mejor manejo y compartimentación de exceso de combustible; eso mejora la sensibilidad de esas ratas a la insulina y la prevención de otros trastornos metabólicos relacionados con la alimentación excesiva, como la acumulación de lípidos hepáticos, que sí ocurre en animales no suplementados con leptina´.

Según Palou, los resultados de su equipo permiten comprender los efectos de la programación metabólica a largo plazo por la leptina ingerida durante la lactancia. La leptina confiere protección contra la obesidad y los trastornos metabólicos más relacionados. El científico destaca ´ la utilidad de la ingesta de leptina durante la lactancia temprana como un plan de prevención de estas enfermedades. El laboratorio está ahora investigando para identificar los mecanismos subyacentes implicados en el efecto de programación de la leptina. Entre ellos, los mecanismos epigenéticos, o de inactivación estable de grupos de genes. "Los resultados abren una nueva área de investigación tanto en el uso de la leptina en el diseño de la fórmula más adecuada para el niño, como en la identificación de los niveles de leptina óptimos en la leche materna, que son aspectos de gran relevancia debido a la alta prevalencia de la obesidad y sus complicaciones", dice Palou.

Recientemente han puesto en marcha dos proyectos basados en el uso de las nuevas tecnologías de nutrigenómica. Por un lado, están coordinando un proyecto de investigación de cinco años a gran escala (Bioclaims), financiado por el séptimo programa marco de la Unión Europea, que persigue la identificación de biomarcadores para la reprogramación inducida por la leptina.

´ También hemos empezado un proyecto del Gobierno español para encontrar biomarcadores moleculares específicos para la prevención de la obesidad´, concluye Palou. Los científicos están tramitando la creación de una empresa spin-off asociada a la Universidad de las Islas Baleares.

Javier Sanpedro © EDICIONES EL PAIS, SL.

COLOMBIA: Julio, 2010

Felicidades, las parteras de su país Colombia, han realizado un trabajo encomiable para sus comunidades y como ejemplo de toda Latinoamérica. ASOPARUPA ha reducido a cero la mortalidad materna en su región.

Como solicitado cabe mencionar, que en muchos países, durante su desarrollo histórico y milenar, las parteras fueron integradas en los servicios de salud. Estos países que así hicieron en el presente tienen las mejores estadísticas materno~infantiles del mundo. Hoy, la Organización Mundial de la Salud menciona que el lugar más seguro para una madre parir es en el hogar con una partera adiestrada. Por ello, y dentro de todo ambiente de trabajo, las parteras son clave para reducir la muerte materna e infantil en los Objetivos de Desarrollo del Milenio de Naciones Unidas, 2015. De mayor importancia, son una alternativa que las madres y familias desean y eligen libremente. Los líderes mundiales de la salud se reunieron en la conferencia Las Mujeres Dan Vida, el 9 de junio de 2010 en EUA, y exhortaron al G-8 y al G-20 a que aumenten significativamente las inversiones en servicios de partería para países en desarrollo. Thoraya Ahmed Obaid, Directora Ejecutiva del UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas hizo mención y seguimiento a la importancia de las parteras para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 (mortalidad infantil), 5 (salud materna) y 6 (VIH/SIDA). En Colombia, las parteras de ASOPARUPA han reducido a cero la mortalidad materna en su región, logrando aumentar los desenlaces saludables y plenos en la madre y el infante. La evidencia de ASOPARUPA, y en decenas de casos similares, hace de su hazaña un modelo que se puede reproducir exitosamente en el país y que a demostrado en otras instancias ser costo efectivo.

Una legislación apropiada de partería sumaría a los esfuerzos de servicios dirigidos a toda madre que inquiera o los solicite. Asimismo, en casos similares, otros países han reducido la mortalidad y morbilidad de madre y bebé en lugares de difícil acceso geográfico, aislados o marginados.

Los modelos globales de integración de la partería eficaz tienen en común varios aspectos ~ 1) la necesario entender que la partería es una profesión única y poco revelada que necesita atención ~ 1) la integración legal de la partera a los servicios de salud del país junto a la comunidad de parteras para establecer una política efectiva, fiel a la profesión y a la calidad del servicio, 2) considerar a las madres atendidas por parteras como eje esencial para cuidar la autenticidad de los cuidados solicitados

por ellas, 3) mantener la profesión autónoma y completa en sí misma, interdependiente de otras profesiones pero sin ligarse a otra para ser, protegida según las esferas de los grupos locales e internacionales de la partería, 4) mantener continuidad en las ayudas sistemáticas a las parteras comunitarias.

Las tendencias en el mundo al crearse una ley de partería en este siglo y a finales del anterior son, 1) que los creadores de leyes en países desarrollados y en vías no están en contra de la profesión, 2) algunos grupos con intereses económicos pueden manifestarse en contra, 3) otros grupos de profesionales han tratado de usurpar a la partera y su profesión, hasta el punto de pretender excluirlas o dominarlas. Lo importante es que todas las personas involucradas en mejorar la situación de las madres de manera eficaz estén preparados para trabajar con la evidencia científica actual y, en integrar como prioridad y sobre todo, las voces de las madres y de las parteras originales y comunitarias. La inclusión de todas las partes debe darse en un marco justo y meridianamente delimitado. El llamado de la RELACAHUPAN es que las parteras junto a los gobiernos elaboren normas transparentes en torno a la reglamentación de la profesión de la partería.

