

¿Tienen nuestros bebés un comienzo saludable en la vida? Grado de implementación de la *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño* en Europa

Irena Zakarija-Grković^{1*}, Adriano Cattaneo², Maria Enrica Bettinelli³, Claudia Pilato⁴, Charlene Vassallo⁵, Mariella Borg Buontempo⁵, Helen Gray⁶, Clare Meynell⁶, Patricia Wise⁷, Susanna Harutyunyan⁸, Stefanie Rosin⁹, Andrea Hemmelmayr¹⁰, Daiva Šniukaitė-Adner¹¹, Maryse Arendt¹² y Arun Gupta¹³

Resumen

Antecedentes: Para proteger el derecho de los niños a una nutrición óptima, la OMS/UNICEF desarrollaron la Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, ratificada por los 53 países miembros de la oficina regional para Europa de la OMS. La Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna (WBTi) es una herramienta para hacer el seguimiento de la implementación de la Estrategia mundial. Se basa en 15 indicadores, 10 de ellos sobre políticas y programas, y 5 sobre prácticas de alimentación. Cada uno se puntúa en una escala sobre 10, lo que supone una calificación total de 150 para la implementación de la Estrategia mundial. A día de hoy, 18 países miembros de la oficina regional para Europa de la OMS (Alemania, Armenia, Austria, Bélgica, Bosnia y Herzegovina, Croacia, España, Francia, Georgia, Italia, Lituania, Macedonia del Norte, Malta, Moldavia, Portugal, Reino Unido, Turquía y Ucrania) han llevado a cabo una evaluación de la WBTi y presentado los informes de resultados.

Métodos: Entre junio de 2018 y mayo de 2019, un grupo de coordinadores nacionales de la WBTi leyeron y analizaron los 18 informes europeos de la WBTi. Los datos descriptivos, incluidas las comparaciones entre países, se analizaron mediante frecuencias y porcentajes. En este artículo se resumen los hallazgos. El informe completo, que consta de 88 páginas, se publicará en el sitio web de la WBTi.

Resultados: Tres cuartos de los 18 países europeos tienen una protección de la maternidad adecuada, y dos tercios tienen tasas de inicio de la lactancia del 50% o superiores. Sin embargo, se descuida seriamente la "preparación y planificación para una alimentación de lactantes y niños pequeños (ALNP) adecuada y segura en emergencias". La duración de la lactancia materna, con una media de 8,7 meses, está muy por debajo de las recomendaciones de la OMS. Solo 3 países europeos tienen un presupuesto asignado para implementar políticas y programas de alimentación infantil, y un tercio no tienen en la actualidad maternidades con la acreditación IHAN.

Es muy frecuente la alimentación con biberón, a pesar de los riesgos que implica; la supervisión de las prácticas de ALNP es inadecuada, ya que en la mayoría de los países no se recogen datos sistemáticamente; y es generalizado el incumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.

Conclusiones: Los gobiernos europeos no están trabajando lo suficiente para proteger, promover y apoyar unas prácticas adecuadas de alimentación de lactantes y niños pequeños. Es necesario contar con el compromiso político al más alto nivel y con fondos adecuados para garantizar una alimentación óptima para los lactantes y niños pequeños de Europa. En este artículo presentamos algunas brechas preocupantes con el fin de dar a los gobiernos, organismos internacionales y otras partes interesadas la oportunidad de invertir en aspectos prioritarios, con la esperanza de crear un mejor futuro para nuestras criaturas.

Palabras clave: Estrategia mundial, alimentación de lactantes y niños pequeños, lactancia materna, Europa, WBTi, política sanitaria

Antecedentes

En mayo de 2002, los estados miembros de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS), el máximo organismo legislativo en materia de salud a nivel mundial, renovaron su compromiso por apoyar una nutrición infantil adecuada, en especial la lactancia materna, ratificando de manera unánime la Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño (Estrategia mundial) [1]. Este documento clave, desarrollado de manera conjunta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), insta a los gobiernos, organismos internacionales y otras partes interesadas a implementar prácticas, políticas y programas a nivel nacional para una alimentación de lactantes y niños pequeños (ALNP) óptima, mediante un enfoque integrado y exhaustivo (Tabla 1).

Los esfuerzos por mejorar la alimentación infantil y materna recibieron un impulso adicional en 2012 cuando la AMS especificó y ratificó seis objetivos mundiales de nutrición para el año 2025, entre ellos “mejorar la tasa de lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses hasta un mínimo del 50%” [2]. En 2017, el 40% de los bebés de todo el mundo recibieron lactancia materna exclusiva al menos 6 meses [3], y la región de Europa tuvo la tasa más baja de las seis regiones de la OMS, el 23% [4]. Dada la alta prevalencia de obesidad infantil en Europa y su relación con no haber sido amamantado o haber recibido lactancia materna por menos de 6 meses [5], además de las considerables pérdidas económicas asociadas con una ALNP deficiente [6], los gobiernos deben centrar su atención en implementar la Estrategia mundial, como un enfoque basado en la evidencia para mejorar la salud y la prosperidad, en línea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030.

Supervisar y evaluar periódicamente la implementación de las políticas y los programas es esencial para mejorar tanto las políticas como su implementación. Controlar de manera sistemática las prácticas para una ALNP óptima permitirá identificar mejoras y brechas, así como las medidas necesarias para reforzar dichas prácticas. La Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna (WBTi) se lanzó mundialmente en 2008 para supervisar la implementación de políticas, prácticas y programas recomendados en la Estrategia mundial. Actualmente, 97 países han realizado una evaluación de la WBTi y presentado los informes de resultados [7]. El objetivo de este artículo es evaluar el progreso conseguido en términos de implementación de la Estrategia mundial en Europa mediante la herramienta WBTi.

Métodos

El informe completo que se publicará en el sitio web de la WBTi incluye una descripción detallada de los métodos utilizados, junto con un análisis pormenorizado de los resultados y ejemplos de buenas prácticas de cada país en particular.

