Mejoramiento de la eficacia de la promoción de la lactancia materna en función de los costos en los servicios de maternidad

Resumen del estudio realizado por la USAID/LAC HNS en América Latina (1992-1995)

Prólogo

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) está comprometida a la promoción de la lactancia materna como un punto focal de sus esfuerzos para mejorar la salud de la mujer y la niñez. Este documento resume los resultados de estudios de eficacia en función de los costos de las actividades de lactancia materna en América Latina. Ilustra la utilidad de los análisis de costo-eficacia para comparar inversiones alternativas y encontrar formas de mejorar el impacto y disminuir los costos. Los estudios son especialmente oportunos para facilitar el uso más eficiente de recursos limitados en economías con restricciones. Esperamos que este trabajo estimule a los planificadores y ejecutores de programas a utilizar enfoques similares en el proceso de toma de decisiones sobre política pública, los cuales permitan considerar no solamente los beneficios de las intervenciones sino también sus costos.

David Oot
Director
Oficina de Salud y Nutrición
Dirección General
USAID

Carol Dabbs
Jefe
Población, Salud y Nutrición
Dirección para América Latina y el Caribe
USAID

Mejoramiento de la eficacia de la promoción de la lactancia materna en función de los costos en los servicios de maternidad

Resumen del estudio realizado por la USAID/LAC HNS en América Latina (1992-1995)

por Tina G. Sanghvi, Ph.D.

Índice

Introducción 2

Cobertura de los servicios de promoción de lactancia materna 3

Impactos del programa 5

Eficiencia 6

Necesidad de actividades de educación materna 7

Papel del empleo materno 8

Planificación familiar y lactancia materna 9

Costo-eficacia y fijación de prioridades 10

Conclusiones 11

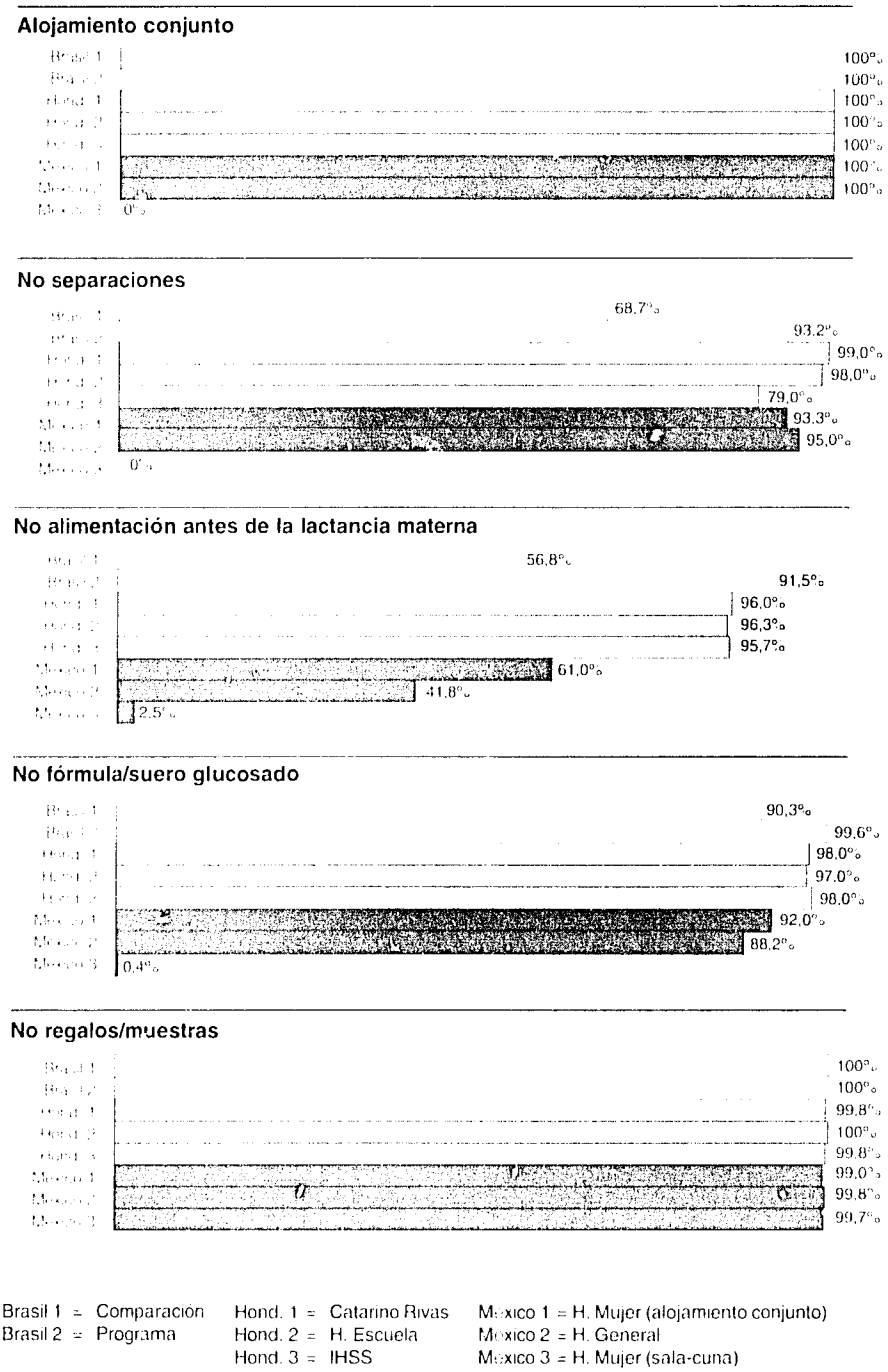
INTRODUCCIÓN

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), por medio del Proyecto de Sostenibilidad en Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe (LAC HNS), financió un estudio en el Brasil, Honduras y México de 1992-1995, con el fin de identificar la situación actual de los servicios de lactancia materna en las salas de maternidad de los hospitales que atienden a grupos poblacionales de bajos ingresos y encontrar formas para mejorar su eficacia en función de los costos.[1] Este documento resume los hallazgos principales del estudio y está destinado a quienes participan en la prestación de servicios de salud, la toma de decisiones respecto a las prioridades sanitarias y la investigación sobre alimentación y salud infantil. Los informes técnicos que revelan los diversos resultados del estudio se detallan al final del documento y están disponibles por solicitud a la USAID.

La promoción de la lactancia se considera un componente básico de las estrategias de atención de salud primaria, debido a la abrumadora evidencia epidemiológica del efecto protector de la lactancia materna contra la incidencia, severidad y mortalidad a causa de las enfermedades infantiles.[2] Sin embargo, la prestación de servicios de lactancia materna no está bien documentada y las publicaciones han sido deficientes para demostrar el impacto de los programas, especialmente sobre la lactancia materna exclusiva. Aún menos satisfactorios han sido los esfuerzos por determinar los costos del tales intervenciones, como también su eficacia en función de los costos. El presente estudio recolectó información, a partir de ocho programas, sobre la cobertura y calidad de la promoción de la lactancia materna en clínicas prenatales y postnatales, salas de parto y servicios de maternidad, por medio de entrevistas con las madres antes de su egreso. Las mismas madres fueron entrevistadas posteriormente en sus hogares para registrar sus prácticas de alimentación infantil. En total, se realizaron más de 7.500 entrevistas.

