

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Lactancia Natural. Revisión Bibliográfica.

Natural breast feeding. Bibliographic Revision.

Electra Guerra Domínguez¹, María Esther Martínez Guerra², Yamile Arias Ortiz³, Elsa La O Cabrera⁴, Iliana Morales Blanco⁵.

¹Especialistas de Segundo Grado en Pediatría. Master en Atención Integral al Niño. Profesor Asistente. Policlínico Docente "Jimmy Hirtzel". Bayamo. Granma.

² Residente de Primer año en Cirugía Pediátrica. Hospital Provincial "Carlos Manuel de Céspedes". Bayamo. Granma.

³ Especialista de Primer Grado en Pediatría. Diplomada en Cuidados Intensivos Pediátricos. Instructora. Hospital Infantil "General Milanés". Bayamo. Granma.

⁴ Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Master en Atención Integral a la Mujer. Instructor. Policlínico Docente "Jimmy Hirtzel". Bayamo. Granma.

⁵ Licenciada en Psicología. Master en Intervención Comunitaria. Profesor Asistente. Filial de Ciencias Médicas. Bayamo. Granma.

RESUMEN

Se realizó una revisión bibliográfica sobre lactancia natural, abordando los antecedentes, lactancia materna en Latinoamérica y Cuba, consecuencias del abandono del amamantamiento exclusivo y promoción de la lactancia materna.

Descriptor DeCS: LACTANCIA MATERNA

ABSTRACT

It was performed a bibliographic revision about Natural Breastfeeding, approaching the antecedents, maternal breastfeeding in Latin America and Cuba, consequences of giving up the exclusive breastfeeding and promotion of maternal breastfeeding.

KEY WORDS: BREAST FEEDING

INTRODUCCION

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad casi todas las madres han alimentado a sus niños de forma normal, natural y sin aspavientos: amamantando. Casi todas las sociedades tradicionales en África, Asia y América Latina han tenido un excelente conocimiento local sobre la lactancia, aunque las prácticas han variado de una cultura a otra. ¹

El famoso pediatra Paul Gyorgy dijo: «La leche de vaca es la mejor para los terneros y la leche humana es la mejor para los bebés humanos». Nadie puede negar lo cierta que es esa afirmación. Cada vez se reconoce más ampliamente que toda madre tiene el derecho de amamantar a su bebé y que cada niño tiene el derecho de recibir leche materna. Cualquier obstáculo en la alternativa de recibir leche materna es un incumplimiento de estos derechos; aunque en la mayoría de los países haya muchos bebés que no reciben leche materna o la reciben durante un período relativamente corto.

Al ser la lactancia materna un acto fisiológico instintivo, de herencia biológica natural adaptativo en los mamíferos, específica de cada especie que ha garantizado durante miles de años la supervivencia del género humano llama la atención el hecho paradójico del abandono de su práctica en el ser humano. ^{1,2} Motivados por esta paradoja, realizamos una profunda revisión de la bibliografía acerca de la lactancia natural.

DESARROLLO

Antecedentes

En la historia de la humanidad, la lactancia ha ido pasando de generación en generación, a través principalmente de la comunicación oral y también del arte y de la literatura. Es un acto natural que se practica desde el nacimiento del mundo y sus seres vivos.

Las madres de cada generación siempre han buscado un sustituto u otras que amamantaran por ellas. ³

El código de Hammurabi alrededor de 1800 años antes de Cristo, contenía regulaciones sobre las nodrizas que amamantaban al hijo de otra mujer por dinero. En toda Europa se han encontrado recipientes para alimentación con boquilla, en tumbas de niños, 2000 años antes de Cristo.

En la antigua Esparta la esposa del rey estaba obligada a amamantar a su hijo mayor. Plutarco explica que el segundo hijo del rey Temistes heredó el reino de Esparta sólo porque su madre le había dado pecho, el hijo mayor había sido amamantado por una extraña y por tanto fue rechazado.

Se dice que Hipócrates escribió sobre el tema de la lactancia "la propia leche es beneficiosa, la de otros es perjudicial". ³

No se conoce literatura hasta antes del renacimiento, sobre temas de lactancia materna. En 1458 Thomas Muffett escribe sobre el uso medicinal y terapéutico de la leche materna para hombres y mujeres "en sus años de madures debilitados por la edad o la enfermedad"; en 1472 Paul

Bagellardus escribe el primer incunable pediátrico: características de una buena nodriza, aconseja sobre el hijo, la diarrea y el vómito. ⁴

Entre los siglos XVI y XVII en Inglaterra las madres no amamantaban a sus hijos, de acuerdo a Fildes, quien revisó la historia de la alimentación infantil en Gran Bretaña. La lactancia era un método bien reconocido para retrasar un nuevo embarazo, pero se creía que estropeaba la figura y envejecía.

En la Francia del siglo XVIII la alimentación infantil incluía: Lactancia Materna, Alimentación Artificial, Papilla y Nodrizas. ³

En 1606 Juan Alonso Ruyzes de Fontecha, edita su obra "Diez privilegios para mujeres preñadas"; en ella considera que la madre era la persona más acreditada para dar de mamar a su hijo, pero que si estaba enferma o había quedado embarazada o tenía relaciones sexuales era conveniente que buscara una "ama" para alimentar a su hijo. Las condiciones que debía reunir la persona que se eligiera como "ama de cría" eran, que su aspecto externo tuviera: buen color de cara, que hubiese parido ya dos veces, que fuera ancha de pecho que no tuviera... "las tetas muy grandes, caídas ni arrugadas, ni tampoco muy pequeñas, ni duras, ni de pezones ásperos ni hoyosos, alegre, animosa, amorosa, blanda, suave de condición, agradable, y limpia, sana, modesta y moderada en comer, y beber". Se le exigía también que hiciera ejercicio, que no mantuviera relaciones sexuales y tuviera la leche limpia. Sobre ¿Qué era mejor la leche de la madre o la del ama? Casi todos los autores y con ellos desde Hipócrates a Galeno están de acuerdo que aunque la de la madre fuera peor era preferible que tomase esa antes que la de otra mujer.