Tabla 1 - Aspectos clave de la Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño

Propósitos:

- Mejorar, mediante una alimentación óptima, el estado nutricional, el crecimiento y el desarrollo, la salud y, en definitiva, la supervivencia de lactantes y niños pequeños.
- Crear un entorno favorable que permita que las madres, familias y otros cuidadores tomen decisiones informadas sobre prácticas óptimas de alimentación y que puedan ponerlas en práctica.

Objetivos operativos:

- Nombrar un comité nacional de lactancia y asignar un coordinador.
- Asegurarse de que todas las maternidades implementen la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN).
- Ampliar la IHAN a clínicas, centros de salud y urgencias pediátricas.
- Hacer valer el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.
- Proteger y hacer cumplir los derechos de lactancia de las mujeres trabajadoras.
- Supervisar periódicamente las prácticas de alimentación.
- Desarrollar, implementar, supervisar y evaluar una política integral de ALNP.
- Proteger, promover y apoyar la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y complementada por otros alimentos hasta los 2 años de edad o más.
- Promover la alimentación complementaria oportuna, adecuada, segura y apropiada.
- Proporcionar orientación sobre la ALNP en circunstancias excepcionalmente difíciles, como catástrofes naturales o en el contexto de VIH.
- Asegurarse de que los responsables de la comunicación con el público en general, entre ellos las autoridades educativas y los medios de comunicación, proporcionen información precisa y completa sobre la ALNP.
- Velar por que se proporcione apoyo especializado a las madres, formando a los profesionales sanitarios y revisando los planes de estudio.
- Permitir que las díadas madre-lactante permanezcan juntas durante la hospitalización.
- Desarrollar redes de apoyo para la ALNP a través de la comunidad, por ejemplo, con grupos de apoyo de madre a madre.

La herramienta WBTi, basada en la Estrategia mundial, consta de 15 indicadores utilizados para evaluar las prácticas, políticas y programas de ALNP en el país (Tabla 2). Cada indicador se puntúa en una escala sobre 10, lo que supone una calificación total de 150 para la implementación de la Estrategia mundial: 100 respecto a políticas y programas, y 50 respecto a prácticas. Las puntuaciones se codifican por color (rojo, amarillo, azul o verde) para facilitar la interpretación de los resultados y la clasificación de las calificaciones. Hasta la fecha, 18 países de la región de Europa de la OMS han preparado y publicado su informe nacional, con la participación de al menos 154 colaboradores. Cada informe nacional se elabora de manera estandarizada conforme al proceso de la WBTi. En primer lugar, se selecciona un coordinador nacional que, después de una formación de tres días, crea un grupo de 4-5 miembros/evaluadores clave que representan a organizaciones gubernamentales, profesionales y no gubernamentales relevantes, sin conflictos de intereses. Se utilizan la guía operativa de la WBTi [8], la herramienta de evaluación [9] y las plantillas de informe [10] para realizar las evaluaciones con los datos nacionales disponibles y presentar los resultados. El informe preliminar se envía a los colaboradores nacionales pertinentes. Tras la devolución, después de incorporar los comentarios, el informe final se envía a la Secretaría mundial de la WBTi para su validación. El informe y su correspondiente tarjeta de resumen se publican en el sitio web de la WBTi, y los resultados se comparten con un público más amplio, incluidos los funcionarios gubernamentales y las organizaciones profesionales, a través de una "llamada a la acción". Se recomienda repetir la evaluación cada 3-5 años para hacer un seguimiento de las tendencias, valorar el progreso y estudiar el impacto de cualquier intervención en concreto.

En junio de 2018, varios coordinadores de la WBTi europeos decidieron elaborar una perspectiva general de la implementación de la Estrategia mundial en la región de Europa de la OMS. Entre junio y octubre de 2018, cada coordinador leyó cuidadosamente los 18 informes de la WBTi publicados y presentó los hallazgos de los indicadores elegidos con la siguiente estructura: antecedentes, pregunta clave, criterios de evaluación, hallazgos y hallazgos detallados. Además, se destacaron los hallazgos clave, las recomendaciones clave y las mejores prácticas. El apartado "Mejores prácticas", nuevo en este informe, presenta ejemplos reales de lo que han hecho los países europeos para mejorar la implementación de la Estrategia mundial. Entre octubre de 2018 y junio de 2019, se llevaron a cabo varias revisiones del informe, para lo cual se pidieron aclaraciones sobre los hallazgos a los equipos nacionales de la WBTi, se estandarizó el formato y se llegó a acuerdos sobre el contenido del informe. En este artículo se ofrece un resumen de dichos hallazgos.

Resultados

Implementación general de la Estrategia mundial en la región de Europa de la OMS

Los cinco países que han obtenido las mejores calificaciones son, en orden descendente, Turquía, Croacia, Ucrania, Portugal y Georgia, y los cinco países con la calificación más baja en términos de implementación de la Estrategia mundial son Austria, Alemania, Lituania, Bélgica y España, todos ellos dentro de la Unión Europea (Tabla 3). La Figura 1 muestra la calificación media de cada uno de los diez indicadores de políticas/programas y los cinco indicadores de prácticas; la calificación media general es de 5,4. Con diferencia, la calificación más baja la tiene la "preparación y planificación para una ALNP adecuada y segura en emergencias", con una media de 1,6 sobre 10. En la Tabla 4 se muestran las puntuaciones individuales de cada país en los indicadores de políticas y programas. Los indicadores de las prácticas han obtenido calificaciones más bajas que los de políticas y programas, siendo la puntuación más baja la mediana de duración de la lactancia. A pesar de que la OMS recomienda amamantar hasta los 2 años de edad o más, la duración media de la lactancia en los 13 países europeos con datos disponibles fue de 8,7 meses. De manera similar, el indicador sobre la alimentación con biberón también obtuvo una muy mala puntuación, lo que indica que la alimentación con biberones es una práctica frecuente en Europa, a pesar de sus riesgos inherentes [11].

