



**IBFAN**

# ***Lecturas Lactancia***

Dic. 2001. No. 33

## CÓDIGO INTERNACIONAL Y ACUERDOS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DEL COMERCIO, OMC: *intereses comerciales vs. salud*

El comercio impacta la salud de diversas maneras. En su preámbulo, la OMC<sup>1</sup> declara que el mercado libre debe contribuir a mejorar la calidad de vida. Esto sugiere que la liberalización del comercio no debe verse como una meta en sí misma. Desdichadamente, la OMC tiene como su primer y real objetivo, facilitar el comercio internacional, especialmente para el mundo industrializado y los sectores más ricos. Al tener autoridad para imponer sanciones comerciales, pareciera que la OMC tiene más poder que la OMS<sup>2</sup> y otras organizaciones multilaterales. La OMC es, por lo tanto, una gran influencia en el mundo del comercio y también sus acciones repercuten sobre la salud internacional actual.

*"El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones subsecuentes y relevantes de la AMS<sup>3</sup> deben ser total y explícitamente parte de los acuerdos comerciales de la OMC y no deben considerarse como "barreras al comercio". Así lo definió la reunión de expertos/as que se llevó a cabo en Amsterdam, el 20 de setiembre 2001, organizada WEMOS (Países Bajos). Expertos/as internacionales en la OMC, movimiento de consumidores y salud, de globalización y representantes de varios grupos IBFAN defendieron al Código bajo el régimen de la OMC y definieron diversas opciones para fortalecer y reafirmar la autoridad del Código. Los siguientes párrafos reflejan esta discusión.*

Los Ministerios de Comercio pueden obstaculizar la implementación del Código y su fuerza que, por lo general, es responsabilidad de los Ministerios de Salud. Ya se han dado numerosos casos donde la industria de alimentos infantiles, algunos gobiernos (ver Guatemala vs. Gerber) e instituciones como el FMI<sup>4</sup> y el BM<sup>5</sup>, han desarrollado fuertes presiones, amenazando con sanciones comerciales y consecuencias

---

<sup>1</sup> Organización Mundial del Comercio

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud

<sup>3</sup> Asamblea Mundial de la Salud

<sup>4</sup> Fondo Monetario Internacional

<sup>5</sup> Banco Mundial

económicas adversas. Todavía no existen signos de que los acuerdos de la OMC sean directamente una amenaza al Código. No se espera que se desarrollen al nivel formal de las discusiones de la OMC, sino más bien, al nivel bilateral, entre corrillos, donde la presión comercial se utiliza como un instrumento de poder. Aún así, la OMC y sus acuerdos ya están siendo utilizados para presionar y esto es en sí mismo algo suficientemente negativo para la implementación efectiva del Código.

Los acuerdos de la OMC sobre aplicación de medidas sanitarias y fitosanitarias y sobre barreras técnicas al comercio, reconocen claramente que los gobiernos tienen el derecho a definir las medidas necesarias para la protección de la salud humana. En estos acuerdos, los Estado Miembros de la OMC son llamados a tomar medidas de protección de acuerdo a "estándares, guías y recomendaciones internacionales". También hacen referencia explícita al Codex Alimentarius y a sus estándares de seguridad alimentaria.

Una de las cuestiones claves que discutieron los/as participantes de la reunión de Amsterdam fue: ¿es útil que el Código sea reconocido oficialmente en los acuerdos relevantes de la OMC?

A primera vista, podría decirse que es muy relevante porque los acuerdos de la OMC tienden a sopesar las decisiones tomadas por la AMS, y porque la autoridad de la OMC es mayor al poder imponer sanciones. Así, quizá, la industria respetaría más el Código. Sin embargo, existen una serie de peligros. La OMC es menos transparente que los organismos de NU<sup>6</sup> y es más influenciado por parte de la industria. Desde que el Codex Alimentarius está oficialmente reconocido bajo la OMC, ha disimulado la defensa de los intereses públicos con la excusa de facilitar el comercio (por ejemplo, bajando las barreras comerciales). Así, los esfuerzos para incluir el Código en la OMC, pueden resultar contraproducentes. En otras palabras, el Código podría ser transformado en un "mínimo requerimiento" (para los gobiernos y su implementación de medidas de protección a la salud) o como un "máximo requerimiento" (que proteja la salud pública pero con barreras mínimas al comercio internacional).