Sobre el periodo de lactancia recomienda: "...El tiempo que les han de dar leche se quiere, sea de un año y medio, o dos años, cuando ya tienen sus dientes bastantes y firmes...". ⁵

Las creencias y tabúes sobre el calostro se remontan al despertar de la civilización: la mayoría de los pueblos primitivos dejaban pasar varios días antes de poner al niño al pecho, con detallados horarios y rituales.

Se ofrecían líquidos en forma de infusiones, algunas muy potentes, otras sin valor nutritivo. ^{2,6} Las posiciones para dar el pecho también varían, la mayoría de las culturas se sientan con el niño en el regazo. Algunos pueblos asiáticos se inclinaban sobre el niño que estaba acostado, apoyándose en una barra situada sobre la cuna. Otros pueblos llevan sus hijos a la espalda y los ponen al pecho con frecuencia, método todavía muy usado. ⁶

Concha Cervera Puig, Ana Julia Gisbert y Ana Martínez Molina, en su trabajo "Matronas de Paritorio Consorcio del Hospital General Universitario de Valencia" hacen un análisis de la obra de

Juan Alonso Ruyzes de Fontecha, considerando que lo planteado en ella tiene vigencia en la actualidad. ²

La lactancia natural deja de ser algo lógico

A mediados del siglo XIX unos médicos iniciaron la búsqueda de un sustituto de la leche materna para reemplazar a las nodrizas. Soluciones a base de leche de vaca, azúcar y agua.

En 1884 el Dr. A.V. Meigs, publicó un análisis entre la leche humana y leche de vaca. Se dedicó a mejorar la leche de vaca para igualarla a la humana, añadiendo agua de cal, grasa y azúcar que al ser esterilizada, el escorbuto y la desnutrición se hicieron común.

Pronto la industria arrebató la producción de alimentos infantiles a los médicos. Henri Nestlé, comerciante Suizo, combinó azúcar, harina de trigo con leche de vaca. Nestlé anunció su producto "tan correcto científicamente que no dejaba nada que desear. Las madres se convirtieron en el objeto de la publicidad. ³

Renovado movimiento mundial por el rescate de la lactancia natural

En el siglo XX hay un renovado movimiento por la lactancia materna, motivado por las altas tasas de morbilidad y mortalidad. En 1979 se destaca la organización Reunión OMS - UNICEF sobre prácticas de alimentación infantil. Se crea la necesidad de un código que reglamente la comercialización de sucedáneos de la leche materna. En 1981 la OMS adopta el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la leche materna. En 1989 se crea la Declaración conjunta OMS-UNICEF de la Promoción, Protección y Apoyo de la Lactancia Natural. Diez pasos hacia una feliz lactancia natural y en 1989 Ginebra Declaración conjunta UNICEF - OMS: Diez pasos hacia una feliz lactancia exitosa, la cual tenía como principios fundamentales disponer de una política, capacitar a todo el personal, capacitar a las gestantes sobre la lactancia materna, iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto, enseñar a las madres técnicas y cómo mantener la lactancia, dar a los recién nacidos leche materna en forma exclusiva, facilitar el alojamiento conjunto, fomentar la lactancia materna a libre demanda, no dar a los niños biberones y chupos y fomentar el establecimiento de grupos de apoyo.

En 1990 se crea la Declaración de Innocenti. Los hospitales amigos de los niños se acreditan al cumplir los diez pasos para una lactancia feliz. En Colombia IAMI. Fue elaborada y aprobada por 120 países en la reunión conjunta OMS/UNICEF de planificadores de política sobre "La lactancia materna en el decenio de 1990: una iniciativa a escala mundial", copatrocinada por la Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo Internacional (AID) y el Organismo Sueco de Desarrollo Internacional (OSDI), y celebrada desde del 30 de julio al 1ro de agosto de 1990, en el Ospedale

degli Innocenti, en Florencia (Italia). Su interés principal era la protección, el fomento y el apoyo a la lactancia materna.

WABA, UNICEF, RED IBFAN entre otros, promueven la primera Semana Mundial de la Lactancia Materna del 1 al 7 de agosto. Tema: Hospitales amigos de los Niños.

En 1992 la Conferencia internacional de nutrición y Plan de Acción de Nutrición en Roma y en 1996-2005 el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición. Departamento Nacional de Planeación, Consejería para la Política Social. Documento CONPES 2847. En 1998-2008 el plan decenal para la promoción y apoyo a la lactancia materna. Ministerio de Salud, ICBF, UNICEF y en 1999 la Resolución 412 que establece las normas y guías de atención. ⁵

Semana mundial de la lactancia materna

La semana mundial de la lactancia materna es el movimiento social más extendido en defensa de la lactancia materna. Se celebra en 120 países, del 1 al 7 de agosto, aniversario de la Declaración de Innocenti, firmada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en agosto de 1990 sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia materna. En Europa se celebra durante la 41ª semana del año, queriendo representar la primera semana de vida de un bebé cuya gestación se hubiera iniciado en enero. El último día de esta semana mundial, que coincide con el primer domingo de octubre, tiene lugar la fiesta de la lactancia materna, que consiste en un amamantamiento colectivo al aire libre y la lectura de un manifiesto cuyo contenido refleja el lema elegido por OMS y UNICEF para cada año.

