

Sesión 6:

Costos y ahorros

Objetivos

A la conclusión de esta sesión los participantes serán capaces de:

- Describir los costos potenciales y el ahorro relacionado con la conversión y mantenimiento de los establecimientos como hospital Amigo del Niño.
- Sugerir varias formas creativas para minimizar costos o utilizar los recursos existentes cuando se implementan los Diez Pasos.
- Describir como estimar costo y ahorro relacionado con la protección, promoción y apoyo de la lactancia en sus propios establecimientos de salud.
- Debatir el costo y ahorro relacionados con la protección, promoción y apoyo de la lactancia y el apoyo de la familia, el sistema de salud y el país (opcional).

Duración

Costo y ahorro en los servicios de salud (incluyendo las propias instituciones de los participantes):

50 minutos

Costo y ahorro y para la familia: 15-30 minutos (opcional)

Costo y ahorro a nivel del sistema de salud y nivel nacional: 15 minutos (opcional)

Costo y ahorro relacionado con la promoción de la lactancia (discusión): 10 minutos

Total: 1 a 1¼ horas

Metodología de enseñanza

Presentación

Trabajo de Grupo

Discusión

Preparación de la sesión

- Revisar las diapositivas/transparencias provistas en el plan de la sesión. Se presenta la información sobre costo y ahorro in ambos países industrializados y no industrializados. Tal vez quiera utilizar un juego de diapositivas/transparencias en la sesión, enfatizando aquellas con mayor relevancia para su propia situación.
- Prepare diapositivas/transparencias que presenten costos y ahorros de su propio país o región si es posible. El utilizar datos locales y nacionales en esta sesión ayudará en gran magnitud a

la relevancia para los participantes. Si la información no está disponible, el proceso de recolección de la información debe realizarse varias semanas antes del curso.

- Una mini versión de la presentación de las diapositivas/transparencias se incluye en el material que se entrega a los participantes. Si se omiten algunas diapositivas/transparencias o se incluyen otras, considerar modificar este material de la misma manera.
- Después de revisar la sesión entera, debe decidir si se incluyen las secciones 4 y 5, que se focalizan en el costo y el ahorro para la familia, sistema de salud y nivel nacional. El costo y ahorro del establecimiento de salud (revisado en las secciones 1-3) son especialmente relevantes para el establecimiento de salud. Si el auditorio incluye a tomadores de decisión en salud, vinculados con un sistema de salud más grande, las secciones 4 y 5 pueden ser de interés particular para ellos. Si existe la necesidad de acortar la sesión, considere omitir algo o todo el material en estas últimas secciones.
- Si piensa incluir el ejercicio descrito en la sección 4, debe decidir si se utilizarán las diapositivas/transparencias 6.15 o 6.16 y la Hoja Didáctica 6.4a o 6.4b, dependiendo si existen salarios promedios diferentes para el área rural o urbana en el país, y coleccionar la información para el ejercicio del costo de la leche artificial de diferentes marcas, y el salario promedio. Antes que la sesión comience, actualizar la hoja didáctica que vaya a utilizar, con el precio y el peso de las latas de leche que se encuentran localmente, (por ejemplo latas de 500g o latas de 450g) y ajustar el número que se necesite de manera que sean los 20 Kg de fórmula que se necesitarán durante los seis meses. (por ejemplo: 40 latas de 500g o cerca de 44 latas de 450g). Luego llene con información respecto a las marcas de fórmula y su costo, así como el salario (mínimo) promedio.

Material de capacitación

Resúmen

Los resúmenes disponibles de estudios recientes presentados en la Sesión 6

Hojas didácticas

- 6.1 Presentación de la sesión 6
- 6.2 Análisis de costo de mantener una sala de recién nacido en el Dr. Jose Fabella Memorial Hospital
- 6.3 Tabla 1: Costo potencial y ahorro asociado con la promoción de la lactancia en los hospitales (organizado de acuerdo a los Diez Pasos)
- 6.4a: Ejercicio: El porcentaje de salario que se necesita para alimentar con fórmula a un bebé durante 6 meses
- 6.4b: Ejercicio: El porcentaje de salario urbano y rural para alimentar con fórmula a un bebé durante 6 meses

Diapositivas /transparencias

6.1 - 6.32

El sitio web de este curso tiene los vínculos para descargar las diapositivas (a color) que pueden utilizarse en una computadora portátil y un proyector LCD, si hubiera disponible.

Alternativamente, las transparencias (en blanco y negro) pueden imprimirse y copiarse en acetatos

para proyectarse con una retroproyectora. Las transparencias también se copiaron en una hoja didáctica para esta sesión, con 6 transparencias por página.

Referencias

Aguayo VM, Ross J. The monetary value of human milk in Francophone West Africa: A PROFILES analysis for nutrition policy communication. *Food Nutr Bull*, 2002, 23(2):153-61.

American Public Health Association. Breastfeeding promotion in Honduras: the PROALMA project. *Mothers and Children*, 1987, 6(3):103.

Autotte PA. *A mid-term evaluation of hospital institutions for the PROALMA Project, Honduras*. INCS Report Series. Newton, MA, Educational Development Center, 1985.

Avendona P, Matson D, Long J, Whitney S, Matson C, Pickering L. Costs associated with office visits for diarrhea in infants and toddlers. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 1993, 12:897-902.

Ball TM, Bennett DM. The economic impact of breastfeeding, Breastfeeding 2001, Part I: The evidence for breastfeeding. *Pediatric Clinics of North America*, 2001, 48(1):253-262.

*Ball TM, Wright AF. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics*, 1999, April, 103(4 Pt 2):870-6.

Berg A. *The Nutrition Factor*. Washington D.C., The Brookings Institution, 1973.

Bhatnagar S, Jain NP, Tiwara VK. Cost of infant feeding in exclusive and partially breastfed infants. *Indian Pediatrics*, 1996, 33:655-658.

*Bitoun P. The Economic Value of Breastfeeding in France. *Les Dossiers de l'Obstetrique*, 1994, 216:10-13 (English-language desktop publishing provided by Wellstart International, San Diego CA).

Bonuck K, Arno PS, Memmott MM, Freeman K, Gold M, McKee D. Breastfeeding promotion interventions: Good public health and economic sense. *Journal of Perinatology*, 2002, 22:78-81.

Chee G, Makinen M, Sakagawa B, Franklin N, Quinn V, Schubert J, Agble R. *Cost and effectiveness analysis of LINKAGES' breastfeeding interventions in Ghana*. Bethesda, MD, Abt Associates, 2002.

*Cohen R, Mrtek MD, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations. *American Journal of Health Promotion*, 1995, 10(2):148-153.

Daga SR, Daga AS. Impact of breast milk on the cost-effectiveness of the special care unit for the newborn. *J Trop Pediatr*, 1985, 31:121-3.

Department of Health. *Breastfeeding: Good practice guidance to the NHS*. London, United Kingdom of Great Britain, 1995.

Drane D. Breastfeeding and formula feeding: a preliminary economic analysis. *Breastfeeding Review*, 1997, 5(1): 7-16.

Eldridge S, Croker A. 2005, Breastfeeding friendly workplace accreditation. Creating supportive workplaces for breastfeeding women. *Breastfeed Rev*, 2005, 13(2): 17-22.

Fiedler JL. *The Cost of the Breastfeeding Promotion Program in the Guilherme Alvaro Hospital of Santos, Brazil*. Washington D.C., Latin American and Caribbean Health and Nutrition Sustainability Project, International Science and Technology Institute, 1993.

*Fok D, Mong TG, Chua D. The economics of breastfeeding in Singapore. *Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mothers' Association of Australia*, 1998, 6(2):5-9.

*Gonzales R. *Cost Analysis of Maintaining a Newborn Nursery at Dr. Jose Fabella Memorial Hospital, Manila*. [Transparencies presented in meeting in Manila, Philippines], 1990.

Greiner T y col. *The Economic Value of Breastfeeding* (with results from research conducted in Ghana and the Ivory Coast). Cornell International Nutrition Monograph Series 6, Ithaca, New York, Cornell University, 1979.

*Gupta A, Khanna K. Economic value of breastfeeding in India. *The National Medical Journal of India*, 1999, May-June 12(3):123-7.

Heinig MJ. Breastfeeding and the bottom line: why are the cost savings of breastfeeding such a hard sell? *Journal of Human Lactation*, 1998, 14(2):87-88.

Hoey C, Ware J. Economic advantages of breastfeeding in an HMO setting: A pilot study. *The American Journal of Managed Care*, 1997, 3:861-865.

Horton S, Sanghvi T, Phillips M, Fiedler J, Perez-Escamilla. Breastfeeding promotion and priority setting in health. *Health Policy and Planning*, 1996, 11(2): 156-168.

Huffman SL. *Panama Breastfeeding Promotion Project Evaluation*. Washington D.C., Center to Prevent Childhood Malnutrition and the Academy for Educational Development, 1990.

*Huffman SL, Panagides D, Rosenbaum J, Parlato M. *Breastfeeding Promotion in Central America: High Impact at Low Cost*. Washington D.C., Nutrition Communication Project, Academy for Educational Development, 1991.

Huffman SL, Steel A, Toure KM, Middleton E. *Economic Value of Breastfeeding in Belize*. Washington D.C., Nuture/Center to Prevent Childhood Malnutrition, 1992.

Jarosz LA. Breastfeeding versus formula: Cost comparison. *Hawaii Medical Journal*, 1993, 52(1):14-18.

Levine R. *A Workbook for Policymakers, Guide to Assessing the Economic Value of Breastfeeding*. Washington D.C., Nuture/Center to Prevent Childhood Malnutrition and Social Sector Policy Analysis Project, Academy for Educational Development, 1991.