Indicador 1: Políticas, programas y coordinación a nivel nacional

La Estrategia mundial exige que los gobiernos adopten una política nacional de ALNP acorde a las recomendaciones de alimentación infantil de la OMS que sienta las bases para desarrollar un plan de acción nacional con los fondos adecuados. Esto debe organizarse a través de un comité nacional de lactancia multisectorial, dirigido por un coordinador, que se reúna periódicamente e interactúe de manera eficaz con otros sectores relevantes. Turquía es el único país que, según la evaluación, ha implementado completamente este indicador, y Ucrania y Croacia también han conseguido una buena calificación. Once países (61%) tienen una política oficial de ALNP, de las cuales todas excepto la de Reino Unido cumplen las recomendaciones de alimentación infantil de la OMS. Ocho países (44%) tienen un plan de acción nacional, pero solo tres disponen de los fondos adecuados (Turquía, Croacia, Ucrania). Más de la mitad de los países (excepto Armenia, Georgia, Francia, Italia, Reino Unido, Austria, Portugal y España) tienen un comité nacional de lactancia, pero los miembros solo se reúnen regularmente en seis de ellos (Turquía, Croacia, Ucrania, Malta, Macedonia del

Tabla 2 - Indicadores de la Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna

Parte I: Políticas y programas (indicadores 1–10)

1. Políticas, programas y coordinación a nivel nacional
2. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia
3. Implementación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna
4. Protección de la maternidad
5. Sistemas de atención sanitaria y nutricional
6. Apoyo a las madres y compromiso comunitario
7. Apoyo informativo
8. Alimentación infantil y VIH
9. Alimentación infantil durante emergencias
10. Seguimiento y evaluación

Parte II: Prácticas de alimentación infantil (indicadores 11–15)

11. Inicio temprano de la lactancia materna
 12. Lactancia materna exclusiva
 13. Mediana de duración de la lactancia
 14. Alimentación con biberón
 15. Alimentación complementaria
-

Norte y Georgia). Cinco de los 18 países (Turquía, Croacia, Ucrania, Malta y Bélgica) tienen un coordinador nacional de lactancia con términos de referencia claros que periódicamente comunica la política nacional a otros sectores. Es interesante señalar que todos los países con una calificación inferior a 4 sobre 10 en este indicador pertenecían a la Unión Europea cuando se elaboraron los informes, excepto Bosnia y Herzegovina; estos son Francia, Italia, Lituania, Alemania, Reino Unido, Austria, Portugal y España.

Indicador 2: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia

La Estrategia mundial establece que cada centro que proporcione servicios de maternidad debe implementar la IHAN al completo y, de ese modo, garantizar que las rutinas y los procedimientos del hospital apoyen el inicio oportuno y correcto establecimiento de la lactancia. La evaluación abarca una puntuación cuantitativa que indica el porcentaje de hospitales acreditados o reacreditados en los últimos 5 años, y ocho criterios cualitativos que comprenden la formación, el seguimiento, la evaluación, la reevaluación, el cumplimiento de plazos, la integración del VIH y el uso de criterios globales. Casi un tercio de los países evaluados (Georgia, Armenia, Moldavia, Macedonia del Norte y Malta) no tienen centros con acreditación IHAN obtenida recientemente (en Armenia, se acreditaron 22 centros entre 1999 y 2008, pero después de 2008, se dejó de aplicar la IHAN y no se realizaron reevaluaciones), y cinco países tienen más del 50% (Turquía, Croacia, Ucrania, Reino Unido y Bosnia y Herzegovina), de los cuales Turquía y Croacia han implementado la IHAN en más del 89% de los centros. La cobertura de los centros IHAN en los 13 países que la han implantado varía entre el 5% y el 94%. En la Figura 2 se muestran los números y el porcentaje de maternidades con la acreditación IHAN en cada país. Casi todos los países realizan el curso de formación estándar de 20 horas (UNICEF/OMS) para el personal de maternidad, con la excepción de Moldavia (aunque el Reino Unido utiliza un enfoque basado en competencias en vez del curso de 20 horas), pero solo ocho países (44%) han integrado las recomendaciones sobre el VIH en su programa IHAN, lo que supone el criterio con la puntuación más baja. Para evaluar la implementación de la IHAN se realizan entrevistas al personal sanitario y a las madres en todos los países excepto en dos (Macedonia del Norte y Malta), y siete de los 18 países europeos (Austria, Lituania, Georgia, Armenia, Moldavia, Macedonia del Norte y Malta) no tienen procesos de reevaluación en marcha, lo que pone en peligro la sostenibilidad de la iniciativa. Todos los países, excepto Bosnia y Herzegovina, Lituania, Macedonia del Norte y Malta, tienen un programa sujeto a plazos, y la mayoría de países han cumplido los criterios globales de la IHAN, a excepción de Francia, Lituania, Macedonia y Malta.

Tabla 3 - Puntuaciones codificadas por color para los diez indicadores de políticas/programas y los cinco indicadores de prácticas en 18 países europeos

Country	Policy/Programme (out of 100)	Practice (out of 50)	Total score (out of 150)
Turkey	80	30	110
Croatia	65.5	27	92.5
Ukraine	74	18	92
Portugal	60.5	31	91.5
Georgia	64	24	88
Bosnia & Herzegovina	60	24	84
United Kingdom	50.5	31	81.5
Moldova	56.5	24	80.5
Armenia	57	21	78
France	47.5	27	74.5
Italy	52	21	73
North Macedonia	50.5	18	68.5
Malta	65.5	..	65.5
Spain	35	22	57
Belgium	48	6	54
Lithuania	38.5	6	44.5
Germany	33.5	9	42.5
Austria	40	..	40
	red	0-30	0-15
	yellow	31-60	16-30
	blue	61-90	31-45
	green	91-100	46-50

Colour coding (maximum score for each indicator is 10):