El estudio documentó qué tan bien se ejecutan las actividades de promoción de la lactancia materna y la amplitud de los impactos que pueden esperarse a partir de

Figura 1.A: Cobertura de los servicios de lactancia materna
Políticas y procedimientos



programas de campo que modifican las prácticas seguidas en la instalaciones de salud. Por otro lado, el estudio identificó acciones orientadas a fortalecer la eficiencia de tales programas en términos de aumentar sus impactos y disminuir sus costos. El estudio investigó además variables socioeconómicas, cognoscitivas y demográficas relacionadas con las prácticas de lactancia materna — especialmente el empleo materno, las razones ofrecidas por las mujeres por no practicar la lactancia materna exclusiva y el uso de métodos anticonceptivos. Quizás lo más importante es que el estudio documentó las repercusiones en función de recursos del logro de diferentes niveles de coberturas e impactos, así como los costos cíclicos.

COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE LACTANCIA MATERNA

Se abordaron cinco aspectos principales de intervención: lactancia materna en la sala de partos, políticas referentes a la lactancia artificial (fórmula y suero glucosado)[3] y el alojamiento conjunto, información y destrezas para madres, mensajes educativos impartidos a las madres y educación prenatal y postnatal. Si bien la muestra de hospitales no es representativa y revela un sesgo a favor de los países más activos y los hospitales progresivos con relación a sus esfuerzos de promoción de la lactancia materna, podemos formular ciertas hipótesis respecto a la situación de los servicios prestados en las instalaciones de salud en general, tomando en cuenta datos pertinentes de otros estudios.[4]

Uno de los grupos de hallazgos más importantes se refiere a la manera en que los hospitales ponen en práctica los cambios de políticas y las actividades una vez que deciden promover la lactancia materna. Estos hallazgos (según lo informado por las madres) se presentan en forma de resumen en las Figuras 1.A-1.E. La eliminación de la leche de fórmula—un cambio de política que requiere poca inversión de tiempo y genera ahorros substanciales—es una práctica bastante difundida (*véase la Figura 1.A*). Sin embargo, esta política no está tan bien arraigada en términos de eliminar completamente el uso de la leche de fórmula en todos los casos con excepción

La eliminación de la leche de fórmula—un cambio de política que requiere poca inversión de tiempo y genera ahorros substanciales —es una práctica bastante difundida.

Figura 1.B: Cobertura de los servicios de lactancia materna
Contacto precoz

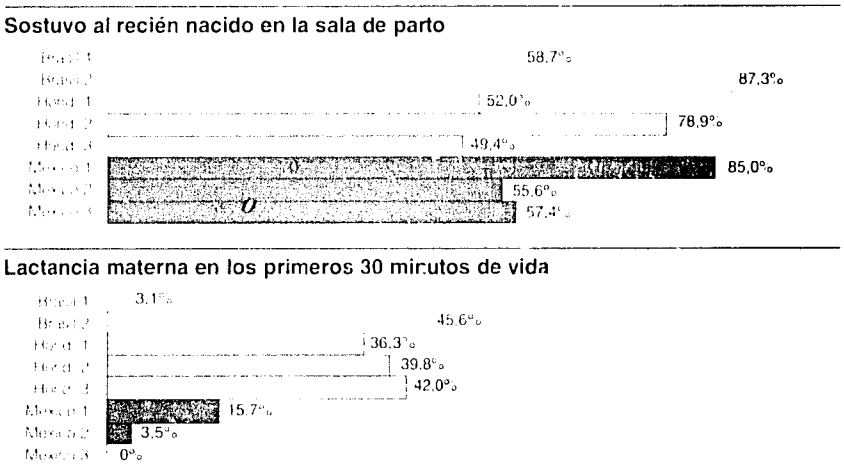
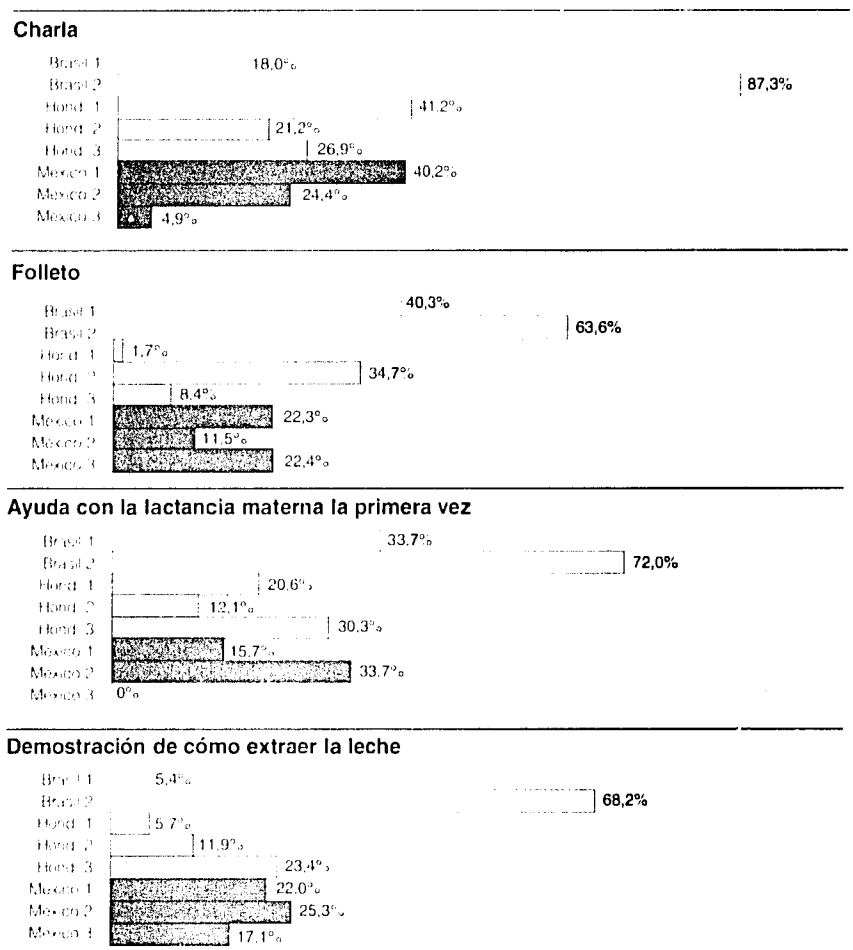


Figura 1.C: Cobertura de los servicios de lactancia materna
Información y destrezas adquiridas



Brasil 1 = Comparacion
Brasil 2 = Programa
Hond. 1 = Catarino Rivas
Hond. 2 = H. Escuela
Hond. 3 = IHSS
México 1 = H. Mujer (alojamiento conjunto)
Mexico 2 = H. General
México 3 = H. Mujer (sala-cuna)