Distintivo de la semana

El distintivo de esta semana es un lazo dorado. A este lazo se asocia el símbolo de la protección, la promoción y el apoyo a la lactancia materna. El empleo del color "oro" simboliza la excelencia de la leche materna. El oro como estándar de calidad. Se trata de un lazo, y no un rizo, como en otras campañas, porque en cada lazo, una vuelta representa a la madre y otra al hijo. La cinta es simétrica, expresando que la madre y el hijo son igual de importantes en la lactancia. Si falta uno de ellos, no hay lactancia. Es un derecho de los dos.

El nudo representa al padre, la familia, los grupos de apoyo y la sociedad. Es el elemento que conforma el lazo, el que ejerce su apoyo para que la lactancia tenga éxito. Esta jornada se celebra del 1 al 7 de agosto en la mayoría de los países, aunque en algunos otros tiene lugar durante el mes de octubre, y su objetivo es apoyar los esfuerzos para alcanzar las metas propuestas en la Declaración Innocenti.

Lema anual de promoción de lactancia materna

Cada año la promoción se orienta sobre un tema diferente que se presenta a través de diferentes lemas. Así, en el año 1992 se lanzó la Iniciativa hospitales amigos de los niños, al año siguiente el lema se dirigió a Lactancia materna, fortaleciendo a la mujer y en el posterior, Lactancia materna, haciendo el código funcional. En 1995 Iniciativa lugares amigos de las madres y los niños. En 1996, 1997 y 1998 se realizaba el papel de la lactancia materna como Una responsabilidad comunitaria, Un recurso natural y como la mejor inversión. En 1999 el lema para la Semana Mundial fuera Lactancia materna, educación para la vida. Ya en el año 2000, el lema fue: La lactancia materna: tu derecho.

Con el nuevo siglo, la Semana Mundial trató sobre La era de la información, para dar conocimiento a las mujeres y en el 2002 el lema fue Madres saludables, bebés saludables. En el 2003 fue Lactancia materna en un mundo globalizado, por la paz y la justicia. En 2004 el Lema Internacional dado por WABA fue Lactancia materna exclusiva: satisfacción, seguridad y sonrisas.

En el año 2005, el lema fue "Lactancia materna y alimentación complementaria", en el año 2006, "Vigilando el Código: 25 años en defensa de la lactancia materna", y en el año en curso, "LA PRIMERA HORA SALVA UN MILLÓN DE VIDAS" INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA.

En Cuba, la consigna de siempre es: todo por la salud de madres y bebés. Los principios de la DECLARACIÓN DE INNOCENTI, aprobada hace ya catorce años, se han cumplido en la Patria.⁴

Lactancia Materna en Latinoamérica y Cuba

La llegada de los españoles al continente americano en 1492 determina una modificación en el desarrollo de las ciencias médicas. Se enfrentan dos culturas absolutamente desconocidas entre si, diferentes no solamente por el grado y estilo de formación sino también por el ambiente natural que les toca vivir y sus circunstancias ecológicas.

Al cambiar de ámbito, el conquistador tuvo que incorporar necesariamente nuevos hábitos de vida para sobrevivir y, a su vez, imponer los suyos.

Es allí donde tiene su origen la Pediatría Latinoamericana, en la forma como los aborígenes de la época precolombina actuaban frente a la madre, al niño y la familia y que los primeros conquistadores recogieron, integrándolas a su propio acervo. Hábitat, costumbres, herboristería, ritos, supersticiones, curas mágicas, profundamente internalizadas a través de los siglos, fueron transmitidas de padres a hijos y se conservan todavía entre las pautas culturales de la medicina popular, de la folk medicina, que a veces vemos en las puertas de las grandes ciudades de América Latina y que el pediatra debe aprender, interpretar, orientar y si es preciso corregir.

La medicina, y muy especialmente la farmacopea, adquirieron otra dimensión. El hallazgo de nuevas hierbas enriqueció la terapéutica europea e increíbles supersticiones revelaron en América

Latina un ser humano que recurría a extrañas maneras de ahuyentar el dolor y conjurar la enfermedad.

Los nativos, como en todas las medicinas primitivas, atribuían las calamidades del cuerpo y el espíritu a la determinación divina y la magia y la hechicería dominaron el empirismo, no obstante ser éste, muchas veces, de considerable valor. ⁷

Los aztecas adoraban a una diosa de la medicina que llamaban Izapohatenan, a la que ofrecían sacrificios humanos en ciertas oportunidades. El Dios Ope protegía al recién nacido y Xoathicitl velaba las cunas durante las noches. Piltzustenetli era un Dios de "élite", destinado a los niños nacidos de matrimonios legales y especialmente nobles.

A pesar de los cruentos sacrificios humanos que ofrecían a los dioses, esta civilización distante e ignota, también tenía normas de vida y principios morales similares a los de culturas más evolucionadas.

Después de nacer, el niño era bañado al tiempo que se pronunciaba una oración especial. Al cuarto ó quinto día se efectuaba el segundo baño antes de la salida del sol con una ceremonia y maniobras de orden práctico rodeadas de un halo de misterio y de temor que inspiraban los conjuros y las súplicas.

El niño era puesto al pecho al segundo día de vida. Lo tomaba durante dos o tres años; si la madre no podía alimentarlo se recurría a una nodriza. El destete constituía asimismo una ceremonia.