*Levine R, Huffman SL. *The Economic Value of Breastfeeding, The National, Public Sector, Hospital, and Household Levels, A Review of the Literature*. Washington D.C., Nuture/Center to Prevent Childhood Malnutrition, 1990.

Levine R, Huffman SL, Labbok M. *Changing Hospital Practices to Promote Breastfeeding: Financial Considerations*. Washington D.C., Reproductive Health, Georgetown University, Department of Ob-Gyn, 1990.

Marquez LE, Piwoz E, Wong R, Huffman SL. *Application of the "Guide to Assessing the Economic Value of Breastfeeding" in El Salvador and Suggestions for Future Modifications to the Guide*. Washington D.C., Wellstart International, 1994.

Melville BM. Can low income women in developing countries afford artificial feeding? *Journal of Tropical Pediatrics*, 1991, 37:141-142.

Montgomery D, Splett P. Economic benefit of breastfeeding infants enrolled in WIC. *Journal of the American Dietetic Association*, 1997, 97:379-385.

Mora JO. *Results of the Field Test in Guatemala of the Workbook "Guide to Assessing the Economic Value of Breastfeeding"*. Washington D.C., Latin American and Caribbean Health and Nutrition Sustainability Project, University Research Corporation and International Science and Technology Institute, 1991.

*Nuture. The Economic Value of Breastfeeding: Four Perspectives for Policymakers. *Center to Prevent Childhood Malnutrition Policy Series*, 1990, 1(1):1-16, September.

Phillips M, Sanghvi T, Fiedler J, Lutter C, Perez-Escamilla R, Rivera A, Teruya K, Segall AM. *A Comparison of the Costs, Savings and Cost-Effectiveness of Hospital-Based Breastfeeding Promotion Programs in Latin America*. Washington D.C., Latin American and Caribbean Health and Nutrition Sustainability Project, University Research Corporation and International Science and Technology Institute, 1994.

Riordan J. The cost of not breastfeeding: A commentary. *Journal of Human Lactation*, 1997, 13:93-97.

Robertson R, Sanghvi T, Brownlee A, Fiedler J. *Guidelines for Estimating the Costs, Savings, and Cost Effectiveness of Breastfeeding Promotion Through Health Facilities*. Washington D.C., Latin American and Caribbean Health and Nutrition Sustainability Project, International Science and Technology Institute, 1995.

Rohde JE. Mother milk and the Indonesian economy: A major national resource. *Journal of Tropical Pediatrics*, 1982, 28(4):166-74.

Saadeh R ed., with Labbok M, Cooney K, Koniz-Booher P. *Breastfeeding: The Technical Basis and Recommendations*. Geneva, World Health Organization, 1993.

*Soetjiningsih, Sudaryat Suraatmaja. The advantages of rooming-in. *Paediatrica Indonesiana*, 1986, 26:229-35.

Smith JP. Human milk supply in Australia. *Food Policy*, 1999, 24(1): 71-91.

Smith JP, Ellwood M. Where does a mothers' day go? Preliminary estimates from the Australian Time Use Survey of New Mothers, paper presented at the International Association of Time Use Researchers annual conference, Copenhagen Denmark 2006.

Smith JP, Thompson JF, Ellwood DA. Hospital system costs of artificial infant feeding: Estimates for the Australian Capital Territory. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2002, 26(6): 543-51.

Smith JP, Ingham LH. Mothers milk and measures of economic output. *Feminist Economics*, 2005, 11(1): 43-64.

Tuttle C, Dewey K. Potential cost savings for Medi-Cal, ADFC, food stamps and WIC programs associated with increasing breastfeeding among low-income Hmong women in California. *Journal of the American Dietetic Association*, 1996, 96:885-890.

United States Breastfeeding Committee. *Economic benefits of breastfeeding (issue paper)*. Raleigh, NC, United States Breastfeeding Committee, 2002.

*Valdes V, Perez A, Labbok M, Pugin E, Zambrano I, Catalan S. The impact of a hospital and clinic-based breastfeeding promotion programme in a middle class urban environment. *Journal of Tropical Pediatrics*. 1993, 39:142-151.

Walker M. Why aren't more mothers breastfeeding? The benefits are clear. So how do we convince mothers? *Childbirth Instructor*, 1992, (Winter):19-24.

*Weimer J. *The economic benefits of breastfeeding: A review and analysis, Food Assistance and Nutrition Research Report No. 13*. Washington D.C., U.S. Department of Agriculture, 2001.

*Wong R, Marquez L, Piwoz E, Melendez C, Huffman S. *An Analysis of the Economic Value of Breastfeeding in El Salvador, Policy & Technical Monographs*. Washington D.C., Wellstart International and Nuture, 1994.

Woolridge M. *UK Baby Friendly Initiative, Calculating the Benefits of Breastfeeding*. London, United Kingdom, UNICEF UK (draft), 1995.

*WHO/UNICEF. *Breastfeeding Counselling: A Training Course, Trainer's Guide*. pages 420-421, Geneva, World Health Organization, 1993.

Wright A, Holberg C, Martinez F. Breast feeding and lower respiratory tract illness in the first year of life. *British Medical Journal*, 1989, 299:945-949.

* Referencias utilizadas en el Plan de Sesión.

Contenidos mínimos

Contenido	Notas del Capacitador
1. Costos y ahorros por concepto de promoción de lactancia en los establecimientos de salud	<i>Presentación y discusión: 10 minutos</i>
■ Ejemplos pequeños de los ahorros por promoción de lactancia y alojamiento conjunto en los establecimientos de salud:	Mencionar que una mini versión de las diapositivas se reproduce en la Hoja Didáctica 6.1 que se incluye en la carpeta de los participantes.
■ Reducción de la necesidad de formula infantil, biberones, glucosa y ocitocina, en el Hospital Materno Infantil en Tegucigalpa, Honduras (<i>Huffman y col.</i>).	Diapositiva/transparencia 6.2
■ Reducción en la adquisición de formula y soluciones intravenosas en el Hospital Sanglah en Indonesia (<i>Soetjiningssih & Suraatmaja</i>).	Diapositiva/transparencia 6.3
■ Reducción de la duración de la hospitalización en el Hospital Sanglah en Indonesia (<i>Soetjiningssih & Suraatmaja</i>).	Diapositiva/transparencia 6.4
■ Disminución del uso de biberones en la sala de recién nacidos en el Hospital Santo Tomas in Panama City (<i>Levine y col.</i>)	Diapositiva/transparencia 6.5
■ Disminución de la necesidad de personal en el Hospital de Clínicas de la Universidad Católica de Chile (<i>Valdez y col.</i>)	Diapositiva/transparencia 6.6 Enfatizar, si es apropiado, que el personal no será despedido pero será reasignado a otra función mas importante.
■ Análisis de costos de mantenimiento de una sala de recién nacidos en el Hospital Dr. Jose Fabella Memorial Hospital ■ Cálculo de los costos recurrentes para el mantenimiento de una sala de recién nacidos alimentados con fórmula en comparación al sistema actual de alojamiento conjunto y	Muestre las diapositivas/transparencias 6.7 - 6.11 y referir a los participantes a la Hoja Didáctica 6.2. Informar a los participantes que el Director Médico del Hospital Fabella hizo esta estimación del ahorro que resulta de la adopción del alojamiento conjunto en el hospital y calculando los costos extra en precios actuales de mantener al personal de enfermería completo de la sala de neonatología y la alimentación con fórmula en

Contenido	Notas del Capacitador
promoción de la lactancia intensiva (Gonzales).	comparación con el alojamiento conjunto. Revise el resumen de los costos de mantener la sala de recién nacidos presentado en las diapositivas/transparencias y sugiera a los participantes que vean luego la Hoja Didáctica 6.2 si están interesados en detalles adicionales de cómo se hicieron los cálculos. Mencionar que los costos de transformar la sala para el alojamiento conjunto como (capacitación y cambios físicos) necesitan también incluirse en el cálculo. Indague si hay preguntas o comentarios de los participantes.
2. Formas creativas de minimizar los costos o utilizar los recursos existentes cuando se implementen los Diez Pasos	Presentación y discusión: 10 minutos
■ Presentación de ejemplos de una variedad de países, de maneras de minimizar los costos o utilizando los recursos existentes: ■ Reasignar personal, de la sala de cuidados de recién nacidos normales/o sala de lactario, a proveer de atención al binomio madre/recién nacido y brindar educación en las salas de alojamiento conjunto. ■ Organice un grupo de voluntarios para proveer de consejería en lactancia en las salas o pedir a una organización local de apoyo a la madre para que dé este servicio. (Proveer de capacitación y normas escritas para asegurar la calidad. ■ Los bebés deben permanecer en la misma cama de sus madres, si es aceptable culturalmente, en lugar de proveerles con cunas o cuneros. ■ Use un refrigerador simple para guardar la leche materna extraída y frascos de bajo costo para la alimentación por taza. ■ Orientar a las madres, que se quedan en el hospital, para que amamenten a su prematuro o bebé enfermo, si es	Muestre las diapositivas /transparencias 6.12 y 6.13 y describa los ejemplos de las formas creativas para minimizar los costos o utilizar recursos existentes cuando se implementan los Diez Pasos. Enfatizar que lo que es adecuado y posible difiere entre países, y que estos ejemplos sólo les dará una idea de las maneras cómo los establecimientos pueden bajar los costos mientras implementan los Diez Pasos.

