

EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA AL NACER PUEDE CONTRIBUIR A REDUCIR LAS DESIGUALDADES SANITARIAS

Traducción libre al Español
Por Aileen Robertson/ Reporte OMS
Publicado en 2015

Introducción

La OMS recomienda que el calostro, producido al final del embarazo, es el alimento perfecto del recién nacido y le proporciona protección inmunitaria mientras se desarrolla su propio sistema inmunitario. La lactancia materna debe iniciarse en la primera hora después del nacimiento y ser exclusiva durante seis meses. Los beneficios para los bebés incluyen: reducción de la diarrea y las infecciones respiratorias; protección contra el riesgo de obesidad; mejora del coeficiente intelectual; y reducción del riesgo de alergias, así como de enfermedades crónicas, como la diabetes, que tienen una base inmunológica (1). Los beneficios para las madres incluyen la reducción del riesgo de cáncer de mama/ovario y de obesidad (1).

Inicio de la lactancia materna según el nivel socioeconómico (SES)

Las madres con un nivel socioeconómico bajo (menos ingresos, educación y empleo) tienen muchas menos probabilidades de iniciar la lactancia materna que las que tienen un nivel socioeconómico más alto (una diferencia de hasta 10 veces) y esto se transmite de generación en generación (2). Además, las madres con un nivel socioeconómico bajo pueden ser adolescentes y/o ser obesas, y sus hijos corren el riesgo de sufrir un retraso en el crecimiento y un mal desarrollo del coeficiente intelectual. Desgraciadamente, a menudo faltan datos sobre las tasas de inicio de la lactancia materna al nacer, desglosados por el NSE y la edad, aunque estos datos podrían proporcionar información vital para ayudar a reducir las diferencias actuales.

¿Qué se puede hacer?

1. En 1991 se puso en marcha la iniciativa de hospitales amigos del bebé (IHAN). Los "Diez Pasos" originales de la IHAN se han ampliado para apoyar tanto a la madre como al bebé en una gama más amplia de entornos y los nuevos componentes comunitarios incluyen: liderazgo, asesoramiento a través de los servicios locales y formación para todos los que asisten a los partos en casa. La aplicación y la actualización periódica de los planes nacionales deben ser supervisadas por un coordinador nacional de lactancia materna junto con un comité multisectorial de lactancia materna.

2. El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (SML) y las posteriores resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud (el Código) regulan la comercialización de los SML para proteger la provisión de nutrición a los lactantes mediante la regulación de las prácticas que pueden desalentar la lactancia materna. El Código garantiza el

acceso a una información imparcial y permite así a los padres tomar decisiones sobre la alimentación del lactante libres de presiones comerciales. Se recomienda a los países que traduzcan el Código a la legislación nacional, que lo hagan cumplir, que vigilen las infracciones y que actúen contra ellas mediante sanciones. El Código incluye 10 disposiciones importantes que se resumen en la Guía para el personal sanitario (3). Aunque la Directiva de la Unión Europea (UE) (2006/141) no INICIACIÓN DE LA LACTANCIA AL NACIMIENTO PUEDE AYUDAR A REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN MATERIA DE SALUD No.81 - 2015 21 Aileen Robertson Texto Cuadro 1. LISTA DE CONTROL: ESTÁ USTED EN CAMINO DE MEJORAR LAS TASAS DE INICIACIÓN A LA LACTANCIA Y DE DISMINUIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD - ¿Mide usted rutinariamente las tasas de iniciación a la lactancia materna al nacer por SES? - ¿Ha identificado qué grupos socioeconómicos de madres tienen las tasas más bajas de inicio de la lactancia materna? - ¿Ha establecido objetivos para aumentar el número de madres, por nivel socioeconómico, que inician la lactancia materna? - ¿Evalúa el impacto de una serie de servicios pre/perinatales del IHAN en la iniciación de la lactancia materna al nacer? - ¿Intenta reducir la marginación de las madres vulnerables invitándolas a participar en las discusiones sobre cómo los servicios pre/perinatales podrían capacitarlas mejor para amamantar? - ¿Existen políticas que: - Implementen los criterios de la IHAN y controlen las violaciones del Código? - ¿Proporcionan servicios cualificados de iniciación a la lactancia y apoyo a la crianza y a la primera infancia para adolescentes, madres obesas y madres de bajo nivel socioeconómico? - ¿Proporcionar apoyo cualificado a la lactancia para las madres que tienen que volver al trabajo poco después del parto? - ¿Apoya el permiso de maternidad pagado la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y las pausas pagadas para la lactancia materna al volver al trabajo? - ¿Existe un liderazgo y una responsabilidad claros para mejorar las tasas de inicio de la lactancia materna en adolescentes, madres obesas y madres de bajo nivel socioeconómico? abarcar el Código en su totalidad, ya que se adopta como requisito mínimo en la UE, el seguimiento nacional puede, además de las disposiciones de la Directiva, abarcar también las disposiciones del Código.

