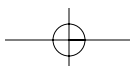
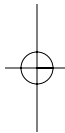
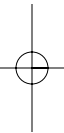
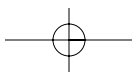
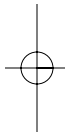
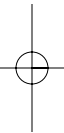
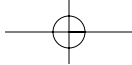


Estrategias integradas al nivel local





ANÁLISIS DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL BRASIL: DE LAS RECOMENDACIONES INTERNACIONALES A LA POLÍTICA LOCAL

Marina Ferreira Rea¹ y Maria de Fátima Moura de Araújo²

RESUMEN

Las recientes estadísticas sobre la lactancia materna en el Brasil,³ indicativas de altas tasas de esa práctica (duración media cercana a 10 meses), son alentadoras e impresionantes, particularmente al compararlas con las cifras del censo nacional de 1975, según las cuales una de cada dos mujeres lactantes brasileñas la había descontinuado totalmente a los dos o tres meses del nacimiento del niño. En forma similar, la Encuesta de Demografía y Salud de 1986 reveló una tasa nacional de lactancia materna solamente de un 4%, la mínima tasa de lactancia materna exclusiva registrada entre los 0 y los 4 meses de edad en toda América Latina.

El presente capítulo se enfoca en la evolución del Programa Nacional de Incentivo a la Lactancia Materna (PNIAM) del Brasil y recalca la importancia de las recomendaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en materia de política internacional para transformar la situación de la lactancia materna en un país que no solamente es el de mayor extensión geográfica de América Latina, sino que se caracteriza por una dinámica diversidad cultural, étnica y socioeconómica. Se explorará también la posible utilidad de la for-

mulación de políticas e intervenciones adoptadas en el Brasil como base para la creación y el examen de nuevas políticas internacionales y, a la vez, su posible forma de adaptación dentro de los marcos nacionales y comunitarios existentes.

En el Brasil, los estudios que proporcionan datos sobre la lactancia materna permiten dividir el análisis del presente capítulo en cuatro períodos, a saber, el decenio de 1970, que marcó el comienzo de las reacciones en pro y en contra de la lactancia materna y también coincidió con el uso máximo de leche maternizada; el decenio de 1980,

¹Directora de la División de Salud Maternoinfantil, Instituto de Salud, Ministerio de Salud de São Paulo, Brasil; doctora en medicina; investigadora científica principal y profesora de estudios superiores, Universidad de Campinas, São Paulo; especialista en lactancia materna de Wellstart International; y miembro de la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil (IBFAN).

²Profesora Asistente, Fundación para la Enseñanza de Ciencias de la Salud, Ministerio de Salud del Distrito Federal, Brasilia, Brasil; especialista en nutrición clínica y humana; ex Coordinadora de las Acciones Nacionales de Lactancia Materna, Ministerio de Salud del Brasil (1998–2003).

³Los datos sobre las intervenciones en lactancia materna citados para el período más reciente descrito en este capítulo, particularmente los correspondientes al período de finales del decenio de 1990 y de 2000–2002, se tomaron parcialmente de documentos y exposiciones. La responsabilidad de su modificación y análisis es exclusiva de las autoras.

cuando las campañas de promoción de la lactancia materna en gran escala recibieron extensa cobertura en los medios de comunicación; el decenio de 1990, cuando comenzaron a arraigarse las políticas en defensa de la lactancia materna y las actividades de planificación y adiestramiento para promoverla; y, por último, el siglo XXI. La dificultad en esta fase inicial del nuevo siglo es la necesidad de promover la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida y continuarla de ahí en adelante, con la provisión de alimentos complementarios apropiados, por lo menos hasta los dos años de edad (decisión adoptada por la OMS en 2001 y apoyada por el liderazgo brasileño en la 54ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS) y, al mismo tiempo, tener en cuenta los grupos especiales, de conformidad con la Estrategia Mundial OMS/UNICEF para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. La red de bancos de leche humana —campo en que el Brasil ha ejercido liderazgo mundial— puede ser la mejor alternativa para esos grupos especiales, como los niños de madres VIH-positivas que no pueden amamantarlos. En este capítulo también se describirá la iniciativa sobre los bancos de leche materna, así como otras medidas innovadoras, dificultades y posibles soluciones que permiten recurrir a la experiencia del Brasil.

INTRODUCCIÓN

Los tres desafíos principales que enfrentan los programas de promoción de la lactancia materna en el siglo XXI se pueden resumir de la manera siguiente:

- (1) cómo asegurar la práctica de la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los seis primeros meses de vida;
- (2) cómo introducir alimentos complementarios, inocuos y adecuados al régimen de alimentación sin interrumpir la lactancia materna desde los seis

meses hasta los dos años de edad y después; y

- (3) cómo promover la nutrición infantil adecuada de los grupos cuyas necesidades especiales no se abordan dentro del marco de las recomendaciones sobre lactancia materna enfocadas en la población en general, como es el caso de las madres VIH-positivas, las madres con niños sin protección legal en el lugar de trabajo, las madres en situaciones de emergencia (por ejemplo, las víctimas de desastres naturales, las guerras civiles o los episodios de hambruna y las residentes en asentamientos de refugiados) y otras cuyas singulares circunstancias exigen la aplicación especializada de las recomendaciones sobre lactancia materna.

En mayo de 2001, los Ministros de Salud asistentes a la 54ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS recomendaron que todos los niños recibieran leche materna exclusivamente hasta alrededor de los seis meses de vida y que la lactancia materna continuara de ahí en adelante por un período mínimo hasta los dos años (1). Esta decisión de política se adoptó después de un cuidadoso examen de las publicaciones científicas (2) y de años de debate en el cual se consideraron los intereses comerciales que no siempre han sido favorables a las metas de salud pública. En el documento se señala que la recomendación mundial se ha formulado como guía para las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño y que, al aplicarla, las autoridades de salud pública deben tener en cuenta las circunstancias locales, incluso los factores de riesgo ambientales, culturales y de otra naturaleza. Por otra parte, se recalca que con el fin de lograr la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida, las madres necesitan protección y apoyo para la lactancia, una realidad lograda solamente por medio de claras políticas y leyes nacionales en materia de salud materno-infantil.

En 1984 se publicó el primer metanálisis que mostró que la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los cuatro o seis meses de edad protege a los niños contra la muerte por enfermedades infecciosas (3). Este análisis fue seguido por un estudio de casos y testigos realizado en Porto Alegre y Pelotas, que arrojó datos hoy citados exhaustivamente en las publicaciones científicas. Dichos datos cuantifican esa protección y le asignan un significado, es decir, cuanto mayor sea el grado de lactancia materna exclusiva de los niños, menor será el riesgo de que mueran de diarrea o de otras infecciones prevalentes en la infancia, en particular durante los dos primeros meses de vida (4).

Sin embargo, por razones que todavía no están claras, la validación científica de este tipo de estudio no siempre se ha empleado para promover la lactancia materna. A pesar de ello, los conocimientos acumulados en el último decenio y medio sobre el tema han sido poco menos que revolucionarios: se ha demostrado a todas luces que cuando se deja de realizar la lactancia materna pueden empeorar varias enfermedades o afecciones, incluso la enterocolitis necrosante (5), la diabetes (6), las alergias (7) y la neumonía (8). La lactancia materna es muy importante para los niños prematuros y con bajo peso al nacer y da como resultado mayores tasas de inteligencia (9), agudeza visual (10) e hipotensión arterial en adolescentes de 13 a 16 años de edad (11). Hoy en día sabemos que la lactancia materna, además de proporcionar una dosis adecuada y vital de inmunoglobulina al comienzo de la vida, sigue siendo una importante fuente de proteína (algunas singulares e irremplazables) y de calorías, así como de micronutrientes, tales como vitamina A, durante el segundo año de vida de un niño; además, proporciona una tercera parte de la energía necesaria para el crecimiento infantil (12).

La leche maternizada se recetó por muchos años, dada la falta de conocimientos y comprensión sobre el valor nutritivo e inmunario de la leche materna, la importancia de

la lactancia materna en cuanto a sus beneficios fisiológicos y emocionales y su función en la reducción de la morbimortalidad infantil. Las mujeres también reciben los beneficios de la lactancia materna, como se ha comprobado por la menor tasa de prevalencia de cáncer ovárico (13–15) y mamario (16–20) y de subluxación coxofemoral debido a osteoporosis (21–23) así como la esterilidad puerperal prolongada que ofrece, con lo que permite un mayor espaciamiento entre los embarazos (24–26).

Hasta fines de los años setenta, los programas y las actividades de promoción de la lactancia materna se diseñaban con un mínimo de coordinación, análisis o criterios. Las consideraciones influyentes en la decisión de dejar de amamantar, por ejemplo, los factores culturales y socioeconómicos determinantes, la comercialización de sucedáneos de la leche materna y la orientación inadecuada, junto con la información imprecisa dada por los profesionales de atención de salud sobre los problemas relacionados con el seno al comienzo del período puerperal, siguieron haciendo estragos. Como consecuencia, esos factores, considerados junto con los programas y servicios de lactancia materna mal diseñados, pueden haber causado las crecientes tasas de destete precoz y el uso de leche maternizada y biberones durante ese período.

Hacia fines de los años setenta y durante todos los años ochenta se comenzó a demostrar que varias actividades de promoción de la lactancia materna en otras partes del mundo eran prometedoras para ampliar esa práctica. Las de más éxito entre ellas eran bien estructuradas, pero, sobre todo, multisectoriales en su método y bien coordinadas entre los socios participantes. En 1975, el Hospital Baguio de las Filipinas fue un importante precursor (27). La mortalidad infantil se redujo 95% en ese establecimiento después de la ejecución de una serie de actividades de promoción directa o indirecta de la lactancia materna, como la prohibición del uso de biberones, la introducción de la práctica del alojamiento conjunto del lactante y

de la madre, el uso de leche materna para los niños recién nacidos enfermos o prematuros y el adiestramiento didáctico del equipo de atención de salud. En los hospitales y dispensarios donde se prestaba atención prenatal y puerperal a las mujeres, el niño recibía atención en el período puerperal y las madres, orientación adecuada y apoyo para la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria, y los profesionales de salud podían aumentar las tasas de lactancia materna.

Este tipo de apoyo debe incluir, entre otras cosas, información sobre el mejor momento para iniciar la lactancia materna; la forma de colocar debidamente al niño y de acercarlo al seno; las ventajas de la lactancia materna; la necesidad de alimentar al bebé cada vez que se solicite; los inconvenientes de usar chupetes, pezoneras y biberones; y la instrucción sobre la forma de exprimir la leche materna manualmente (28).