Contenido	Notas del Capacitador
posible, asistirle para que atienda a su bebé.	
■ Ejemplos o sugerencias de los participantes sobre las formas creativas de cortar los costos y utilizar los recursos existente mas eficiente y económicamente	Después de dar los ejemplos, pida a los participantes que den sus sugerencias sobre ideas creativas para bajar los costos o utilizar los recursos existentes. (Si los participantes no tienen muchos ejemplos para contribuir, pida a los capacitadores que den ideas y/o contribuyan con otras sugerencias, al igual que usted.) Elabore una lista de sugerencias en el reverso del rotafolio.
3. Estimando costos y ahorros en las propias instituciones de los participantes:	<i>Breve presentación, trabajo de grupo, y discusión: 30 minutos</i>
■ Revisar la Tabla que describe los costos potenciales y ahorro asociados a la promoción de la lactancia relacionada con cada uno de los “10 pasos” en los establecimientos de salud.	Referir a los participantes a la Hoja Didáctica 6.3. Describa como la Tabla puede ser utilizada para identificar los ítems a considerar cuando se calculan los costos y ahorros. Pida a los participantes que estén trabajando cerca que se unan en grupos de dos o tres para examinar la Tabla durante 10 minutos o más y encerrar en un círculo los ítems de las diferentes categorías que posiblemente resulten en costos substanciales y substancial ahorro en los establecimientos de salud como el suyo cuando se realizan los cambios para promocionar mejor la lactancia y convertirse en Hospital Amigo. Pida a cada grupo informar brevemente sobre los costos y ahorros que han identificado. Hacer una lista en el rotafolio en dos columnas. Enfatizar que puede ser muy útil estimar los costos y ahorros del hospital de cada uno de los participantes. Si los ahorros superan los costos, este es un incentivo adicional para convertirse en Amigo del Niño. Si algunos establecimientos de salud necesitan suspender la recepción de sucedáneos de la leche materna gratuitas o a bajo costo para ser designado como Hospital Amigo del Niño enfatizando nuevamente que esta

Contenido	Notas del Capacitador
	condición es un requisito para el Código Internacional y es mejor para las madres y los bebés.
■ Discusión de estrategias que los participantes pueden utilizar para calcular los costos actuales y ahorros asociados con la promoción de la lactancia en sus propias instituciones. ■ Los participantes pueden considerar si sería útil y factible calcular los costos y ahorros relacionados con la implementación de los Diez Pasos para una lactancia exitosa en sus propias instituciones, y si lo hacen, cuál sería el procedimiento.	Pida a los participantes que den ideas respecto a como calcular los costos y ahorros en sus propias instituciones. Los preguntas pueden incluir ■ Si se archiva la información de los costos y ahorros porque es importante en su institución para tomar decisiones concernientes a la IHANy lactancia, identificar quien utiliza los datos. ■ Si escogerían hacer solamente estimado de costos y ahorros o planifican un estudio más completo y detallado. ■ Si el estudio será retrospectivo (como el estudio del Hospital Fabella, que estimó los costos adicionales si se reinstalaba la sala de recién nacidos) o prospectivo, (midiendo los costos y ahorros que surgen a medida que se implementa la IHAN) ■ Dependiendo del tipo y complejidad del estudio, si un economista necesitaría involucrarse.
4. Costos estimados y ahorros para la familia (opcional)	<i>Presentaciones, trabajo de grupo, y discusión: 15-30 minutos</i>
	■ Decidir si se incluirán estas próximas dos secciones en la sesión, dependiendo del tiempo disponible y si es importante considerar los costos y ahorros para la familia, sistema de salud, y nacionales, considerando el tipo de participantes en el curso. Si se desea, una versión abreviada de esta sección puede presentarse utilizando solamente las diapositivas/transparencias seleccionadas.
■ Es importante ver brevemente los costos y ahorros de la promoción de la lactancia para la familia, tanto por efecto de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño no se suspenda en la puerta del hospital, y porque es útil considerar el impacto de la	Mostrar la diapositiva/transparencia 6.14, la cual provee el título del encabezado para la parte de la sesión que enfoca los costos y ahorros para la familia.

Contenido	Notas del Capacitador
promoción de la lactancia desde una perspectiva más amplia	
■ Ejemplos de costos menores para la familia, pueden ser el resultado de una lactancia óptima.	
■ La lactancia puede reducir enormemente los gastos de la familia, especialmente en situaciones donde el costo de la fórmula consume una buena porción del salario de un trabajador promedio (OMS).	Pedir a los participantes que calculen y comparen el costo de la fórmula infantil para seis meses con el salario promedio (o mínimo) para el mismo periodo. Antes del inicio de la sesión, decidir si se usa la Diapositiva/transparencia 6.15 o 6.16 y la Hoja Didáctica 6.4a o 6.4b, dependiendo si hay un salario promedio (o mínimo) para el país, o diferentes salarios para las áreas rurales y urbanas. Como se mencionó en la parte “Preparación para la Sesión”, antes que comience la sesión, adapte la las hojas didácticas que utilizará para que se use la “lata” de fórmula de peso común en el mercado local (por ejemplo latas de 500g o latas de 450g) y ajuste el número de latas necesario para obtener los 20 Kg de fórmula que se necesitan en los primeros seis meses (por ejemplo 40 latas de 500g o cerca de 44 latas de 450g). Luego llene la información concerniente a las marcas de fórmula y sus costos, así como el promedio (o mínimo) del salario. Los participantes pueden completar el ejercicio en un grupo con una marca de fórmula y el facilitador llenará las respuestas en la transparencia. Alternativamente, puede hacerse lo mismo en pequeños grupos que hagan el cálculo utilizando diferentes marcas de fórmula e informar los resultados. Discutir los resultados brevemente, enfatizar la carga económica innecesaria que la compra de fórmula da a la familia, puesto que alimentar a un bebé con fórmula consume una gran parte el salario promedio (o mínimo) que muchas familias no pueden costear. Mencionar que existen otros costos relacionados con la alimentación de fórmula además del costo de

Contenido	Notas del Capacitador
	esta, tal como el costo del combustible y el agua, el tiempo que toma lavar y esterilizar los biberones y chupones, etc. Enfatizar que la promoción de la fórmula al público está prohibida bajo el Código Internacional y que es la responsabilidad de los servicios de salud asegurar que ellos no promueven de ninguna manera ni endosan el uso de los sucedáneos de la leche materna.
■ A continuación algunos ejemplos de costos en países para un mes de sucedáneo de la leche materna para un bebé de 3 meses con un salario mínimo y el porcentaje que significa comprar la fórmula (Gupta and Khanna).	Mostrar la Diapositiva/transparencia 6.17. Señalar que estas estimaciones no incluyen el tiempo que toma obtener, preparar, y administrar la leche artificial.
■ Costo de suplementar las dietas de las madres que amamantan son menores que la compra de sucedáneos de la leche materna. (Ejemplos de Costa de Marfil y Francia) (Nurture y Bitoun)	Muestre las diapositivas/transparencias 6.18 y/o 6.19. Enfatizar el hecho que el porcentaje del promedio salarial o del salario mínimo que se necesita para suplementar la alimentación de la madre que amamanta es mucho menor de la que se necesita para la compra de sucedáneos de la leche materna.
■ (Alternativa a las diapositivas/transparencias 6.18 y/o 6.19:) El costo de la lactancia para la familia es substancialmente más bajo que el costo de la alimentación con leche artificial, como se muestra en este ejemplo de Singapur (<i>Fok y col.</i>).	Mostrar las diapositivas/transparencias 6.20 y 6.21. Analizar el hecho que los costos de la lactancia para la familia incluye tanto el costo de alimentos adicionales para la mujer en etapa de lactancia, y el valor del tiempo de la madre cuando amamanta a su bebé. Para la alimentación artificial, los costos incluyen el costo de los utensilios que se necesitan para alimentar artificialmente como el tiempo de cada persona que participa en la alimentación. Numerosos estudios muestran que los costos de fórmula infantil y otros suministros son más altos que el costo de alimentar a una mujer que esta amamantando y que se necesita mas tiempo para la alimentación con fórmula que para la lactancia, por la preparación y la limpieza que se necesitan. De esta manera en Singapur y en otros escenarios alrededor del mundo, la lactancia es menos cara que la alimentación con sucedáneos de la leche materna.
5. Costos estimados y ahorros en el sistema	Presentaciones y discusión: 15 minutos

Contenido	Notas del Capacitador
de salud y a nivel nacional (opcional)	Mostrar la Diapositiva/transparencia 6.22 que provee el encabezado para esta parte de la sesión que enfoca los costos y ahorros en el sistema de salud y a nivel nacional.
■ La lactancia ayuda a minimizar la atención de salud en el sistema de salud y en las empresas comerciales.	
■ Costos de la atención de salud en el primer año de vida son mucho menores para los bebés amamantados (ejemplo de la Health Maintenance Organization) (<i>Ball and Wright</i>).	Mostrar las diapositivas/ transparencias 6.23 y 6.24. Este estudio comparó la frecuencia de utilización del centro de salud para 3 enfermedades (enfermedades de tracto respiratorio inferior, otitis media, y enfermedad gastrointestinal) en relación a la duración de la lactancia exclusiva en estudios realizados en Tucson, Arizona, y Dundee Scotland. Los niños fueron clasificados como no amamantados, parcialmente amamantados, o exclusivamente amamantados por al menos 3 meses. Los costos estimados se basaron en los costos médicos directos por visita al consultorio, hospitalización, y prescripciones en una OMS en Tucson, Arizona. El costo adicional para el sistema de bebés no amamantados fue de \$331 y \$475 por niño durante el primer año. Estos costos son conservadores, solo incluye el costo de 3 enfermedades.
■ El apoyo a la lactancia ayuda a ahorrar dinero a los empleadores porque reducen las tasas de enfermedad infantil y ausentismo materno (ejemplo de dos compañías, USA) (<i>Cohen y col.</i>)	Mostrar la Diapositiva/transparencia 6.25. Se hizo una comparación en dos compañías de California con programas de lactancia, entre bebés amamantados y bebés alimentados con fórmula (una compañía de utilitarios y una corporación aeronáutica). Los resultados indican que se experimentó más episodios de enfermedad entre los alimentados con fórmula (90% versus 58%). Mostrar Diapositiva/transparencia 6.26. Es más, los bebés que están amamantando tienen menos episodios de enfermedad que dan como resultado el ausentismo materno del trabajo. Los resultados indican, por ejemplo que en el grupo de la lactancia, solo 11% de los episodios de enfermedad de los bebés dieron como resultado ausentismo de un día de las madres en su trabajo, mientras que en el grupo de la alimentación con fórmula, 26% de las enfermedades resultaron en ausencias ($p < .5$). El porcentaje de la