Así las cosas, el Código debe verse desde la perspectiva de los derechos humanos: la vida y la salud son de un valor intrínseco que no puede negociarse con intereses comerciales y de intercambio. De acuerdo a las principales conclusiones de la reunión de Amsterdam, la estrategia para los gobiernos es la claridad de que los acuerdos relevantes de la OMC deben asegurar las provisiones del Código y sus subsecuentes y relevantes resoluciones de la AMS y esto, no debe ser amenazado con la etiqueta de barrera comercial.

---

<sup>6</sup> Naciones Unidas

## Lactancia Materna, por qué...

**Betran AP, de Onis M, Lauer JA, Villar J. Ecological study of effect of breastfeeding on infant mortality in Latin America. BMJ 2001;323:303**

Para estimar el efecto de la lactancia materna exclusiva y de la lactancia materna parcial, sobre la mortalidad infantil por enfermedad diarreica e infecciones del tracto respiratorio, en América Latina, se analizaron los datos nacionales sobre mortalidad infantil y lactancia materna. Aproximadamente, 55% de estas muertes se pueden prevenir a través de la lactancia materna exclusiva, entre infantes de 0 a 3 meses y con lactancia materna parcial durante el resto de la infancia. Entre estos/as infantes de 0 a 3 meses, 66% de las muertes por estas causas son prevenibles a través de la lactancia materna exclusiva. Entre infantes de 4 a 11 meses, 32% de estas muertes se pueden prevenir con la lactancia materna parcial. En general, 13.9% de las muertes infantiles por todos los tipos de causa, son prevenibles con la lactancia materna. El número anual de muertes prevenibles es aproximadamente 52.000 para la región. Las intervenciones para promover la lactancia materna exclusiva deben centrarse en los/las infantes más pequeños/as.

**Forste R, Weiss J, Lippincott E. The decision to breastfeed in the United States: does race matter? Pediatrics 2001;108:291-6**

Las mujeres negras en los EUA tienden a amamantar menos y la principal razón para esto es que ellas "prefieren el biberón". Este es el resultado de un estudio llevado a cabo para estimar el efecto de las características maternas y del parto, sobre la decisión de amamantar y para analizar, las prácticas de amamantamiento y su relación con las diferencias raciales en la mortalidad infantil. Después de controlar las variables socio-económicas y características del parto, el grupo étnico fue un fuerte predictor de la lactancia materna. Los análisis de la lactancia y el bajo peso al nacer cuentan para la diferencia étnica en la mortalidad infantil. Los esfuerzos para aumentar la lactancia materna en las comunidades negras pueden ayudar a hacer menor las diferencias étnicas con respecto a la mortalidad infantil.

**Arifeen SE, Black RE, Caulfield LE, Antelman G, Baqui AH. Determinants of infant growth in the slums of Dhaka: size and maturity at birth, breastfeeding and morbidity. Eur J Clin Nutr 2001;55:167-78**

Para investigar la influencia: del tamaño al nacer, de la lactancia materna y de la

morbilidad sobre el crecimiento infantil, en áreas pobres de Bangladesh urbano, se realizó un estudio con 1.654 recién nacidos/as, a quienes se dio seguimiento hasta los 12 meses de edad, en las áreas precarias de Dakkar. 1.207 infantes completaron el seguimiento. Un impacto positivo de la lactancia materna exclusiva, durante los primeros 3 a 5 meses, sobre el crecimiento infantil, se detectó a los 12 meses de edad. A pesar de que los/as bebés más grandes de la muestra tendían a crecer relativamente mucho más, la lactancia materna exclusiva contrarrestó este patrón. La diarrea que se reportó se asoció con el bajo peso y tamaño, aún después de haberse ajustado los patrones de alimentación. El esfuerzo sostenido sobre el crecimiento y el mayor efecto benéfico en infantes de bajo peso son razones importantes para la promoción de la lactancia materna exclusiva en la edad temprana.