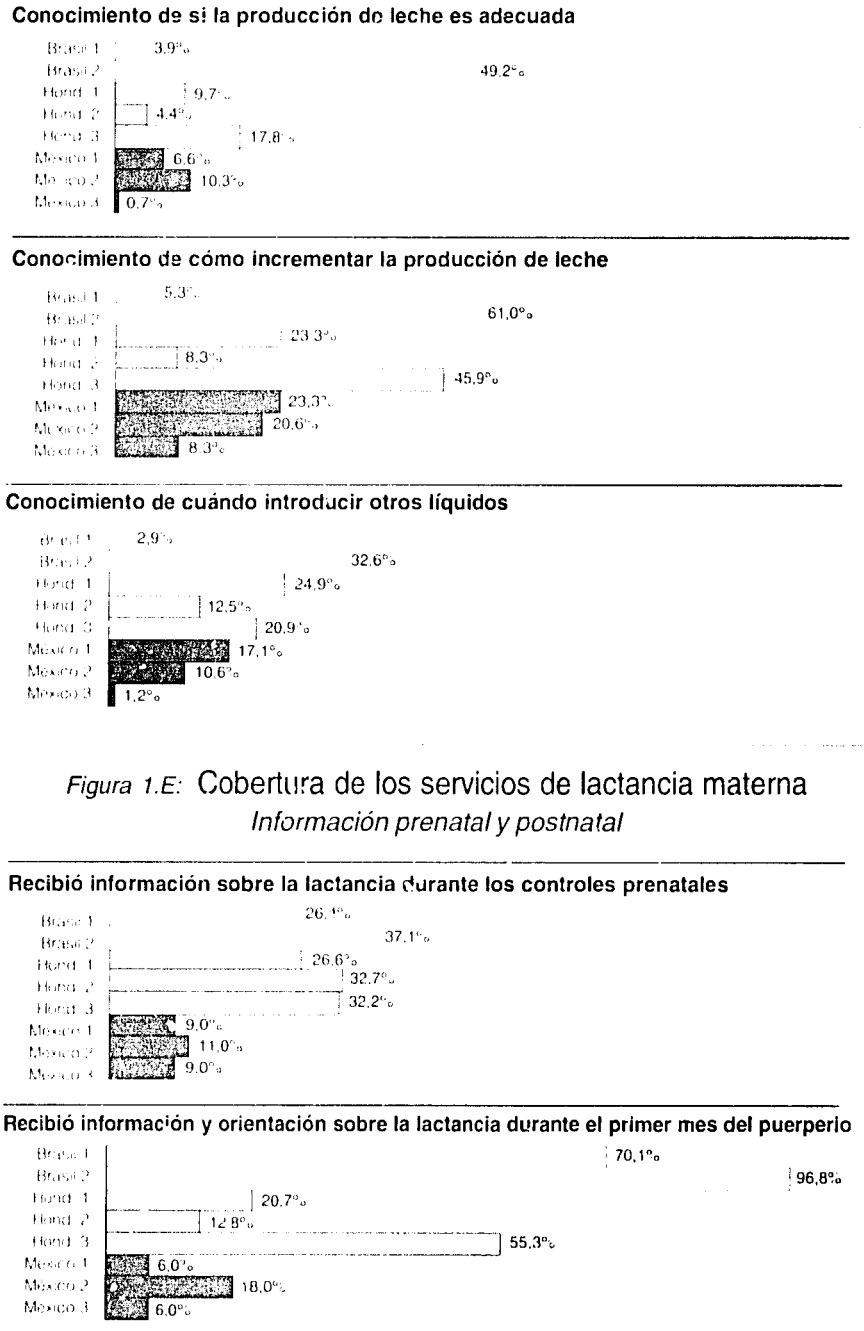
de los bebés y madres más enfermos. Afortunadamente, una vez que se adoptan políticas de instituir el alojamiento conjunto y la eliminación de la leche de fórmula, la ejecución rutinaria de estas normas no parece constituir un problema. Lo anterior contrasta marcadamente con otros servicios de lactancia materna. Por ejemplo, no se practica ampliamente el amamantamiento en la mesa de parto ni poco después del parto *(véase la Figura 1.B)*. La cobertura de las actividades de educación y otras actividades de contacto interpersonal más intensivas en términos de tiempo y personal, tales como enseñar a las madres, aconsejarlas y proporcionarles información, es uniformemente baja aun entre los programas bien desarrollados *(véase las Figuras 1.C, 1.D, y 1.E)*. Los mensajes o no se entregan del todo o no se comunican bien; una alta proporción de madres respondieron que "no sabían" ante preguntas que frecuentemente surgían sobre cómo resolver los problemas relacionados con el amamantamiento. Este hecho es preocupante, ya que la teoría del cambio conductual hace hincapié en la importancia de la "autoeficacia" o en la confianza en uno mismo como factor crítico para influir de manera positiva en el comportamiento.

Con respecto a la igualdad, las mujeres de escolaridad más baja, las de bajos ingresos y las adolescentes se encuentran en una desventaja relativa para recibir educación durante los exámenes prenatales y postnatales y durante su permanencia en los servicios de maternidad. Las madres que dieron a luz en días de fin de semana en Honduras y el Brasil también tenían una desventaja con relación a la prestación de servicios. Las tasas actuales de cobertura para las actividades de educación y asesoramiento materno indican que ciertos grupos especiales de alto riesgo (mujeres que trabajan o madres adolescentes) no reciben atención especial. Las mujeres de los estratos socioeconómicos más altos reciben una proporción más elevada de los recursos.

Se requieren urgentemente mejores esfuerzos para mantener informadas a las autoridades hospitalarias respecto a tales discrepancias entre las políticas propuestas y las prácticas reales a fin de facilitar la realización de las mejoras. Las entrevistas de salida realizadas en forma rutinaria con

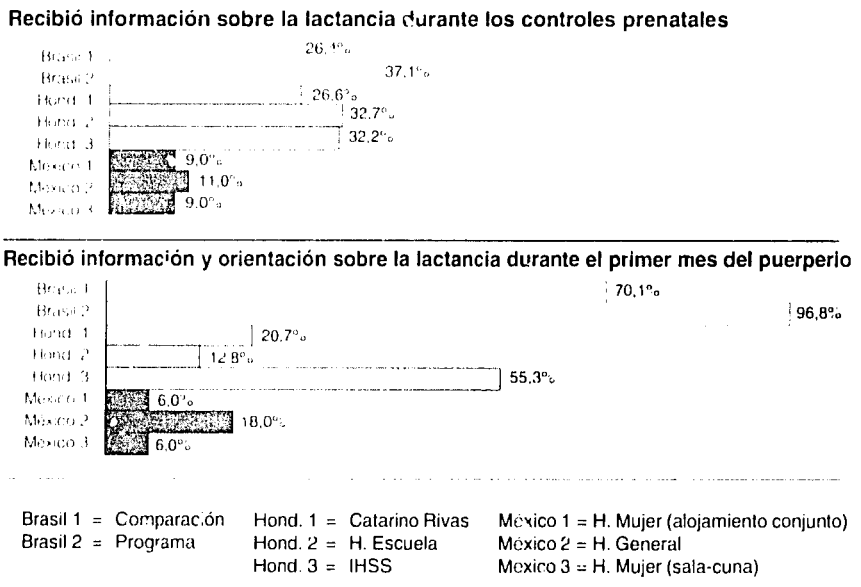
La cobertura de las actividades de educación y otras actividades de contacto interpersonal más intensivas en términos de tiempo y personal, tales como enseñar a las madres, es uniformemente baja. Las entrevistas de salida pueden ser un instrumento de vigilancia simple, poderoso y de bajo costo.