Contenido	Notas del Capacitador
	enfermedad infantil que condujo a una ausencia de 2 a 4 días y más de 4 días entre los dos grupos (madres que amamantan y madres que alimentan con fórmula) fueron ligeramente mayores en el grupo de la alimentación con fórmula. Si consideramos los episodios de enfermedad que resultan en un o <i>más</i> días de ausencias, el resultado muestra que: ■ 43% de los episodios de enfermedad de los bebés alimentados con fórmula resultan en ausencia de la madre a su trabajo uno o mas días de trabajo. ■ Solo 25% de los episodios de enfermedad de bebés amamantados dieron como resultado en uno o más días de ausencia materna. ■ Menos ausencias entre las madres con bebés amamantados significa ahorro substancial para los empleadores (Cohen y col. (1995), pp.152-153).
■ A un nivel nacional, la leche materna puede ser considerada como un “recurso nacional importante”.	
■ El valor de la leche materna para la economía nacional ha sido calculado para diferentes países. El caso de la India puede estudiarse como un ejemplo interesante (<i>Gupta and Khanna</i>).	Mostrar la Diapositiva/transparencia 6.27. Revisar el valor de la “producción nacional de la leche materna” en India. Enfatizar el hecho que si la lactancia declina, los altos costos adicionales y otros gastos innecesarios al comprar los sucedáneos de la leche, serán el resultado (SLM).
■ La promoción de la lactancia puede dar como resultado un ahorro substancial a nivel nacional, no solo debido a la disminución de la compra de SLM, pero también a la disminución de costos por tratamiento médico y menos pérdida de tiempo en el trabajo.	
■ Un estudio reciente realizado en Estados Unidos, por ejemplo, estima que si la lactancia exclusiva se	Mostrar la Diapositiva/transparencia 6.28. Explicar que los costos estimados, debido a las

Contenido	Notas del Capacitador
incrementara de la tasa actual (64% despues del parto en el hospital, 29% a los 6 meses) a los recomendados por US Surgeon General (75% and 50%) los ahorros debidos a la disminuci3n de costos por atenci3n de 3 enfermedades alcanzarían a \$3.6 billones (<i>Weimer</i>).	tasas actuales de lactancia, comparadas con las tasas recomendadas, para 3 enfermedades como otitis media, gastroenteritis, y enterocolitis necrosante (ECN). Los costos calculados incluyen el tratamiento quirúrgico, visitas médicas, pérdida de sueldos, y en caso de la ECN, la muerte prematura. Estos estimados son muy conservadores, puesto que solamente incluyen los costos de 3 enfermedades y no se incluyeron todos los costos de estas condiciones.
■ Ahorros por concepto de reducci3n de un número de episodios de enfermedad pueden incrementar rápidamente con pequenos (alcanzables) incrementos en la lactancia exclusiva (por ejemplo en Inglaterra y Gales) (<i>Depto. de Salud</i>). ■ Los costos hospitalarios atribuibles al destete temprano para cinco enfermedades en solo un territorio de Australia ha sido estimado en alrededor de 1-2 millones de dolarea al año (<i>Smith y col</i>)	Mostrar la Diapositiva/transparencia 6.29. Puntualice que aun los incrementos muy realistas de lactancia pueden generar ahorros substanciales. El Servicio de Salud Nacional en el Reino Unido, por ejemplo, informa que con sólo un incremento del 1% de la tasa de lactancia a las 13 semanas daría como resultado un ahorro de £500,000 en el tratamiento de la gastroenteritis. El estudio en Australia estimó los costos atribuibles a destete temprano para cinco enfermedades- enfermedades gastrointestinales, enfermedades respiratorias y otitis media, eczema y enterocolitis necrosante. Los investigadores indican que las cifras estimadas deberían ser mayores si se incluyen enfermedades crónicas o enfermedades no comunes así como costos extra-hospitalarios.
■ El incremento de la inversión en la promoci3n de la lactancia conduciría a un ahorro substancial en los costos de salud, compensando de lejos el costo de la promoci3n. (ejemplo de El Salvador) (<i>Wong y col.</i>)	Mostrar las diapositivas/transparencias 6.30 hasta 6.32. Describir el ejemplo de El Salvador, donde un estudio minucioso fué realizado para determinar los beneficios para el sector público de los niveles actuales de lactancia, los costos de las actividades de promoci3n actual de lactancias y el ahorro adicional que se puede lograr con un programa intensivo de promoci3n a la lactancia: ■ Los beneficios anuales de los niveles actuales de lactancia están por encima de 2, 800,000 dólares americanos. (Diapositiva/transparencia 6.30) ■ El costo de las actividades de promoci3n actual es de 32,000 de dólares americanos. Si se gastarán 90,000

Contenido	Notas del Capacitador
	dólares americanos adicionales para una actividad promocional intensiva, se estimaría que la lactancia exclusiva para los lactantes menores de 6 meses incrementaría la tasa de lactancia del 15% al 30%. (Diapositiva/transparencia 6.31) ■ El beneficio neto del nivel actual de la promoción de la lactancia esta por encima de 2. 775,000 dólares americanos. Las actividades intensificadas se traducirían en 624,000 dólares americanos adicionales de ahorro. (Diapositiva/transparencia 6.32) Mencionar el hecho que el estudio de El Salvador (y otros varios países) fue realizado utilizando el <i>Cuaderno de trabajo para los Diseñadores de Política: Guía para calcular el Valor Económico de la Lactancia</i>. Este cuaderno de trabajo, que está disponible en LINKAGES Project (1825 Connecticut Ave. NW, Washington D.C. 20009), puede utilizarse para calcular los costos y ahorros de la lactancia a nivel nacional.
6. Costos y ahorros relacionados con la promoción de la lactancia materna (discusión) ■ Discusión de los problemas relacionados a los costos y ahorros de la promoción de la lactancia en los establecimientos de los participantes y en su país.	Discusión: 10 minutos Pedir a los participantes que compartan los temas que les vienen a la mente relacionados con el costo y ahorro de la promoción de la lactancia. Los temas que pueden explorarse incluyen: ■ Cuán importante es el tema de costos y ahorros (tanto en los establecimientos de salud como en el sistema de salud en general); ■ ¿Cómo se pueden sensibilizar a los oficiales del gobierno y personal del establecimiento de salud respecto a los ahorros que se pueden lograr a través de la promoción intensiva de la lactancia?.

Resumen de los estudios de investigación presentados en la Sesión 6

Diapositiva/transparencia: Estudio:

- | | |
|-----------|---|
| 6.6 | Valdes V, Perez A, Labbok M, Pugin E, Zambrano I, Catalan S. The impact of a hospital and clinic-based breastfeeding promotion programme in a middle class urban environment. <i>J Trop Pediatr.</i> 1993 Jun;39(3):142-51. |
| 6.20-6.21 | Fok D, Mong TG, Chua D. The economics of breastfeeding in Singapore. <i>Breastfeed Rev.</i> 1998 Aug; 6(2):5-9. |
| 6.23-6.24 | Ball TM, Wright AL. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. <i>Pediatrics.</i> 1999 Apr;103(4 Pt 2):870-6. |
| 6.25-6.26 | Cohen R, Mrtek MB, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations. <i>Am J Health Promot.</i> 1995 Nov-Dec, 10(2):148-53. |

El impacto de un programa de lactancia de un hospital y clínica en un ambiente de clase media urbana

Diapositiva/transparencia 6.6

Referencia: Valdes V, Perez A, Labbok M, Pugin E, Zambrano I, Catalan S. The impact of a hospital and clinic-based breastfeeding promotion programme in a middle class urban environment. *J Trop Pediatr.* 1993 Jun;39(3):142-51.

Antecedente. Las intervenciones del hospital en apoyo a la lactancia materna han sido exitosas en áreas donde la población indígena tiene un ambiente favorable de lactancia. Sin embargo los programas designados para mejorar los patrones de lactancia en poblaciones urbanas tienen un resultado heterogéneo.

Métodos. Este trabajo presenta un estudio de intervención prospectivo controlado, de un programa de promoción de la lactancia basado en el sistema de salud, para beneficio de la salud del bebé y el espaciamiento de los nacimientos. Después de la recolección de datos, se instituyó un programa de intervención de cuatro fases.(Programa de Promoción de Lactancia).

Hallazgos. Este trabajo reporta el proceso del desarrollo de los programas de intervención así como la comparación de las poblaciones de estudio y control. Los hallazgos más importantes incluyen incrementos significativos en la duración de la lactancia completa del 31.6 por ciento a los 6 meses en el grupo control al 66.8 por ciento en el grupo de intervención. La duración de la amenorrea de lactancia incrementó de manera similar del 22 por ciento en las madres control y del 56 % en el grupo de intervención con amenorrea a los 180 días.