Otros documentos de estudios para incorporar a la partera de manera efectiva y para apoyar la calidad de vida en Latinoamérica lo son, La Partera Tradicional en Nuestra Región, La Parteras Tradicionales ~ Las Parteras Comunitarias. Ambos documentos los pueden obtener sin costo en www.relacahupan.com

En la RELACAHUPAN le asistiremos con gusto de solicitar cualquier ayuda. Cordialmente,

Debbie Díaz Ortiz - Coordinadora Caribe

Gilda Vera - Coordinadora Sudamérica

www.relacahupan.com - givera29@gmail.com ~ coacanoa@yahoo.com

EEUU

NUEVAS GUÍAS PARA EL PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos de EEUU (ACOG) acaba de emitir su "Practice Bulletin" #115, de agosto de 2010, sobre el parto vaginal después de una cesárea previa. El ACOG reconoce, en primer lugar, que el parto vaginal después de una cesárea (VBAC) constituye una meta válida para la mujer embarazada con una cesárea previa.

En el plano individual, se reconoce que el VBAC está asociado a una reducción en las complicaciones maternas de un parto, así como a las complicaciones de futuros partos. A nivel de la salud de la población de madres y niños, el VBAC ayuda a reducir la tasa nacional de cesáreas, una meta básica en todos los países con tasas elevadas de partos por cesárea. Siendo Puerto Rico el país del mundo con la tasa de cesáreas más alta del mundo, este documento de ACOG es de gran importancia para nosotros.

Le reconocemos a ACOG que respondiera de forma rápida y clara a las conclusiones de la recién celebrada conferencia de consenso, de marzo de 2010, celebrada en los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de EEUU, en Bethesda, Maryland, y a la cual tuvimos oportunidad de asistir. El panel de expertos/as reunidos en NIH en esa ocasión reconoció que la evidencia científica recogida y allí discutida convierte la opción de parto vaginal después de una cesárea en una razonable para la mayoría de las madres embarazadas con una o dos cesáreas previas, e hizo un llamado a las organizaciones relacionadas a facilitar el acceso a la opción del parto vaginal después de una cesárea.

El documento de ACOG comienza estableciendo que tanto la cesárea repetida como el parto vaginal después de una cesárea conllevan riesgos maternos y neonatales. De ahí la importancia de reducir la tasa de cesáreas primarias en éste, y en otros, países. En aquellas madres que logran un VBAC, éstas se benefician de múltiples ventajas a su salud. Se han evitado una cirugía mayor, tienen menos hemorragias e infecciones y logran una recuperación más rápida de su parto, en comparación con las que sufren una cesárea repetida.

Evitar las cesáreas múltiples, además, le reduce el riesgo de sufrir una histerectomía, la pérdida de la matriz, daño a la vejiga o al intestino, transfusiones de sangre, y los problemas graves de la placenta como son la placenta previa y la placenta accreta.

La probabilidad de lograr un parto vaginal después de una cesárea es de 60-80%. La

preponderancia de la evidencia científica disponible sugiere que la mayor parte de las madres con una cesárea previa con incisión transversa en el útero son candidatas a un VBAC, y éste se le debe ofrecer. Pero el nuevo documento de ACOG añade información importante basada en evidencia.

Es razonable considerar que las madres con dos cesáreas previas son candidatas para intentar un VBAC. La sospecha de que el bebé sea grande, por otro lado, no debe considerarse como una contraindicación para intentar un VBAC. Una duración del embarazo de más de 40 semanas no debe considerarse tampoco como una razón para evitar un VBAC.

La evidencia presentada establece, además, que en casos en que no se sabe el tipo de incisión uterina que se hizo para la primera cesárea el intento de VBAC no está contraindicado, salvo que haya un alto índice de sospecha clínica que la cesárea anterior se hizo por incisión clásica. Esta incisión, en la parte más alta del útero, se hace muy rara vez en la obstetricia moderna. Añade el documento en discusión que las madres con embarazos de gemelos pueden considerarse para un VBAC si los bebés no presentan de forma tal que el parto vaginal esté contraindicado.

La consejería de una madre con una cesárea previa que interese un VBAC debe incluir una discusión franca, tranquila y objetiva de los beneficios y riesgos del VBAC y de la cesárea repetida. No debe ejercerse presión o coerción para que la madre escoja la alternativa preferida por el médico. Esta consejería debe llevarse a cabo temprano en el embarazo, e incluso antes del embarazo. La evidencia acumulada apoya que el VBAC puede hacerse tanto en hospitales universitarios como en hospitales de la comunidad. Luego de la consejería, la decisión final sobre el próximo parto debe tomarla la madre en consulta con su proveedor/a. Toda la discusión debe quedar documentada en los expedientes del embarazo.