**Villamor E, Mbise R, Spiegelman D, Ndossi G, Fawzi WW. Vitamin A supplementation and other predictors of anemia among children from Dar Es Salaam, Tanzania. Am J Trop Med Hyg 2000;62:590-7**

La asociación de anemia con factores socio-económicos, malaria, VIH y estatus nutricional, fue examinado entre 687 niños/as admitidos/as al Hospital con neumonía. Como base, se asoció positivamente la concentración de hemoglobina con el número de posesiones en el hogar, con el nivel materno de educación y con la calidad del agua; se relacionó inversamente con la infección por malaria después de controlar otras variables potencialmente confusas. Los/as niños/as infectados/as con VIH, experimentaron una significativa caída de los niveles de hemoglobina, a través del tiempo. El riesgo de desarrollar anemia severa ( $-7$  g/dL) durante el seguimiento fue menor en niños/as que estaban siendo amamantados/as por más de 18 meses, en comparación con aquellos/as que fueron amamantados/as menos de seis meses. Los/as niños/as con diagnósticos repetidos de malaria tuvieron 4.1 veces más riesgo de desarrollar anemia severa en comparación con aquellos/as que no habían sido diagnosticados/as. Los suplementos de vitamina A se asociaron con una reducción general no significativa del 14% en el riesgo de desarrollar anemia severa. Los/as autores/as concluyeron que la malaria, la VIH, el estatus socio-económico bajo y la corta duración de la lactancia materna son determinantes independientes y fuertes de la anemia en esta población.

**Gdalevich M, Mimouni D, Mimouni M. Breastfeeding and the risk of bronchial asthma in childhood: a systematic review with meta-analysis of prospective studies. J Pediatr 2001;139:261-6**

Se llevó a cabo una revisión sistemática de los estudios que evaluaron la asociación entre la lactancia materna exclusiva durante los tres primeros meses de vida y el asma. Dos estudios que se predeterminaron con el criterio de inclusión fueron identificados por una investigación Medline de 1966 a 1999. En general, el riesgo de asma se redujo en un 30% (95% CI: 19% a 40%) con la lactancia materna exclusiva. El efecto fue mayor (48%) en estudios de niños/as con una historia familiar de atopia (rinitis, eczema, asma y otras reacciones alérgicas) que en los estudios de población combinada (27%). La revisión confirma que la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses se asocia con tasas menores de asma durante la infancia. El efecto logrado con la leche materna, a través de la modulación de un sistema inmunológico, donde se evitan los alérgenos o una combinación de éstos y otros factores, fortalece la ventaja de la lactancia materna exclusiva, especialmente cuando existe una historia familiar de atopia.

**Karunasekera KA, Jayasinghe JA, Alwis LW. Risk factors of childhood asthma: a Sri Lankan study. J Trop Pediatr 2001;47:142-5**

Un estudio de caso, de control, se llevó a cabo para evaluar los riesgos genéticos y ambientales del asma infantil en un grupo de niños/as de Sri Lanka. Se compararon 300 casos, admitidos con síntomas de asma, y 300 controles, concordantes en edad. El asma parental, el asma en hermanos/as y familiares, la alergia parental de rinitis, la discontinuación de la lactancia materna después de los seis meses, broncolitis en la infancia, vivir en un ambiente con polvo, y un padre con educación primaria comparada a con educación secundaria, fueron asociados independientemente como un riesgo mayor de asma. El estudio refuerza la visión de que el asma tiene muchas causas. Como medida preventiva, la continuación de la lactancia después de los seis meses es importante.