0 to <4 ■ 4 to <7 ■ 7 to <9 ■ 9-10 ■

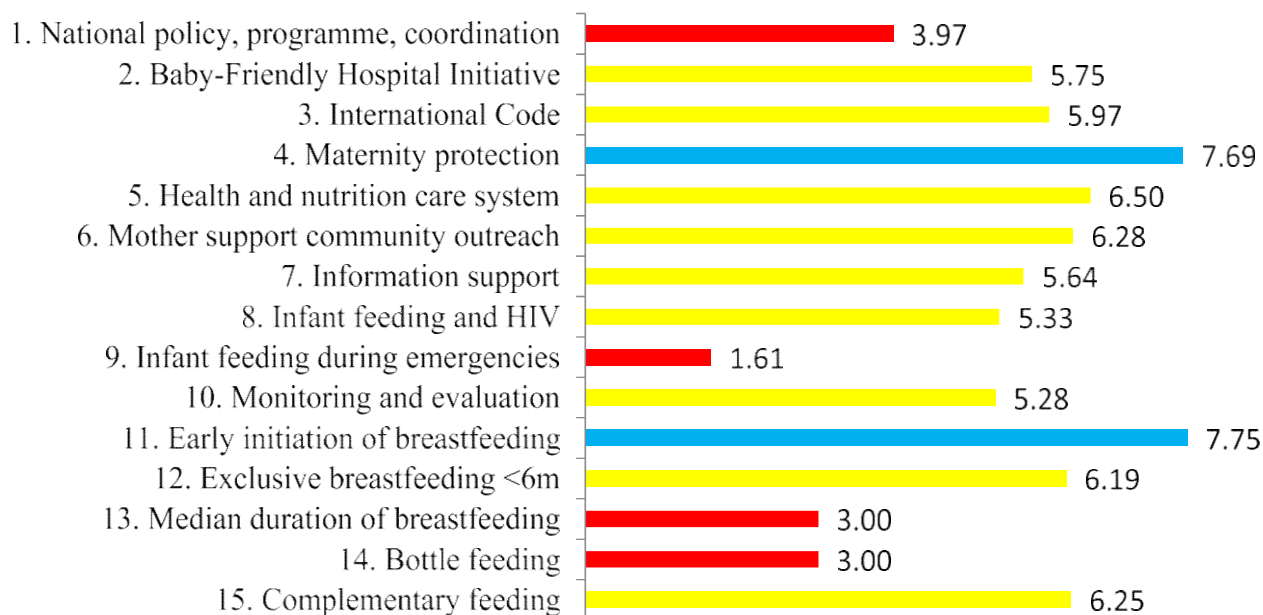


Figura 1 - Puntuaciones medias codificadas por color para los diez indicadores de políticas/programas y los cinco

Indicador 3: Implementación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna

El Código Internacional fue adoptado por la AMS en 1981 para proteger a lactantes y familias de una comercialización poco ética de los sucedáneos de leche materna. También garantiza que las familias tengan acceso a información veraz sobre lactancia materna y sobre el uso adecuado y seguro de los sucedáneos de leche materna. Cabe destacar que el Código Internacional se aplica a los gobiernos, productores y distribuidores de sucedáneos de leche materna, trabajadores sanitarios (tanto profesionales como voluntarios) y al sistema de salud, y los insta a evitar conflictos de intereses. El indicador 3 de la WBTi evalúa el grado de implementación del Código Internacional en la legislación nacional así como la eficacia con que se supervisan y hacen cumplir tales disposiciones. Ninguno de los 18 países europeos han implementado por completo el Código Internacional y las resoluciones posteriores de la AMS. Malta y Armenia recibieron las calificaciones más altas, mientras que Alemania y Ucrania obtuvieron las más bajas. La mitad de los países tienen en marcha un sistema de supervisión, y todos excepto tres indican que tienen medidas para penalizar a los infractores. Solo cuatro países (22%) informan de las infracciones a las entidades involucradas, y Armenia y Turquía han llegado a multar en los últimos tres años a empresas que han violado el código. Los conflictos de intereses y la promoción de los sucedáneos de leche materna en el

sistema de salud son habituales en toda Europa, lo que pone en peligro la salud y el bienestar de las madres y los lactantes.

Indicador 4: Protección de la maternidad

La Estrategia mundial insta a los gobiernos a proteger y hacer cumplir los derechos de lactancia de las mujeres trabajadoras, tanto en el sector formal como en el informal. Esto es esencial si se espera que las mujeres cumplan con las recomendaciones de alimentación infantil de la OMS. La herramienta WBTi evalúa los elementos clave de la protección de la maternidad en el marco de los estándares de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) [12]. En general, la situación es buena en Europa, donde ninguno de los 18 países evaluados tiene un permiso por maternidad inferior a 14 semanas pagadas en el sector formal, pero solo 7 países (39%) ofrecen al menos 26 semanas, necesarias para que las madres amamenten de manera exclusiva durante 6 meses. Resulta alentador que todos los países excepto Reino Unido permiten al menos un descanso para amamantar o una reducción de las horas de trabajo para madres que amamantan. De ellos, Francia y Malta son los únicos países que no pagan a las madres el tiempo reducido durante este permiso. En el sector privado, todos los países garantizan un mínimo de 14 semanas de permiso por maternidad pagado y descansos para amamantar excepto Malta, Francia, Reino Unido y España, que ofrecen solo el permiso por maternidad pagado.