Aunque el ACOG recomienda que el VBAC se intente en un hospital con capacidad de proveer cuidado de emergencia, esta recomendación realmente aplica a cualquier parto. La madre debe recibir información completa de las capacidades del hospital en que atiende su proveedor/a, y pudiera ser que lo ideal sea referirla a otro proveedor/a, o que ésta consulte a otro proveedor/a que trabaje en un hospital con mejores capacidades. Aún en casos en que el hospital de un proveedor/a no ofrezca opción de VBAC, esta política no debe usarse para obligar a una mujer a someterse a otra cesárea, o a negarse a atenderla porque la mujer rehúse aceptar otra cesárea. No hay lugar para la coerción ni para el violentar los derechos de una mujer.

Este nuevo documento es una gran noticia para las madres y para todos/as los/as que laboramos en pro de la salud de nuestras madres, niños y niñas

José J. Gorrín P., MD, MPH, FACOG, FABM **Ana M. Parrilla Rodríguez**, MD, MPH, FABM, EEMCP

Referencias:

1. Ob-Gyns Issue Less Restrictive VBAC Guidelines

[http://www.acog.org/from_home/publications/press_releases/nr07-21-10-1.cfm"target="_blank"](http://www.acog.org/from_home/publications/press_releases/nr07-21-10-1.cfm)

2. Vaginal birth after previous cesarean delivery. Practice Bulletin No. 115. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2010;116:450-6

[Debbie Díaz hprp.ws](http://www.hprp.ws), www.relacahunan.com, www.iniciativacomunitaria.org

ESPAÑA

¿EN QUÉ CONSISTE EL PARTO?

Es la fase más breve, fácil y segura de la reproducción y la única que dado el caso, la mujer puede realizar completamente sola, aunque ello no sea deseable, no por la parte física, sino por la psicológica por que el parto provoca una emoción tal que es conveniente compartirla con una persona amada, el más indicado de todos, el padre del bebé que es bueno que comparta su nacimiento.

El parto es la etapa final, aquella en la que se recoge el fruto, es resultado de una larga espera, el momento en que se satisface una gran ilusión.

Físicamente el parto no es más un simple trabajo muscular. Las fibras longitudinales del útero "tiran" del cérvix hacia arriba, hacia el fondo del útero, al contraerse, al disminuir su longitud, obligando a que el cérvix se acorte, se aplaste y desaparezca, absorbido por la parte inferior del útero.

Tras un descanso más o menos breve, las contracciones se reanudan, dirigidas siempre hacia arriba y van agrandando poco a poco el orificio cervical, a lo cual contribuye la bolsa de las aguas, cuya

elasticidad permite que se insinúe dentro del orificio, por pequeño que éste sea. A cada contracción, el útero se achata y se achica y el agua que no puede achicarse, lo que hace es tomar presión y expande la parte de la bolsa introducida en el orificio, con la fuerza, hidráulica, a la vez suave y potente del líquido contenido en ella.

Cuando la dilatación alcanza un diámetro entre 8 y 10 centímetros, si el feto está en su debido posición, el primer diámetro que presentará a su salida será el bioccipital, unos 7 cm. Si la mujer permanece en pie, el feto caerá en la vagina por su propio peso, lubricado por el vernix caseoso, destinado, precisamente a hacerle resbalar.

La vagina es de un tejido sumamente elástico y está separada del recto por un tabique muy delgado. La parturiente tiene la sensación de tener el recto excesivamente ocupado y su cerebro se persuade también de ello. A la salida del feto, el útero se retrae, las contracciones cesan y hay en período de descanso, como una recuperación de fuerzas preparándose para el alumbramiento, pero la mujer está muy molesta, con aquel bulto empujando contra el tabique recto/vaginal y el cerebro decide dar la orden de vaciar el recto, por el mismo procedimiento que se vacía siempre, por la contracción de los músculos abdominales, presionan de afuera a adentro y obligan al feto a salir, pero éste se encuentra en su camino un obstáculo inesperado: por la parte posterior ha salido ya parte de la cabeza, desde la coronilla al codo, pero por delante, la cara está aún dentro de la vagina. Las eminencias frontales se han quedado paradas contra el pubis materno. Para colmo de desdichas, el periné ha decidido convertirse en canal blando del parto e impide la salida del feto, colocándose, como si fuera un capuchón sobre la cabeza fetal. ¡Vaya un problema! En el hospital lo arreglan rápidamente, con un buen tijeretazo, pero merece la pena pararse a pensar ¿por qué se comportará el periné en el parto de un modo tan extravagante?