Dentro de un marco más extenso, el Canadá ofrece quizá el mejor ejemplo para ilustrar la evolución de una política nacional de promoción de la lactancia materna (29). En ese país, entre 1965 y 1971, solamente 25% de las madres amamantaron a sus hijos. En 1978, al darse cuenta de la importancia de conseguir amplio apoyo de los médicos antes de iniciar cualquier programa de lactancia materna, la respetada revista *Canadian Journal of Public Health* publicó un documento de posición. Este fue el catalizador para iniciar una política nacional de promoción de la lactancia materna. En la primera fase del desarrollo de la política, concentrada en los profesionales de salud, los planificadores de política analizaron los factores básicos del éxito de la industria farmacéutica para conseguir el respaldo y el uso de sus productos por los médicos y sus pacientes. Por lo tanto, con el fin de “vender” el producto —en este caso la lactancia materna— se preparó un atractivo juego de materiales que incluyó explicaciones de fondo sobre la base científica de la lactancia materna, información sobre el manejo clínico de la misma, un cartel que podía exhibirse en los establecimientos de

atención de salud maternoinfantil y cartas de respaldo de las principales asociaciones profesionales científicas y del Ministro de Salud del país. Se distribuyeron unos 62.000 juegos de materiales. Ulteriormente, se evaluó el impacto de esos materiales en una muestra de 3.000 profesionales, quienes indicaron que eran útiles para fines autodidácticos y que el cartel era muy eficaz para despertar un mayor interés de sus pacientes en las cuestiones relativas a la lactancia materna.

La segunda fase se concentró en las madres primíparas con un folleto titulado *How Breastfeeding Works* [Cómo funciona la lactancia materna], publicado por la Academia Canadiense de Pediatría, la Liga de la Leche del Canadá y el Departamento de Salud de ese país. Después de distribuir unos 850.000 ejemplares se estudió el efecto del folleto en una muestra de 500 madres que indicaron, en alto porcentaje, que la información presentada era nueva para ellas y la consideraban útil. En una tercera fase del programa, se presentaron películas sobre la lactancia materna en talleres de grupos, dirigidos a un público de unas 150.000 personas. En la cuarta fase, se realizó una encuesta para determinar el número de niños menores de dos años en todo el país que recibían lactancia materna. De conformidad con ello, se descubrió que la tasa de lactancia materna de 25% entre 1965 y 1971 había subido a 69% en 1982. Esta encuesta también incluyó preguntas sobre la distribución de muestras de leche maternizada en los pabellones de maternidad y reveló que las posibilidades de discontinuar la lactancia materna durante el primer mes del puerperio observadas en las madres que habían recibido esas muestras, según indicación propia, eran tres veces mayores que las observadas en otras. Entre quienes las recibieron, de 80% a 90% siguieron dando a sus niños la misma marca de leche maternizada de las muestras recibidas en el hospital. La quinta fase del programa de desarrollo de política fue el respaldo por parte del Canadá del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, que

se describirá más adelante en este capítulo, y apoyo a una política de promoción de la lactancia materna en todos los hospitales.

Papua Nueva Guinea es otro país que ha reconocido por mucho tiempo la necesidad de apoyar las intervenciones en la promoción de la lactancia materna con políticas claramente definidas (30). Se lanzó una campaña escolar de promoción de la lactancia materna en respuesta a las bajas tasas de esta última. Se entregaron a los maestros juegos de materiales informativos sobre la lactancia materna que incluyeron ayudas audiovisuales y descripciones de las actividades recomendadas. La campaña también incluyó anuncios por radio y artículos en la prensa y gozó del apoyo de la comunidad empresarial, a cuyos miembros se instó a que limitaran las ventas de biberones. Como resultado de la campaña, se observó claramente que la promulgación de leyes de apoyo de las intervenciones en curso podría ayudar a incrementar las tasas de lactancia materna en el país. Como consecuencia, se promulgó una ley de prohibición de la propaganda comercial de sucedáneos de la leche materna, así como un reglamento sobre la venta de biberones, chupetes y pezoneras. De conformidad con ello, los biberones se vendían solamente cuando los recetaba un profesional de salud. Al cabo de algún tiempo de vigencia de la ley, se observó que los biberones pasaron a usarse solamente con receta y que aumentaron las tasas de lactancia materna.

La experiencia del Canadá y de Papua Nueva Guinea ofrece una singular oportunidad de apreciación instantánea de la eficacia de varias estrategias destinadas a incrementar las tasas de lactancia materna, dado que, por alguna razón, en muy pocos de los estudios realizados hasta la fecha se ha tratado de evaluar el efecto de medidas y programas específicos de promoción de dicha práctica. Para ello se realizó en el Brasil una encuesta de esa naturaleza en las zonas metropolitanas de São Paulo, en el sudeste del país, y de Recife, en el nordeste, tanto antes (1981) como seis años después (1986) del lanzamiento del

Programa Nacional de Incentivo a la Lactancia Materna (PNIAM) (31). Se necesitan más estudios de este tipo por razones que discutiremos más adelante en este capítulo.

Al reflexionar sobre las circunstancias que rodearon al PNIAM, tanto antes de existir el programa como después de crearlo, y al haber tenido la oportunidad de experimentar varios de esos momentos en la historia de la lactancia materna tanto dentro como fuera del país, las autoras de este capítulo tratarán de presentar una perspectiva histórica sobre la forma en que el Brasil pudo lograr las espectaculares mejoras en sus tasas nacionales de lactancia materna descritas al comienzo de este capítulo. Sin embargo, reconocemos que podrían faltar algunos elementos por causa de documentación incompleta. Por consiguiente, el uso de investigaciones que incluyan entrevistas a las protagonistas en diferentes fases, las búsquedas de registros en pequeñas ciudades y las disertaciones y tesis inéditas serían bastante útiles con el fin de aclarar algunas preguntas sin respuesta por ahora sobre lo que se hizo hasta 1989 (32).

Después de una exposición de la perspectiva histórica, las autoras discutirán el replanteamiento de las políticas y medidas para promover, proteger y apoyar la lactancia materna —políticas e intervenciones que, en la actualidad, se desarrollan en el ámbito nacional e internacional—; comenzarán por determinar cuáles se han ejecutado o no y, en caso negativo, describirán algunas de las dificultades y los posibles obstáculos para su plena ejecución. La influencia de la política y las experiencias del Brasil en las decisiones adoptadas en conferencias internacionales y, asimismo, la puesta en práctica de recomendaciones internacionales en el Brasil, son temas que merecen debate y estudio más detallado por los científicos y los administradores de salud. Para los fines de este capítulo, como se indicó antes, el debate del proceso en el Brasil se dividirá en orden cronológico en el decenio de 1970 y el período anterior, el decenio de 1980, el decenio de 1990 y el siglo XXI.

EL DECENIO DE 1970 Y EL PERÍODO ANTERIOR: SENSIBILIZACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Si bien no hay estudios nacionales de población que documenten las tasas de lactancia materna en los decenios anteriores al de 1970, varios estudios aislados indican que la práctica de la lactancia materna en el Brasil llegó al mínimo jamás registrado en el decenio de 1970. Un análisis de la Encuesta Nacional de Hogares corrobora este punto e indica que en 1975 la tasa mediana de lactancia materna entre las mujeres brasileñas era de 2,5 meses (33).

Varias fuerzas estaban en juego en ese período, que de una forma manifiesta o sutil desalentaban la adopción de la práctica de la lactancia materna. Entre ellas cabe citar las siguientes:

- (1) *Pediatras con pocos conocimientos del manejo de la lactancia* (34). En decenios anteriores, los pediatras solían fomentar el uso de biberones y leche maternizada según un sistema individualizado, los horarios fijos de lactancia materna y la administración de agua y té entre las comidas del bebé; recetaban especialmente el biberón si creían que un niño no engordaba tan rápido como debía, y diagnosticaban el problema como “hipogalactia”.
- (2) *Promoción comercial de sucedáneos de la leche materna*. En ese tiempo, se anunciaban en forma poco ética la leche maternizada y los productos para bebé (incluidos los biberones y chupetes) en forma regular en los medios de comunicación en masa, y la demanda de esos productos se creaba en parte por medio del uso de etiquetas hábilmente diseñadas que mostraban niños atractivos y bien alimentados en un medio agradable. También se vendían sucedáneos de la leche materna (que

en ese tiempo se anunciaban “como iguales a la propia leche de la madre”), empleando varias tácticas incluso concursos de belleza entre los bebés, atractivas fotografías de propaganda y la práctica del suministro gratuito de leche maternizada a los hijos de los pediatras. Además, no había incentivo para que los pediatras promovieran la práctica de la lactancia materna en las instituciones de aprendizaje especializadas en enfermedades y anomalías pediátricas, puesto que los representantes de las compañías fabricantes de leche maternizada ya tenían libre acceso a los profesores y estudiantes de esas facultades, situación que resultó ser provechosa con el tiempo como una técnica de comercialización sumamente eficiente y sostenible (35).

- (3) *Distribución gratuita de leche maternizada*. El Gobierno se encargó de esta práctica casi siempre por medio de conocidos programas de alimentación complementaria en que las madres tenían derecho a recibir leche maternizada o leche entera a partir del nacimiento del niño. En 1979, había nueve de esos programas en funcionamiento en el país (36). La distribución también se hacía en forma de donaciones de exceso de leche de los países productores —esta práctica estaba particularmente generalizada en los estados del nordeste del país y tuvo el efecto de hacer que los sectores más pobres de la población pasaran a depender del uso del *mingau* (una mezcla similar a una papilla preparada de harina y leche maternizada) para alimentar a los lactantes; este fenómeno está bien documentado en un estudio antropológico de Nancy Schepper-Hughes (37). Surge la pregunta sobre si esta “cultura del *mingau*” que se estableció en el decenio de 1970 es la causa de los bajos indicadores de lac-

- tancia materna exclusiva que persisten hasta hoy en el nordeste del Brasil.
- (4) *Rígidas prácticas habituales en los pabellones de maternidad.* Los niños se mantenían en salas de recién nacidos (o unidades neonatales de cuidados intensivos) y a las madres se les llevaba a esos lugares para amamantarlos en determinadas horas del día. No se permitía el amamantamiento nocturno. Las prácticas habituales de los pabellones de maternidad también incluían el establecimiento de pausas de alimentación después del nacimiento del niño y la introducción de líquidos prelácteos, el uso de biberones en la sala de recién nacidos, instrucciones inadecuadas e imprecisas, una excesiva preocupación por la higiene de los pezones y total ausencia de orientación sobre la forma de colocar al bebé al seno y de cargarlo para la lactancia (38, 39).

En 1974, la preocupación por el destete prematuro y la importancia dada a los productos que obstaculizaban la lactancia materna llevó a Fernando Figueira, Ministro de Salud de Pernambuco, a prohibir los biberones y la leche maternizada gratis en las unidades de salud y los hospitales de maternidad del estado.⁴

El primer estudio en documentar las prácticas inapropiadas de comercialización de sucedáneos de la leche materna en el Brasil se publicó en 1977 (35). Describía las técnicas de propaganda empleadas en las publicaciones populares desde 1916, así como las que figuraban en respetadas revistas científicas como *Pediatría Práctica* y el *Jornal de Pediatria*. Este estudio demuestra claramente cómo comenzaron las madres y los pediatras a recibir influencia progresiva con mensajes sublimi-

nales que idealizaban el uso de los biberones como una práctica fácil y conveniente, práctica que los pediatras podían manipular para ventaja propia al crear y prolongar la dependencia de las madres con respecto al uso del biberón.