3. El permiso de maternidad remunerado, financiado por la seguridad social o los fondos públicos, es un requisito fundamental para la protección sanitaria y socioeconómica de las madres y sus hijos. La mayoría de los países han adoptado disposiciones legales sobre el permiso de maternidad remunerado, aunque algunos protegen mejor que otros la lactancia materna exclusiva durante seis meses. Por ejemplo, un proyecto de Directiva de la UE sobre el permiso de maternidad, aprobado en primera lectura por el Parlamento Europeo en 2010, ha sido paralizado por el Consejo de Ministros de la UE. El objetivo de la Directiva era garantizar un mínimo de 20 semanas de permiso de maternidad totalmente remunerado en toda la UE y que las mujeres estuvieran protegidas al volver al trabajo. Afortunadamente, muchos países de la región europea de la OMS han adoptado un permiso de maternidad que apoya 6 meses de lactancia materna exclusiva y las investigaciones demuestran que esto mejora las tasas de inicio y mantenimiento de la lactancia (4). Además, no se observa ningún impacto negativo en la productividad y también se indican beneficios sustanciales para las empresas, incluidas las pequeñas y medianas, (5).

Utilizar un enfoque gradual y "primero no hacer daño"

Debemos asegurarnos de que los servicios actuales no empeoren las desigualdades. Lamentablemente, aunque no sea nuestra intención, los servicios sanitarios pueden empeorar las desigualdades sin querer. Nuestro enfoque "habitual" puede tener un impacto negativo en las madres más necesitadas. Por ejemplo, las campañas de información llevadas a cabo sin apoyo estructural ni políticas de protección pueden tener un impacto negativo porque los grupos de bajos ingresos pueden ser incapaces de actuar sobre la información debido a la falta de dinero, educación o derechos laborales. Los trabajadores comunitarios o los grupos de apoyo a las madres pueden tener más éxito que los profesionales de la salud. Por ejemplo, los Mediadores Sanitarios Gitanos, RHM, miembros de la comunidad gitana, están formados para servir de enlace entre la comunidad y el sistema sanitario. La utilización de los servicios sanitarios, especialmente para las mujeres embarazadas entre los gitanos, ha mejorado. El proyecto trabaja para promover la salud y los derechos humanos de los gitanos mediante el desarrollo de la capacidad de los líderes y las organizaciones de la sociedad civil, así como proporcionando empleo a las mediadoras sanitarias, en su mayoría mujeres. Para más estudios de casos relacionados con la mejora de las tasas de iniciación a la lactancia materna, véase: <http://www.unicef.org.uk/BabyFriendly/Commissioners/Case-studies/>.

Intervenciones para reducir las desigualdades sanitarias relacionadas con la iniciación de la lactancia materna

Las intervenciones para reducir las desigualdades en la iniciación de la lactancia materna exigen una combinación de atención prenatal innovadora y apoyo a la crianza de las madres en los SEG bajos, incorporando los criterios del IHAN, junto con la licencia de maternidad remunerada y actuando sobre las violaciones del Código Internacional. En el cuadro 1 se exponen ejemplos de intervenciones eficaces. El cuadro 1 ofrece una lista de comprobación útil para que las organizaciones, los centros, los responsables políticos y los individuos evalúen cómo lo están haciendo cuando se trata de disminuir las desigualdades sanitarias y mejorar las tasas de lactancia materna.

Conclusión

Las madres más aisladas socialmente pueden sentirse marginadas por nuestros servicios de salud, de modo que se sienten excluidas del sistema sanitario y no están dispuestas a buscar apoyo. Necesitan enfoques diferentes para ayudarlas a sentirse empoderadas y aumentar su autoestima. Tenemos que aprender cómo los servicios sanitarios pueden mejorar las tasas de inicio de la lactancia materna por parte de las madres de todos los grupos socioeconómicos para reducir las desigualdades en materia de salud desde el nacimiento.

NOTA: La traducción libre es una traducción que, respetando el sentido del texto, no sigue fielmente la forma de expresión de la obra original. Los datos y conocimientos del texto no se han alterado y siguen siendo fieles al original. Sin embargo, al no ser una traducción oficial del autor se recomienda leer la fuente original en su idioma original si es posible.

Enlace a la publicación Original:

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/277736/Breastfeeding-initiation-at-birth-can-help-reduce-health-inequalities.pdf

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD:

NO reclamamos ningún derecho intelectual sobre el contenido o la información presentada aquí. Todo el contenido/información presentado aquí es propiedad de sus autores originales y/o entidades editoras.
Utilícese únicamente para fines educativos.