El organismo humano es una máquina perfecta, todo vale para algo, cada órgano, cada parte del cuerpo, tiene una misión útil y concreta. Ya se sabe que el periné es el suelo del abdomen que ejerce un importante papel coadyudando a sostener en sus debida posición las vísceras abdominales, pero esa intrusión en el parto, como para no dejar salir al pobre feto, tratando de impedir o, por lo menos, retrasar su llegada a este mundo. Le di muchas vueltas en mi cabeza a este problema y, de repente hallé, como por milagro, la solución: **La Naturaleza ha previsto que para el feto es un gran "choc" encontrarse, de pronto en un Mundo desconocido y, de momento adverso y a encargado al periné que se encargue de que el feto salga despacito, poco a poco, suavemente.** ¡Pobre periné! Se juega la vida por evitar que el feto sufra al nacer bruscamente. Me daba pena ver como se ponía pálido, transparente, casi como un cristal y tan frágil como si lo fuera! A todas las comadronas de mi época, nos enseñaban a proteger el periné, en la Escuela de Matronas, en las Maternidades de las que entonces había varias muy buenas, lo aprendíamos unas matronas de otras, discutíamos si la maniobra de Olshausen era mejor o peor que la clásica de Bumm. Que periné quedara intacto, como si la mujer no hubiera parido, era motivo de orgullo profesional para todas y cada una de nosotras. Protegíamos los perinés con suavidad y amor, íbamos retirando, poco a poco nuestras manitas, mientras el periné se iba arrugando de nuevo y detrás de la frente surgían los ojos, la nariz, la boca y la barbilla del feto que salía como no por arte de birlibirloque, sino gracias a que el feto sabía hacer, sin que nadie se lo hubiera enseñado, aquellos cuatro movimientos, de rotación interna, flexión, deflexión y rotación externa, que todas habíamos estudiado. No sé si a mis colegas les pasaba lo que a mí, que me quedaba extasiada y maravillada al ver con cuanta precisión y limpieza los ejecutaban los fetos, como si no fuera la primera y única vez que nacían, como si estuvieran acostumbrados a nacer, a respirar, a mamar! ¡Todo lo sabían hacer solos! Siendo hijos de unas madres que no sabían parir, pero que tampoco tenían miedo, que soportaban estoicamente los dolores, que creíamos inevitables del parto y se olvidaban de ellos apenas tenían al bebé en sus brazos. **¡Que gratificante era ser matrona entonces, cuando el parto era un grato y alegre acontecimiento familiar, cuando cada bebé traía no un pan bajo el brazos, aunque buena falta nos hacía, sino sonrisas, amor y paz.**

Consuelo Ruiz Vélez-Frías- Ha sido mujer, madre, matrona, , (ha fallecido en el año 2005) y nos ha dejado un legado de buen saber.

[*Aporta Susana Olalla - RELACAHUPAN-España*](#)

NORUEGA

EL MEJOR LUGAR PARA SER MADRE

GUILLERMO ABRIL 22/08/2010

Vota Resultado 120 votos Noruega. Así lo concluye el informe 'El estado de las mujeres en el mundo' de la fundación Save the Children. sacan buena nota en todo. Lo cuentan las propias noruegas.

A través del cristal, entre las sombras de una luz tenue y hogareña, se intuye una figura revolviendo en busca de algo pum, pum, pum de la cocina a la sala de estar, golpeando con las plantas desnudas el suelo. Son las 7.34 de un martes de junio en Jessheim, extrarradio de Oslo, cuando Anniken Huitfeldt, mujer, madre y ministra de 40 años, se asoma al porche y dice: **"Ando apurada. Salimos en 10 minutos"** mientras se calza unas deportivas, vuela hasta el garaje arrastrando los cordones, encuentra los papeles que busca en el coche familiar y regresa de un salto, sin que transcurran 30 segundos. La prisa, elemento común de la mañana occidental. Y de sus madres. Eficiencia y velocidad. Niños y trabajo. Todo en uno. Noruega. A FONDO

"La lactancia es una obsesión noruega. Casi cuestión de Estado"

¿Y cómo compagina trabajo y niños?, le solían preguntar a la ministra

Desde 2009 están garantizadas por ley las plazas en guarderías

Hay unas 2.000 matronas. Y asisten a solas el 70% de los alumbramientos

Se pica algo a mediodía y se sale del trabajo a las cuatro para recoger a los hijos. En 12 minutos, Huitfeldt se encuentra ya en el asiento trasero del vehículo oficial ajustándole el cinturón al menor de sus tres hijos, de cinco años y rubio como ella. Para entretenerlo, la madre toma un periódico e interpreta en alto la tira cómica, cambiando de registro. El maletín de trabajo, cerrado, a sus pies. Esta política de ojos claros y mandíbula poderosa, con simpático tartamudeo, ocupa la cartera de Cultura del Gobierno noruego, pero fue ministra de Infancia, Igualdad y Asuntos Sociales entre 2008 y 2009, periodo durante el cual ella tenía a sus tres hijos en el jardín de infancia, y los medios solían preguntarle: "¿Y usted cómo compagina niños y trabajo?". A lo que ella replicaba: "¿Por qué no le van con la pregunta al ministro de Asuntos Exteriores?".

Cuestión de carácter y lengua afilada de esta "feminista" confesa. Pero si uno prueba a hacer la pregunta al azar en cualquier parque, cafetería u hospital a una madre primeriza, la respuesta sonará en Noruega casi como un eco: "Es muy fácil".

Este reino nórdico ha sido declarado "el mejor país para ser madre" en 2010, según el 11º informe sobre El estado de las mujeres en el mundo de la Fundación Save The Children.