Ya a mediados de los años setenta, la atención internacional se había concentrado en el polémico informe titulado *The Baby Killer* (40) de Mike Muller, periodista sudafricano, que denunciaba la promoción y venta poco éticas de productos de leche maternizada en el Tercer Mundo, particularmente en las comunidades rurales pobres de África, donde las altas tasas de malnutrición y mortalidad infantiles presentaban una grave preocupación para la salud pública. Ese informe se tradujo al portugués y se hizo circular extensamente en el Brasil. Por consiguiente, como parte del estudio en colaboración de la OMS acerca de la lactancia natural, la Organización Mundial de la Salud evaluó a 15 compañías, incluidas Abbott-Ross, American Home Products, Wyeth, Borden, Carnation, Gerber y Nestlé (41) que, según se creía, participaban en prácticas de promoción engañosas orientadas hacia los médicos, los comercios minoristas y las madres de recién nacidos. El estudio muestra en forma concluyente que la mayoría de las compañías hacían caso omiso de las acusaciones hechas en su contra, negaban que hubieran hecho algo erróneo y en muchos casos culpaban a las propias madres de no entender bien y de usar sus productos incorrectamente. Muchos representantes de compañías también negaron que tenían interés en competir con la práctica de la lactancia materna o en fomentar la sustitución de ésta con sus productos, señalando que sus actividades de comercialización recalaban el uso de sus productos solamente cuando faltaba leche materna y destacando, en defensa propia, que en respuesta al estudio de la OMS, esos mensajes se habían modificado aún más para acentuar que la "leche materna es mejor pero que . . . cuando no es posible dar leche materna, se puede usar [el producto X o Y]

⁴Decreto No. 99 publicado el 12 de marzo de 1974 en el *Diário Oficial de Pernambuco*.

con resultados eficaces si se siguen debidamente las instrucciones”.

La información descubierta por este estudio sirvió de voz de alerta y llevó a las organizaciones internacionales a reconsiderar sus procesos de adopción de decisiones. Por ejemplo, los datos recolectados en Etiopía, las Filipinas, India y Nigeria aclararon la enorme disponibilidad de sucedáneos de la leche materna vendidos a las madres (por ejemplo, solo en las Filipinas se vendían 54 de esos sucedáneos) y el alto costo de esos productos (de 15% a 30% del PIB per cápita en ese mismo país).

En 1979, se celebró la Reunión Conjunta OMS/UNICEF sobre Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño que incluyó exposiciones sobre actividades de lactancia materna por los participantes y debates entre los protagonistas internacionales en el campo que ya estaban preocupados por la práctica generalizada del destete precoz. Una de las recomendaciones de esta reunión exigió la redacción de un código de conducta ética para orientar la comercialización de productos que obstaculizaran la lactancia materna y fomentaran el destete precoz. La delegación brasileña enviada a esa Reunión Conjunta fue encabezada por el Presidente del Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN), que colaboró en la preparación de ese código. Las autoras de este capítulo creen que el aporte del INAN al proceso de redacción facilitó mucho el lanzamiento en el Brasil de su propio Programa Nacional de Incentivo a la Lactancia Materna (PNIAM) solo dos años después.

El trabajo del equipo del INAN en la preparación de los materiales de referencia y los documentos preliminares que, a la larga se incorporaron al Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna también tuvieron consecuencias internas, en el sentido de que llevaron al equipo a discutir estrategias de mayor alcance para abordar los propios problemas de destete precoz observados en el país. En 1980 el INAN buscó asistencia de la Organización

Panamericana de la Salud (OPS) y del UNICEF para la elaboración de un video de promoción de la lactancia materna destinado a sensibilizar a los principales protagonistas, incluso a los políticos, las autoridades de salud pública, los medios de información en masa, los dirigentes comunitarios y la Iglesia, y a fomentar el apoyo entre todos ellos. En el video se presentó el testimonio de pediatras bien conocidos y un mensaje especial del presidente del país, João Baptista de Oliveira Figueiredo, se colocó el valor de la leche materna dentro de un contexto económico, y se hizo un llamamiento al público espectador a considerar la vasta extensión y numerosa población del país y la carga económica que representaban los productos de leche maternizada para las madres y el país. El video se presentó en lugares de todo el país, incluso en una reunión de Ministros de Estado de Salud y Seguridad Social del Brasil, quienes se comprometieron a dar su apoyo colectivo a la decisión para poner en práctica el PNIAM.

Las experiencias del Brasil durante este período indican a todas luces que el surgimiento de una conciencia política nacional a favor de la lactancia materna, apoyado por los argumentos expresados en el ámbito internacional por los participantes en la Reunión Conjunta OMS/UNICEF de 1979, proporcionaron la base de apoyo esencial para las actividades de programación locales (42). En ese sentido, la decisión política adoptada por las autoridades brasileñas en 1981 de lanzar el PNIAM —administrado por medio de cooperación entre varios ministerios gubernamentales y organismos afines— podría considerarse como una estrategia que aprovechó con éxito un clima internacional cada vez más favorable a la promoción de la lactancia materna. Al mismo tiempo, la política abordó directamente las preocupaciones del sector de salud pública con respecto a las altas tasas de destete precoz en el país y ofreció pruebas científicas y económicas concretas de la necesidad que tenían las madres brasileñas de volver a la práctica de la lactancia materna.

EL DECENIO DE 1980: CONSECUCCIÓN DE APOYO PARA UN PROGRAMA NACIONAL

Una evaluación de la lactancia materna hecha en 1981 en las zonas metropolitanas de São Paulo y Recife reveló que la duración media de la lactancia materna era de 2,8 y 2,4 meses, respectivamente, lo que significa que 50% de las mujeres amamantaban a sus hijos menos de tres meses (31). Dados los datos del censo de 1975 presentados antes a efectos de que la tasa mediana de lactancia materna era de 2,5 meses, se observó claramente que el cambio de las tasas de lactancia materna en el Brasil en los seis años intermedios había sido poco o nulo.

En febrero de 1981, el Gobierno asignó al INAN la coordinación del PNIAM⁵ por medio de un equipo de gestión y un grupo de trabajo técnico especialmente nombrados. Las actividades más destacadas emprendidas en esa época fueron las siguientes: (1) la provisión de coordinación nacional y de apoyo a las iniciativas estatales y comunitarias; (2) la movilización de todos los protagonistas clave que trabajan en el campo de la lactancia materna; y (3) la seguridad de la realización de campañas bien organizadas en los medios de comunicación. Como consecuencia, en una evaluación del PNIAM realizada en 1986 se observó que en São Paulo la duración de la lactancia materna había aumentado de 2,8 a 4,2 meses, en tanto que en Recife, las cifras eran de 2,4 a 3,5 meses. En Recife, la lactancia materna exclusiva, cuya duración era extremadamente baja (solo 15 días), aumentó a un promedio de 32 días (31) al determinarla en poblaciones comparables y con instrumentos similares de recolección y análisis de datos.

El proceso de movilización social, que comenzó con presentaciones nacionales del video descrito en la sección anterior, fue seguido de la primera campaña en los medios

de comunicación con cobertura de casi 100 canales de televisión que llegaron a 15,5 millones de familias y 600 estaciones de radio con un público oyente de unos 20 millones de hogares. También se lanzaron cuatro campañas por la prensa escrita con el objetivo de atraer el apoyo de conocidas personalidades con capacidad de influir en la opinión pública. Además, por un período de 45 días se imprimió el lema "Amamante a su hijo por lo menos durante los seis primeros meses de vida" en unos 10 millones de boletos de la lotería deportiva; las facturas de servicios domiciliarios de abastecimiento de agua, electricidad y teléfono; los estados de cuentas bancarias personales y otros tipos de documentos comerciales similares. Se prepararon y transmitieron 17 anuncios por radio, cada uno enfocado en un aspecto diferente de las desventajas del destete precoz y los guiones de esos anuncios también se grabaron para distribución por medio de unos 9.000 sistemas de anuncios públicos en uso en reuniones oficiales y extraoficiales de las comunidades. Esta fase de la campaña también incluyó la impresión de 1,5 millones de folletos instructivos para las madres y de 400.000 folletos para los profesionales de salud, además de un manual ilustrado de capacitación sobre la lactancia materna orientado hacia este último grupo.

A fines de 1981, se había logrado la meta de establecer una oficina en cada uno de los estados brasileños, que pudiera, a su vez, coordinar el trabajo de las instituciones locales y de otros grupos participantes en el programa. Ese éxito se atribuyó en gran medida a la destacada función desempeñada por la Iglesia Católica, el movimiento de alfabetización, los grupos de madres y las asociaciones profesionales como la Federación Brasileña de Ginecología y Obstetricia y la Sociedad Brasileña de Pediatría; esta última abrió espacio para el tema de la lactancia materna en el programa de congresos científicos y otras celebraciones afines, proporcionó espacio gratuito en la revista y otras publicaciones de la Sociedad y utilizó su red profesional para

⁵Establecido por Decreto del 2 de octubre de 1981, publicado en el *Diário Oficial da União*.

distribuir más de 70.000 ejemplares de materiales impresos a sus afiliados.

Quizá nunca se sepa el número exacto de celebraciones realizadas durante el proceso de movilización social ni el número de participantes en su organización ni de madres y otros familiares que se beneficiaron directamente de ellas. Lo que sí se sabe es que antes de las campañas de movilización social, básicamente no existían normas ni métodos uniformes relacionados con la lactancia materna ni tampoco material didáctico fidedigno. Entre los pocos textos que existían en portugués (pero que no se publicaron oficialmente sino hasta más tarde) estaba uno de Mura-hovski y colaboradores (43) basado en un proyecto pionero de enseñanzas sobre la lactancia materna en Santos.

Con el apoyo del UNICEF, se realizaron dos encuestas nacionales. La encuesta cuantitativa proporcionó al PNIAM datos básicos sobre la situación de la lactancia materna en el Brasil (34) —algunos de los cuales ya se han citado en este capítulo— y en la encuesta cualitativa se procuró determinar la forma más eficaz en que se podría llegar a las madres y a los profesionales de salud en futuras campañas de sensibilización con mensajes bien diseñados para combatir las prácticas de destete precoz.⁶

Después del lanzamiento del PNIAM, el Ministerio de Seguridad Social instituyó una serie de cambios en las políticas de atención hospitalaria y obstétrica, incluida la política del alojamiento conjunto que permitiría a las madres y a sus recién nacidos compartir el mismo cuarto. Como ya se señaló, antes de esta época, los pabellones de maternidad solían observar rígidas prácticas habituales que incluían la separación física de la madre y el niño durante el cuidado puerperal, el empleo de dextrosa sérica como producto ordinario para la alimentación preláctea y la imposición de un horario específico de lactancia materna y otras medidas similares indicativas de un manejo clínico inadecuado de la

lactancia (34). Por lo tanto, en su época, la adopción de la política de alojamiento conjunto de la madre y el niño representó un enorme cambio con respecto a las prácticas tradicionales de atención de salud.