Viajantes, cronistas y misioneros coinciden en describir el trato amoroso dado por las madres aborígenes brasileñas a sus hijos. Tanto el "cavalheiro" Pigafetta en 1519, como Staden en 1557 y el padre capuchino Claude d'Abbeville, al referirse a la primitiva madre tupinambá o a las indias de Maranhão señalan que "cariñosas y vigilantes" cargan a sus hijos al lado de sus cuerpos, casi siempre prendidos al pecho, con una faja de algodón, la "tipoiá", y así, con ellos, trabajan. Los niños duermen y van contentos, por más que ellas se agachen o se muevan [...] nunca los abandonan ni les dan castigos. Destacan la asombrosa energía física de las mujeres que paren en los campos y rápidamente después del parto se lavan con su niño en el río más próximo y no reposan más de 2 ó 3 días. Mientras que el hombre se acuesta en la hamaca de su choza para recibir visitas, mimos de su mujer y comidas especiales, como si fuera él quien va a parir [...] los niños pueden llegar a mamar 7 u 8 años."

Los guaraníes, uno de los grupos más numerosos del Paraguay y del litoral argentino no fajaban a los niños como en el Norte y les daban el pecho hasta los 3 o 4 años, y hasta los 8 en ocasiones. Al comenzar el destete se agregaba a su alimentación frutas y miel de abeja. También comían

mandioca previamente masticada por la madre y rápidamente incluían como alimento el “tambú asado”, que es el gusano que se cría en el carozo de coco. Esta costumbre ha continuado hasta hoy entre los campesinos.

Su sabiduría natural les inspiró una especie de incubadora para colocar a los prematuros. Consistía en una olla de barro “yapepo”, recubierta de plumas por dentro y colocada no muy alejada del fuego. Los alimentaban con agua, miel y grasa de tambú.

Los senos de la mujer ona (Patagonia) estaban bien desarrollados, no obstante ser muy delgadas y producían cuantiosa leche. En el ritual del amamantamiento participaban todas las mujeres de la tribu. Lo hacían de la misma forma que la mujer civilizada, el pezón entre el dedo índice y mayor; la lactancia se prolongaba hasta los 3 ó 4 años.

En 1761, por Real Cédula de Carlos III se fundó la Casa de Huérfanos, que cobijaba a niños lactantes que vivían junto a sus amas de leche; había también una sala para parturientas vergonzantes y un torno para expósitos.

A principios del siglo XX, las Instituciones de Protección a la Infancia y los Patronatos crearon lactarios, centros para inspecciones de nodrizas, Institutos de puericultura y Dispensarios de lactantes que fueron la reproducción de las “Gotas de leche” .En las décadas del 20 y del 30, las diarreas y los llamados trastornos nutritivos del lactante, fueron una gran preocupación de los pediatras. Comenzó el desarrollo de la industria de la alimentación en la infancia. Fue tanto el progreso que la industria se sobredimensionó y llegó a prescribirse la lactancia artificial, aún en las situaciones de normalidad, en las cuales la lactancia natural era posible.

Se generó una Iatropatología preocupante, que hizo necesaria la organización de campañas de promoción del amamantamiento materno y hace más de veinte años la aprobación por parte de la OMS, a la que se adhirieron las Sociedades Nacionales de Pediatría, del Código de Ética de comercialización de fórmulas infantiles. ⁸

La historia de la lactancia en Cuba no difiere de la de Latinoamérica y como en el resto del mundo, se introdujo la lactancia artificial a mediados del pasado siglo.

A partir del triunfo de la Revolución y con la creación de una sociedad socialista, para el Estado Cubano ha constituido responsabilidad y objetivo primordial, la búsqueda incesante de formas encaminadas a dar el merecido reconocimiento y protección de los derechos a la madre y a su descendencia, dispensando una amplia atención a la salud y a la seguridad social, lo que se expresa jurídicamente en la Ley Nº 1263 "De la Maternidad de la Trabajadora", dictada en fecha tan temprana como el 14 de enero de 1974. ⁷

Ya en los años 90 solo el 62.7 % de los niños recibían lactancia materna exclusiva y a los 90 días la prevalencia de este modo de alimentación se reducía a un 24.5 %.^{1, 48}. Por ello, a inicios de esta década se inició un arduo y continuado trabajo de promoción de la lactancia materna.⁹

El Centro Nacional de Educación para la Salud y el Centro Nacional de Educación Sexual han ocupado una relevante posición a través de la divulgación a la población por los diferentes medios de comunicación disponibles, de toda una serie de conocimientos y guías prácticas para prolongar el tiempo de lactancia materna. Una muestra fehaciente ha sido la Declaración de los Hospitales, Policlínicos, Hogares Maternos y Consultorios Médicos "Amigos del Niño y de la Madre", cumpliendo los 10 pasos establecidos para obtener una lactancia exitosa y feliz.¹⁰

Factores que en el mundo han determinado el abandono de la Lactancia Materna Exclusiva

En los últimos 100 años, la alimentación con leche materna en el mundo ha experimentado altibajos. Se conoce que la incorporación de los sucedáneos de la leche humana, ha sido un factor determinante en la crisis por la que ha atravesado el acto de amamantar en los últimos años.

Existen otros factores como la industrialización y urbanización; las prácticas hospitalarias, que propician que los niños sean separados de la madre, aspecto éste que todavía ocurre en muchos hospitales de muchos países del mundo, al igual que la puesta tardía del bebé al pecho.