Conclusiones. Se ilustra el costo-efectividad de los cambios hospitalarios.

La economía de la lactancia en Singapur

Diapositivas/transparencias 6.20 and 6.21

Referencia: Fok D, Mong TG, Chua D. The economics of breastfeeding in Singapore. *Breastfeed Rev.* 1998 Aug;6(2):5-9.

Antecedente. El estudio de 340 madres se condujo en el hospital de Kandang Kerbau en Septiembre de 1992 para determinar si era más económico amamantar o alimentar con biberón durante los primeros tres meses.

Métodos. Dos modelos económicos, un modelo de bajo costo, y un modelo de alto costo, se adoptaron incorporando una expresión matemática según el trabajo de Almroth en 1979.

Hallazgos. Los ahorros en el ingreso económico de la madre durante el periodo, fue del 3% al 9% en el modelo de bajo costo y del 8% al 21% en el modelo de alto costo.

Conclusiones. Desde el punto de vista de la familia, fueron dos componentes los que contribuyeron al ahorro económico con la lactancia materna en oposición a la lactancia artificial, el costo de los bienes consumidos y el tiempo para alimentar al bebé. Se nota que el tiempo que toma alimentar con lactancia artificial a un lactante es mayor al de amamantar. Los resultados de este estudio proveen de una base concreta a los diseñadores de políticas y defensores de la lactancia para la promoción de la lactancia en Singapur. El monto ahorrado al sistema de salud por la lactancia es un argumento que debe considerarse desde la perspectiva pública.

Costos al sistema de salud por concepto de costo de alimentación con fórmula en el primer año de vida

Diapositivas/transparencias 6.23 and 6.24

Reference: Ball TM, Wright AL. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics*. 1999 Apr;103(4 Pt 2):870-6.

Objetivo: Determinar el exceso de costo de los servicios de atención de salud para tres enfermedades en el primer año de vida, luego de ajustar para los confundentes potenciales.

Métodos: Se evalúa la frecuencia de utilización del servicio de salud de tres enfermedades (infección de tracto respiratorio inferior, otitis media y enfermedad gastrointestinal) en el primer año de vida y se asocia en relación a la duración de la lactancia exclusiva en el Estudio Respiratorio del Hospital de Niños de Tucson (n = 944) y el Estudio de la Comunidad de Dundee (estudio Escocés, n = 644). Los lactantes en ambos estudios estaban sanos al nacer y representó muestras de población no seleccionadas. Los niños se clasificaron en lactantes que nunca amamantaron, que amamantaron parcialmente y lactantes amamantados exclusivamente, basados en su tipo de alimentación durante los tres primeros meses de vida. La frecuencia de las visitas a la consulta y número de hospitalizaciones para las tres enfermedades se ajustó para la educación materna y el hábito de fumar de la madre, utilizando el análisis de varianza. Los costos estimados, desde la perspectiva del proveedor de salud/pagador, se basaron en los costos médicos directos durante 1995 en un sistema de salud grande de atención de salud.

Resultados: En el primer año de vida, luego de un ajuste de confundentes, hubo un exceso de 2033 visitas a la consulta excesiva, 212 días de exceso de hospitalización 609 recetas excesivas para estas tres enfermedades por 1000 lactantes que nunca amamantaron en comparación con 1000 lactantes amamantados exclusivamente por al menos 3 meses. Estas atenciones de salud adicionales tuvieron un costo entre \$us 331 y \$us 475 por cada lactante nunca amamantado durante el primer año de vida.

Conclusiones: Además de tener más episodios de enfermedad, los lactantes alimentados con fórmula le cuestan más dinero al sistema de salud. Los planes de atención de salud se verán beneficiados con ahorros substanciales, así como mejorarán la atención, mediante el apoyo a la promoción de la lactancia exclusiva.

Comparación de las tasas de ausentismo materno y la enfermedad de lactantes entre mujeres que amamantan y mujeres que dan fórmula en dos corporaciones

Diapositivas/transparencias 6.25 and 6.26

Reference: Cohen R, Mrtek MB, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations. *Am J Health Promot.* 1995 Nov-Dec, 10(2):148-53.

Propósito: Se realizó una comparación entre dos grupos de madres, que amamantan, y que alimentan con fórmula. Se estudio el ausentismo relacionado directamente con la atención del niño. **DISEÑO:** Este estudio cuasi experimental siguió muestras de conveniencia de madres que amamantan y madres que alimentaban artificialmente hasta que los lactantes alcanzaron 1 año de edad o fueron destetados.

Escenario: Se utilizaron corporaciones con programas de lactancia establecidos. Una tuvo aproximadamente 100 nacimientos anuales entre 2400 empleadas femeninas, y la otra tuvo aproximadamente 30 nacimientos anuales entre 1200 empleadas femeninas.

Sujetos: Una muestra de 101 participantes, 59 solo con lactancia materna y 42 que alimentaron con fórmula, estaba compuesta de empleados que retornan de la baja de maternidad por un parto no complicado medicamente.

Intervención: Los programas dieron consejería mediante un profesional de lactancia a todos los participantes y hospitales para recolectar y almacenar muestras de leche.

Medidas: Los diarios confidenciales de las participantes dieron los datos descriptivos de enfermedad infantil y ausentismo relacionado que el consultor de lactancia verifico con los proveedores de salud y mediante los registros de asistencia.

Análisis: Los episodios de enfermedad y ausentismo atribuidos, se reportaron como porcentaje. Se utilizo el test de chi cuadrado con un grado de libertad para compara las tasas entre los dos grupos de nutrición.

Hallazgos: Aproximadamente el 28% de los lactantes del estudio no tenían enfermedad 86% de estos fueron amamantados y 14% se alimentaron con fórmula. Cuando ocurrió la enfermedad, 25% de todas las ausencias maternas de 1-día ocurrieron entre los lactantes amamantados y 75% entre los lactantes con fórmula.

Conclusiones: En este estudio se encontró menos episodios de enfermedad y menos severos con menos ausentismo materno en el grupo de lactancia. Este no fue un estudio experimental. Los participantes fueron autoseleccionados, y un grupo comparativo se utilizó en vez de un verdadero grupo de control. Se necesita corroborar los hallazgos en estudios grandes experimentales para generalizar los resultados fuera de estos grupos.

Presentación de la sesión 6

Costos y ahorros

Promoción de la Lactancia:

Costos y ahorros para los establecimientos de salud

Transparencia 6.1

El Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa, Honduras, con aproximadamente 12,000 partos por año, instituyó un programa de promoción de lactancia materna y alojamiento conjunto intensivo que resultó en ahorros importantes en:

- Fórmula: \$8,500
- Biberones: \$7,500
- Solución Glucosada: \$1,500
- Ocitocina (Metergin): \$1,000

El cambio le ahorró al hospital \$16,500 anualmente

Adaptado de: Huffman SL et al. *Breastfeeding Promotion in Central America: High Impact at Low Cost*. Washington D.C., Nutrition Communication Project, AED, 1991.

Transparencia 6.2

El Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa, Honduras, con aproximadamente 12,000 partos por año, instituyó un programa de promoción de lactancia materna y alojamiento conjunto intensivo que resultó en ahorros importantes en:

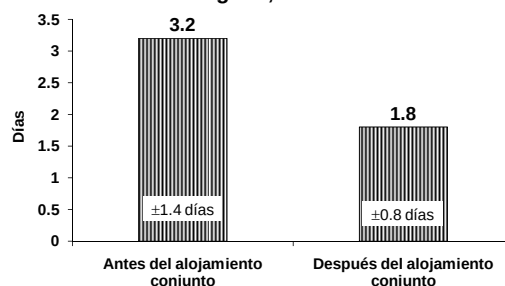
- Fórmula: \$8,500
- Biberones: \$7,500
- Solución Glucosada: \$1,500
- Ocitocina (Metergin): \$1,000

El cambio le ahorró al hospital \$16,500 anualmente

Adaptado de: Huffman SL et al. *Breastfeeding Promotion in Central America: High Impact at Low Cost*. Washington D.C., Nutrition Communication Project, AED, 1991.

Transparencia 6.2

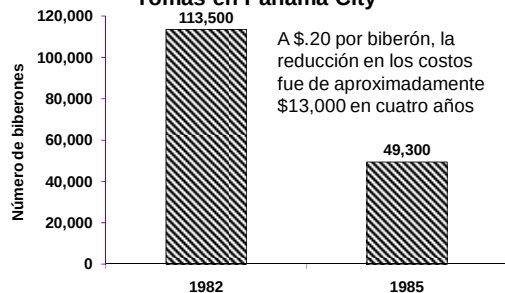
Promedio de estadía hospitalaria de recién nacidos en el Hospital de Sanglah, Indonesia



Adaptado de: Soetjiningsih and Sudaryat Suraatmaja. The advantages of rooming-in. *Paediatrica Indonesiana*, 1986, 26:229-35.

Transparencia 6.5

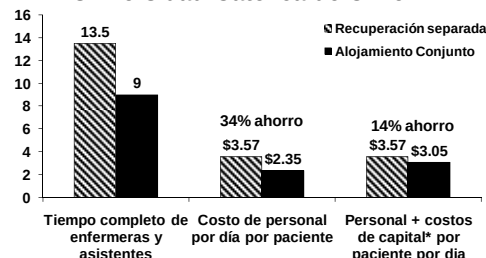
Ahorro de costos debido a las actividades de promoción de la lactancia en el Hospital Santo Tomas en Panamá City



Adaptado de: Levine & Huffman. *The Economic Value of Breastfeeding, The National, Public Sector, Hospital, and Household Levels, A Review of the Literature*. Washington D.C., Nuture/Center to Prevent Childhood Malnutrition, 1990.