Figura 1.D: Cobertura de los servicios de lactancia materna
Mensajes



las madres pueden ser un instrumento de vigilancia simple, poderoso y de bajo costo para las instalaciones de salud individuales, las actividades de control de programas a nivel regional y las evaluaciones nacionales. Con base en evidencias empíricas de la cobertura actualmente baja de algunos servicios de lactancia materna y en las indicaciones de su relación con la lactancia materna exclusiva, los indicadores clave de la vigilancia planteados para uso universal incluyen los siguientes: si el bebe fue amamantado en la sala de parto o poco después del nacimiento; si alguien ayudó a la madre a amamantar inicialmente; si se le enseñó cómo debía extraerse la leche materna; si se le informó que debía retrasar la introducción de líquidos hasta los 4 ó 6 meses, cómo determinar si la leche materna era suficiente, cómo aumentar la oferta de leche, y adónde acudir para recibir ayuda con la lactancia materna después de abandonar el hospital.

Figura 1.E: Cobertura de los servicios de lactancia materna
Información prenatal y postnatal



Brasil 1 = Comparación
Brasil 2 = Programa

Hond. 1 = Catarino Rivas
Hond. 2 = H. Escuela
Hond. 3 = IHSS

México 1 = H. Mujer (alojamiento conjunto)
México 2 = H. General
Mexico 3 = H. Mujer (sala-cuna)

IMPACTOS DEL PROGRAMA

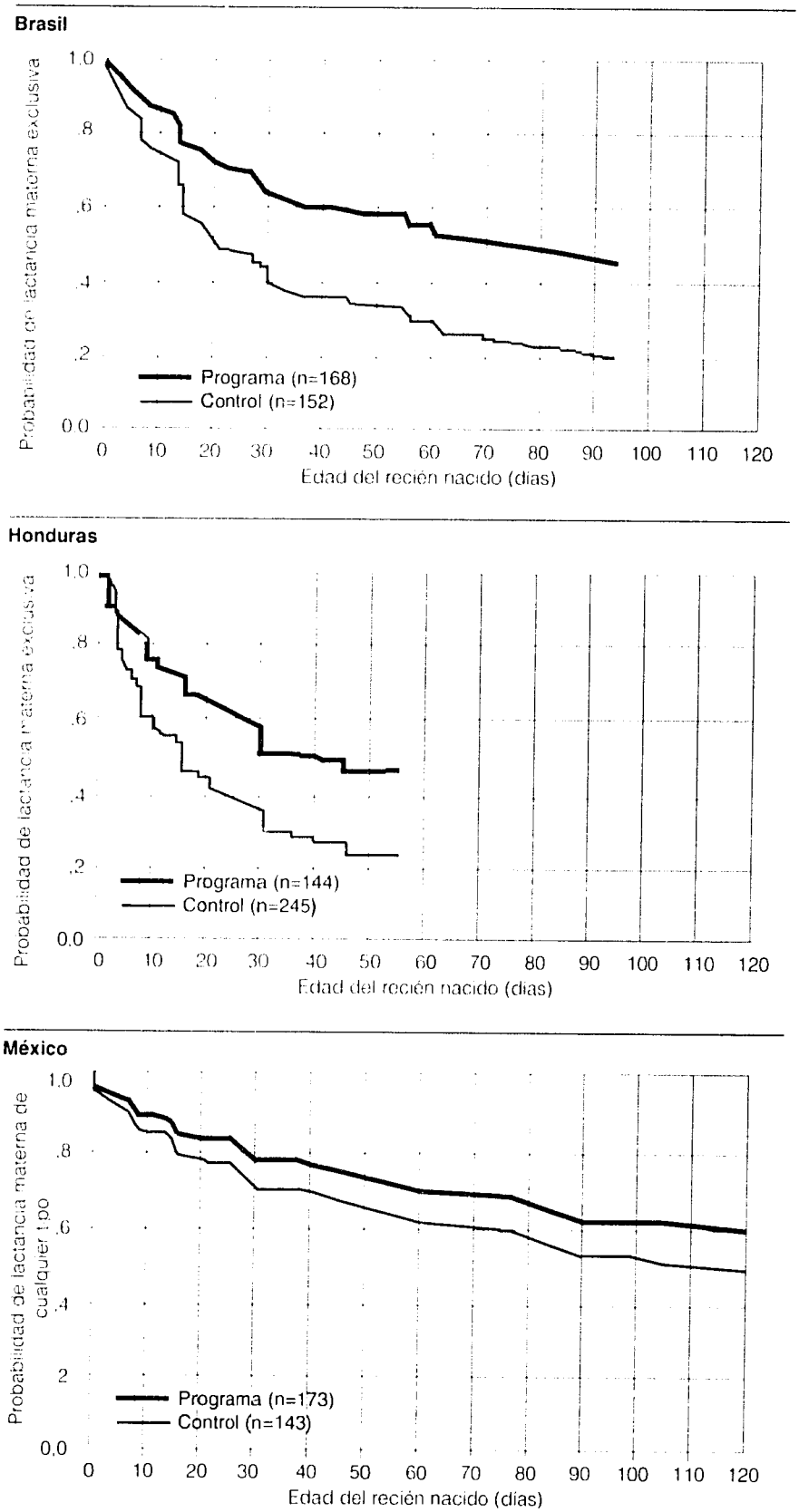
Tres de los programas más activos—uno en el Brasil, otro en Honduras y el otro en México—fueron evaluados en función de su impacto utilizando como control un hospital menos activo en cada zona. Los tres programas mostraron evidencia de un impacto sobre las prácticas de lactancia materna, tal como se señala en la Figura 2. En cada edad, el número de niños amamantados fue mucho mayor en los grupos estudiados en los hospitales de programa. El programa más altamente desarrollado se observó en el Brasil. La duración media de lactancia materna entre mujeres que dieron a luz en el hospital de programa en el Brasil fue mayor en 53 días en comparacion con la mujeres que alumbraron en un hospital de control cercano (75 días en comparación con 22).

La principal diferencia en las actividades programáticas se dio en la educación materna y en el fortalecimiento de la confianza, principalmente en el período postnatal pero también de manera importante en clínicas prenatales y servicios de maternidad. Por otro lado, el amamantamiento en las salas de parto fue significativamente más prevalente en el hospital del programa en el Brasil. Los resultados obtenidos en los tres países apoyan la conclusión de que un aumento en las actividades de educación materna dará como resultado duraciones más largas de lactancia materna exclusiva o de cualquier otro tipo.

EFICIENCIA

Las comparaciones de los costos y ahorros entre países, como también entre programas en un país dado, nos permitieron explorar las opciones existentes para mejorar la eficiencia de los programas. Las diferencias en la eficiencia pudieron atribuirse al punto inicial a partir del cual se procura registrar mejoras adicionales en los servicios de lactancia materna: el ambiente sociocultural y económico (por ejemplo, el tipo de mujeres atendidas, los niveles base de lactancia materna, el precio de los sucedáneos y los salarios); las prácticas hospitalarias pertinentes (por ejemplo, duración de la estadía, número de partos y proporción de partos realizados por cesárea); y la naturaleza de la intervención de lactancia materna misma (por ejemplo, grado de focalización, calidad/motivación y coherencia del personal, equilibrio de las actividades, marco para las políticas de apoyo, elección de insumos y nivel de inversión). Los resultados revelan que grandes aumentos en los ahorros son posibles a través de la expansión de las prácticas de alojamiento conjunto y, posiblemente, las de dormir en cama conjunta[7]; la limitación del uso de leche de fórmula a muy pocos casos; la

Figura 2: Efecto de la promoción de la lactancia en las prácticas del amamantamiento



eliminación de los bancos de leche; y la restricción del uso de medicamentos destinados a contraer el útero. Puede esperarse que la mayor atención a la calidad y cobertura de la educación y apoyo maternos, dirigida particularmente al fortalecimiento de la confianza y a la enseñanza de destrezas específicas para el manejo de la lactancia, pueden generar aumentos en términos de eficacia. El apoyo prestado durante el período post-natal parece especialmente importante en términos de sostener la lactancia materna exclusiva. Los hospitales más exitosos del estudio asignaron una alta prioridad a esta actividad a través de sesiones postnatales realizadas en hospitales e instalaciones de acercamiento. Otra distinción de los programas más adelantados es un compromiso de proporcionar capacitación en programas de estudios básicos en medicina y enfermería que pueden ahorrar para los hospitales individuales cantidades considerables de recursos en las actividades de capacitación en servicio.