También se citan otros factores como la desinformación del personal de salud sobre los nuevos descubrimientos relacionados con la lactancia materna y su práctica, la incorporación de la mujer al trabajo, y más que ello, la falta de leyes que la protejan y le permitan una licencia para el cuidado y alimentación para su hijo, al menos en los primeros meses de vida, o solo unas horas para poder extraerse la leche de sus pechos.

Además se señala la incertidumbre de la embarazada hacia la lactancia y el poco apoyo de la familia y del personal de salud.

Y factor muy determinante también lo fue, a partir de la década del 50, el incremento de la propaganda y la ofensiva de las campañas publicitarias de leche que conllevó a una severa disminución de la prevalencia y duración de la lactancia materna.

Comprobadas consecuencias del abandono del amamantamiento exclusivo

El abandono de la práctica de amamantar ha traído graves problemas sobre todo a los niños en los países pobres o en los barrios más pobres de las grandes ciudades del mundo, donde las madres, arrastradas por la cultura del biberón, ofrecen a sus hijos leches muy diluidas para poder “aliviar” los altos costos de las leches artificiales y también fórmulas contaminadas, por la falta de agua potable y de educación sanitaria elemental, sin olvidar que algunas no poseen los recursos mínimos para lograr condiciones donde preparar una fórmula que no esté en mal estado.

Este fenómeno afectó tanto a países desarrollados como a los subdesarrollados y, en los últimos, provocó grandes epidemias de enfermedades diarreicas agudas con la repercusión sobre la salud de los niños que con frecuencia sufrían diferentes grados de desnutrición, con sus consecuencias graves y en ocasiones hasta mortales.

El incremento de las enfermedades respiratorias agudas, específicamente las otitis medias; de infecciones genitourinarias; de otras infecciones inespecíficas y específicas de distintos sistemas y aparatos, incluyendo las sepsis graves, así como el incremento de alergias, enfermedades atópicas, eccema, asma, linfoma, Crohn, maloclusión dentaria y obesidad son otras de las consecuencias del abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.⁹

Hay grandes evidencias de la relación existente entre la lactancia materna y los indicadores de morbilidad y mortalidad infantil en todo el mundo, lo que se remonta al siglo XIX. Morse y Talbott relatan que durante el sitio de París entre 1879 – 1881, cuando la población ya no tenía alimentos, la tasa de mortalidad general se duplicó, pero la tasa de mortalidad infantil disminuyó de 330 a 170 por 1000 nacidos vivos; este notable fenómeno es explicado porque al no tener las mujeres otro alimento que dar a sus hijos estaban obligadas a amamantarlos.

Según la OMS podrían salvarse en el mundo más de un millón de vidas infantiles al año, si todas las madres amamantaran a sus hijos de forma exclusiva durante los primeros cuatro meses de vida.

La OPS señala que el riesgo de morir de los niños alimentados artificialmente, es de tres a cinco veces mayor, que para los bebés alimentados al seno materno.⁵

Lactancia materna en el mundo actual y desafíos

Diferentes países actualmente han experimentado un cambio favorable en la duración de la lactancia materna; desde los países nórdicos en Europa como Suecia, donde el 80 % de las madres todavía amamantan a sus hijos a los 6 meses o Finlandia donde más del 90 % de las

madres dan el pecho en los primeros 4- 6 meses de vida de sus hijos; como ejemplo en América se cita Cuba, donde se reportan datos que oscilan desde el 60 % hasta el 80 % de niños alimentados al pecho hasta el 4º mes de vida de forma exclusiva.

Lo opuesto se observa, por ejemplo, en España donde inician la alimentación a pecho solo el 60 % de las madres, y a los 2 meses solo la mantienen el 20 %.

Sólo en años recientes se han identificado en el mundo las causas del aumento de las enfermedades infecciosas, no infecciosas e incluso de la mortalidad infantil desde que se introdujo la lactancia artificial: la manipulación, los chupos, los biberones, la dilución de la leche. ⁶

Todos los años nuevas investigaciones reafirman la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años.

Uno de los últimos descubrimientos científicos demostró que la leche materna presenta en su composición sustancias grasas que son esenciales para el desarrollo neurológico de los lactantes, traduciéndose en las capacidades intelectuales futuras.

Los gobiernos, los grupos de madres, las sociedades científicas, las escuelas, las organizaciones internacionales, los hospitales, los individuos están usando las más diversas formas (reuniones, boletines, radios, teatros, pinturas, música, cultura popular, video, etc.), para comunicar la importancia de la lactancia materna para los niños, las madres, las familias y el planeta.

Aproximadamente 15000 hospitales en 128 países de todo el mundo han alcanzado tal categoría. Reportes de los cinco últimos años, refieren que entre los 10 países con mayores tasas de lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses, destacan Chile con 77%, Cuba con 76% y Eritrea con 66%.

El Ministerio de Salud en el Perú ha acogido también esta iniciativa. Según ENDES 2000, las tasas de lactancia materna exclusiva han aumentado entre 1991 y el 2000, del 52 al 79% en los niños de 0-1 mes, y de 32 a 67% en los niños de 2-3 meses, debido a la promoción intensa del sector salud.