## **Lactancia Materna, cómo...**

**Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, Jané F. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. JAMA 2001;286:322-6.**

El paso nueve de la IHAN<sup>7</sup> desestimula claramente el uso de chupetas y tetinas porque existe una asociación reportada en varios estudios de observación, con el destete temprano. Sin embargo, estos estudios no determinan si la asociación es casual. Para probar si el uso regular de las chupetas y tetinas está relacionado casualmente al destete a los tres meses después del parto, se estudió un grupo en la unidad de post-parto del Hospital Universitario en Montreal, Québec, Canadá. 281 mujeres lactantes saludables y sus bebés saludables de término, se distribuyeron en uno de dos grupos. Una enfermera capacitada en consejería de lactancia recomendó la no utilización de las chupetas y tetinas y sugirió formas alternativas para confortar a los/as bebés llorosos y confusos en el grupo de intervención de las mujeres (IG; n=140), pero no en el grupo de control (CG; n=141). Un total de 258 pares de madres/bebés (92%) completó el seguimiento. Comparado al CG, las mujeres en el IG, significativamente aumentaron el evitar totalmente el uso de las chupetas y tetinas (38.6% vs. 16%), redujeron el uso diario (40.8% vs. 57.7%) y redujeron el número de veces en que se insertó la chupeta y tetina por día (0.8 vs. 2.4 a las cuatro semanas; 0.8 vs. 3.0 a las seis semanas y 1.3 vs. 3.0 a las nueve semanas). En el análisis basado en la asignación al azar, no se tuvo un efecto discernible en el destete a los tres meses (18.9% vs. 18.3%) y se encontró efecto sobre el comportamiento lloroso e intranquilo de los/as bebés. Cuando la asignación al azar fue ignorada, sí se encontró una fuerte asociación entre la exposición diaria a la chupeta y tetina y el destete a los tres meses (25% en el expuesto vs. 12.9% en el no expuesto). Estos resultados muestran fuertemente que la chupeta y tetina y su uso, más que una verdadera causa de destete temprano, son un marcador de las dificultades de la lactancia materna y reducen la motivación de amamantar.

**Hornell A, Hofvander Y, Kylberg E. Introduction of solids and formula to breastfed infants: a longitudinal prospective study in Uppsala, Sweden. Acta Paediatr 2001;90:477-82**

La introducción de sólidos y de fórmula fue estudiada en 506 infantes amamantados/as en Uppsala, Suecia, basándose en un record diario del primer año. Las madres habían amamantado previamente por lo menos un/a infante durante al menos cuatro meses. 34%

<sup>7</sup> IHAN: Iniciativa Hospitales Amigables de la Niñez

de los/as infantes consumieron sólidos antes de los cuatro meses de edad (En Suecia la recomendación es de 4 a 6 meses). El proceso para acostumbrar a estos/as infantes a los sólidos fue largo: tomó un promedio de 28 días desde la primera introducción de los sólidos hasta el consumo de más de 10 ml diarios; 46 días antes de que comieran 100 ml o más de sólidos durante un día. Esta duración fue mayor mientras más joven era el/la infante a la hora de la introducción de los sólidos. 32% de los/as infantes que recibieron fórmula consumieron 100 ml o más la primera vez y 49% lo hizo durante la primera semana, independientemente de la edad. La familia y el personal de salud necesitan estar conscientes de que acostumbrar a bebés amamantados/as a consumir alimentos sólidos es un proceso largo y que existe un fuerte efecto de la edad en la duración. Es también importante considerar qué consecuencias (las usuales) puede tener sobre la lactancia materna la introducción abrupta de la fórmula.