NECESIDAD DE ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN MATERNA

Los resultados muestran una discrepancia marcada entre la duración propuesta o planificada de la lactancia materna exclusiva por parte de las madres y las prácticas reales. Las intenciones maternas son de tener una duración más larga que lo que son las prácticas reales en todos los países y en todos los hospitales. Parece que las mujeres preferirían amamantar exclusivamente durante un período más largo que lo que sucede en la realidad. Las mujeres ofrecieron con más frecuencia como razón por la terminación precoz de la lactancia materna exclusiva la "leche insuficiente". "El niño lloraba" fue el factor más frecuentemente citado para determinar la insuficiencia, mientras que la acción que se citó más a menudo para aumentar la oferta de leche fue la de aumentar la ingesta de líquidos por las madres. Ambas respuestas reflejan importantes concepciones erróneas.[7]

De hecho, la mayoría de las mujeres no saben las respuestas correctas para resolver otros problemas comunes también. Las mujeres informan que los profesionales de salud y los familiares juegan un papel clave en cuanto a la selección de la alimentación infantil, lo que sugiere el desempeño de una importante función para la reforma del curriculum médico y una campaña amplia de educación pública.

PAPEL DEL EMPLEO MATERNO

Cuando las madres empleadas vuelven al trabajo, su probabilidad de amamantar baja en forma marcada. Sin embargo, en general el estudio proporciona evidencia promisoria de que el empleo materno no necesita ser un factor que impida cambiar la trayectoria de los bajos niveles de lactancia materna exclusiva o de cualquier tipo. Como lo han señalado otros autores,[9] la proporción de madres que abandonan la lactancia materna exclusiva es mucho mayor que la proporción de mujeres que regresan al trabajo *(véase la Figura 3)*. La magnitud de los impactos del programa en el Brasil, donde 28% de las madres normalmente estaban empleadas, muestra

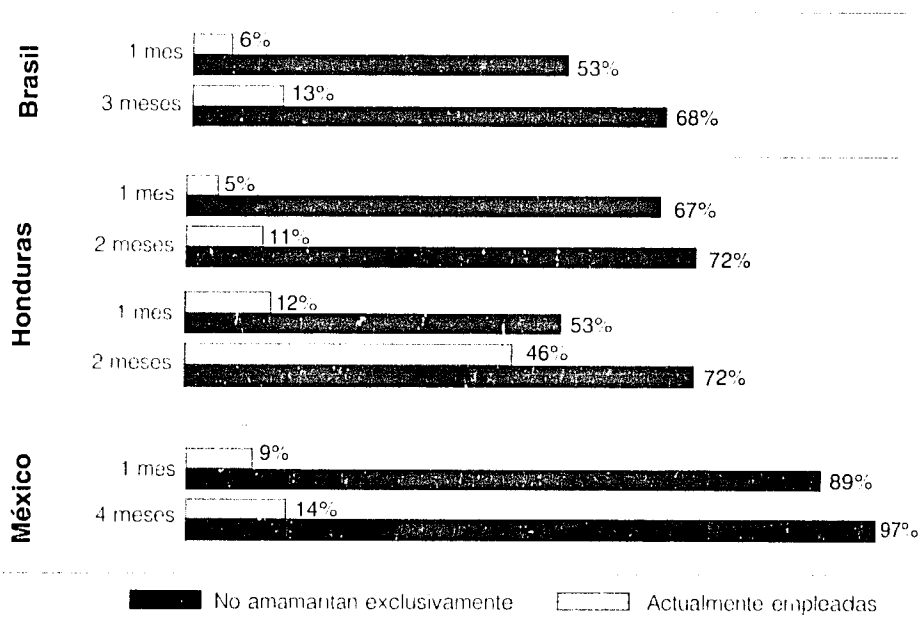
que la promoción de la lactancia materna es una inversión productiva aun en aquellas zonas donde una proporción significativa de la población meta consiste en mujeres empleadas. En el Brasil, menos del 15% de las mujeres habían vuelto al trabajo a los tres meses postparto, en comparación con Honduras (Hospital del Seguro Social), donde más del 70% habían regresado al trabajo a los dos meses postparto. El Brasil proporciona protección del empleo por un período de cuatro meses durante la licencia de maternidad, en comparación con solo seis semanas en Honduras. Cabe señalar que la legislación y las políticas destinadas a ayudar a las mujeres empleadas a postergar su regreso al trabajo pueden proteger la lactancia materna exclusiva.

Los resultados apoyan las observaciones anteriores de que el trabajo no necesita ser un obstáculo mayor para el logro de beneficios a partir de la promoción de la lactancia materna. Los programas y las políticas deberían centrarse en las acciones de educación y asesoramiento en el período perinatal con el esfuerzo de lograr una alta prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros meses de vida cuando el rendimiento es mayor. Los resultados revelan claramente la existencia de un efecto sinérgico de las intervenciones en materia de políticas públicas referentes a la legislación sobre licencias de maternidad (para que abarquen los primeros cuatro a seis meses postparto), el fortalecimiento de la educación y capacitación de profesionales de salud y la educación pública.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LACTANCIA MATERNA

Las investigaciones actuales indican la existencia de un posible conflicto entre la planificación familiar y la promoción de la lactancia materna. A fin de explorar las interacciones entre los dos programas, el estudio recopiló datos sobre el uso de métodos anticonceptivos en las madres. De forma compatible con investigaciones previas, el estudio encontró correlaciones negativas y considerables entre el uso de anticonceptivos hormonales y la lactancia materna exclusiva en los tres países objeto de estudio (no se encontró esa correlación en el uso de anticonceptivos no hormonales). La identificación de las razones que pudieran explicar esta correlación negativa es un importante tema para las futuras investigaciones de política.

Figura 3: Empleo y suspensión de la lactancia materna exclusiva
(% de mujeres)



Los resultados revelan claramente la existencia de un efecto sinérgico de las intervenciones en materia de políticas públicas referentes a la legislación sobre licencias de maternidad (para que abarquen los primeros cuatro a seis meses postparto), el fortalecimiento de la educación y capacitación de profesionales de salud y la educación pública.