Las políticas destinadas a proteger las prácticas de lactancia materna comenzaron a surgir en el decenio de 1980, apoyadas y fortalecidas por la aprobación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna por parte del Brasil en la 34ª Asamblea Mundial de Salud de la OMS celebrada en mayo de 1981 y la adopción por parte del Gobierno de ese código como ley oficial. De particular preocupación eran los problemas de las madres trabajadoras y los beneficios tangibles que podrían derivar ellas y sus pequeños hijos como resultado del reglamento nacional de protección de su salud.

Desde antes de la adopción nacional del Código y, de una forma más sistemática, desde que entró en vigor, las compañías productoras de leche maternizada han estado bajo la intensa presión ejercida por los promotores de la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil (IBFAN)⁷ para modificar las etiquetas de la leche maternizada y detener sus prácticas de comercialización poco éticas. El número de afiliados del capítulo brasileño inicial de la IBFAN, que comenzó sus actividades en 1983, era pequeño y tal vez por esa razón fue difícil para el grupo realizar una extensa vigilancia de las prácticas de comercialización. Por otra parte, a la luz del boicot internacional de la IBFAN a los productos de leche maternizada de Nestlé y del monopolio casi total que mantenía esta compañía en las ventas de leche maternizada en el Brasil, el país recibió beneficios indirectos, puesto que las etiquetas de la leche maternizada de Nestlé y sus técnicas de comercialización se modificaron allá tam-

⁶Datos inéditos.

⁷Una red de ONG y de personas naturales fundada en Ginebra, Suiza, en 1979 con el fin de defender la lactancia materna de las prácticas abusivas de comercialización por los fabricantes de sucedáneos de la leche materna.

bién (44). En un principio, ese boicot se canceló después de una reunión celebrada en México en 1984 una vez que Nestlé acordó cumplir con los requisitos del Código y fue vigilada estrictamente por un período de seis meses por el Comité Internacional del Boicot a Nestlé en ocho regiones diferentes alrededor del mundo.

Entre 1982 y 1983 se lanzó en el Brasil una segunda campaña de promoción de la lactancia materna en los medios de comunicación en masa. Ampliando las experiencias de la campaña de 1981 y conscientes de los resultados emanados de las encuestas cuantitativa y cualitativa realizadas ese mismo año, la campaña incluyó un componente de planificación estratégica.⁸ Puesto que la encuesta cuantitativa había mostrado que de 85% a 90% de las madres habían iniciado la lactancia materna (34), en la campaña se diseñaron mensajes bien orientados que, en lugar de instar a las madres solamente a amamantar a sus recién nacidos (como hubiera sido el caso, por ejemplo en los Estados Unidos, donde menos de 60% de las madres iniciaron la lactancia materna), animaban a las mujeres a *apoyar la práctica* en general y, específicamente, a *continuarla* por medio de lemas como "Lactancia materna: manténgala, ¡toda mujer puede!". Al mismo tiempo, al abordar las causas del destete precoz, la campaña se basó en información acopiada de la encuesta cualitativa, que reveló que las mujeres que creían que su leche era "débil" estaban propensas a ansiedad y, por tanto, a la introducción temprana de alimentación complementaria con biberón; otras mujeres temían que los senos se les cayeran como consecuencia de la lactancia materna; otras creían que trabajar fuera de casa les impediría continuar la lactancia materna; y por último, algunas mujeres creían que deberían seguir las instruc-

ciones de sus pediatras, cuya formación académica durante ese período los habían llevado a concentrarse más en la forma de recetar leche maternizada que en el manejo clínico de la lactancia y la transmisión de conocimientos a sus pacientes. Se incorporaron mensajes especiales para responder a esas preocupaciones en cinco anuncios de servicio público por televisión y radio presentados por populares personalidades brasileñas de la industria del espectáculo, quienes donaron su tiempo y sus honorarios a la campaña.

Las tres redes principales de televisión del país transmitieron anuncios de promoción durante los recesos para avisos comerciales; a menudo se presentaban de una forma destacada junto con las novelas de mayor sintonía de la televisión brasileña. Esta cobertura llegó a un público televidente de unas 500.000 personas en São Paulo y 169 [sic] millones en Recife,⁹ así como a un público igualmente numeroso en otras ciudades del Brasil. Cabe señalar que durante este período no se hizo ningún anuncio de la leche maternizada; por otra parte, se transmitieron con frecuencia anuncios de alimentos para bebé fabricados por Nestlé, así como de varios biberones y chupetes artificiales; también se observaron en forma esporádica anuncios de leche líquida de la marca Ninho de producción local, empleada para la preparación de la leche maternizada en casa.

Las actividades de planificación de las campañas también incluyeron la distribución de juegos de materiales de información básica sobre la promoción de la lactancia materna a los corresponsales de la prensa escrita, cuyo interés en el tema dio como resultado la publicación de 78 artículos en revistas populares entre el 13 de febrero y el 27 de marzo de 1983 en 25 ciudades del Brasil.¹⁰

⁸Erica Witte, miembro del equipo de relaciones públicas encargado de la campaña, en un discurso grabado en video titulado "Breast-feeding: Who Wins, Who Loses" (IFBAN, Brasil, 1989, dirigido por S. Afran).

⁹Departamento de Medios de Comunicación de Castelo Branco, documento sin fecha.

¹⁰Jelliffe EFP, Jelliffe DB. The Brazilian National Breast-feeding Program. Informe sobre un viaje realizado en 1983.

En los meses siguientes a la segunda campaña, se realizó una serie de actividades. En diciembre de 1983, la débil coordinación existente llevó al Ministerio de Salud a rescindir la designación de programa dada a las intervenciones en promoción de la lactancia materna y a incluirlas más bien como actividades dentro de la estructura de las Acciones Integradas de Salud. Por otra parte, entre 1984 y 1986, se siguieron organizando varias actividades de promoción de la lactancia materna en determinados estados del Brasil. Durante ese período, el UNICEF comenzó a cambiar sus prioridades hacia las intervenciones en atención primaria de salud del niño dentro del programa GOBI (vigilancia del crecimiento, rehidratación oral, lactancia materna e inmunización).

En 1985, el INAN y el Instituto Fernandes Figueira de Rio de Janeiro trabajaron juntos para fundar varios bancos de leche humana que, antes de esa época, habían existido solamente en un reducido número de hospitales del país.

En el plano internacional, en 1986 ocurrió un hecho trascendental en la historia de la lactancia materna, cuando la 39ª Asamblea Mundial de la Salud expidió una resolución para aclarar el Artículo 6 del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Indicaba que, "Dado que la gran mayoría de los niños nacidos en las salas y los hospitales de maternidad nacen a término, no necesitan más alimento que el calostro durante las primeras 24-48 horas de vida. . ." y que "en esas instituciones solo se necesitan por lo general pequeñas cantidades de sucedáneos de la leche materna para atender las necesidades de una minoría de lactantes, y esos productos deben administrarse únicamente de manera que no sea contradictoria con la protección y el fomento de la lactancia natural para la mayoría". La resolución instó a los estados miembros de la OMS "a que velen por que las pequeñas cantidades de sucedáneos de la leche materna destinados a la minoría de lactantes que los necesiten . . . se obtengan por

los cauces normales de adquisición y no mediante suministros gratuitos o subvencionados". Por último, en referencia a la leche maternizada de venta comercial para los niños mayores de seis meses de edad, la resolución señaló que "la práctica que se está implantando en algunos países de administrar a los lactantes leches especialmente elaboradas (llamadas 'leches de seguimiento') no es necesaria".

Los últimos años del decenio de 1980 representaron un período de renovada coordinación programática y las etapas finales de la ejecución de actividades por varios comités técnicos cuyo trabajo se había enfocado en cuestiones específicas de la lactancia materna desde la fundación del PNIAM. De conformidad con ello, en 1987, se asignó máxima importancia al Comité del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, al Comité del Banco de Leche Materna, al Comité sobre las Mujeres Trabajadoras, al Comité de Educación y al Comité de la Comunidad. Los resultados fueron decisivos y en 1988 se sentaron las bases para por lo menos cuatro políticas de promoción de la lactancia materna: en diciembre, el Brasil aprobó su propia versión del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, conocido como Norma Brasileña para la Comercialización de Alimentos para Lactantes (NBCAL) y expidió una amplia directriz pública estableciendo los requisitos operativos para los bancos de leche materna del país. Otro logro histórico para el movimiento de promoción de la lactancia materna fue la incorporación en la nueva Constitución del Brasil de dos nuevos beneficios en apoyo de la lactancia materna, a saber, el derecho de las trabajadoras a cuatro meses de licencia de maternidad para facilitar la lactancia materna exclusiva y el derecho de los padres a cinco días de licencia por paternidad con el fin de dar apoyo durante el período crítico posterior al egreso de la madre y del niño del establecimiento de atención de salud y el regreso a casa.

En mayo de 1988, el Ministerio de Salud expidió una serie de reglamentos sobre las normas de salud de los bancos de leche materna y proporcionó el adiestramiento técnico al personal de esos establecimientos. Los reglamentos también transformaron el primer banco de leche materna del país, establecido en Rio de Janeiro en 1943, en un centro nacional de referencia encargado de coordinar el desarrollo y la vigilancia de los bancos de leche materna. También vale la pena señalar que el equipo de coordinación, además de establecer los bancos de leche materna para la recolección, el tratamiento y almacenamiento de la leche materna en cada lugar para distribución a los niños recién nacidos necesitados, utilizó también esos establecimientos como centros de actividades de promoción de la lactancia materna. Con el tiempo, muchos de los bancos de leche materna llegaron a conocerse como Centros de Promoción de la Lactancia Materna y siguen funcionando bajo ese nombre hasta hoy, utilizando y reforzando la misma filosofía bajo la cual se establecieron en un principio.

En 1989, la OMS y el UNICEF redactaron un documento que hoy desempeña una función decisiva en todas las actividades programáticas para el trabajo de los campos de atención prenatal y la iniciación y continuación de la lactancia materna. La declaración conjunta OMS/UNICEF sobre la protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad (45), estableció una serie de recomendaciones tituladas "Diez pasos hacia una feliz lactancia natural" que juntos resumen las medidas esenciales que deben tomar los establecimientos de atención de salud. Entre esas medidas cabe citar las de disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural y capacitar a todo el personal de salud para poner en práctica esa política. Después de esa capacitación, los proveedores de atención de salud tendrían la responsabilidad de informar a todas las mujeres embarazadas sobre los beneficios y el manejo de la lactancia natural; ayudar a las madres a iniciar la

lactancia durante la media hora siguiente al parto; mostrarles cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos; facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día; fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite; desestimular el uso de biberones, chupetes y pezonerías; fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica. Puesto que no había directrices internacionales establecidas durante ese período para la capacitación de personal sobre las prácticas de la lactancia materna y las prácticas habituales de atención prenatal y obstétrica, la iniciativa de la OMS/UNICEF llenó un vacío muy importante en la comunidad de profesionales de atención de salud pública y privada.