Publicaciones recientes refieren que las tasas de amamantamiento exclusivo, son muy bajas en América Latina y el Caribe, como en casi todo el mundo. Esto pone en duda sobre que tan efectivo resulta la promoción de un régimen alimenticio que en la práctica se sigue con muy poca frecuencia.¹¹

Sin embargo, existen evidencias de estudios experimentales y casi experimentales, donde se demuestra los efectos positivos de la consejería y el apoyo permanente a través de visitas domiciliarias, en el logro de la lactancia materna exclusiva. Esto quiere decir que se puede

aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva, ello depende de la capacitación personalizada y del apoyo permanente, para conocer la problemática de cada mujer. Depende también de un trabajo conjunto y muy interesado de todo el personal de salud involucrado directa o indirectamente con la atención de la madre y del niño.

En este aspecto los pediatras desempeñan un papel muy importante, al igual que los ginecólogos y obstetras. La promoción de la lactancia materna exclusiva involucra también la educación de la población sobre el tema, el apoyo de los medios de comunicación, un marco legal que apoye a todas las madres trabajadoras-lactantes.³

En los 15 años transcurridos desde la Declaración de Innocenti, se ha avanzado considerablemente en el logro de sus objetivos.

Entre 1990 y el año 2000, los niveles de lactancia materna exclusiva en los países en vías de desarrollo aumentaron un 15 por ciento entre los lactantes menores de cuatro meses de vida (del 46 por ciento al 53 por ciento) y 15 por ciento entre los lactantes menores de seis meses de vida (del 34 por ciento al 39 por ciento). En algunos países las tasas se duplicaron, se triplicaron, e incluso se cuadruplicaron, en especial entre los trabajadores de salud y los agentes comunitarios que habían sido capacitados para proporcionarles a las madres consejería en lactancia materna y apoyo a la misma adecuados. Independientemente de estos logros, la mayoría de los lactantes todavía no reciben los beneficios conferidos por la lactancia materna, exponiéndose así a millones de niños y niñas a un riesgo innecesario de enfermedad y de muerte. La mayoría de los trabajadores de la salud carecen de las habilidades y el conocimiento necesario para ayudar a las madres a mejorar sus prácticas de alimentación.

La Declaración de Innocenti proporcionó la fuerza necesaria para la conformación de 34 comisiones nacionales, en tanto que el número de países con algún tipo de autoridad nacional en lactancia materna superó los 50. El grado de actividad y el impacto de las comisiones nacionales varían notablemente, y el financiamiento inadecuado y dudoso amenaza la sustentabilidad.

La iniciativa "Hospital Amigo del niño y de la Madre" ha impulsado los recursos mundiales, ha proporcionado un enfoque en común además de haber generado el deseo político en los niveles más altos. Los principios de la iniciativa continúan siendo universalmente válidos para todas las duplas de madres y lactantes, independientemente del contexto. A fines del año 2005, aproximadamente 20.000 instalaciones de maternidad en 150 países industrializados y en vías de desarrollo habían sido nombrados "hospitales amigos". Si bien la Iniciativa pareció perder su fuerza hacia fines de los años 1990 debido a la competencia de recursos y preocupaciones en torno al VIH/SIDA, el número de instalaciones designadas "Amigas del Bebé" continuó en aumento. Los Diez Pasos hacia una Lactancia Materna Exitosa de la Iniciativa recibieron un nuevo

reconocimiento en el nuevo milenio. Los materiales revisados de la IHAN abordan la flexibilidad respecto de la implementación, el apoyo materno y pediátrico vinculado, la sustentabilidad, la calidad, el costo, la especial situación del VIH y el alcance comunitario.¹¹

El número de países con una legislación que valida el Código y las posteriores resoluciones relevantes de la Asamblea Mundial de la Salud continúa en aumento; los 64 países cuentan hoy con leyes o normas que las aplican en parte o por completo. La epidemia del VIH, que genera una mayor frecuencia de complejas emergencias humanas y preocupaciones respecto de la fórmula infantil en polvo contaminada, refuerza la urgencia de implementar el Código. La eficaz adopción, implementación y aplicación del Código Internacional es posible mediante una capacitación concienzuda de sus defensores, una minuciosa capacitación de quienes diseñan las políticas y abogados en materia legislativa, normas claramente elaboradas y un monitoreo e informe independiente. La protección de la lactancia materna sólo se logrará a través de un total cumplimiento del Código.

En la última década el número de mujeres con empleos remunerados aumentó prácticamente en 200 millones. La carga laboral de madres de niños y niñas pequeñas necesita ser ajustada de modo tal que ellas puedan tener el tiempo y la energía necesaria para amamantar. Esta es una responsabilidad de todos. El progreso ha sido lento; sólo 59 países han ratificado al menos una de las tres convenciones vinculadas a la protección de la maternidad de la OIT. La protección de la salud y del trabajo, la licencia por maternidad paga de 14 semanas de duración y los recesos pagos para amamantar son requerimientos mínimos incluidos en la presente convención sobre la maternidad de la OIT (No. 183). Asimismo, es preciso abordar la protección de la lactancia materna en los entornos laborales no formales.

La promoción de la lactancia materna comenzó a fracasar en algunos países cuando ciertos estudios previamente realizados señalaron que el VIH podía transmitirse a través de la lactancia materna. La mayoría de las mujeres infectadas por el VIH no transmiten el virus a sus hijos/as. Ante la ausencia de intervenciones destinadas a evitar la transmisión, aproximadamente 5-20 por ciento de los lactantes de madres infectadas por el VIH se infectarán a través de la lactancia materna. La nueva evidencia ha ayudado a comprender de mejor manera las opciones de alimentación infantil para las madres seropositivas.