Los datos del estudio relacionados con el uso de métodos anticonceptivos mostraron que necesita mejorarse la cobertura tanto del componente de lactancia materna como del de planificación familiar en los servicios de maternidad. Mientras que del 80 al 90% de todas las mujeres entrevistadas a su egreso de un servicio de maternidad tenían planeado utilizar algún método anticonceptivo, a un mes postparto el uso de anticonceptivos fue solamente de 5% en Honduras y 30% en el Brasil, en comparación con 85% en México. La proporción estimada de mujeres en riesgo de embarazo fue de 54% en Honduras a los dos meses postparto y de 21% en el Brasil a los tres meses postparto, porque ni tenían la amenorrea de la lactancia[10] ni utilizaban un método anticonceptivo moderno. El asesoramiento perinatal destinado a proteger contra el embarazo puede ser una importante oportunidad desaprovechada en el Brasil y especialmente en Honduras, y debería vigilarse en forma rutinaria como parte del control de las actividades de promoción de la lactancia materna. Los resultados del estudio destacan la necesidad de realizar actividades de fortalecimiento tanto del uso de anticonceptivos como de prácticas apropiadas de lactancia materna.

COSTO-EFICACIA Y FIJACIÓN DE PRIORIDADES

La Figura 4 compara los costos y beneficios de la promoción de la lactancia materna con las estimaciones correspondientes para otras intervenciones de salud. Los resultados revelan que la promoción de la lactancia puede ser una de las intervenciones sanitarias más eficaces en función de los costos para aumentar los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Como se señala en la Figura 4, la promoción de la lactancia materna cuesta menos por AVAD ganado que casi cualquier otra intervención (aparece cerca de la línea diagonal superior) y cuesta menos por intervención (se ubica al extremo derecho de la gráfica). Los beneficios son substanciales a través de una amplia variedad de tipos de programas. Los programas que eliminan la alimentación artificial y el uso de medicamentos durante el parto tienen probabilidades de derivar un alto nivel de impacto por unidad de costo incremental neto *(véase el punto BF1 en la Figura 4)*.

La eficacia en función de los costos es más baja (pero aún atractiva con relación a otras intervenciones) si los hospitales ya han instituido la práctica del alojamiento conjunto y la política de no permitir la alimentación con biberón y si están invirtiendo en actividades de educación materna *(véase el punto BF2 en la Figura 4)*.

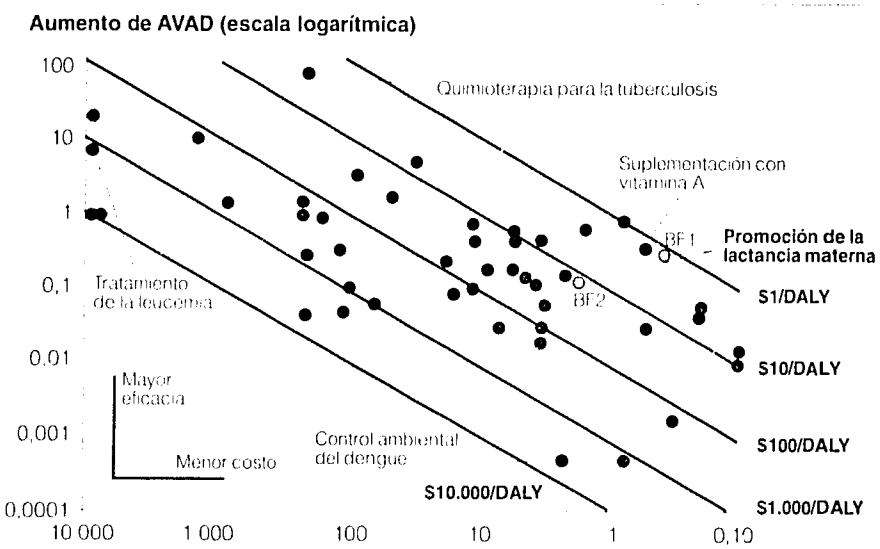
La eficacia en función de los costos mejora conforme los programas llegan a establecerse sobre una base más sólida. A un costo anual de aproximadamente 30 a 40 centavos de U.S. dólar por parto,[13] los programas que están iniciando la eliminación de alimentación con fórmula en las salacunas y los servicios de maternidad pueden reducirse los casos de diarrea a un costo de aproximadamente US$0,65 a US$1,10 por caso prevenido. La mortalidad por diarrea puede reducirse a un costo de US$100 a US$200 por muerte evitada y, la carga de las enfermedades aminorarse a un costo aproximadamente de US$2 a US$4 por AVAD. Los servicios de maternidad que ya han eliminado el uso de la leche de fórmula pueden, al invertir principalmente en actividades de educción materna a un nivel de US$2,00 a US$3,00 por parto, prevenir casos de diarrea y muertes a un costo de US$3,50 a US$6,75 por caso, y de US$550 a US$800 por muerte, respectivamente, y a un costo de US$12 a US$19 por cada AVAD logrado.

Las estimaciones anteriores del costo de promoción de la lactancia materna por episodio de diarrea evitado y por muerte por diarrea evitada son substancialmente más altas que nuestras nuevas estimaciones.[14] Una parte de la diferencia se explica por las generosas estimaciones de costos en el ejercicio hipotético (US$7 por parto) más del doble de cualquiera de los costos por parto efectivamente medidos en nuestro estudio. El resto se explica con el supuesto conservador planteado en el estudio anterior, de que la reducción en los recién nacidos no amamantados se traducía únicamente en aumentos en la lactancia materna parcial pero no en la exclusiva, mientras que nuestro estudio determinó la existencia de aumentos substanciales en la lactancia materna exclusiva (en el Brasil y Honduras, aunque no en México) y en la lactancia materna parcial o de cualquier tipo (en México).

Entre las opciones para el control de las enfermedades diarreicas, nuestras nuevas estimaciones revelan que la promoción de la lactancia materna compite muy estrechamente con la vacunación contra el sarampión y contra el rotavirus por ser la más eficaz en función de los costos *(véase la Figura 5)*. Esto es obvio cuando los cambios en las rutinas hospitalarias incluyen la reducción de la alimentación artificial y los medicamentos administrados durante el parto con sus implicaciones substanciales para los ahorros, tal como queda reflejado en los resultados que hemos observado en México y el Brasil (histórico).[14] Pero también resulta cierto después de que se han incorporado cambios rutinarios en los hospitales, se ha disminuido en forma pronunciada el uso de la leche de fórmula y la promoción toma la forma de una inversión activa en acciones de educación y apoyo (por ejemplo, en el Brasil actualmente y en Honduras).

Los programas que comienzan con la eliminación de la leche de fórmula y de los medicamentos durante el parto tienen probabilidades de derivar un alto nivel de impacto por unidad de costo neto (debido