Tabla 4 - Calificaciones de países en los indicadores de políticas y programas

Country	Ind 1	Ind 2	Ind 3	Ind 4	Ind 5	Ind 6	Ind 7	Ind 8	Ind 9	Ind 10	Total score (out of 100)
Turkey	10	10	5	8.5	10	8	9	4	5.5	10	80
Ukraine	9.5	8.5	4	9	8	8	6	9	3	9	74
Croatia	9.5	9.5	6	9	6	7	6	3.5	1	8	65.5
Malta	8	1	9	7	7.5	8	9	8	3	5	65.5
Georgia	4	4	7.5	5	9.5	7	7	8	3	9	64
Portugal	0	7	6	7.5	8.5	7	5.5	10	0	9	60.5
Bosnia & Herzegovina	3	8.5	6.5	9	6.5	6	5	6.5	4	5	60
Armenia	4	3.5	8.5	8.5	5	5	7	7.5	0	8	57
Moldova	5	3	5	7.5	8	7	5	9	0	7	56.5
Italy	2	6	6	8	5	5	8	6	1	5	52
United Kingdom	1	7.5	6	6.5	5.5	7	5.5	6.5	0	5	50.5
North Macedonia	6	1	6	6	6.5	5	6.5	1	7.5	5	50.5
Belgium	4	6.5	6.5	8.5	7	7	4.5	0	0	4	48
France	2	5	5	7	5.5	7	4	7	0	5	47.5
Austria	0.5	5.5	5	7.5	5.5	5	4	2	0	5	40
Lithuania	2	5	6.5	9.5	2.5	5	1.5	4.5	1	1	38.5
Spain	0	6.5	5	6	6	5	4	2.5	0	0	35
Germany	1	5.5	4	8.5	4.5	4	3.0	1	0	2	33.5

Turquía es el único país que, en el sector formal, garantiza un espacio en el lugar de trabajo para amamantar/extraerse leche, así como servicios de cuidado infantil; siete países (39%) no ofrecen ninguno de estos, con lo que esta recomendación es la menos respetada. En el sector informal, todos los países ofrecen al menos algunas medidas de protección para las madres trabajadoras, a excepción de Alemania, Macedonia del Norte y Georgia. Cada vez se reconoce más la importancia del papel del padre; por ello, todos los países excepto dos (Austria y Macedonia del Norte) proporcionan al menos 3 días de permiso por paternidad, en los sectores público y privado. Todos los países excepto Georgia tienen leyes que protegen a las mujeres embarazadas y en período de lactancia frente a condiciones de trabajo potencialmente perjudiciales, y todos ellos excepto España tienen leyes que prohíben la discriminación contra las mujeres en período de lactancia.

Indicador 5: Sistemas de atención sanitaria y nutricional

Para asegurar una buena atención en una unidad sanitaria, como un hospital, es necesario que el personal tenga la formación adecuada para apoyar a las madres y a sus bebés en las prácticas óptimas de alimentación infantil. El indicador 5 de la WBTi explora si los profesionales sanitarios de estos centros reciben la formación adecuada, tanto en la universidad como una vez ya en el servicio, si reciben formación sobre el Código Internacional, si se han distribuido las directrices para una atención respetuosa de las mujeres [13], y si los hospitales permiten que las díadas madre-lactante permanezcan juntas en caso de ingreso de la madre o la criatura. Según los 18 informes nacionales disponibles, 13 países (72%) proporcionan una formación sobre ALNP insuficiente antes de que los profesionales sanitarios comiencen su servicio, mientras que apenas más de la mitad brinda una formación adecuada a aquellos profesionales que ya están trabajando. Resulta preocupante que solo dos países

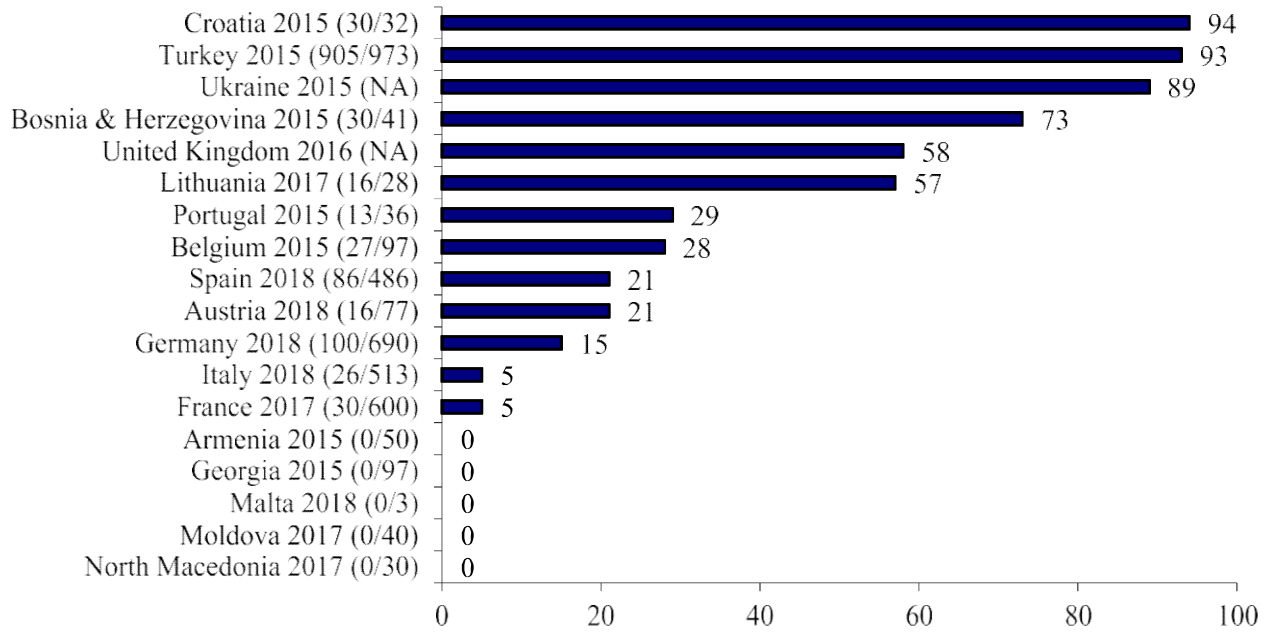


Fig. 2 - Número (n/N) y porcentaje (barra) de maternidades con la acreditación IHAN en cada país

(Turquía y Ucrania) proporcionan a sus profesionales sanitarios una formación adecuada sobre sus obligaciones en virtud del Código Internacional, lo que explica la gran cantidad de infracciones al Código Internacional dentro del sistema de salud en toda Europa. El cumplimiento de las directrices para una correcta atención a madres y lactantes garantiza que toda mujer y su recién nacido estén protegidos de intervenciones innecesarias que no se basan en la evidencia científica y que no respetan su cultura, su integridad física y su dignidad. Dos tercios de los países evaluados no han distribuido las directrices para una atención respetuosa de las madres entre todos los servicios y profesionales de maternidad. Diez países (56%) no tienen políticas adecuadas que permitan a las madres y a sus criaturas permanecer juntas cuando una debe ser ingresada, especialmente en el caso de ingreso de la madre.