Un estudio exhaustivo en el que los noruegos sacan nota en casi todas las variables: desde la duración y cuantía del permiso de maternidad, de hasta 56 semanas, hasta la esperanza de vida femenina (83 años), pasando por el nivel educativo de la mujer, la escasa diferencia de ingresos con respecto al hombre (el 23%), la baja mortalidad infantil y la elevada tasa de fecundidad.

Así lo resumía Marit Sartz, una enérgica fisioterapeuta de 31 años, a 15 días de salir de cuentas, mientras mordisqueaba sandía en su terraza: "No tengo miedo. Aquí contamos con un buen sistema para cuidar del niño; y para la madre. Una buena sanidad. Y posibilidades de educación".

La ministra Huitfeldt ha tenido mucho que ver con esto. Mientras ocupaba el cargo de Infancia e Igualdad, su Gobierno, una coalición progresista, incrementó la baja por maternidad y paternidad hasta cotas desconocidas. Una noruega puede elegir tomarse 46 semanas de baja con el 100% del sueldo o 56 con el 80%; el hombre puede disfrutar de otras 10 con el salario íntegro (en España se conceden 16 semanas a la madre y 15 días al padre, ambos con sueldo). En 2008, el país batió récords de construcción de guarderías, y desde 2009 se garantiza por ley una plaza. Cerca del 90% de niños de uno a cinco años asiste a un jardín de infancia. Público o privado. Precio máximo: unos 280 euros. "Todas las medidas las tomamos a pesar de la recesión", dice Huitfeldt. "Le vimos muchas ventajas económicas". El coche oficial avanza bajo una mañana plomiza. Chispea sobre la autopista congestionada hacia Oslo. La ministra emplea 10 segundos para maquillarse. Acaba de dejar a su hijo en la guardería. Lo ha besado tras asegurarse de que llevaba todo con él; aun así, se olvidó el chubasquero en el coche y ella salió corriendo bajo la lluvia para dárselo. Rutina diaria. Contabilizada al minuto. Con tiempo para recogerle a las cuatro un par de veces por semana. Ir al teatro con todos. Preparar la tarta para el cumpleaños del

mayor. La ministra muestra al final del día una maraña de papeles con cuadrículas horarias: su agenda. Cada día tiene hueco reservado a la familia. Cuestión de prioridades.

Otra maternidad es posible. Pero hay que ir a buscarla. "No es un proceso natural", dice Huitfeldt. "Lo que tenemos es el resultado de decisiones políticas". Y por qué no decirlo: de un pequeño empujón del oro negro. En 1969, el año en que nació ella, el país gritó "¡petróleo!" en el mar del Norte. Un bálsamo oleaginoso para una nación pobre y rural. Pero igualitaria. Sin feudalismo ni tradición aristocrática. Poco poblada. El sector supone un cuarto del PIB. Un fondo soberano derivado de sus beneficios garantiza las pensiones futuras. La crisis financiera apenas les ha despeinado. Pero el desarrollo industrial de los setenta inoculó también el veneno de las sociedades modernas. Tras años de baby boom, se pinchó la burbuja de la fertilidad. "La mujer comenzó a trabajar, y los hijos, yo misma, íbamos al colegio con una llave al cuello", dice Huitfeldt. "Nuestros padres no podían venir a buscarnos". Los hogares requerían dos sueldos, **el empleo era incompatible con la crianza.** Apenas había guarderías. Tocaba elegir: trabajo o familia. Los demógrafos dicen que un país necesita dos hijos de media por mujer para mantenerse en equilibrio y no envejecer. Rozaron el 1,5 a mitad de esa década. Hoy, con casi dos de media, renace a un ritmo solo superado por Francia, Islandia e Irlanda (la tasa española es 1,4).

El punto de inflexión arrancó en 1977, tras un intenso pulso del tejido local, femenino y asociativo, cuyo ideario caló a nivel político. "Feminismo de Estado", lo llaman. **Se incrementó el permiso por maternidad de 12 a 18 semanas. Se le permitió al padre compartir parte de la baja.** Se aprobó una Ley de Igualdad de Género, y se creó la figura del Defensor. A principios de los ochenta, la curva de fertilidad trazó su valle, coincidiendo con la ascensión a primera ministra de Gro Harlem Brundtland, símbolo del cambio. Madre y mujer al frente del país por primera vez. Cuando fue reelegida en 1986, nombró un Gobierno con un 44% de mujeres. Desde entonces, nadie ha bajado esa cuota del 40%, otro punto que valoró Save The Children. La revolución es permanente. **Aquí, género y maternidad se cuelan en cualquier charla o primera página del periódico.** El papel del hombre, el rol de la mujer. Los horarios de trabajo, las deducciones, la cuota de guardería. Huitfeldt repite: **"Las políticas de igualdad son más importantes que el petróleo para la economía..."**. Ocho y media, hora punta al borde de la ciudad, y de pronto se interrumpe. "¡Mira esto!", grita señalando por la ventanilla: un tipo de origen paquistaní empuja un coche de bebé. **"Estas políticas funcionan como un pegamento social: si los padres comparten tareas en casa, baja la tasa de divorcios y se tienen más hijos".** **En este país, maternidad e igualdad se funden y retroalimentan.** Y cuentan con un estudio para casi todo; analizan sus carencias, corroboran sus hipótesis. Para que nada les coja fuera de juego. "Es muy difícil establecer qué políticas tienen qué consecuencias", explica la demógrafa Marit Rønsen, del Instituto de Estadística. "Pero, en general, se admite que las medidas que fomentan la incorporación de la mujer al trabajo, el permiso para el padre y la igualdad de género, facilitan la maternidad". Y menciona los resultados de uno de esos estudios: **en familias en las que el padre disfrutó del permiso con el primogénito, la probabilidad de tener un segundo hijo fue mayor. En 2009, tres de cada cinco padres (varones) tomaron seis o más semanas de baja. Ese año nacieron 61.000 niños, la cifra más alta desde 1972.**