**Black MM, Siegel EH, Abel Y, Bentley ME. Home and videotape intervention delays early complementary feeding among adolescent mothers. *Pediatrics* 2001;107:E67**

¿Es posible cambiar los patrones de alimentación en presencia de normas culturales contradictorias? Para evaluar el efecto de una intervención para retrasar la edad temprana de alimentación complementaria, 181 madres, negras, menores de 18 años, primerizas, fueron reclutadas en 3 hospitales urbanos de Baltimore, Maryland, EUA. Los/as infantes nacieron a término con un peso aproximado a la edad gestacional y sin problemas congénitos. Después del parto, las madres y abuelas completaron una evaluación y las madres se dividieron entre un grupo de intervención (IG) y un grupo de control (CG). Las madres IG recibieron visitas semanales al hogar, durante un año, y un video elaborado por un grupo asesor de madres adolescentes negras. La intervención se concentró en:

1. Reconocimiento de señales infantiles;
2. Estrategias de no alimentación para manejar el comportamiento infantil y
3. Estrategias de negociación madre-abuela.

A los 3 meses, un grupo de 121 madres reportaron sobre el consumo de alimentos de sus infantes, a través de un cuestionario. Las madres que alimentaron a sus bebés solo con leche materna, fórmula o agua se clasificaron como alimentadoras óptimas (39%); aquellas

que introdujeron alimentos complementarios se clasificaron como alimentadoras menos óptimas (61%). Después de controlar la edad de los/as infantes y el ingreso familiar, las madres alimentadoras óptimas tuvieron más tendencia a reportar mensajes exactos con relación al tiempo para introducir los alimentos complementarios y tenían cuatro veces mayor propensión a estar en el grupo de intervención. El éxito de esta intervención demuestra la importancia de utilizar la investigación etnográfica para diseñar programas de cambio de comportamiento que se enfrentan a las normas culturales contradictorias.

**DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein S. Maternity care practices: implications for breastfeeding. *Birth* 2001;28:94-100**

Para medir el impacto de cinco prácticas amigables de la niñez (temprana iniciación de la lactancia materna, ningún suplemento, alojamiento conjunto, lactancia materna a demanda, ninguna chupeta/tetina) sobre la lactancia materna en los Estados Unidos, se llevó a cabo una encuesta longitudinal, por correo, con una muestra nacional de mujeres, con atención prenatal a 12 meses post parto. El estudio se concentró en 1.058 mujeres que tuvieron la intención prenatal de amamantar por más de dos meses y que iniciaron la lactancia materna. Solo 7% de las madres experimentaron las cinco prácticas amigables de la niñez. Los fuertes factores de riesgo para la terminación temprana de la lactancia materna fueron: un inicio tardío de la lactancia y el ofrecer suplementos a los/as infantes. Comparado con las madres que experimentaron las cinco prácticas amigables de la niñez, las madres que no experimentaron ninguna, tuvieron aproximadamente 8 veces más propensión a terminar tempranamente la lactancia materna. La necesidad de trabajar en los hospitales para aumentar la adopción de las prácticas amigables de la niñez se ilustra por una pequeña proporción de madres que experimentaron todas las cinco prácticas medidas durante el estudio.

**Scott J, Landers M, Hughes R, Binns C. Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. *J Paediatr Child Health* 2001;37:254-61**

Para identificar los determinantes de la iniciación y de la duración de la lactancia materna entre las mujeres australianas, se llevó a cabo un estudio con 556 en mujeres en Perth y 503 mujeres de Darling Downs, Australia. La lactancia materna después de dejar el hospital se asoció más fuertemente con el patrón de apoyo a la lactancia materna.

La duración de la lactancia materna se asoció fuertemente con la duración del tiempo que la madre está dispuesta a amamantar. Las intervenciones que buscan aumentar la duración del tiempo que las mujeres deciden amamantar, y que subrayan el rol del padre en la lactancia materna exitosa, son recomendaciones para lograr metas para una iniciación y duración adecuadas de la lactancia materna.