Figura 4: Costos y beneficios de las intervenciones en salud y nutrición

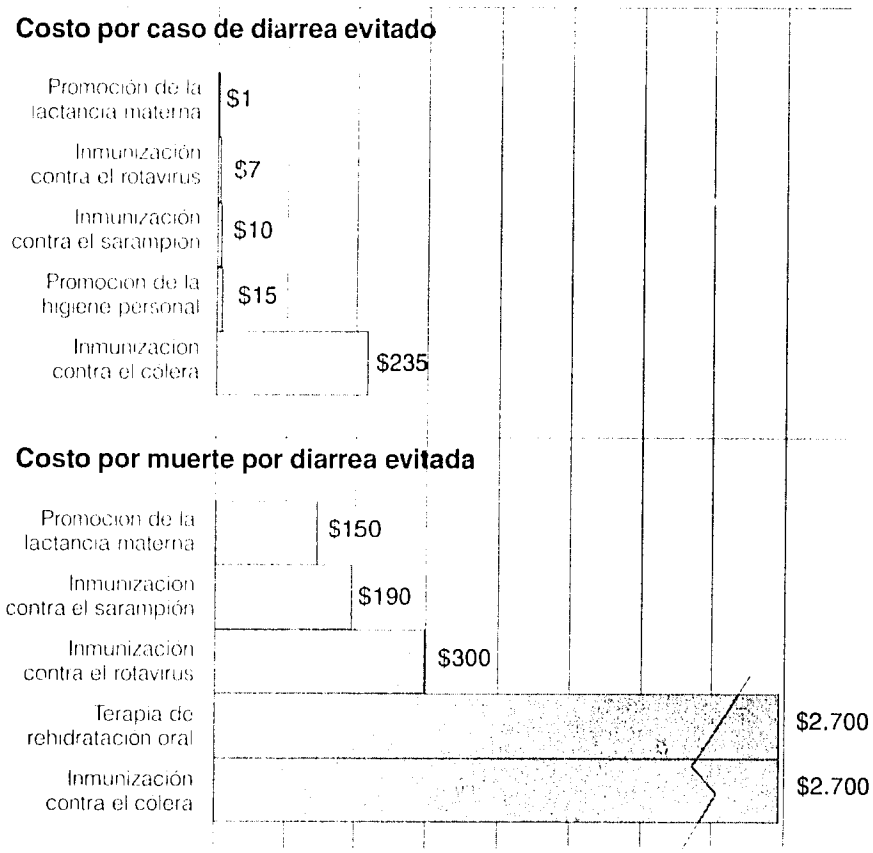


BF1 = Programas que consisten en la eliminación de la alimentación con fórmula y con actividades de educación materna (Brasil histórico, México)

BF2 = Programas que invierten en actividades de educación y apoyo después de haber eliminado la alimentación con fórmula (Honduras, Brasil actual)

(Adaptado del Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993)

Figura 5: Comparación del costo-eficacia de las intervenciones para el control de las enfermedades *(US $, 1994)*



al logro de un ahorro substancial). Aun después de que han sido institucionalizados exitosamente los cambios (en los programas de estudios para los campos de medicina y enfermería, normas y rutinas de tipo amplio para orientar la atención prenatal, salas de maternidad y clínicas de atención postnatal) y han bajado los costos cíclicos de estas actividades, las inversiones orientadas a mejorar la calidad de la educación y el asesoramiento sobre lactancia materna para madres proporcionan un rendimiento substancial en términos de mejoras en las prácticas de lactancia materna y en la reducción de la mortalidad y morbilidad.

Se trata de un resultado importante. La realización de cambios en las rutinas relativas a la alimentación artificial y el alojamiento conjunto ha sido una atractiva opción para los formuladores de políticas quienes, en el actual clima de restricciones financieras, están deseosos de identificar el potencial para generar ahorros. Nuestros resultados revelan que el hecho de detenerse en la etapa de efectuar cambios en las rutinas hospitalarias en lo que a alimentación artificial se refiere, sin avanzar al siguiente paso de establecer actividades amplias de apoyo y educación para las madres, especialmente en el período postparto, implicaría desaprovechar una inversión sanitaria sumamente atractiva.

En comparación con otras opciones en materia de salud, la promoción de la lactancia materna tiene probabilidades de ser aún más atractiva en términos de expansión, ya que, a diferencia de las inmunizaciones, por ejemplo, existen muchos lugares sin programas de promoción en hospitales y los costos de iniciación o establecimiento no son cuantiosos. Además, donde ya existen programas, la cobertura por lo general es siempre baja y es probable que el margen para expansión antes de alcanzar el punto de beneficios decrecientes, o antes de encontrar focos de resistencia entre la población, sea considerable.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos de las inversiones en lactancia materna son considerables para los hospitales, en términos de costos reducidos para casos de atención materna, como también en un número menor de casos de infecciones pediátricas, y los hospitales individuales pueden tomar pasos inmediatamente para comenzar a recibir estos beneficios. Dada la necesidad de un contexto legislativo y de políticas habilitante por un lado e impactos más amplios a nivel de toda la población (tales como reducción de la fecundidad y demanda de servicios de salud) por otro, resulta muy factible justificar acciones por parte del gobierno para desarrollar políticas y directivas nacionales dirigidas a apoyar las prácticas recomendadas de lactancia materna. Entre los ejemplos de tales actividades figuran la eliminación de los subsidios aplicables a la leche de fórmula, la licencia de maternidad y los horarios de trabajo flexibles para las mujeres lactantes por lo menos de 4 a 6 meses después del parto, las normas y rutinas de lactancia materna para todos los hospitales y centros de salud públicos, el perfeccionamiento de la capacitación en programas de estudios básicos en medicina y enfermería, y las inversiones en campañas de educación pública.

Los resultados obtenidos de las inversiones en lactancia materna son considerables para los hospitales, en términos de costos reducidos para casos de atención materna, como también en un número menor de casos de infecciones pediátricas.

NOTAS

1. Este estudio forma parte de una serie más amplia de análisis de la eficacia de los programas de nutrición en función de los costos en América Latina y el Caribe (realizado por Sanghvi y colaboradores durante el período 1992-1995).

2. Referencias: Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, Briscoe J, Flieger W. Breastfeeding and diarrheal morbidity. Pediatrics 1990;86(6):874-880. Brown KH, Black RE, de Romana GL, de Kanashiro HC. Infant feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. Pediatrics. 1989;83(1):31-40. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AMB, Fuchs SMC, Moreira LB, Gigante LP, Barcellos LC. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. The Lancet 1987;2:319-321.

3. Los alimentos prelacteos en el hospital comprenden líquidos tales como la fórmula y el suero glucosado que se les da a los recién nacidos antes de que se inicie la lactancia materna.

4. Referencias: Margen S, Melnick V, Neuhauser L, Rios E. Infant feeding in Mexico: A study of health facility and mothers' practices in three regions. Nestle Infant Formula Audit Commission 1991. Washington D.C. Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, Briscoe J, Flieger W. Breastfeeding and diarrheal morbidity. Pediatrics. 1990;86(6):874-880. Adair LS, Popkin BM, Guilkey DK. The duration of breastfeeding: how is it affected by biological, sociodemographic, health sector, and food industry factors? Demography. 1993;30(1):63-80.

5. Un número considerable de instalaciones de salud no ha restringido suficientemente el uso de fórmula y glucosa, disminuido la separación de la madres de sus bebés recién nacidos, reducido el uso de sala-cunas, o limitado la administración de medicamentos durante el parto. Se generan niveles considerables de desperdicio e ineficiencia debido a la clasificación innecesaria de madres y bebés de acuerdo con su necesidad de recibir medicamentos, fórmula y separaciones. Por ejemplo, en el Hospital de la Mujer en la Ciudad de México, los bebés de la mayoría de las primíparas y madres que tuvieron partos por cesárea (casi el 50% de todos los partos) fueron colocados preferencialmente en sala-cunas y se les administró fórmula.

6. Dormir en cama conjunta se refiere a la práctica en que la madre comparte la cama con el bebé; esto evita la necesidad de cunas o camillas para los recién nacidos y genera ahorros en cuanto a limpieza y mantenimiento.