Indicador 6: Apoyo a las madres y compromiso comunitario

La Estrategia mundial reconoce la necesidad de apoyo comunitario para mujeres embarazadas y en período de lactancia. Las decisiones de alimentación de las mujeres no se toman ni llevan a cabo de forma aislada, sino que vienen influenciadas por la familia, los amigos y la comunidad en general. Ninguna madre debe amamantar sola: el apoyo a la lactancia materna es una responsabilidad colectiva. Las madres que amamantan necesitan tiempo, espacio y recursos para hacer realidad su decisión. Por lo tanto, para tener una lactancia satisfactoria, las mujeres requieren apoyo oportuno y respetuoso e información veraz sobre ALNP para sentir confianza y poder resolver problemas. Solo en la mitad de los países europeos, todas las mujeres embarazadas tienen acceso a apoyo comunitario sobre ALNP antes y después del parto, mientras que en seis países (Georgia, Malta, Moldavia, Portugal, Turquía, Ucrania) hay una asistencia adecuada disponible en el momento del nacimiento, algo de vital importancia para el inicio oportuno de la lactancia. Solo tres países (Croacia, Moldavia, Ucrania) integran en la política general de ALNP los servicios de apoyo comunitarios, como los grupos de apoyo de madre a madre. La formación de profesionales sanitarios y voluntarios de la comunidad es el criterio peor implementado, ya que solo Bélgica proporciona una formación adecuada sobre alimentación infantil a los trabajadores comunitarios.

Indicador 7: Apoyo informativo

La información veraz y completa sobre nutrición, libre de intereses comerciales, es crucial para que las madres y las familias tomen decisiones informadas respecto a la alimentación de sus lactantes y niños pequeños. Para garantizar esto, la Estrategia mundial insta a los países a desarrollar estrategias de información, educación y comunicación (IEC) sobre ALNP que utilicen diversos medios de comunicación para llegar a todos los sectores de la sociedad. Para que sean eficaces, lo ideal sería que estuvieran coordinadas mediante un comité o coordinador nacional de lactancia materna, en colaboración con las autoridades sanitarias nacionales. De los 18 países europeos evaluados, solo siete (Turquía, Malta, Italia, Armenia, Ucrania, Croacia y Portugal) tienen una estrategia nacional que garantiza que todos los materiales de ALNP están libres de intereses comerciales. Igualmente, solo siete países (39%) especifican los riesgos de la alimentación artificial en los materiales y mensajes sobre ALNP; estos son Turquía, Malta, Georgia, Armenia, Macedonia del Norte y Moldavia. La información sobre la preparación segura de fórmulas en polvo para lactantes, en concordancia con las directrices de la OMS y la FAO [14], se proporciona en seis países (Turquía, Malta, Italia, Georgia, Macedonia del Norte y Reino Unido); es decir, 12 países europeos no incluyen esta información vital en sus materiales sobre ALNP. A pesar de que una revisión sistemática Cochrane demostró que, cuando se ofrece apoyo, aumentan la duración y la exclusividad de la lactancia [15], solo la mitad de los países evaluados ofrecen mediante sus sistemas de salud nacionales un asesoramiento personalizado y completo sobre ALNP, y apenas cinco países (Turquía, Georgia, Ucrania, Croacia y Austria) tienen servicios de apoyo y educación grupales de acceso generalizado. Las actividades relacionadas con la ALNP, como celebrar la Semana Mundial de la Lactancia Materna, se están llevando a cabo a nivel local y están libres de intereses comerciales en menos de la mitad de los países evaluados.

Indicador 8: Alimentación infantil y VIH

De acuerdo con la OMS, se recomienda a las mujeres VIH-positivas que amamanten a su bebé de manera exclusiva durante los primeros 6 meses y que continúen con la lactancia hasta al menos los 12 meses de edad, independientemente de si viven en países desarrollados o en vías de desarrollo [16]. La lactancia materna reduce el riesgo de transmisión del VIH a aproximadamente la mitad cuando no se dispone de tratamiento antirretrovírico (ARV). Sin embargo, la administración de ARV durante la lactancia materna puede reducir la transmisión del VIH a apenas un 1%. El indicador 8 de la WBTi explora la implementación de políticas y programas que garanticen que las madres seropositivas cuentan con el apoyo necesario para llevar a cabo las prácticas recomendadas de alimentación infantil. Nueve países europeos (50%) integran el tema de la alimentación infantil y el VIH en sus políticas nacionales de ALNP, de los cuales solo cinco (Portugal, Moldavia, Ucrania, Georgia y Armenia) aplican el Código Internacional. Apenas un tercio de los países ofrecen formación al personal sanitario y a trabajadores comunitarios sobre las políticas de alimentación infantil y VIH, sobre los riesgos asociados con diversas opciones de alimentación y sobre cómo prestar apoyo y asesoramiento. Otros países lo hacen solo de manera incompleta, como parte de la IHAN. La prueba voluntaria y confidencial del VIH y el apoyo necesario se deben ofrecer de forma rutinaria a todas las parejas que estén planteándose un embarazo, así como a las mujeres embarazadas y sus

parejas. Cuatro países, todos de la Unión Europea, informan de que este servicio no está disponible, y en otros tres solo está parcialmente. La mayoría de los países, salvo Bélgica y Alemania, proporcionan al menos un cierto grado de acompañamiento a las madres seropositivas, así como apoyo para garantizar la adherencia al tratamiento con ARV. A pesar de las recomendaciones de la OMS, solo dos países (Portugal y España) realizan esfuerzos especiales para combatir los mitos e información errónea respecto a la ALNP en contexto de VIH y promueven/apoyan los 6 meses de lactancia exclusiva en la población general. Muy pocos países (Portugal, Moldavia, Ucrania) han implementado sistemas de seguimiento para determinar los efectos de las intervenciones para evitar la transmisión del VIH a través de la lactancia en las prácticas de alimentación infantil y los resultados de salud generales de madres y lactantes, incluso en el caso de serología negativa o desconocida.