Transparencia 6.6

Ahorro de costos por el alojamiento conjunto en comparación a la separación de madre y su recién nacido en el Hospital de Clínicas de la Universidad Católica de Chile.



Adaptado de: Valdes et al. The impact of a hospital and clinic-based breastfeeding promotion programme in a middle class urban environment. *Journal of Tropical Pediatrics*. 1993, 39:142-151.

Transparencia 6.7

Análisis de costo de mantenimiento de una sala de recién nacidos en el Hospital Memorial de Dr. José Fabella

Estadísticas del Hospital:

Partos promedio por día: 100 bebés

Censo diario de recién nacidos: 320 bebés

Adaptado de: Gonzales R. Cost Analysis of Maintaining a Newborn Nursery at Dr. Jose Fabella Memorial Hospital, Manila. (Transparencies presented in meeting in Manila, Philippines), 1990.

Transparencia 6.8

Resumen de costos por el mantenimiento de una sala de recién nacidos sanos

Juegos de biberones /año	
$124,800 \times 20 \text{ P} =$	2,496,000 P
Latas de leche fórmula/año	
$17,521 \times 36 \text{ P} =$	630,720 P
Salario del personal de enfermería/año	
$900 \times 3,000 \text{ P} \times 12 =$	3,240,000 P
Salario del personal del lactario/año	
$6 \times 2,000 \text{ P} \times 12 =$	144,000 P

Total **6,510,720 P**
(\$us 310,037)

Transparencia 6.9

No está incluido:

- Costo de electricidad
- Costo del agua
- Costo de detergentes
- Costo de los pañales
- Costo de cuneros
- Costo de material de limpieza

Transparencia 6.10

¿A cuánto equivale este monto del presupuesto del hospital?

$$\text{Costo} = \frac{6,510,720 \text{ P}}{73,000,000 \text{ P}} = 8\%$$

Presupuesto =

Transparencia 6.11

El ahorro del 8% del presupuesto del hospital se ha convertido ahora en:

- Disponibilidad de medicamentos en todo momento
- Mejora de los alimentos y nutrición de pacientes
- Disponibilidad de sangre para emergencias
- Sábanas y camisones limpios para pacientes
- Mas enfermeras para la atención de pacientes

Transparencia 6.12

Formas creativas para minimizar costos o utilizar recursos existentes
Parte 1

- Reasignar personal de una sala de recién nacidos sanos y del lactario para proveer de atención a la madre/niño y educación en las salas de alojamiento conjunto.
- Organizar un grupo de voluntarios para proveer de consejería en lactancia en las salas de alojamiento conjunto o pedir a una organización local de apoyo a madres que den este servicio. (Dar capacitación y normas escritas a los voluntarios para asegurar la calidad.)

Transparencia 6.13

Formas creativas para minimizar costos o utilizar recursos existentes

Parte 2

- Colocar a los bebés en la cama de sus madres en vez de comprar cunas, si es culturalmente aceptable.
- Usar un refrigerador simple para guardar la leche extraída y contenedores gratuitos o a bajo costo para alimentar con taza.
- Enseñar a las madres, que están hospitalizadas que amamanten a su bebe prematuro o su bebe enfermo, y como dar atención a sus bebes.

Transparencia 6.14

Promoción de Lactancia:

Costos y ahorros para las familias

Transparencia 6.15

Ejercicio: El porcentaje de salario que se necesita para alimentar con fórmula a un bebé de seis meses.

Cálculo

Marca de fórmula:

Costo de una lata de fórmula de 500g:

Costo de 40 latas x de 500g de fórmula (para 6 meses):

Salario promedio (o mínimo)

1 mes:

6 meses:

Costo de 40 latas x 500g de fórmula X 100 =%

Salario promedio (o mínimo) para 6 meses

Respuesta: Alimentar a un bebé con fórmula cuesta:% del promedio salarial (o mínimo)

Adaptado de: WHO/UNICEF. *Breastfeeding Counselling: A Training Course, Trainer's Guide*. pages 420-421, Geneva, World Health Organization, 1993.

Transparencia 6.16

Ejercicio: El porcentaje de salario urbano o rural que se necesita para alimentar con fórmula a un bebé de 6 m

Cálculo

Marca de fórmula:

Costo de una lata de fórmula de 500g: x 40 latas =

Salario promedio(o mínimo) Agricultura Urbana

1 mes:

6 meses:

Costo de 40 latas x 500g de fórmula X 100 =%

Salario rural por 6 meses

Costo de 40 latas x 500g de fórmula X 100 =%

Salario urbano por 6 meses

Respuesta: Alimentar a un bebé con fórmula cuesta:% del promedio salarial (o mínimo)
.....% del promedio salarial rural
Alimentar a un bebé con fórmula cuesta% del promedio salarial urbano

Adaptado de: WHO/UNICEF. *Breastfeeding Counselling: A Training Course, Trainer's Guide*. pages 420-421, Geneva, World Health Organization, 1993.

Transparencia 6.17

Costo de los sucedáneos de la leche materna y comparación con salarios mínimos

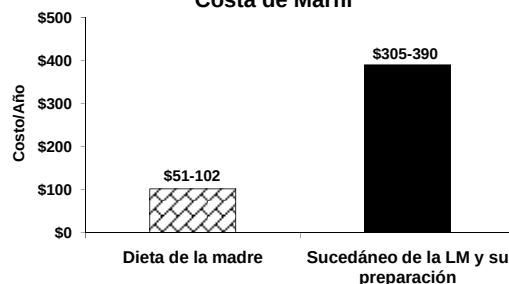
País	Costo por kg (en US\$)	Costo por mes (en US\$)	Salario Mínimo por mes (en US\$)	% del salario por mes
Nueva Zelandia	8.78	36.00	764	5
Alemania	16.40	67.24	1149	6
Malasia	7.42	30.42	143	21
Polonia	24.51	100.49	394	26
País Valtico	8.33	34.15	79	43
Indonesia	6.73	27.60	55	50

Adaptado de: Gupta and Khanna. Economic value of breastfeeding in India. *The National Medical Journal of India*, 1999, May-June 12(3):123-7.

Transparencia 6.18

Costo de alimentar a una madre amamantando versus alimentación con fórmula

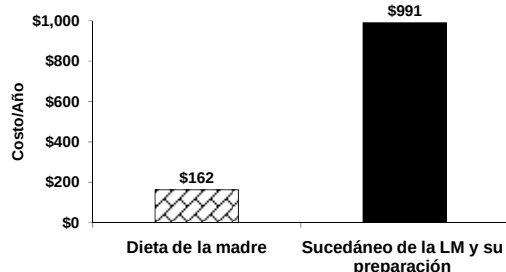
Costa de Marfil



Adaptado de: Nurture, The Economic Value of Breastfeeding: Four Perspectives for Policymakers. *Center to Prevent Childhood Malnutrition Policy Series*, 1990, 1(1):1-16, September.

Transparencia 6.19

Costo de alimentar a una madre amamantando versus alimentación con fórmula Francia



Adaptado de: Bitoun. The Economic Value of Breastfeeding in France. *Les Dossiers de l'Obstetrique*, 1994, 216:10-13.

Transparencia 6.20

Ahorro para la familia con lactancia en Singapur

- Costo de lactancia =
 - Costos de alimento adicional para mujer que amamanta *más*
 - Valor del tiempo de la madre para amamantar
- Costo de alimentación artificial =
 - Costo de para alimentar artificialmente (leche, biberones, combustible, utensilios) *más*
 - Valor del tiempo de cada persona que participa en la alimentación

Adaptado de: Fok et al. The economics of breastfeeding in Singapore. *Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mothers' Association of Australia*, 1998, 6(2):5-9.

Transparencia 6.21

Ahorro para la familia en los 3 primeros meses de vida si amamanta, por 15,410 bebés nacidos en el hospital de Kendang Kerbau en Singapur:

■ Modelo de costo bajo*: \$4,078,102
(\$264 por lactante)

■ Modelo de alto costo*: \$7,453,817
(\$483 por lactante)

* El modelo de bajo costo utilizó un costo bajo o promedio de fórmula, leche, esterilización y salarios. El modelo de costo alto utilizó costos mas altos por el mismo detalle.

Adaptado de: Fok et al. The economics of breastfeeding in Singapore. *Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mothers' Association of Australia*, 1998, 6(2):5-9.

Transparencia 6.22

Promoción de Lactancia:

Costos y ahorros en el sistema de salud y a nivel nacional

Transparencia 6.23

Costos comparativos de atención de salud por tratamiento de bebes amamantados y bebés con fórmula en el primer año de vida en una organización de mantenimiento de salud (OMS)

Cuando se comparan estadísticas de salud de 1000 lactantes que nunca amamantaron, y 1000 lactantes amamantados exclusivamente por al menos 3 meses, los que nunca amamantaron tuvieron:

- 60 episodios más de infección respiratoria inferior
- 580 episodios mas de otitis media, y
- 1053 episodios más de enfermedad gastrointestinal

Adaptado de: Ball and Wright. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics*, 1999, April, 103(4 Pt 2):870-6.