Martine Aurdal, una embarazadísima comentarista política y editora del diario Dagbladet, se encontraba camino del primero cuando nos recibió. Había salido de cuentas hacía tres días, pero seguía sin contracciones. Llevaba tres semanas en casa (el permiso comienza 21 días antes de la fecha), y había decidido tomar la baja corta. **Noruega, dijo, se había convertido en uno de los países más igualitarios del mundo, según la ONU.** Un lugar donde las mujeres suponen casi la mitad de los trabajadores (47%), tienen menos paro y hay más universitarias que universitarios desde 1993. Pero no se conforman. "Queda una última milla por recorrer", dijo. Un terreno pantanoso entre lo biológico y lo ambiental en el que una sociedad intenta descifrar por qué elige lo que elige. "Existe una igualdad casi total hasta el momento en que hay niños. Es el punto de no retorno en el que las mujeres comienzan a trabajar menos, a cobrar menos y a hacer más en la casa".

Si las primeras medidas de género (y maternidad) se centraron en mejorar las condiciones de la trabajadora, el nuevo estadio ha colocado el foco sobre el hombre. Para que ellas no pierdan tras parir, el varón ha de dedicarse por igual al hogar. Limpieza e hijos, cocina y mantenimiento. Doble salario.

Bien. Pero también doble dedicación familiar. El último estudio del Defensor de la Igualdad señala que Noruega sufre una de las mayores segregaciones por género del continente. El empleo femenino se aglutina en el sector público (suman el 69%); y, por ejemplo, en el grupo ocupacional "ingenieros" hay un 12% de mujeres, frente al 97% en el epígrafe "profesores de guarderías y colegios". Además, el 43% tiene empleo a tiempo parcial, mientras en el caso masculino es del 13%. "Es sobre todo la mujer con más de un hijo la que trabaja a tiempo parcial", subraya el informe. El hombre con hijos, al contrario, es el que más horas dedica al trabajo.

Aurdal mostró sus dientes afilados. "Esta segregación no es biológica. Hay estructuras sociales que nos determinan", replicó. "Pero tampoco estaremos seguros hasta que exista una posibilidad de elección totalmente libre. Nuestro deber es construir una sociedad en la que esto sea posible. **Los países escandinavos hemos demostrado que las políticas sociales pueden cambiar la opinión pública**". En Noruega, donde sus 4,8 millones de habitantes rozan el pleno empleo y confían en general en la competencia de sus dirigentes, no cuesta conversar sobre la utopía. Los ciudadanos dictan, el Estado dispone. Por eso, quizá, los impuestos se pagan a gusto. La presión fiscal es una de las más altas (ronda el 47%). A cambio, cada familia recibe unos 120 euros mensuales por hijo. Hasta los 18.

"**Nosotras tenemos que dar el pecho**", dijo Aurdal volviendo a la naturaleza, "**pero no creo que estemos en mejores condiciones de cuidar a un niño**". Aun así, se confesó "asustada". No del parto o del nacimiento. Sino de que la maternidad la convirtiera en algo no deseado: "No quiero abandonar mi vida". Le aterraba perder el control. "Algunas madres brillantes me cuentan que no han leído un libro en años. No quiero que la maternidad sea cuestión de elección. Las jefas que he tenido eran solteras o sin hijos, y no creo que sea casualidad. Supongo que resulta un poco más duro siendo madre, pero no imposible. Con el tiempo, cambiaré las horas de trabajo. Recogeré al niño, iré a casa y trabajaré tras acostarlo". Educación, biología, estructuras sociales.