EL DECENIO DE 1990: LA POLÍTICA GENERAL ESTIMULA LA ACCIÓN LOCAL

El metanálisis previamente citado, realizado por Feachem y Koblinsky en 1984 (3), y el estudio de Victora y colaboradores (4), que demostraron a todas luces el importante estímulo dado a la salud de los niños por las madres que practicaban la lactancia natural exclusiva en los primeros meses de vida, se habían divulgado extensamente en el Brasil a comienzos del decenio de 1990. Para entonces, el mensaje sobre los beneficios de la lactancia materna estaba muy claro: la lactancia materna exclusiva (es decir, la alimentación con leche materna exclusivamente, sin ningún otro líquido, ni siquiera agua ni té) desde el nacimiento hasta los 4 a 6 meses de edad protegía a los niños contra las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias y otras enfermedades infecciosas. Estos conocimientos, que se reflejan en las publicaciones científicas de ese período, podrían emplearse ahora como el punto de apoyo

para formular nuevos indicadores, recomendaciones a los médicos, mensajes a las madres y a sus familias y, en realidad, para reestructurar el contenido orgánico de los propios programas de promoción de la lactancia materna.

Al terminar el decenio de 1980, dotadas de estos nuevos conocimientos, las autoridades de la OMS, el UNICEF y varias organizaciones bilaterales y técnicas se unieron para formular una estrategia que permitiera evaluar los diversos factores determinantes que obstaculizaban la práctica de la lactancia materna exclusiva y reexaminar los programas de particular eficacia para promoverla. Como resultado de ese empeño, se creó el Grupo Interinstitucional de Acción en Lactancia Materna (IGAB), que promovió una serie de reuniones técnicas específicas con el objetivo de poder entender mejor la función de esos factores determinantes. Se organizaron reuniones para concentrarse en temas como los servicios de atención de salud y los hospitales, los grupos de madres y otros grupos comunitarios, las actividades de adiestramiento, comunicación y educación, el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y la situación de la mujer trabajadora, la última de las cuales se celebró en el Brasil en marzo de 1990. Este proceso culminó con la preparación y adopción de la Declaración de Innocenti sobre la protección, la promoción y el apoyo de la lactancia natural por los participantes en la reunión de autoridades normativas de la OMS/UNICEF sobre "La lactancia materna en el decenio de 1990: una iniciativa a nivel mundial", celebrada en Florencia, Italia, del 30 de julio al 1 de agosto de 1990. El Gobierno del Brasil y el presidente del INAN estuvieron entre los invitados a compartir sus experiencias en el desarrollo de programas de promoción de la lactancia materna.

¿Por qué es tan importante la Declaración de Innocenti? Por contraste con documentos internacionales anteriores preparados por las autoridades sanitarias, la Declaración de Innocenti fue el fruto de un largo proceso de

análisis de carácter sumamente participativo, que llevó a establecer metas y objetivos de operación claramente definidos que deberían alcanzar los países en los cinco años siguientes. Esencialmente, la Declaración recomienda que se apoye y promueva la decisión de las mujeres de amamantar exclusivamente a sus hijos durante los cuatro a seis primeros meses de vida y se siga acompañando la lactancia materna de alimentos complementarios apropiados y adecuados hasta los 2 años de edad y después. Para lograr esos fines, en la Declaración se recomendaron cuatro estrategias principales según las cuales para el año 1995 todos los gobiernos deberían: (1) nombrar a un coordinador nacional sobre lactancia natural que cuente con la autoridad apropiada y establecer un comité nacional multisectorial de lactancia natural integrado por representantes de los departamentos gubernamentales pertinentes, de organizaciones no gubernamentales y de asociaciones de profesionales de la salud; (2) garantizar que todas las instituciones que proporcionen servicios de maternidad practiquen plenamente la totalidad de los "Diez pasos hacia una feliz lactancia natural" que aparecen en la declaración conjunta OMS/UNICEF sobre lactancia natural y servicios de maternidad; (3) tomar medidas para poner en práctica los principios y objetivos del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud en su totalidad; y (4) aprobar leyes innovadoras que protejan los derechos de amamantamiento de las trabajadoras y establezcan medios para llevarlas a la práctica.

Es importante señalar que en el momento de la Declaración se recomendó la lactancia materna exclusiva durante los cuatro a seis primeros meses de vida, ya que no se habían realizado extensos estudios para documentar los efectos de un régimen de alimentación exclusivo con leche materna durante la totalidad del período inicial de seis meses de vida, en cuanto al crecimiento y la nutrición

adecuados del niño, ni se habían reconocido los beneficios de esa práctica en cuanto a la morbilidad del niño y la salud de la madre. En otras palabras, la gran mayoría de los revolucionarios resultados de la investigación sobre los beneficios de la lactancia materna para el niño (3–12) descritos en la Introducción de este capítulo no surgieron sino hasta época más avanzada de los años noventa, y gran parte de la información sobre el efecto favorable de la lactancia materna en la salud de la madre (13–26) es aún más reciente. Por estas razones, la recomendación de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida (en lugar de cuatro meses) surgió solo después de una reseña bibliográfica de más de 3.000 referencias publicadas en el período 2000–2001 (2) y de una evaluación técnica de la OMS sobre ese tema (1).

En septiembre de 1990, se celebró en la ciudad de Nueva York la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, a la cual asistieron Jefes de Estado y de Gobierno, representantes de varios organismos de las Naciones Unidas y un extenso número de ONG internacionales. En las metas establecidas para el decenio se pidió a los gobiernos que, en materia de nutrición, se esforzaran por “lograr que todas las mujeres amamanten a sus hijos durante cuatro a seis meses y continúen la lactancia con la adición de alimentos complementarios hasta bien entrado el segundo año”. Se solicitó además que velaran por que en 1995 50% de los hospitales que atendieran más de 1.000 partos al año recibieran la certificación de “hospital amigo del lactante” y pusieran fin a la práctica de distribución de sucedáneos de la leche materna en los establecimientos de atención de salud (46). Estas metas también tenían por fin facilitar el trabajo de alcanzar los objetivos fijados año tras año, proceso que, a su vez, proporcionó la información necesaria sobre el desempeño del PNIAM con respecto al logro de todas sus metas e indicó los campos que exigían actividades especiales.

En el Brasil, el decenio de 1990 fue una época caracterizada por la ejecución y conso-

lidación continuas de medidas puestas en marcha anteriormente y, lo que es más importante, por el adiestramiento en gran escala de los profesionales de salud y la iniciación de otras actividades de apoyo y sensibilización, como la iniciativa de los hospitales amigos del lactante, la celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna, el proyecto de carteros amigos de la lactancia materna (descrito posteriormente en esta sección), el proyecto bomberos de la vida (descrito en la sección de este capítulo que trata del siglo XXI) y varias encuestas sobre lactancia materna.

En 1991, la OMS y el UNICEF lanzaron la iniciativa del hospital amigo del lactante con el fin de transformar las prácticas seguidas en los hospitales de maternidad del mundo entero y de facilitar la lactancia materna asegurándose de que las mujeres que reciban atención de maternidad tengan plena información y sólido apoyo para amamantar a sus hijos en un ambiente libre de influencias comerciales. A los establecimientos de salud aspirantes a la acreditación como hospitales amigos del lactante se les exigía que siguieran las pautas establecidas por las dos organizaciones citadas en los “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural”, la más exigente de las cuales era que en ningún caso se deberán ofrecer suministros gratuitos ni de bajo costo de sucedáneos de la leche materna. La iniciativa creó el primer referente para evaluación internacional solamente de los hospitales, que contribuyó a la humanización de la atención de salud pública materno-infantil (47).

En marzo de 1992, el Ministerio de Salud, al trabajar por intermedio del PNIAM/INAN y el Grupo de Defensa de la Salud del Niño y con el apoyo técnico y financiero del UNICEF y de la OPS, comenzó a dar los pasos iniciales para poner en práctica la iniciativa de los hospitales amigos del lactante en el Brasil.

En junio de 1994, el Ministerio de Salud¹¹ normalizó el proceso de acreditación de los

¹¹Decretos No. 1.113 y 155.

hospitales públicos para efectos de la certificación como hospitales amigos del lactante. En 1996, el PNIAM agregó cinco requisitos para dicha certificación, que deberían emplearse como indicadores para medir la calidad de la atención de salud maternoinfantil en un establecimiento determinado. Hasta donde llegan los conocimientos de las autoras del presente capítulo, el Brasil es el único país del mundo que exige una fase de preevaluación para determinar el cumplimiento de las directrices establecidas en los "Diez pasos hacia una feliz lactancia natural" y de otros requisitos como parte de la certificación como hospital amigo del lactante y, hasta donde pueden determinar las autoras, que ofrece incentivos financieros para esa certificación (48).

El proceso de certificación es relativamente sencillo, pero minucioso. Un hospital aspirante a la certificación debe llenar primero un cuestionario de autoevaluación, que deben solicitar las autoridades sanitarias pertinentes. Inmediatamente después, esas autoridades envían un evaluador certificado por el Ministerio de Salud en cada estado para realizar una preevaluación del hospital y luego presentar un análisis de los resultados. Cuando se estime que los resultados de la preevaluación del hospital son aceptables, el evaluador recomendará que el Ministerio realice una evaluación general del hospital, que estará a cargo de dos evaluadores certificados independientes, externos al lugar donde se encuentra el hospital. Los resultados de la evaluación general se envían luego a las autoridades de la unidad de coordinación de la lactancia materna del Ministerio de Salud para análisis final y divulgación de los resultados. Como se señaló antes, los hospitales que deseen recibir la certificación deben cumplir primero con los "Diez pasos hacia una feliz lactancia natural" observando por lo menos 80% de los criterios generales ampliados establecidos por la OMS y el UNICEF para cada paso. Una vez que el hospital haya terminado el proceso de certificación y cumplido a satisfacción con todos los

criterios exigidos, recibirá un cartel con una reproducción de la pintura *Maternidad* de Pablo Picasso (1963), que es el símbolo internacional y el logotipo de la iniciativa de los hospitales amigos del lactante. En la mayoría de los casos, se organiza una ceremonia conmemorativa especial en la que las autoridades locales y federales pertinentes entregan el cartel al hospital (48, 49).

En caso de que la institución solicitante no satisfaga los criterios de una etapa dada (por ejemplo, la preevaluación o la evaluación general), se le ofrecen directrices para ayudarle a cumplir con los requisitos pertinentes y se procede a fijar un nuevo plazo para la próxima evaluación.

En 1999, siete años después de la ejecución de la iniciativa del hospital amigo del lactante en el Brasil, surgieron preguntas sobre la calidad, eficacia y sostenibilidad de esta estrategia. En respuesta a esa situación, el Ministerio de Salud reevaluó 137 hospitales amigos del lactante, que representaron 90% de las 152 instituciones certificadas que funcionaban en el país en ese momento (50). Dado que en esa época no existía un instrumento uniforme apropiado para reevaluación de los hospitales amigos del lactante, se empleó el instrumento de preevaluación de cada hospital. En el estudio se descubrieron algunas dificultades relacionadas con el cumplimiento de los "Diez pasos" establecidos por la iniciativa, en particular el paso 5 ("Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos"), seguido del paso 10 ("Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural" y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica") y el paso 2 ("Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política"). La reevaluación de la iniciativa hecha por el Ministerio de Salud reveló que 92% de los 137 hospitales seguían cumpliendo con los "Diez pasos" con el grado deseado de calidad, con lo que aseguraban el derecho de los

niños a tener acceso a la leche materna. El proceso de reevaluación demostró ser indispensable como medio de verificación de la eficacia y continuidad de la iniciativa, con lo que garantizó que las medidas tomadas ayudarían a lograr los resultados y objetivos previstos y señalarían campos en necesidad de ajuste; a su vez, eso permitiría que los servicios de salud fomentaran los objetivos generales del PNIAM.