Transparencia 6.24

Además, de 1000 lactantes que nunca amamantaron tuvieron:

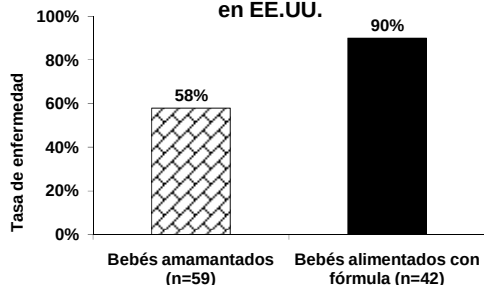
- 2033 exceso de visitas a consultorios
- 212 exceso de hospitalización
- 609 exceso de prescripciones

Estos servicios adicionales del atención de salud Costo al sistema de atención entre \$331 y \$475 por lactante que nunca amamantó Durante el primer año de vida.

Adaptado de: Ball and Wright. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics*, 1999, April, 103(4 Pt 2):870-6.

Transparencia 6.25

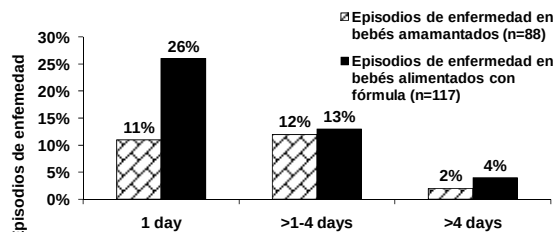
Tasas de enfermedad entre lactancia y alimentación con fórmula en lactantes de madres que trabajan en dos corporaciones en EE.UU.



Adaptado de: Cohen et al. Comparison of maternal absenteeism and illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations. *AJHP*, 1995, 10(2):148-153.

Transparencia 6.26

Distribución de episodios de enfermedad y ausentismo materno por práctica de alimentación



Adaptado de: Cohen et al. Comparison of maternal absenteeism and illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations. *AJHP*, 1995, 10(2):148-153.

Transparencia 6.27

El valor de la leche materna para la economía nacional en India

- La producción nacional de leche materna de todas las madres en India por niño que estaban amamantando en el momento de la estimación fue de 3944 millones de litros en 2 años.
- Si la leche producida se sustituiría por leche en lata, costaría 118 billones de Rupias.
- Si se importara, los sucedáneos de la leche materna costarían 4.7 millones de USD.
- Si las prácticas de lactancia fueran las óptimas, la producción de leche sería el doble de la producción actual, doblando los ahorros mediante el uso total de este "recurso nacional".

Adaptado de: Gupta and Khanna. Economic value of breastfeeding in India. *The National Medical Journal of India*, 1999, May-June 12(3):123-7.

Transparencia 6.28

Ahorro de 3 enfermedades de la niñez si las tasas de lactancia exclusiva se incrementaran a niveles recomendados por el Surgeon General en EE.UU.*

Condición	Costos incluidos	Ahorros en \$us
Otitis media	Tratamiento quirúrgico y no quirúrgico y pérdida de tiempo y salarios.	\$ 365,077,440
Gastroenteritis	Visitas médicas, pérdida de salario, y hospitalización	\$ 9,941,253
Enterocolitis necrosante (NEC)	Tratamiento quirúrgico, pérdida de salario, y valor de muertes prematuras	\$3,279,146,528
TOTAL:		Mas \$3.6 billones

* Niveles actuales de LME fueron 64% después del nacimiento y 29% a 6 meses. Niveles recomendados son 75% después del parto y 50% a los seis meses.

Adaptado de: Weimer. *The economic benefits of breastfeeding: A review and analysis*, Food Assistance & Nutrition Research Report No. 13. Wash.D.C., USDA, 2001.

Transparencia 6.29

Ahorros de incrementos potenciales en lactancia materna exclusiva en Inglaterra y Gales

- Se ha estimado que el Servicio Nacional de Salud gasta £35 millones por año en el tratamiento de gastroenteritis en lactantes alimentados con biberón.
- Para cada 1% de incremento en lactancia a las 13 semanas, se lograría un ahorro de £500,000 en el tratamiento de gastroenteritis.

Adaptado de: Dept. of Health. *Breastfeeding: Good practice guidance to the NHS*. London, United Kingdom of Great Britain, 1995.

Transparencia 6.30

Un estudio de caso completo sobre costos y ahorros con promoción de lactancia y otras actividades de promoción en El Salvador:

Beneficios anuales totales para el sector publico de los niveles actuales de lactancia

Origen del beneficio	Monto total anual
Casos de diarrea infantil evitados	\$456,130
Casos de IRA infantil evitados	\$839,583
Nacimientos evitados (costos del parto)	\$1,224,328
Uso evitado de sucedáneos de la leche materna	\$288,337
TOTAL	\$2,808,378

Adaptado de: Wong et al. *An Analysis of the Economic Value of Breastfeeding in El Salvador*, Policy & Technical Monographs. Washington D.C., Wellstart Intl. and Nuture, 1994.

Transparencia 6.31

Costos anuales y beneficios de actividades de promoción de la lactancia actuales e intensivas. (El Salvador)

Actividades actuales:

- Abogacía/monitoreo
- Promoción basada en el Hospital
- Promoción de la atención de salud institucional y comunitario
- Información, educación & comunicación

Costo actual: **\$32,000**

Costo adicional de actividades intensivas: **\$90,188**

Beneficio estimado de actividades intensivas:

- Incremento en la lactancia exclusiva entre lactantes menores de 6 meses de **15% a 30%**

Adaptado de: Wong et al. *An Analysis of the Economic Value of Breastfeeding in El Salvador, Policy & Technical Monographs*. Washington D.C., Wellstart Intl. and Nuture, 1994

Transparencia 6.32

Beneficios netos de la promoción de lactancia: Comparación del programa actual y del intensificado (El Salvador)

	Actual	Adicional bajo alternativa
Beneficios	\$2,808,378	\$714,328
Costos	\$32,830	\$90,188
Beneficios netos	\$2,775,558	\$624,140

Adaptado de: Wong et al. *An Analysis of the Economic Value of Breastfeeding in El Salvador, Policy & Technical Monographs*. Washington D.C., Wellstart International and Nuture, 1994

Transparencia 6.33

Análisis de costos de una sala de recién nacidos sanos del Hospital Memorial de Dr. José Fabella¹

Estadísticas del Hospital

- Promedio de partos día - 100 bebés
- Censo diario de recién nacidos - 320 bebés

Ambientes físicos

- Espacio para 300 cunas en sala de recién nacidos sanos
- Lactario para 2400 biberones por día

Necesidades de personal

- Cobertura: 24 horas
- Relación: 1 enfermera por 10 recién nacidos (1:10)
- Total enfermeras: 90 en 24 horas (30 en tres turnos)
- Personal del lactario :6 en 24 horas (2 en tres turnos)

Materiales y suministros

- Juegos de biberones: 124,800 juegos/año

$$\begin{array}{r}
 300 \text{ bebés} \\
 \times 8 \text{ alimentaciones /día (cada tres horas en 24 horas)} \\
 \hline
 2,400 \text{ juegos de biberones /día} \\
 \times 52 \text{ semanas/año (un juego dura una semana de re-uso)} \\
 \hline
 124,800 \text{ juegos de biberones/año}
 \end{array}$$

- Fórmula infantil: 17,520 latas de 1 libra/año

$$\begin{array}{r}
 2,400 \text{ cucharadas de fórmula/alimentación} \\
 \div 50 \text{ cucharadas en cada lata de 1 libra} \\
 \hline
 48 \text{ latas por día} \\
 \times 365 \text{ días} \\
 \hline
 17,520 \text{ latas /año}
 \end{array}$$

¹ Desarrollado por Dr. Ricardo Gonzales, Director Médico, Dr. Jose Fabella Memorial Hospital, Manila, Filipinas, 1990

Otros costos

- Electricidad
- Cepillos de limpieza
- Agua
- Pañales
- Detergentes
- Cunas

Resumen de costos de mantener una sala de recién nacidos sanos.

Juegos de biberones/año (124,800 x 20 P) =	2, 496,000 P
Laatas de leche fórmula/año (17,521 x 36 P) =	630,720 P
Salario de enfermería/año (90 x 3,000 P x 12) =	3, 240,000 P
Salario de personal del lactario /año (6 x 2,000 P) =	144,000 P
Total	6, 510,720 P*
	(310,034 USD)

* Costos no incluidos: electricidad, utensilios de limpieza, agua, pañales, detergentes y cunas.

¿Cuánto significa este monto del total del presupuesto nacional?

$$\begin{array}{lcl} \text{Costo:} & \underline{6,510,720 \text{ P}} & = 8\% \\ \text{Presupuesto:} & 73,000,000 \text{ P} & \end{array}$$

El ahorro del 8% del presupuesto del hospital se ha convertido ahora en:

- Disponibilidad de medicamentos en todo momento
- Mejora de los alimentos y nutrición de pacientes
- Disponibilidad de sangre para emergencias
- Sábanas y camisones limpios para pacientes
- Más enfermeras para la atención de pacientes

Tabla 1: Costos potenciales y ahorros asociados a la promoción de la lactancia en establecimientos de salud

(Organizados de acuerdo a la IHAN “Diez pasos para una lactancia exitosa”)