Indicador 9: Alimentación infantil durante emergencias

Según los informes nacionales de la WBTi para los 18 países, Europa está ignorando la probabilidad de que se produzcan emergencias en el territorio, así como los riesgos inherentes para madres y niños donde no se protegen, promocionan ni apoyan las prácticas de ALNP óptimas (Fig. 1). Con los cambios en los patrones del comercio y el clima de todo el mundo, que provocan un aumento en la frecuencia de pandemias y desastres naturales, es esencial que los países estén preparados para estas dificultades, y un componente clave para ello es integrar directrices sobre una ALNP segura. La Guía operativa sobre alimentación infantil en emergencias proporciona la orientación necesaria [17]. A pesar de esto, solo un país (Macedonia del Norte) tiene una política nacional sobre ALNP en emergencias (ALNP-E) que contiene todos los componentes básicos de la Guía operativa. Del mismo modo, Macedonia del Norte es también el único país que ha designado a un encargado de coordinar a nivel nacional la ALNP-E con los socios correspondientes. Se espera que cada país tenga un plan de preparación y respuesta ante emergencias con intervenciones que creen el entorno adecuado para favorecer la lactancia materna, como apoyo por parte de asesoras debidamente formadas, apoyo para relactar y facilitar el amamantamiento de hijos ajenos ("nodrizas"), y habilitar espacios protegidos para amamantar; de nuevo, solo Macedonia del Norte cumple totalmente con esta recomendación. Únicamente dos países (11%) han tomado medidas para minimizar los riesgos de la alimentación artificial, entre ellas una declaración ratificada para evitar donaciones de sucedáneos de leche materna, biberones y tetinas. La falta de recursos asignados debilita la capacidad de un gobierno de actuar en situaciones de emergencia; Turquía es el único país que, según el informe, cuenta con los recursos adecuados para poner en marcha su plan de preparación y respuesta ante emergencias. El personal sanitario pertinente debe estar capacitado para gestionar emergencias; sin embargo, ni un solo país integra completamente la ALNP-E en la formación previa al servicio o continua del personal sanitario relevante ni del personal de gestión de emergencias, por lo que este criterio es el que obtuvo la peor calificación. Macedonia del Norte es el único país que está llevando a cabo una orientación y formación adecuadas según su plan nacional.

Indicador 10: Seguimiento y evaluación

Supervisar y evaluar periódicamente la implementación de las políticas y los programas es esencial para mejorar tanto las políticas como su implementación. Del mismo modo, controlar de manera sistemática las prácticas de ALNP permitirá identificar mejoras y brechas así como las medidas necesarias para reforzar dichas prácticas. El indicador 10 de la WBTi evalúa si se han implantado sistemas de seguimiento y evaluación a nivel nacional para recopilar, analizar y utilizar datos de rutina con el fin de mejorar las prácticas de ALNP. Cuatro países (Turquía, Georgia, Portugal, Ucrania) han convertido sus componentes de seguimiento y evaluación en actividades primordiales del programa de ALNP, mientras que cinco países (28%) han integrado el seguimiento de las prácticas de ALNP en sus sistemas nacionales de vigilancia nutricional o de información de salud. Los datos sobre el progreso alcanzado en la implementación de las actividades del programa de ALNP se recopilan de manera rutinaria a nivel nacional y subnacional en cinco países (Turquía, Georgia, Portugal, Armenia, Croacia). Estos datos se informan a los principales responsables de la toma de decisiones en siete países (39%), pero solo en cinco de ellos los utilizan los responsables del programa para guiar las decisiones de planificación e inversión (Turquía, Portugal, Ucrania, Armenia, Croacia).

Indicador 11: Inicio temprano de la lactancia materna

El indicador 11 de la WBTi intenta determinar, según los datos disponibles a nivel nacional, la proporción de niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron puestos al pecho en la primera hora tras el nacimiento. Estos datos estaban disponibles en 12 informes, dado que un tercio de los países evaluados no registra el momento del inicio de la lactancia materna. Existe una amplia variabilidad regional en las tasas de inicio indicadas, desde el 21% de Macedonia del Norte hasta el 84% de Portugal, con una tasa de abandono del 57%, similar a la tasa indicada en Europa Oriental y Asia Central del 56% [18].

Indicador 12: Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses

El indicador 12 de la WBTi calcula el porcentaje de bebés de 0 a 5,9 meses de edad que toman lactancia materna exclusiva, basándose en las últimas 24 horas. Las tasas varían ampliamente en todos los Estados miembros de la región de Europa, con la tasa más baja en Francia (10%) y la más alta en Croacia (65%). Curiosamente, Croacia tiene una de las proporciones más altas de maternidades IHAN de la región europea y ofrece 12 meses de permiso por maternidad pagado. La tasa general de lactancia materna exclusiva para lactantes menores de 6 meses en los 16 países que proporcionaron los datos para este indicador fue del 40%.

Indicador 13: Mediana de duración de la lactancia

El indicador 13 fue la práctica de ALNP con la peor calificación en los 14 Estados miembros de la región de Europa de la OMS que proporcionaron los datos relevantes. Las medianas de duración de la lactancia materna varían drásticamente, entre los 3 meses (Reino Unido) y los 17 meses (Turquía), con las tasas más altas en países de menor grado de desarrollo y fuera de la UE. La mediana de duración promedio de la lactancia en los países evaluados fue de 8,7 meses, muy por debajo de los 24 meses recomendados. Solo tres países (Georgia, Moldavia y Macedonia) llegan al año de duración, y únicamente Turquía lo supera. Curiosamente, en Turquía, la mediana de duración de la lactancia materna difiere entre niñas y niños, estos últimos siendo amamantados aproximadamente dos meses más que las niñas.