En 1992, el Instituto de la Madre y del Niño de Pernambuco, localizado en la ciudad de Recife, fue el primer hospital en recibir certificación como hospital amigo del lactante. Ulteriormente, cuatro hospitales recibieron la certificación en 1993, seguidos de otros ocho en 1994 —es decir, el doble del número certificado en el año anterior. En 1995, el número de hospitales certificados se triplicó a 26. En 1996 se certificó a un total de 39 hospitales y en 1997 solo a 16, debido a una acusada baja del número de solicitudes para evaluaciones generales de los hospitales. En 1998, otros 20 hospitales recibieron la certificación, seguidos de otros 26 en 1999 (48). En ese mismo año, los resultados de una reevaluación de un hospital hicieron que un hospital amigo del lactante en el estado de Rio Grande do Norte perdiera su acreditación. Quizá la vasta extensión del Brasil y sus estrictos criterios de evaluación de la iniciativa permiten explicar la desaceleración del proceso de certificación de hospitales amigos del lactante, que se redujo en 1997 después de agregar los cinco nuevos requisitos de certificación. Un estudio realizado en 1998 en 45 hospitales de maternidad no certificados de São Paulo reveló que cerca de una cuarta parte de los hospitales públicos y una tercera parte de los privados dejaron de cumplir con alguno de los “Diez pasos” de la iniciativa. Solamente dos hospitales públicos habían adoptado por lo menos siete de los “Diez pasos”. En el estudio se llegó a la conclusión de que en los hospitales de la zona de São Paulo (51) seguían observándose con un alto grado de frecuencia prácticas perjudiciales para la iniciación y el establecimiento de la

lactancia materna, como la separación de la madre y del niño después del nacimiento y el uso generalizado de productos y suplementos prelácteos para el niño lactante.

Si los nuevos hospitales de maternidad hubieran seguido recibiendo la certificación al ritmo observado en 1995, el Brasil muy probablemente habría tenido unos 400 hospitales certificados como parte de la iniciativa en el año 2000. En la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia celebrada en los años noventa, el país se había comprometido a cumplir con la meta de certificación de hasta 50% de sus hospitales con camas obstétricas y más de 1.000 nacimientos por año en 1995 (48). Con todo, dado el enorme número de hospitales de maternidad en el Brasil, los promotores de la salud maternoinfantil sabían aun entonces, en el momento de celebrarse la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, que el país, en realidad, muy probablemente llegaría apenas a una meta de certificación de 15% y no de 50% de los hospitales. Como consecuencia, hubo que reajustar la planificación en ese sentido, como se discutirá en la próxima sección del presente capítulo.

Preocupados por la imposibilidad de ejecutar las políticas acordadas a comienzos de los años noventa y las metas de importancia crítica relacionadas con ellas, no solamente en el Brasil sino en los demás países del mundo, el UNICEF, varias ONG (IBFAN, la Liga de la Leche, la Asociación Internacional de Consultores en Lactancia y Wellstart International, entre otras) y destacados especialistas en lactancia materna y promotores de la salud maternoinfantil se unieron para crear la Alianza Mundial pro Lactancia Materna (WABA) en febrero de 1992. Esta coalición demostró ser decisiva para movilizar la participación de grupos y personas clave durante la Semana Mundial de la Lactancia Materna, celebrada cada año durante la primera semana de agosto, ocasión que, a la vez, sirvió para destacar y reforzar varios mensajes sobre asuntos como la iniciativa de los hospitales amigos del lactante, la situación de las

trabajadoras, la educación sobre la importancia de la lactancia materna y el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Hoy en día, en el Brasil, la Semana Mundial de la Lactancia Materna se celebra en comunidades grandes y pequeñas de todo el país, con lo que se realiza en letra y espíritu la función de movilización social para la cual se estableció la conmemoración en un principio (52).

Antes de 1995, la Alianza Mundial pro Lactancia Materna sirvió de coordinadora de las actividades de conmemoración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna, después de lo cual el Ministerio de Salud se encargó de la producción de todos los materiales de la campaña, orientándolos para que observen el tema internacional específico de la Alianza Mundial para la celebración de cada año. Como parte de las actividades de la Semana Mundial de la Lactancia Materna de 1996, en un principio se estableció en el estado de Ceará una asociación con el servicio postal conocida como el proyecto de carteros amigos de la lactancia materna. En 1999, el Ministerio había ejecutado ese proyecto en nueve estados del nordeste del país. Como parte de la iniciativa, los carteros reciben adiestramiento en las unidades de salud para poder responder preguntas básicas sobre la lactancia natural. Al comienzo de la Semana Mundial de la Lactancia Materna y durante todo el mes usan chalecos amarillos especialmente diseñados y estampados con mensajes de promoción y distribuyen un folleto informativo a las casas de las madres embarazadas y de los niños pequeños en sus rutas de entrega postal (53).

A mediados del decenio de 1990, la OMS y el UNICEF lanzaron un conjunto de cuatro cursos de capacitación sobre la lactancia materna dirigidos a diferentes poblaciones: un curso de 18 horas sobre la certificación como "amigos del lactante" para los equipos de los hospitales; un curso de capacitación de 80 horas para los facilitadores de cursos de lactancia materna; un curso de orientación de 40 horas para las personas en interacción di-

recta con las madres y los lactantes; y un curso de sensibilización de 12 horas para los administradores y supervisores de los servicios de atención de salud. Todos estos materiales se tradujeron al portugués por iniciativa de la IBFAN del Brasil para empleo posterior por el Ministerio de Salud.

Hacia finales del decenio de 1990, la capacitación de los recursos humanos se había convertido en una de las actividades más importantes del PNIAM. Emanada de las actividades de administración iniciadas en 1998, la planificación se basó en metas y recursos bien definidos, que incluyeron la reevaluación de la eficacia de los diversos componentes que servían de apoyo al PNIAM, entre ellos, la capacitación relacionada con la Semana Mundial de la Lactancia Materna, la iniciativa de los hospitales amigos del lactante, y la observancia del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Entre las actividades emanadas de éstas se destacan un curso de capacitación para el personal de los bancos de sangre humana y otro sobre la Norma Brasileña para la Comercialización de Alimentos para Lactantes (NBCAL), la versión brasileña del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, ofrecido por los miembros de la IBFAN. Este intenso grado de actividad dio como resultado la capacitación de un mayor número de profesionales entre 1998 y 2002 que en cualquier otro período de la trayectoria del PNIAM.

Se invitó a las autoridades de salud pública encargadas de la vigilancia de la debida rotulación y propaganda de los productos alimentarios, al personal del campo de protección a los consumidores y a los funcionarios de las Procuradurías Generales de los Estados a recibir adiestramiento sobre la NBCAL. Estos cursos de capacitación se celebraron entre 1999 y 2000 e incluyeron un componente práctico de vigilancia del cumplimiento que, por primera vez, proporcionó al Ministerio de Salud datos que le permitirían determinar el grado de cumplimiento de

la NBCAL por parte de la industria en la propaganda y comercialización de alimentos para bebé, chupetes, pezoneras y biberones.

En la Encuesta Nacional de Prevalencia de la Lactancia Materna, realizada por el Ministerio de Salud en todas las capitales de los estados brasileños y en el Distrito Federal, se analizó una muestra de 48.845 niños menores de 1 año. Los resultados de este estudio mostraron que durante el primer mes de vida, 53,1% de los niños de las zonas estudiadas recibieron lactancia materna exclusiva, en tanto que las tasas de prevalencia de la lactancia materna exclusiva se redujeron en forma acusada de ahí en adelante, hasta llegar a 9,7% en un intervalo de 151 a 180 días. Con respecto a la introducción oportuna de alimentación complementaria (leche materna, junto con alimentos complementarios, entre los 6 y los 9 meses de edad), 48,9% de los niños estudiados recibieron alimentación complementaria oportunamente. En el grupo de 9 a 12 meses de edad, solo 44,2% de los niños siguieron recibiendo leche materna.¹²

EL SIGLO XXI: RESPUESTA A LAS DEFICIENCIAS EXISTENTES

Desde 1999, con apoyo de un asesor jurídico de la Procuraduría General del Distrito Federal, el Ministerio de Salud ha mantenido un diálogo continuo con la industria de alimentos y otros productos para bebé e impuesto multas y otras medidas punitivas que deben aplicarse a las empresas que cometan infracciones contra cualquiera de los artículos de la NBCAL, considerada como ley. Esta coordinación entre las entidades gubernamentales constituyó una coyuntura crítica en sí en el sentido de que señaló la necesidad de enmendar la NBCAL por segunda vez (su primera enmienda se había realizado en 1992). El Código se reformó entre 2000 y 2001 y dio como resultado la publicación de nuevos decretos más amplios y detallados. Des-

pués de la publicación de la segunda enmienda de la NBCAL, en 2002, el Ministerio de Salud, junto con la IBFAN, organizó un curso actualizado para formar nuevos capacitadores y dictar un curso de actualización para los inspectores de inocuidad de los alimentos y los profesionales de salud pública.

La acreditación de los hospitales amigos del lactante, que se había reducido al mínimo punto de su historia en 1997, quizá por haberse agregado cinco requisitos más, experimentó luego una recuperación y mostró una tendencia ascendente. En 2001, el Ministerio de Salud decidió poner en práctica un programa de reevaluaciones sistemáticas de los hospitales amigos del lactante¹³ cada tres años, que estaría a cargo de evaluadores externos certificados por el Ministerio, con el empleo de un instrumento de reevaluación creado por el UNICEF para ese fin.

Las actividades de planificación destinadas a acelerar la acreditación de los hospitales amigos del lactante en el Brasil incluyeron la creación de un programa de capacitación intensiva con 42 cursos sobre esa iniciativa, en que participaron 1.819 administradores sanitarios y gerentes de unidad de 859 hospitales y pabellones de maternidad en 24 estados, entre 2000 y 2002 (50). La serie de capacitación culminó con la redacción, a cargo de los pasantes, de un plan de acción específico para la ejecución de la iniciativa de los hospitales amigos del lactante en los establecimientos bajo su responsabilidad. Aproximadamente un año después de la capacitación, los participantes se reunirían con el personal del Ministerio de Salud local y especialistas técnicos para discutir y llenar un formulario especial sobre los "Diez pasos hacia una feliz lactancia natural" y los cinco requisitos adicionales con los que deben cumplir los hospitales amigos del lactante en el país. Al determinar si se había cumplido total o parcialmente, o se había dejado de cumplir, cada

¹²Ministerio de Salud, datos inéditos, 1999.