7. Debido a que el estímulo del pezón durante el amamantamiento induce las contracciones uterinas, los hospitales que apoyan el amamantamiento en la mesa de parto o inmediatamente después del parto han podido disminuir marcadamente el uso de medicamentos destinados a contraer el útero para detener la hemorragia.

8. Las señales para determinar la insuficiencia de leche son las siguientes: el niño no crece o no moja/ensucia los pañales. La solución para aumentar la producción de leche materna es amamantar más a menudo.

9. Referencia: Winikoff B, Castle M, Laukaran V, eds. Feeding Infants in Four Societies: Causes and Consequences of Mother's Choices. Westport, Conn: Greenwood Press, 1988.

10. La amenorrea de la lactancia es la ausencia de la menstruación debido a la lactancia materna. Es una indicación de fecundidad reducida en las mujeres lactantes.

11. El Banco Mundial ha propuesto el año de vida ajustado en función de la discapacidad (AVAD) como medida de comparación de servicios de salud disímiles ya que combina en un solo número, los tres efectos importantes de salud a saber, mortalidad, morbilidad y discapacidad. El cálculo de los AVAD requiere la estimación de estos tres impactos, los cuales se convierten en una corriente de años de vida futuros a niveles progresivamente inferiores e incluyendo ponderaciones por edad a fin de asignar valores sociales relativos a los años de vida perdidos en diferentes grupos de edad.

12. Estos costos se refieren a las estimaciones anuales de los costos contraídos en la operación del programa, una vez que se deducen los ahorros estimados generados por la reducción del uso de fórmula y medicamentos. Se conocen también como costos netos.

13. Referencia: Phillips MA, Feachem RG, Mills A. Options for diarrheal diseases control. The cost and effectiveness of selected interventions for the prevention of diarrhea. Report for WHO. London School of Hygiene and Tropical Medicine. 1987.

14. El análisis (histórico) realizado en el Brasil compara los costos de los servicios de lactancia materna con anterioridad a 1975 en el hospital del programa (cuando el 50% de todos los recién nacidos se amamantaban con leche de fórmula) con los servicios actuales (no fórmula).

INFORMES TÉCNICOS

Para solicitar copias de los documentos detallados a continuación, favor de dirigirse a:

Documents Distribution Unit
USAID Clearinghouse
1500 Wilson Blvd., 10th Floor
Arlington, VA 22209, USA.
Teléfono 703-351-4006, Fax 703-351-4039.

1. Teruya K, Segall A, Baldin P, Fiedler J, Lutter C, Pérez-Escamilla R, Sanghvi T, Wickman C. Custo-Eficácia na Promoção do Aleitamento Materno em Hospitais: Estudo de Caso em Santos, Brasil

2. Rivera A, Domínguez L, Lutter C, Phillips M, Pérez-Escamilla R, Wickham C, Tercero Z, Cardona S, Flores V, Sanghvi T. Eficacia en función de los costos de la promoción de la lactancia materna a través de los hospitales: Honduras, 1992-1993

3. Lutter C, Pérez-Escamilla R, Segall A, Sanghvi T, Teruya K, Wickham C, Fiedler J. Hospital-Based Breastfeeding Promotion Program and Exclusive Breastfeeding Among Low-Income Women in Brazil

4. Horton S, Sanghvi T, Phillips M, Pérez-Escamilla R, Lutter C, Segall A, Rivera A. Breastfeeding and Priority Setting in Health

5. Pérez-Escamilla R, Lutter C, Wickham C, Phillips M, Treviño Siller S, Sanghvi T. Risk Factors for Shorter Breastfeeding Duration in Mexico City Through Survival Analysis

6. Lutter C, Pérez-Escamilla R, Sanghvi T, Rivera A. Maternal Employment and Exclusive Breastfeeding: The Effect of Usual Versus Current Employment Status

7. Pérez-Escamilla R, Lutter C, Segall A, Rivera A, Sanghvi T. Determinants of Exclusive Breastfeeding in Brazil, Honduras and Mexico: A Survival Analysis Approach

8. Pérez-Escamilla R, Lutter C, Segall A, Rivera A, Sanghvi T. Breastfeeding and Family Planning in Three Urban Areas of Latin America

9. Lutter C, Pérez-Escamilla R, Segall A, Sanghvi T, Teruya K, Rivera A. The Effect of Hospital-Based Breastfeeding Promotion Programs on Exclusive Breastfeeding in Three Latin American Countries

10. Fiedler J. The Cost of Breastfeeding Promotion in the Guilherme Alvaro Hospital in Santos Brazil

11. Sanghvi T. A Monitoring System for Breastfeeding Services in Hospitals in Honduras

12. Sanghvi T, Lutter C, Pérez-Escamilla R, Rivera A, Teruya K, Segall A, Treviño Siller S, Phillips M, Fiedler J, Wickham C. Coverage and Quality of Breastfeeding Promotion in Maternity Services in Latin America

13. Sanghvi T, Pérez-Escamilla R, Lutter C, Rivera A, Teruya K, Segall A. What Urban Low-Income Women in Latin America Say About Plans, Practices and Reasons for Exclusive Breastfeeding

14. Phillips M, Sanghvi T, Fiedler J, Lutter C, Pérez-Escamilla R, Rivera A, Segall-Correa A, Teruya K. A Comparison of the Costs, Savings and Cost-Effectiveness of Three Breastfeeding Promotion Programs in Latin America

15. Robertson R, Sanghvi T, Brownlee A, Fiedler J, Phillips M. Guidelines for Measuring the Costs, Savings and Cost-Effectiveness of Breastfeeding Promotion Through Hospitals

Equipo del estudio de la eficacia de la lactancia materna en función de los costos

Directora del estudio
Tina Sanghvi, Ph.D.

Epidemiólogos
Chessa Lutter, Ph.D.
Rafael Pérez-Escamilla, Ph.D.
Cheryl Wickham, M.S.

Economistas
Margaret Phillips, M.S.
John Fiedler, Ph.D.
Susan Horton, Ph.D.

Brasil
Keiko Teruya, M.D.
Ana Segall-Correa, M.D. Dr.P.H.

Honduras
Ada Rivera, M.D.
Lilian Domínguez de David, M.D.

México
Adolfo Hernández, M.D.
Sandra Treviño-Siller, M.S.
Armando Montaño, M.D.
Horacio Reyes, M.D.

Revisores Técnicos
Ann Brownlee, Ph.D., WELLSTART International; Kathryn Dewey, Ph.D., University of California; Robert Hornik, Ph.D., University of Pennsylvania; Susan Horton, Ph.D., University of Toronto; Barry Popkin, Ph.D., University of North Carolina; Robert Robertson, Ph.D., Mt. Holyoke College; Beverly Winikoff, M.D., The Population Council

Fotografías
Agradecemos a Carlos Gaggero de la Organización Panamericana de la Salud por facilitarnos el uso de la foto en la página 2 y al Centro de Lactação de Santos, Brasil por el uso de las fotos en las páginas 6 y 9.

Auspiciado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional en virtud del Contrato Número LAC-0657-C-00-0051-00 (Sostenibilidad en Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe) con University Research Corporation e International Science and Technology Institute, 7200 Wisconsin Avenue, Suite 600, Bethesda, MD, 20814 USA.

Copias de este documento en inglés, español y portugués pueden obtenerse de WELLSTART, Promoción Ampliada de la Lactancia Materna, 3333 K Street NW, Washington, DC 20007 USA. Teléfono 202-298-7979.