El mundo se enfrenta a una mayor inestabilidad y a un número cada vez más elevado de emergencias que en 1990 con todo lo que ello implica para la salud pública. Durante una situación de emergencia, las tasas de morbilidad y mortalidad infantil pueden elevarse un 20 por ciento debido a los altos niveles de exposición a infecciones y a una alimentación y a un cuidado inadecuados. La ausencia de lactancia materna incrementa estos riesgos dramáticamente dado

que a menudo una de las primeras respuestas en una emergencia consiste en proporcionar fórmula y leche infantil, lo cual agrava la situación aún más.

La posición social y el estado en que se encuentran las madres, incluyendo su nutrición, su salud y supervivencia, son principales determinantes del bienestar infantil. Es preciso que las mujeres reciban el poder como derecho propio para cuidar de sus hijos e hijas de manera apropiada. Las mujeres pueden cuidarse a sí mismas y amamantar a sus hijos/as si se les garantiza que tengan acceso a información completa y precisa, a una alimentación adecuada y a servicios sanitarios de calidad, oportunidades económicas y al apoyo de la familia y del ámbito laboral. La promoción y la defensa de la lactancia materna deberían respetar los derechos humanos de la madre y del niño/la niña en el contexto de la igualdad de géneros.⁹

Los contaminantes químicos pueden ingresar en el organismo a través de los alimentos y a la exposición a sustancias tóxicas. Para lograr el derecho de todo a la salud y a una alimentación adecuada, es sumamente importante proteger la seguridad del suministro de alimentos, comenzando por el alimento de la madre y la leche que ella produce.

Los actuales desafíos sólo fortalecen la necesidad de actuar con rapidez en fomento de la alimentación del lactante y del niño pequeño. La primera necesidad consiste en cumplir con los cuatro objetivos iniciales de la Declaración de Innocenti. La evidencia científica, la Estrategia Mundial par la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño y los resultados comprobados de programas nacionales a gran escala proporcionan una sólida base a partir de la cual es posible avanzar. Esto requiere del compromiso de gobiernos y de donantes.

Fomentar la alimentación del lactante y del niño pequeño es vital para lograr las Metas de Desarrollo para el Milenio (MDM), en especial aquellas metas vinculadas a la reducción del hambre y de la mortalidad infantil. Los recursos deberían abocarse a los programas ligados a la lactancia materna y a la alimentación complementaria promoviendo así a su contribución al logro de las MDM. La lactancia materna exclusiva representa una de las principales intervenciones preventivas para la supervivencia infantil. Cada año, aproximadamente dos millones de vidas podrían salvarse a través de la lactancia materna exclusiva y la lactancia materna continuada con alimentación complementaria apropiada hasta los dos años o más. El perdurable impacto de mejores prácticas alimentarias se traduce en niños y niñas saludables que pueden lograr todo su potencial de crecimiento y desarrollo.⁸

La Estrategia Mundial indica el camino a seguir. OMS y UNICEF desarrollaron la guía para la acción para generar una nueva atención mundial hacia el impacto que sobre la supervivencia, la salud, el crecimiento y el desarrollo de los lactantes y los niños pequeños ejercen las prácticas alimentarias. La Estrategia Mundial identifica las obligaciones y las responsabilidades de los

gobiernos, las organizaciones y otras partes interesadas para garantizar el cumplimiento del derecho de todo niño al más alto estándar de salud posible y el derecho de toda mujer a recibir información completa y sin sesgo además de acceder a la salud y nutrición adecuadas.

La Estrategia Mundial reafirma la relevancia y la urgencia de los cuatro objetivos operativos de la Declaración de Innocenti, añade objetivos operativos destinados a reflejar un enfoque abarcativo que incluye una política nacional, la reforma de sistemas de salud y la movilización de la comunidad, identifica intervenciones ya comprobadas tales como consejería en lactancia materna llevada a cabo por personal de salud y trabajadores comunitarios capacitados, vuelve a poner énfasis en la importancia de la alimentación complementaria, la salud y la nutrición de la madre y la alimentación en circunstancias excepcionalmente difíciles, incluyendo la alimentación de lactantes de muy bajo peso al nacer, lactantes y niños/niñas pequeños/as afectados por emergencias naturales o humanas y lactantes de madres infectadas por el VIH. ¹¹

Actualidad en Cuba.

En Cuba existe una situación favorable para el desarrollo de la infancia y la adolescencia como resultado de la política mantenida durante 40 años, centrada en la justicia social y la equidad. El bienestar de los niños y niñas es un propósito inherente al proyecto social cubano. El respeto y la atención a sus derechos constituyen una estrategia que, de manera consciente y planificada, permite la proyección de acciones en favor de la infancia.

Los derechos de las niñas y los niños cubanos son protegidos mediante el diseño, ejecución y evaluación de políticas sociales, programas y proyectos en las áreas de la salud, la educación, la seguridad social y otras. Entre los que más se destacan figura el Programa Nacional de Atención Materno-Infantil que incluye diversos objetivos y que para su desarrollo han adquirido la estructura de programas; entre ellos: el Programa de Promoción de la Lactancia Materna.

La alimentación y nutrición de los niños y las niñas comienza a ser atendida mediante la promoción de una mejor y natural forma de alimentación de la especie humana. Los incalculables beneficios de la lactancia materna justifican todos los esfuerzos realizados en Cuba en favor de la salud y el desarrollo de su infancia, lo cual le ha permitido elevar los porcentajes de recién nacidos/as que mantienen hasta el 4to mes de vida la lactancia exclusiva y que incluso continúan consumiendo leche materna, complementada con otros alimentos, hasta los 6 meses de edad.