**Sikorski J, Boyd F, Dezateux C, Wade A, Rowe J. Prevalence of breastfeeding at four months in general practices in south London. Br J Gen Pract 2001;51:445-50**

Para determinar la prevalencia de la lactancia materna al nacimiento y a los 4 meses en una muestra de mujeres de prácticas generales urbanas y la variación entre prácticas y su relación con una población pobre, se elaboró una encuesta intersectorial con una muestra de madres con infantes de 4 meses, en 25 localidades del sur de Londres. Se recibieron respuestas por parte de 1053 de un total de 1532 madres (69%). De estas, 87% (897) amamantaron desde el nacimiento mientras que 59% (609) todavía estaban amamantando a los 4 meses. Las madres que vivían en casas alquiladas tuvieron menor propensión a amamantar que las que vivían en casas propias, así como las mujeres blancas en comparación con aquellas de origen étnico negro. Aquellas que completaron hasta los dos años y más de educación después de la edad de 16 años, tuvieron casi 3 veces mayor propensión a amamantar a los 4 meses que aquellas cuya educación terminó a los 16 años o antes.

Las tasas específicas de prácticas de lactancia materna van de 71% a 100% al nacimiento y 22% a 33% a los cuatro meses. La edad media para comenzar sólidos fue de 16 semanas. Se concluyó que la propiedad de la casa, el material educativo y el grupo étnico están significativamente asociados con la prevalencia de la lactancia materna a los 4 meses.

**Tappin DM, Mackenzie JM, Brown AJ, Girdwood RW, Britten J, Broadfoot M. Comparison of breastfeeding rates in Scotland in 1990-1 and 1997-8. BMJ 2001;322:1335-6**

En Escocia, amamantar a los siete días de edad, aumentó en un 6.4%; del 35.6% en 1990-1991 a 42% en 1997-1998. Este gran aumento (11.5%) se dio en Edimburgo y el mayor decrecimiento (5.5%) en Aberdeen. Cerca del 2.6% de la muestra observada del 6.4% de aumento puede explicarse por el incremento de la edad materna. La meta para el año 2005, de amamantamiento del 50% a

las 6 semanas de edad no se logrará si no se desarrollan rápidamente medidas de promoción de la salud.

## **Cochrane reviews**

**Snowden HM, Renfrew MJ, Woolridge MW. Treatments for breast engorgement during lactation (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev 2001;2:CD000046**

En el Reino Unido, según las encuestas nacionales, los pechos adoloridos son la segunda razón más común para dejar de amamantar durante las primeras dos semanas después del parto. Un factor que contribuye a este dolor pueden ser los pechos hinchados. Existen distintos puntos de vista sobre el porqué esto sucede pero los patrones de alimentación restrictivos en los hospitales, parecen haber contribuido en el pasado. Los distintos puntos de vista se reflejan en las soluciones ofrecidas para tratar la hinchazón de las madres lactantes. Estos tratamientos sugeridos se estudiaron en la revisión. Se desarrollaron 8 experimentos con un total de 424 mujeres. Tres estudios diferentes identificaron que utilizaban hojas de lechuga o extractos de hojas de lechuga, sin ningún beneficio encontrado. El tratamiento de ultrasonido y el placebo fueron igualmente efectivos. El uso de Danzen (agente anti-inflamatorio) mejoró significativamente el total de síntomas de hinchazón cuando se comparó con los placebos así como el complejo bromelain/trypsin. La oxitocina y los paños fríos no mostraron efecto sobre los síntomas de hinchazón. La prevención inicial de la hinchazón de pecho a través de la consejería completa y competente debe ser el tema prioritario.

***Preparado por Geneva Infant Feeding Association (GIFA), miembro de International Baby Food Action Network (IBFAN). Editores: Marina Ferreira Rea, Adriano Cattaneo. Traducido y adaptado al español por CEFEMINA / Coordinación IBFAN América Latina y Caribe.***

***Puede solicitar copias impresas o electrónicas al [cefemina@racsa.co.cr](mailto:cefemina@racsa.co.cr); tel/fax 506. 2243986; Apdo Postal 5355, San José 1000, COSTA RICA.***