¹³Ministerio de Salud, Decreto No. 29 del 22 de junio de 2001.

uno de los pasos y requisitos, los participantes pudieron concentrarse mejor en las dificultades particulares relacionadas con el cumplimiento, lo que, a la vez, facilitó un proceso de mutuo apoyo y de resolución conjunta de problemas (50).

En 2002, otros 57 establecimientos recibieron la certificación de hospitales amigos del lactante, con lo cual en diciembre de ese año el total ascendió a 258 hospitales distribuidos en los 24 estados del Brasil. Ese año también marcó el mayor número de certificaciones de hospitales amigos del lactante alcanzado hasta la fecha, logro debido muy probablemente, por lo menos en parte, a la función favorable desempeñada por la capacitación y las reuniones de seguimiento entre los administradores de hospitales y los gerentes de unidades con los equipos de revisión de la iniciativa de los hospitales amigos del lactante. Se celebraron reuniones de esa clase en 18 estados diferentes y se demostró que permiten ayudar a acelerar el proceso de certificación citado al proporcionar valiosos comentarios y apoyo a los administradores de los hospitales y los gerentes de unidad para superar los obstáculos restantes en su camino hacia la certificación oficial (50).

No hay una distribución geográfica uniforme de los hospitales amigos del lactante en el Brasil, quizá por los diversos grados de motivación y de capacidad de organización de los equipos regionales. Sin embargo, según un estudio publicado en 2003, la máxima concentración de hospitales amigos del lactante se encuentra en el nordeste del país, donde 48% de los hospitales han recibido certificación, seguidos por el sudeste (17%), el sur (17%), el centro oeste (13%) y el norte (5%). De esos hospitales, 47% son públicos, 34% filantrópicos, 9% privados, 8% hospitales universitarios y 2% militares (50).

El mismo estudio reveló que solamente 163 de 630 establecimientos con más de 1.000 partos por año tenían la certificación de hospitales amigos del lactante, equivalente a 26% de la meta fijada para 1995. De los 27 estados del Brasil, solamente siete pudieron

cumplir esa meta. Los demás estados no lograron la certificación de 50% de sus hospitales con más de 1.000 partos atendidos al año sino hasta diciembre de 2002. Este estudio subrayó la necesidad de reconsiderar las estrategias y planear nuevos tipos de intervenciones. Sin embargo, por varias razones que todavía no se han analizado lo suficiente, la certificación se redujo en 2003 y 2004: solamente 290 hospitales habían recibido la certificación de hospitales amigos del lactante a finales de 2003, y 300, en junio de 2004. En otras palabras, teniendo en cuenta que en 2004 había más de 3.000 hospitales con camas de maternidad en el país, menos de 10% de ellos habían recibido certificación como hospitales amigos del lactante.

El crecimiento de la red de bancos de leche materna, cuyo número actual es de 160, ha sido notable en los últimos años, sobre todo por causa de vigilancia y adiestramiento de equipos en todas partes del país. Cada año, nacen en el Brasil unos 44.500 niños prematuros y 187.000 con bajo peso (es decir, más de 230.000 niños), además de los nacidos con varias otras clases de afecciones, incluso niños de madres VIH-positivas (este último grupo representa actualmente menos de 1% en el Brasil). Solo en 1999, los bancos de leche materna beneficiaron a unos 100.000 niños, en tanto que en 2000, unas 60.000 donantes inscritas aportaron 79.000 litros de leche materna. A pesar de esas cifras, esta red tiene todavía mucho trabajo pendiente para atender la demanda constante, a pesar de que la recolección domiciliar de donaciones de exceso de leche ha aumentado mucho en los estados donde se ha realizado el proyecto de los bomberos de la vida. En ese proyecto, los bomberos reciben formación para instar a las madres a donar el excedente de leche materna, responder preguntas básicas y ofrecer consejos a las madres donantes sobre los problemas relacionados con la lactancia natural, como la higiene apropiada para la extracción y el almacenamiento de las donaciones hechas a los bancos de leche humana. En 1997, 8.242 de los 12.203 litros de leche materna re-

colectados en un estado brasileño correspondieron a las estaciones locales de bomberos (50). En 2002, el Ministerio de Salud organizó el primer seminario nacional jamás realizado dentro del proyecto de bomberos de la vida, que incluyó la participación de administradores de las estaciones de bomberos de todos los rincones del país. Un objetivo de la reunión fue sensibilizar a los bomberos y animar a las estaciones de cada estado y comunidad a adoptar el proyecto y participar en el mismo. Con el aumento de la popularidad de estas asociaciones comunitarias, crecerá la necesidad de evaluar su impacto en los ámbitos local, estatal y nacional.

Los niños prematuros o con bajo peso al nacer cuya madre es VIH-positiva pueden recibir leche pasteurizada de los bancos de leche materna; sin embargo, por causa de las actuales limitaciones de la oferta, no se proporciona leche materna pasteurizada a esos niños cuando nacen a término o con peso normal. Como consecuencia, la política del programa de VIH/SIDA sobre la alimentación de esos recién nacidos recomienda que no se amamante al niño y que se emplee leche maternizada distribuida gratuitamente por el Estado durante los seis primeros meses de vida y, de ahí en adelante, leche entera distribuida.

Desde 2001 se han intensificado los esfuerzos para fomentar la participación de las sucursales locales del servicio postal de todo el país en actividades realizadas junto con la Semana Mundial de la Lactancia Materna. En 2002, casi 23.400 carteros recibieron capacitación sobre la forma de transmitir eficazmente mensajes básicos referentes a la importancia y las ventajas de la lactancia materna a los hogares de sus rutas ordinarias de entrega de correo. Como en el caso de las iniciativas en las cuales se emplea la colaboración de los bomberos nacionales, hasta la fecha no se ha evaluado el efecto ni el alcance de las iniciativas en las que participa el servicio postal (53), aunque esas actividades han mostrado resultados iniciales prometedores. En 2002 se estimó que se beneficiaron de

ellas cerca de 3.400.000 madres embarazadas y niños menores de 1 año.

Entre 2001 y 2002, el Ministerio de Salud lanzó un nuevo proyecto de promoción de la lactancia materna llamado Iniciativa Unidad Básica Amiga de la Lactancia Materna (IUBAAM), como forma de promover, proteger y apoyar la lactancia materna por medio de las unidades básicas de salud del país, con el objetivo final de adoptar en cada una los preceptos de los "Diez pasos hacia una feliz lactancia natural" promulgados por la iniciativa de hospitales amigos del lactante. Esta iniciativa es otra actividad que pueden emprender las unidades básicas de salud, junto con los hospitales, para consolidar la lactancia materna como práctica universal y, al mismo tiempo, les permite hacer su propio aporte de importancia a la salud y al bienestar de las madres y los niños a quienes dispensan cuidado. Los "Diez pasos hacia una feliz lactancia natural" de la IUBAAM se formularon a partir de un examen sistemático (54) que incluyó intervenciones experimentales y semiexperimentales realizadas como parte de la atención prenatal y durante la vigilancia de la madre y del lactante y demostraron ser un instrumento eficaz para prolongar la duración de la lactancia materna. Si bien se basa en los "Diez pasos" de la iniciativa de hospitales amigos del lactante, en la versión de la IUBAAM se sustituye el texto del paso 4 de aquella (Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto) por "Escuchar las preocupaciones, experiencias y dudas de las mujeres embarazadas y de las madres sobre la práctica de la lactancia materna y cimentar su confianza en sí mismas", y el texto del paso 7 (Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día) por "Instruir a las madres lactantes sobre el método de control de la natalidad basado en la amenorrea de la lactancia y otros métodos anticonceptivos compatibles con la lactancia natural".

La ejecución de la IUBAAM, además de proporcionar beneficios para las madres y los

niños que acceden a la atención de la red básica de atención de salud, fortalecerá también a los hospitales certificados como amigos de los niños en el Brasil, puesto que las unidades básicas de salud con certificación de "amigos de la lactancia materna" pueden convertirse en referencia para los hospitales, en lo que respecta al cumplimiento de los pasos 3 ("Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica") y 10 ("Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica") de la iniciativa de hospitales amigos del lactante. Como se indicó antes en este capítulo, la reevaluación de los hospitales amigos del lactante hecha en 1999 dejó en claro varias dificultades en materia de cumplimiento de los hospitales con algunos de los pasos. En opinión del Ministerio de Salud y de los consultores en lactancia materna, si la IUBAAM (que funciona solo en un estado brasileño hasta el momento de redactar el presente capítulo) y el proceso continuo de certificación como hospitales amigos del lactante llegan a realizarse debidamente con carácter de programa público oficial, pueden ser agentes fortalecedores de mutuo beneficio en la consolidación de los logros del PNIAM del Brasil hasta la fecha.

EL FUTURO DE LA LACTANCIA MATERNA

Al acercarse el mundo al nuevo milenio y la Declaración de Innocenti a su décimo aniversario, la comunidad de organizaciones internacionales reconoció la necesidad de reanализar las metas de la Declaración y, en 2002, reconsiderar lo que llegó a conocerse como la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.¹⁴ El fundamento de esta estrategia es la reafirmación de

los principios básicos de la Declaración, es decir, la necesidad de promover, proteger y apoyar la lactancia materna exclusiva por seis meses como recomendación general de salud pública y buscar formas óptimas para introducir alimentos complementarios inocuos y apropiados, sin interrupción de la lactancia materna, por lo menos hasta el segundo año de vida y más allá. La estrategia también abarca la gran dificultad de los primeros años del presente siglo que es cómo poner en práctica esas dos recomendaciones en grupos con necesidades especiales, incluso los de las madres infectadas por el VIH, las familias que viven en situaciones de emergencia, como desastres naturales, episodios de hambruna y disturbios sociales; las familias residentes en campamentos de refugiados; y las madres y los niños que enfrentan otra clase de circunstancias excepcionalmente difíciles.

Algunas organizaciones ya han comenzado a intensificar sus esfuerzos para enfrentar este desafío: la OMS y el UNICEF han organizado un curso de orientación sobre alimentación del lactante para las madres infectadas por el VIH; en tanto que el ONUSIDA, la OMS y el UNICEF han preparado materiales sobre el VIH y la alimentación del lactante, la forma de abordar la lactancia materna y el uso de sucedáneos de la leche materna en situaciones de emergencia y consejos prácticos y advertencias sobre la alimentación complementaria.