	Costos o uso de los recursos existentes	Ahorros
Paso 1: Tener una política de lactancia escrita	Actividades de abogacía o promocionales <i>[Tiempo del personal, materiales]</i> Seleccionar al coordinador del comité de lactancia, desarrollar política <i>[Tiempo del personal]</i>	Mas madres escogen el establecimiento debido a una imagen mejorada como “Amigo del Niño” <i>[mayor censo de pacientes por lo tanto mas ingresos para el hospital]</i>
Paso 2: Capacitar a todo el personal	Capacitación inicial del personal <i>[Material educacional, suministros, Honorarios del capacitador, si se necesitara, tiempo del personal [fuera del trabajo]</i> Reactualizar la capacitación y capacitación del personal nuevo <i>[Material educacional, suministros, Honorarios del capacitador, si se necesitara, tiempo del personal [fuera del trabajo]</i>	
Paso 3: Informar a todas las embarazadas acerca del beneficio de la lactancia y su manejo	Educación y consejería en lactancia durante la atención prenatal <i>[Tiempo del personal, materiales educacionales]</i> Pérdida de la donación de material promocional de compañías que promueven sucedáneos de la leche materna <i>[Cualquier material gratuito]</i>	No se necesitan la educación y consejería en grupo para la administración de sucedáneos de la leche Materna (SLM) no se necesitan <i>[Menor tiempo del personal y menos material educacional]</i> <i>Probablemente se necesite consejería individual en SLM si la madre HIV+ decide optar por la alimentación de sustitución.]</i>
Paso 4:	Ayuda del personal con el inicio de la	Menos anestesia y cambio a la anestesia

	Costos o uso de los recursos existentes	Ahorros
Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto	lactancia después del parto <i>[Cambio de funciones, no se requiere personal extra]</i>	local en vez de la anestesia general durante el parto (de esta manera el binomio madre/bebe estarán despiertos para amamantar) <i>[Menos anestesia, algodón, & jeringas, menor costo de anestesia]</i>
Paso 4: Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto (continúa)		Menos ocitócicos (puesto que con la lactancia, la liberación natural de ocitocina ayuda a contraer el útero) <i>[Menos ocitócicos, suministros (jeringas, algodón), y tiempo del personal]</i> Menos hipotermia con el apego piel a piel, con el contacto de todo el cuerpo, menos uso de estufas o incubadoras <i>[menos tiempo del personal]</i>
Paso 5: Mostrar a las madres como amamantar y como mantener la lactancia en caso de separación	Educación y consejería en lactancia en las salas <i>[Personal de enfermería redistribuida para la atención de la madre/bebé en las salas X costo extra]</i> Extracción de leche y almacenamiento <i>[Para la expresión manual de leche y equipamiento, refrigerador espacio – no se necesitan bombas o bancos de leche]</i>	Uso de consejeros voluntarios de lactancia, si se permiten <i>[Menos tiempo del personal para consejería y atención]</i> No se necesitan la educación y consejería en grupo para la administración de sucedáneos de la leche Materna (SLM) no se necesitan <i>[Menor tiempo del personal y menos material educacional]</i> <i>Probablemente se necesite consejería individual en SLM si la madre HIV+ decide optar por la alimentación de sustitución.]</i> Uso de la leche extraída en vez de los sucedáneos de la leche materna cada vez posible <i>[Menos compra y preparación de sucedáneos de la leche materna]</i>
Paso 6: No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche	No se permiten donaciones a bajo costo o gratuitas, de sucedáneos de la leche materna <i>[Compra de cualquier sucedáneo de SLM de la menos el 80% de su]</i>	Menos o ningún sucedáneo de la leche materna No se administra agua ni solución glucosada para los recién nacidos sanos <i>[No se necesita tiempo del personal]</i>

	Costos o uso de los recursos existentes	Ahorros
materna a no ser que esten medicamente indicados	<i>valor en el mercado]</i> Pérdida de los beneficios relacionados con las compañías que venden sucedáneos de la leche materna <i>[Equipo, suministros, beneficios educacionales, etc, provistos libres de costo]</i>	<i>para la preparación y alimentar con sucedáneos. Menos o ningún gasto en biberones chupones, sucedáneos glucosa, electricidad, agua, equipo, y suministros para lavar y esterilizar biberones, mezcla de sucedáneos de leche etc. Algún equipo o suministros pueden ser necesarios para la consejería de madres VIH+ que optan por la alimentación de sustitución.]</i>
Paso 7: Practicar alojamiento conjunto	En las salas: Alteración de la distribución física de ambientes por una sola vez, si es necesario , para permitir el alojamiento conjunto [<i>costos de la remodelación</i>]	En las salas: Espacio correspondiente a la sala de recién nacidos disponible para otros propósitos <i>Espacio disponible para uso alternativo: gastos para equipo de enfermería suministros, iguales, reducidos o eliminados]</i> Menos o ninguna atención para los recién nacidos en sala ni para el transporte de esta sala a las salas de postparto. <i>[Menos tiempo del personal]</i> Menos o ninguna cuna o cunero <i>[Gasto de compra de cunas reducido o eliminado]</i> Más atención de la madre al niño, y alimentación, bebés menos fastidiosos <i>[Menos tiempo de personal para la atención del bebé y el personal que antes alimentaba a los RN estará liberada para otras obligaciones]</i> Más ayuda para la atención de madre a madre <i>[Menos tiempo de personal para atención a la madres - personal liberado para otras</i>

	Costos o uso de los recursos existentes	Ahorros
		<i>obligaciones]</i> Morbimortalidad reducida debido a la enfermedad diarreica, enfermedad respiratoria, sepsis, meningitis, ictericia <i>[Menos tiempo de personal y menos gasto por hospitalización prolongada, gasto de equipo, ocupación de camas, alimentación y atención de RN, soluciones endovenosas, etc</i>
Paso 7: Practicar el alojamiento conjunto (Madres que amamantan en una unidad de cuidados intensivos neonatales son alentadas para quedarse en el hospital)	En la unidad de cuidados intensivos: Las madres que amamantan con bebés en cuidados intensivos se quedan en el hospital <i>[Espacio para las madres, camas y alimentos]</i>	En la unidad de cuidados intensivos: Las madres con bebés en cuidados intensivos son instruidas sobre cómo atender a sus bebés. <i>[Menos tiempo de personal para la atención de bebés en la UCIN]</i> Menor estadía de bebés en las salas de cuidados especiales, debido a la lactancia, más atención de los bebés por sus madres, las madres aprenden a atender a sus bebés en su casa. <i>[Menor tiempo de personal espacio, uso de equipo y suministros]</i> Morbilidad y mortalidad reducidas, debido a la infección neonatal <i>[Menos tiempo del personal y otros costos por hospitalización mayor]</i> Menos bebé abandonados <i>[Menos costos de alimentación, menos tiempo del personal para atención y colocación de bebés]</i>
Paso 8: Lactancia a demanda		Bebés menos molestos <i>[Menos tiempo de personal]</i>
Paso 9: No dar biberones ni chupones o chupones de	Alimentación en taza con leche extraída <i>[Tazas y cucharas]</i>	No dar chupones, biberones, ni chupones de distracción a bebés que están amamantando <i>[No se dan chupones ni biberones en</i>

	Costos o uso de los recursos existentes	Ahorros
distracción a bebés que amamantan		<i>el hospital]</i>
Paso 10: Auspiciar la conformacion de grupos de apoyo y referir a las madres a estos grupos a su alta.	Grupos de seguimiento para madres que amamantan tal como: apoyo a la lactancia, visitas postnatales, consultorios de lactancia, visita domiciliarias, llamadas de teléfono/o mediante grupos de apoyo <i>[Costos dependientes de los tipos de apoyo provistos]</i>	Menos enfermedad y menos visitas a la consulta externa y unidad pediátrica debido a menos sucedáneos de la leche materna y alimentación en biberón, menos enfermedad diarreica, infección respiratoria, alergia, desnutrición y debido a los sucedáneos de leche materna, etc. <i>[Menos tiempo del persona, menos medicina, y menos costos por atención a pacientes]</i>

Hoja Didáctica 6.4a

Ejercicio

El porcentaje de salarios que se necesita para alimentar a un lactante hasta los seis meses

Cálculo:

Marca de fórmula:

Costo de una lata de 500g * de fórmula:

Costo de 40 latas x 500g * de fórmula (cantidad necesitada por 6 meses):

Salario promedio (o mínimo)

1 mes:

6 meses:

$$\frac{\text{Costo de 40 latas x 500g de fórmula}}{\text{Salario promedio (o mínimo) por 6 meses}} \times 100 = \dots \%$$

Salario promedio (o mínimo)
por 6 meses

Respuesta:

Alimentar a un bebé con la leche de fórmula..... cuesta

..... % del salario promedio (o mínimo)

* Una madre/familia necesita cerca de 20 Kg de fórmula para amamantar a su bebé por 6 meses. Adaptar los cálculos, si es necesario. Por ejemplo, si se venden latas de 450 g , 44 latas se necesitarían para seis meses.

Adaptado de: *Consejería en Lactancia: Curso de capacitación, Guía del Capacitador*, OMS/UNICEF, 1993, pp. 420-421.

Hoja Didáctica 6.4b

Ejercicio

El porcentaje de salario urbano y rural que se necesita para alimentar a un bebé con sucedáneos por seis meses

Cálculo:

Marca de fórmula:

Costo de una lata de 500g * de fórmula:

Costo de 40 latas x 500g* de fórmula (cantidad necesitada para 6 meses):

Salario promedio (o minimo)	Rural	Urbana
1 mes:		
6 meses:		

Costo de 40 latas x 500g de fórmula

_____ x 100 = %

Salario rural para 6 meses

Costo de 40latas x 500g de fórmula

_____ x 100 = %

Salario urbano para 6 meses

Respuestas:

Alimentar a un bebé con fórmula.....cuesta..... % del salario rural

Alimentar a un bebé con fórmula.....cuesta..... % del salario urbano

* Una madre/familia necesita cerca de 20 Kg de fórmula para alimentar a su bebé por seis meses. Adaptar los cálculos, si es necesario. Por ejemplo, si la fórmula se vende en latas de 450 g, se necesitaran 44 latas para seis meses.

Adaptado de: *Consejería en Lactancia: Curso de capacitación, Guía del capacitador*, OMS/UNICEF, 1993, pp. 420-421.