Katrine y Håkon Mentzoni han encontrado su camino. Esta pareja de juristas empleada en el sector público representa el nuevo concepto de familia. Equitativa, sana, dialogante. Su hija nació en noviembre, cuando la madre tenía 28 años (edad media del primer parto). Desde entonces, anda 10 kilómetros al día con el cochecito. Está en forma. Cuando salieron los tres a dar el rutinario "paseo largo" una mañana de sábado, ella llevaba ocho meses inmersa en la burbuja de la maternidad. Sin dudas: "Me siento afortunada de poder quedarme en casa y no perder mi carrera profesional. De conocer a mi hija. Mi trabajo ahora es cuidar de ella". La madre estaría de baja hasta agosto. Luego, el padre pasaría cinco meses con la niña uniendo permiso, vacaciones y parte de la baja de su mujer. Junto a un lago, Katrine se sentó a dar el pecho y dijo que solía verse como una feminista, "sin bodas ni hijos". Pero había cambiado su visión por otra más igualitarista. Ceder al marido una parte de la baja es poco común. "Mis amigas no lo hacen", dijo. Håkon protagoniza el cambio. "Mi madre fue quien se dedicó a los hijos. Pero a mí me apetece esta baja", explicó. "Estoy orgulloso. Es lo más importante de mi vida. Y pienso unirme al grupo de maternidad". Cuando nació Elvine, el centro de salud convocó a Katrine a una reunión con otras madres. Desde entonces, quedan los miércoles para contarse "lo que el resto de personas no quiere oír". Comparten dudas, resumen la semana y comprueban que eso que tiene su niño es normal. Se ayudan, porque ninguna cuenta con niñera y los abuelos aún trabajan. Aquí se jubilan a los 67. "Padre, madre e hijos. Esa es la fórmula noruega", comentó Jeanett Wilberg, profesora de 32 años, cuando nos unimos al grupo. Las madres habían cubierto el suelo de la cafetería con mantas y ahí correteaban sus hijos. La novedad era Fredrik Johansson, 31 años, el primer padre en sumarse. Acababa de aparcarse su trabajo en un almacén para disfrutar del permiso. "Si mi pareja quiere, seguiré viniendo. Es bueno para mi hijo", apuntó. Con Håkon se equilibraría aún más la balanza, convirtiéndose poco a poco en un grupo de padres, mientras ellas retoman su carrera profesional. La conversación giró en torno a la comida, los dientes... Dos de ellas seguían dando el pecho. La lactancia es una obsesión noruega. Algo que las madres han de hacer. Casi cuestión de Estado.

Una escultura de una mujer desnuda dando de mamar preside el ala posparto del Rikshospitalet, uno de los mejores hospitales de Oslo. Por el pasillo se ven numerosos carteles de pechos hinchados, pezones inmensos y morritos de bebé succionando. "Bryst er best" (el pecho es mejor), se lee. En las habitaciones, la tele pasa una y otra vez una película sobre cómo, por qué y hasta cuándo amamantar. Lise Johansen, una azafata de 33 años, llevaba dos días en este templo lactante. Después de parir

gemelos, las enfermeras le mostraban cómo alimentar a los dos a la vez. Uno con cada pecho. "Es sencillo, bonito y más barato".

La pasión naturista tiene mucho que ver con el poder de las matronas. Se las llama jordmor, palabra que une los conceptos madre y tierra. Son unas 2.000, cerca de 3 por cada 100 partos (1,3 en España), y asisten a solas el 70% de los alumbramientos. Una matrona noruega intentará convencer de que la opción natural es la conveniente. Procurará calmar el dolor de las contracciones en una bañera de agua caliente (los hospitales nuevos las incorporan de serie) o con acupuntura, en lugar de epidural. Abrir la tripa para sacar al niño no es una opción, salvo en casos de riesgo, y la ratio de cesáreas ronda el 17%, dos puntos por encima de la recomendación de la OMS (en España es del 22,2% en hospitales públicos y 36,6% en privados). La tasa de mortalidad infantil es de las más bajas de los países desarrollados.

"En un alumbramiento sin anomalías, las comadronas ni nos preguntan", dice María Serrano, una española de 37 años, ginecóloga en el hospital de la región de Akershus. Sus pasillos amplios y luminosos le confieren el aire de un aeropuerto. No muestra el presente del país, sino el futuro; "la sanidad que nos gustaría tener", según el presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología. Un manual de acupuntura descansa en la sala de café de las matronas. Emplean estetoscopios de madera. Pero las estadísticas hablan. **El centro asistió 4.700 partos en 2009, unos 13 al día; la epidural se administró al 24% de pacientes; la episiotomía, ese molesto corte vaginal, a 9 de cada 100, y la tasa de cesáreas cumplió con el criterio de la OMS.** Serrano, madre de dos hijos y casada con un noruego, pertenece a un lobby en el que se explican las bondades del parto natural. A las cuatro, se excusa: ha de recoger a su hijo. Su plan: ir en bici a casa, barbacoa familiar y aprovechar la luz del verano. "La gran diferencia de Noruega es que puedes pasar más tiempo con los chiquillos".

Un martes laborable, pongamos, se celebra un cumpleaños en casa de los Stray-Pedersen. A las cinco, fiesta de disfraces animada por esta pareja de treintañeros con tres hijos. Unos 20 chavales revolotean. Hay más padres que madres. Acaban de salir de la oficina, y mientras sorben limonada y enrollan perritos calientes, uno se interesa por el parón de dos horas de comida en España. Una rareza. Aquí pican algo a media mañana y salen del trabajo hacia las cuatro. "En el sector privado", apostilla otro, "cenamos con la familia y luego abrimos otra vez los portátiles". En general, los empresarios aceptan que los padres deben salir a su hora, explica Anne Lise Ellingsaeter, socióloga de la Universidad de Oslo. La semana estándar es de 37,5 horas. Las vacaciones, cinco semanas al año. Tienen 20 días de baja sin justificar por enfermedad de los hijos. La renta per cápita es la quinta más alta del mundo y una de las mejor distribuidas. Su ratio de productividad pulveriza las estadísticas. "No tener largas horas de comida es fundamental", dice. "Si la ambición es que ambos padres compartan trabajo y tareas de casa, es necesaria la regulación de la jornada laboral".