A la salida de las maternidades cubanas, el 98,8% de los niños salen con lactancia materna exclusiva, aunque solo la mantienen un 46,9% al llegar al cuarto mes, según las encuestas nacionales que tienen una validación internacional, que es una cifra privilegiada si se compara con el resto del mundo, aunque distante de nuestras expectativas.

El Ministerio de Salud Pública de Cuba se ha trazado como propósito lograr las condiciones óptimas de nutrición para el lactante y la mayor protección contra las infecciones a las que éste es vulnerable en la primera infancia, mediante la promoción y prolongación de la lactancia materna al menos hasta los seis meses y que ésta beneficie a todos los recién nacidos, con excepción de las circunstancias en las que esté realmente contraindicada.

El programa de atención al niño y a la madre está bien estructurado dentro de la maternidad. Se basa fundamentalmente en la educación a la embarazada y en la promulgación de la lactancia materna durante el tiempo que está la madre en el hospital. Otras medidas importantes son: el alojamiento conjunto, poner al bebé al seno materno inmediatamente que nace para la estimulación temprana de la lactancia, no dar otro alimento dentro del hospital. Todo esto conjuntamente con la preparación del médico y otro personal hace que el programa se mantenga y perpetúe en los hospitales, y que la madre salga lactando del hospital, lo cual se continua en la atención primaria de salud.¹⁰

El Decreto ley N° 234 de 2003 de la Maternidad de las Trabajadoras concede derechos a la mujer trabajadora y protege su maternidad, asegurando y facilitando su atención médica durante el embarazo, el descanso pre y postnatal, la lactancia materna y el cuidado de los hijos e hijas menores de edad, así como el tratamiento diferenciado en el caso de discapacidad de éstos.

Asimismo contribuye a propiciar la responsabilidad compartida de la madre y el padre en el cuidado y atención de los hijos e hijas, y la del padre en caso de fallecimiento de la madre.

Este Decreto-Ley es de aplicación a la madre y al padre adoptivos en todo lo que concierne a la protección de los hijos e hijas.

En su artículo 15 plantea que a partir del vencimiento de la licencia postnatal la madre trabajadora puede optar por incorporarse al trabajo o por cuidar al hijo o hija, devengando una prestación social ascendente al 60% de la base de cálculo de la licencia retribuida por maternidad. Esta prestación se abona a las trabajadoras que cumplan los requisitos establecidos para obtener la prestación económica por maternidad, hasta que el hijo o hija arribe a su primer año de vida o antes de esa fecha si la madre se incorpora al trabajo, sin perjuicio de su derecho a acogerse nuevamente a su disfrute, siempre que el niño o niña no haya cumplido el primer año de vida.⁷

Estrategias de Promoción de la Lactancia Natural

La promoción de la lactancia natural es una estrategia básica para el control de la morbilidad y mortalidad infantil. Basándose en estudios realizados se afirma que anualmente la prolongación del período de lactancia del seno materno podría salvar muchas vidas infantiles ya que los

beneficios aumentan cuando el lactante es alimentado exclusivamente de forma natural durante los primeros 6 meses de vida y posteriormente se sigue, con un período prolongado de amamantamiento, combinado con una alimentación complementaria.

Naciones Unidas, entre las cuestiones pendientes sobre la lactancia materna, persigue el objetivo de lograr que las madres amamenten a sus hijos los primeros seis meses de vida ⁸ para lo cual se trazan estrategias de promoción de la lactancia natural en diferentes países del mundo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Córdova L, Cabezas E, Meizoso O, Sosa M, Almanza MI. Programa Nacional de Atención Materno Infantil. Orientaciones metodológicas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
2. Cervera Puig C, Julia Gisbert A, Martínez Molina A. Matronas de Paritorio Consorcio del Hospital General Universitario de Valencia. Enfermería Integral 2007.
3. Henri Nestlé [Monografía en Internet] Wikipedia. La enciclopedia libre: 2010 [Consultado 20 de noviembre 2010] Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Henri_Nestlé
4. Semana mundial de La lactancia materna. [Monografía en Internet] Wikipedia. La enciclopedia libre: 2010 [Consultado 20 de Noviembre 2010] Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Semana_mundial_de_la_lactancia_materna
5. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Despacho del Ministro. Orientaciones de la OMS. Lineamientos de WABA/IBFAN. Invitación a unirse a la campaña de promoción y fomento de la lactancia materna durante el mes de agosto de 2007. Bogotá: 2007.
6. Lactancia materna. [Monografía en Internet] Wikipedia. La enciclopedia libre: 2011 [Consultado 3 febrero 2011] Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Lactancia_materna
7. Ley de la Maternidad de la trabajadora. Republica de Cuba. Boletín oficial del estado, Nº 1263, (14 enero 1974).
8. Serra Hernández E, Solarana Ortiz J, Velázquez Zuñiga G, Parra Hijuelos C, Serra Hernández Y, González Sánchez P. Intervención Educativa. Efectividad sobre la Lactancia Materna. Policlínica "Mario Gutierrez Ardaya". Correo Científico Médico de Holguín. [Revista en Internet] 2003 [Consultado 12 de febrero 2008]; 7(4). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no74/n74ori3.htm>
9. UNICEF. Objetivos del desarrollo del milenio. Objetivo 4: Reducir la Mortalidad Infantil. Día Universal del Niño. 20 de noviembre, 2007.

10. Derechos Humanos en Cuba. La Niñez y la Adolescencia. Decreto ley de la maternidad de las trabajadoras. Ley Nº 234/2003.
11. Naciones Unidas. Nosotros los Niños: Examen final del decenio del resultado de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia. Informe del secretario general, Naciones Unidas New Cork; 2001.