En el Brasil, los mensajes y políticas de promoción de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida han estado disponibles y vigentes por más de 10 años. Por consiguiente, el Gobierno del Brasil pudo tomar medidas decisivas para ayudar a asegurar la adopción de una resolución de la OMS en la que se instaba encarecidamente a los países a proteger, promover y apoyar la lactancia materna exclusiva durante seis meses como recomendación general de salud pública en la 54^a Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2001, siempre y cuando el país hubiera comprobado de ma-

¹⁴ Aprobada como Resolución 25 en la 55^a Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, mayo de 2002.

nera concluyente que es posible aumentar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva. Las encuestas nacionales confirmaron un aumento de casi 10 veces en la prevalencia de la lactancia materna exclusiva de los 0 a los 4 meses de edad, que era aproximadamente de 3,8% en 1986 y había aumentado casi 10 veces para 1996 (55), con tasas que llegaron a 35,6% en las capitales de los estados del país en 1999.¹⁵

Habida cuenta de los éxitos y las deficiencias del programa nacional de lactancia materna en los últimos años y de la necesidad de seguir mejorando las tasas de prevalencia de lactancia materna, las actividades centrales del PNIAM en el futuro inmediato y a mediano plazo incluirán las siguientes: seguir apoyando y fortaleciendo las numerosas iniciativas de promoción de la lactancia materna en marcha en los ámbitos comunitario, estatal y nacional; transformar el enfoque de la capacitación en salud y la práctica de los profesionales hacia la atención amigable de los recién nacidos y animar a los hospitales aún no certificados a esforzarse por lograr la certificación de hospitales amigos del lactante lo más pronto posible; prestar apoyo para asegurarse de que todos los hospitales amigos del lactante en la actualidad mantengan su certificación en el futuro e intensificar el apoyo a los programas de lactancia materna en el nivel de atención primaria por medio de actividades orientadas hacia la ejecución universal por las unidades básicas de salud de la IUBAAM. Como equipos de atención de la familia y promotores de salud comunitaria, nuestro desafío será también evaluar la función desempeñada por las numerosas intervenciones discutidas en este capítulo en el logro de la espectacular mejora que llevó a decuplicar las tasas de prevalencia de la lactancia materna exclusiva en los dos últimos decenios, así como cuantificar el impacto relativo de cada una en las tasas nacionales de morbimortalidad y de desarrollo físico y mental de la población infantil. Las autoras

de este capítulo creen que una evaluación de este tipo se ha necesitado por mucho tiempo y ofrecería un plan maestro claro para acción futura al validar las extensas actividades realizadas por diferentes personas e instituciones sobre este asunto hasta la fecha y dar respuestas claras a quienes todavía cuestionan la importancia crucial de la lactancia materna para proteger y mejorar la salud materno-infantil integral.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Geneva, 2 April 2001. (Note for the Press N° 7).
2. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 1. Art. No. CD003517. DOI: 10.1002/14651858.CD003517.
3. Feachem RG, Koblinsky MA. Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: promotion of breast-feeding. *Bull World Health Organ* 1984;62(2):271-291.
4. Victora CG, Vaughan JP, Lombardi C, Fuchs SMC, Gigante LP, Smith PG, et al. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987;2(8554):319-322.
5. Lucas A, Cole TJ. Breast milk and neonatal necrotizing enterocolitis. *Lancet* 1990; 336(8730):1519-1523.
6. Karjalainen J, Martin JM, Knip M, Ilonen J, Robinson BH, Savilahti E, et al. A bovine albumin peptide as a possible trigger of insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1992;327(5):302-307.
7. Saarinen UM, Kajosaari M. Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet* 1995; 346(8982):1065-1069.
8. César JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. *BMJ* 1999;318(7194):1316-1320.
9. Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet* 1992;339(8788):261-264.
10. Birch E, Birch D, Hoffman D, Hale L, Everett M, Uauy R. Breast-feeding and optimal visual development. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 1993;30(1):33-38.
11. Singhal A, Cole TJ, Lucas A. Early nutrition in preterm infants and later blood pressure: two cohorts after randomised trials. *Lancet* 2001;357(9254):413-419.

¹⁵Datos inéditos del Ministerio de Salud, 1999.

12. Organização Mundial da Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Aconselhamento em Amamentação: um Curso de Treinamento*. Genebra: OMS/UNICEF; 1996.
13. Gwinn ML, Lee NC, Rhodes PH, Layde PM, Rubin GL. Pregnancy, breast feeding, and oral contraceptives and the risk of epithelial ovarian cancer. *J Clin Epidemiol* 1990;43(6):559-568.
14. Tung KH, Goodman MT, Wu AH, McDuffie K, Wilkens LR, Kolonel LN, et al. Reproductive factors and epithelial ovarian cancer risk by histologic type: a multiethnic case-control study. *Am J Epidemiol* 2003;158(7):629-638.
15. Riman T, Dickman PW, Nilsson S, Correia N, Nordlinder H, Magnusson CM, et al. Risk factors for invasive epithelial ovarian cancer: results from a Swedish case-control study. *Am J Epidemiol* 2002;156(4): 363-373.
16. Michels KB, Willett WC, Rosner BA, Manson JE, Hunter DJ, Colditz GA, et al. Prospective assessment of breastfeeding and breast cancer incidence among 89,887 women. *Lancet* 1996;347(8999):431-436.
17. Olaya-Contreras P, Pierre B, Lazcano-Ponce E, Villamil-Rodríguez J, Posso-Valencia HJ. Factores de riesgo reproductivo asociados al cáncer mamario en mujeres colombianas. *Rev Saude Publica* 1999;33(3): 237-245.
18. Tryggvadóttir L, Tulinius H, Eyfjord JE, Sigurvins-son T. Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in an Iceland cohort study. *Am J Epidemiol* 2001;154(1):37-42.
19. Tessaro S, Beria JU, Tomasi E, Victora CG. Amamentação e câncer de mama: estudo de caso-controle no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2003;19(6):1593-1601.
20. Lipworth L, Bailey LR, Trichopoulos D. History of breast-feeding in relation to breast cancer risk: a review of the epidemiologic literature. *J Natl Cancer Inst* 2000;92(4):302-312.
21. Rea, MF Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. Artigo de revisão. *J Pediatr* (Rio J) 2004;80(5 Supl):S142-S146.
22. Cumming RG, Klineberg RJ. Breastfeeding and other reproductive factors and the risk of hip fractures in elderly women. *Int J Epidemiol* 1993;22(4): 684-691.
23. Michaelsson K, Baron JA, Farahmand BY, Ljunghall S. Influence of parity and lactation on hip fracture risk. *Am J Epidemiol* 2001;153(12):1166-1172.
24. Short RV. Breast-feeding. *Sci Am* 1984;250(4): 35-41.
25. Dewey KG, Cohen RJ, Rivera LL, Canahuati J, Brown KH. Effects of age at introduction of complementary foods to breast-fed infants on duration of lactational amenorrhea in Honduran women. *Am J Clin Nutr* 1997;65(5):1403-1409.
26. Van der Wijden C, Kleijnen J, Van den Berk T. Lactational amenorrhea for family planning. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 1. Art. No. CD001329. DOI: 10.1002/14651858.CD001329.
27. Relucio-Clavano N. The Banguo General Hospital and Medical Center breastfeeding and rooming-in programme. En: Jelliffe DB, Jelliffe EFP, eds. *Programmes to Promote Breastfeeding*. New York: Oxford University Press; 1988.
28. Lutter CK, Pérez-Escamilla R, Segall A, Sanghvi T, Teruya K, Wickham C. The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breastfeeding among low-income women in Brazil. *Am J Public Health* 1997;87(4):659-663.
29. Myres AW. National initiatives to promote breastfeeding: Canada, 1979-1985. En: Jelliffe DB, Jelliffe EFP, eds. *Programmes to Promote Breastfeeding*. New York: Oxford University Press; 1988.
30. Biddulph J. Promotion of breast-feeding: experience in Papua New Guinea. En: Jelliffe DB, Jelliffe EFP, eds. Vol 1: *Advances in International Maternal and Child Health*. New York: Oxford University Press; 1981:169-174.
31. Rea MF. The Brazilian National Breastfeeding Program: a success story. *Int J Gynaecol Obstet* 1990; 31(Suppl 1):79-82.
32. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saude Publica* 2003;19(Supl 1):S37-S45.
33. Venâncio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev Bras Epidemiol* 1998;1(1):40-49.
34. Berquó E, Cukier R, Spindel CR, Rea MF. *Caracterização e Determinantes do Aleitamento Materno na Grande São Paulo e na Grande Recife*. São Paulo: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento; 1984. (Cadernos Cebrap, Nova Série 2).
35. Goldenberg P *Repensando a Desnutrição como Questão Social*. Campinas: UNICAMP; 1988.
36. Silva AC. The role of milk on nutrition policy and child feeding in Brazil. Trabajo presentado en el IUNS Workshop Rethinking Infant Nutrition Policy under Changing Socio-economic Conditions. Diciembre 2-6, Oslo, Noruega, 1980.
37. Schepher-Hughes N. Infant mortality and infant care: cultural and economic constraints on nurturing in northeast Brazil. *Soc Sci Med* 1984;19(5):535-546.
38. Illingworth RS, Stone DG, Jowett GH, Scott JF. Self-demand feeding in a maternity unit. *Lancet* 1952; 1(14):683-687.
39. Klaus MH. The frequency of suckling. A neglected but essential ingredient of breast-feeding. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1987;14(3):623-633.
40. Muller M. *The Baby Killer*. London: War on Want; 1974.
41. Wickstrom B. *Infant Food Companies in Europe and the United States and Their Policies for Marketing in the De-*

- veloping World. Report of an Investigation.* Goteborg: Swedish Institute for Marketing Studies; 1977.
42. Rea MF. As políticas de alimentação infantil e a prática de amamentar: o caso de São Paulo (tesis). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1989.
 43. Murahovski J, Teruya KM, Bueno LGS, Baldin PEA. *Amamentação: da Teoria à Prática.* Santos: Fundação Lusiada; 1996.
 44. Rea MF, Toma TS. Rótulos de alimentos infantis: alguns aspectos das práticas de marketing no Brasil. *Revista de Nutrição da PUCCAMP* 1997;10:127-135.
 45. World Health Organization. *Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding. The Special Role of Maternity Services. A Joint WHO/UNICEF Statement.* Geneva: WHO; 1989.
 46. Brasília, Ministério da Saúde, Coordenação Materno-Infantil. *Metas de Cúpula Mundial em Favor da Infância: Avaliação de Meia Década 1990-1995.* Brasília, DF: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição; 1995.
 47. Organização Mundial da Saúde. *Evidências Científicas dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.* Brasília, DF; Organização Pan-Americana da Saúde; 2001.
 48. Lamounier JA, Maranhão AGK, Araújo MFM. A iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. En: Rego JD. *Aleitamento Materno.* São Paulo: Atheneu; 2001:333-342.
 49. Lamounier JA. Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança. *Rev Assoc Med Bras* 1998;44(4): 319-324.
 50. Araújo MFM, Otto AFN, Schmitz BAS. Primeira avaliação do cumprimento dos "Dez passos para o sucesso do aleitamento materno" nos Hospitais Amigos da Criança do Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2003;3(4):411-419.
 51. Toma TS, Monteiro CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo. *Rev Saude Publica* 2001;35(5):409-414.
 52. Siqueira SR, Toma TS. As semanas mundiais de amamentação. En: Rego JD. *Aleitamento Materno.* Rio de Janeiro: Atheneu; 2001: 367-384.
 53. Araújo MFM, Del Fiaco A, Werner EH, Schmitz BAS. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do Projeto Carteiro Amigo da Amamentação de 1996 a 2002. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2003;3(2):195-204.
 54. de Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *J Hum Lact* 2001;17(4):326-343.
 55. Bem-Estar Familiar no Brasil. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996.* Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997.