Kristin Skogen Lund consulta su agenda en el iPhone: "De lunes a las ocho a viernes a las cinco, mi vida está muy organizada". Se muestra inquieta. Ha pasado la última semana viajando. Sin ver a sus hijos. Están al caer. Skogen Lund tiene 43 años, cuatro niños y una carrera meteórica. Es vicepresidenta ejecutiva de Telenor, la mayor empresa de telecomunicaciones del país, y preside la Confederación de Empresarios. Cuando tuvo a los primeros (gemelos), apenas se pudo ocupar de ellos. Cayó enferma y le pasó el testigo al marido. Así se formó en su familia un "patrón de comportamiento" más equitativo de lo común. "Es importante hacer una división más igualitaria. El momento en el que se tienen los niños es cuando se elige ese patrón", explica. La baja reserva las seis primeras semanas para la madre. El resto, la parte liberal, la puede coger el marido. Pero los hombres suelen tomar lo mínimo. Por eso el modelo islandés, que divide el permiso de paternidad en tercios (uno para el padre, otro para la madre y el tercero de libre disposición), toma fuerza. "El primer ministro se ha mostrado favorable. Y estamos de acuerdo los empresarios", dice ella, una de las encargadas de encarrilar el diálogo social. "La igualdad en la vida laboral es importante social y económicamente. Necesitamos la fuerza de esas mujeres". Porque aún faltan pasos: ellas suman un tercio de los puestos directivos y no llegan al 20% en los consejos de administración de empresas privadas (el 40% en las públicas es exigido por ley). Por eso, Skogen Lund se reserva un discurso duro. Otra vez, la última milla. Una distancia que han de recorrer las madres por sí mismas: "Entre hombres y mujeres, en el trabajo, persisten algunas diferencias. Ellas prefieren lo seguro, lo confortable, lo que dominan. No me gusta generalizar, pero no tienen ese impulso de tomar decisiones expuestas y sacar pecho. Les faltan agallas para correr riesgos y hacer cosas

nuevas aunque no las conozcan del todo; esa seguridad en ti misma de probar cosas diferentes es buena y tiene que ver con la confianza. Mi experiencia como gerente de muchas mujeres es que gastan demasiada energía en controlar su inseguridad". Al poco se oye el motor de un coche en el garaje. Ruido de niños. El pequeño corre a abrazarla, se besan. "Tiene esa edad en que está enamorado de su mamá", dice ella.

En otra esquina de Oslo, Eva Sørhaug hace girar el tapón del jarabe mientras su hijo la mira, en pijama, descalzo. Comenzó a moquear al final de la tarde. En el parque. Mamá lo había recogido a él y a su hermano en la guardería. Los condujo hasta el supermercado. Cada uno en una mano y el oso de peluche bajo el brazo. Unas salchichas, algo de pan, cervezas. A las cinco estaban con los tíos y la abuela, sentados sobre el césped. El humo de la barbacoa, una banda de música, algún perro... Luego, la moquera y los lagrimones, y ella lo abraza, lo besa y le suena la nariz. Pero hay que levantar el campamento. Vuelta a casa. Y es en casa donde la madre vierte el jarabe en la cuchara y el hijo abre la boca como si esperara el maná. Todo el amor cabe en un gesto. Sørhaug tiene 38 años y dos hijos de tres y cinco. Una mujer guerrera que suelta frases tipo: "¿Me van a pagar menos por tener tetas?". Más de la mitad de los niños noruegos nace ya fuera del matrimonio. Ella es soltera. Directora y guionista de cine. Su dormitorio lo preside un óleo de un grupo de mujeres armadas y con poca ropa. Disparando. Su próxima película abordará el crimen machista. El sentimiento de posesión hacia la mujer. "Hemos perdido el rol del hombre en la sociedad", dice. Quizá sea el próximo reto noruego. Ella lo resuelve a su aire: tras el jarabe, concedió a los hijos un momento mágico en su cama nórdica, suave y mullida como un nido. Leyó las aventuras de Charlie en la fábrica de chocolate hasta que los párpados pesaron como yunques. "God nætter", se dijeron, y ahora ellos duermen y ella toma una copa de vino en el salón con su madre. Hablan de cómo han cambiado las cosas. Del ideal de felicidad en el fiordo junto a una hoguera. La abuela pasará la noche con los nietos. La hija saldrá a celebrar la financiación para su proyecto. Consulta el móvil. Es la hora. Eva se calza los tacones, recorre el apartamento hasta la puerta pum, pum, pum, baja a la calle, sube a un taxi y se sumerge en una de esas noches plateadas del solsticio.

Hasta setiembre, esperamos aportes para el Boletín fecha límite el Domingo 26.

Desde la RELACAHUPAN las/os saluda

Gilda Vera L