Indicador 14: Alimentación con biberón

El indicador 14 de la WBTi intenta determinar la proporción de lactantes de 1 a 12 meses de edad que ingieren cualquier tipo de alimentos o bebidas (incluida la leche materna) mediante un biberón. Solo había datos disponibles de nueve países, de los cuales cinco utilizaron datos indirectos para proporcionar una estimación. La tasa media de alimentación con biberón en los cuatro países restantes (Armenia, Moldavia, Portugal, Turquía) fue del 58%, lo que indica que la alimentación con biberón es una práctica frecuente en Europa.

Indicador 15: Alimentación complementaria

El indicador 15 de la WBTi busca determinar la proporción de lactantes amamantados que reciben alimentos complementarios entre los 6 y los 9 meses de edad. En la región de Europa de la OMS se observa una gran variabilidad entre países, con el mínimo de Macedonia en el 28% y Portugal, en el otro extremo, con un valor del 100%. También hay una gran variación dentro de los países, en donde algunas madres comienzan a ofrecer alimentos complementarios a los 7 días y otras que no lo hacen hasta los 305 días (Francia). Se determinó que la mediana de edad de introducción de alimentos está relacionada con la duración de la lactancia, y los niños que nunca mamaron empiezan a comer antes (136 días) que los niños que mamaron al menos 4 meses (166,5 días).

Discusión

A pesar de que los Estados miembros de la Asamblea Mundial de la Salud dieron su apoyo unánime para implementar la Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, al analizar los informes de los 18 países de la región de Europa hemos hallado que los gobiernos europeos no están haciendo lo suficiente para cumplir este compromiso. Se descuida seriamente la preparación y planificación para una ALNP adecuada y segura en emergencias; la duración de la lactancia está muy por debajo de las recomendaciones de la OMS; un tercio de los países evaluados no tienen maternidades con la acreditación IHAN; la alimentación con biberón es una práctica frecuente; la supervisión de las prácticas de ALNP es, en el mejor de los casos, precaria; y es generalizado el incumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.

Una mirada más de cerca a las calificaciones de cada país en los indicadores de políticas y programas de ALNP revela que los países que han obtenido las mejores calificaciones tienen todos muy buenas puntuaciones en los indicadores 1 (Políticas, programas y coordinación a nivel nacional) y 10 (Seguimiento y evaluación). Solo los tres países con las mejores calificaciones totales (Turquía, Ucrania y Croacia) informaron de que el plan de acción nacional recibe los fondos adecuados. Los cinco países en donde los responsables del programa utilizan los datos nacionales para guiar las decisiones de planificación e inversión se encuentran entre los ocho países con las mejores calificaciones totales. Estos hallazgos destacan la importancia de contar con programas de ALNP nacionales que estén bien coordinados, supervisados y dotados de los recursos suficientes, tanto financieros como de personal con la debida formación. Curiosamente, los cinco países con el grado más bajo de implementación de la Estrategia mundial son Austria, Alemania, Lituania, Bélgica y España, todos dentro de la Unión Europea, lo que sugiere que los gobiernos de la UE no estarían invirtiendo los recursos adecuados para producir resultados medibles. Considerando que cada dólar invertido en lactancia materna genera una rentabilidad económica de 35 dólares [19], la Unión Europea debe reconsiderar urgentemente sus políticas de ALNP.

La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia demostró tener un impacto positivo en el éxito de las lactancias, con una relación proporcional entre la cantidad de "pasos" a los que se expone una madre y la probabilidad de que mejoren las prácticas de lactancia materna [20]. A pesar de esto, se

han observado niveles bajos de implementación en todo el mundo, donde solo un 10% de los nacidos en 2017 lo hicieron en un hospital IHAN. Los obstáculos para la implementación de la IHAN incluyen una comercialización agresiva de los sucedáneos de leche materna, la falta de reconocimiento y apoyo a la IHAN por parte de los gobiernos, y un seguimiento y reacreditación inadecuados de los centros IHAN [21]. Esto se ejemplifica claramente en nuestro estudio de Armenia, donde se acreditaron 22 centros entre 1999 y 2008, pero no se realizaron evaluaciones posteriores. Este malgasto de recursos debe evitarse [22]. Los gobiernos deben encontrar una forma de respaldar la IHAN. Para ello es necesario un programa IHAN nacional que cuente con liderazgo nacional propio y mayor integración en el sistema de salud. Además de Armenia, encontramos otros cuatro países de la región de Europa sin maternidades IHAN; mientras que, en aquellos países donde sí hay centros IHAN, el porcentaje de maternidades puede ser de apenas un 5%, con lo que las familias europeas tienen pocas opciones en cuanto a servicios de maternidad. Esperamos que la reciente revisión de la guía de la IHAN dé un nuevo impulso a la iniciativa, que permitirá que las maternidades implementen de manera satisfactoria los procedimientos de gestión fundamentales y las prácticas clínicas clave para ofrecer una atención realmente respetuosa a madres y lactantes [23].

Está claro que las bajas puntuaciones en los indicadores de las prácticas en Europa son consecuencia de políticas y programas deficientes, así como de su mala implementación. Se ha demostrado que la WBTi mejora las políticas y los programas [24]. La implementación completa del Código Internacional y las resoluciones pertinentes posteriores de la AMS es una medida de protección básica para la lactancia materna y el inicio oportuno de la alimentación complementaria. En la mayoría de los países europeos, la legislación actual cubre únicamente las fórmulas de inicio (hasta los 6 meses de edad), pero permite la comercialización generalizada de fórmulas de continuación y de crecimiento, y no pone restricciones para la comercialización de biberones y tetinas. Dada esta situación, los fabricantes consiguen eludir el Código Internacional, por ejemplo, mediante la promoción de marcas de manera cruzada y ampliaciones de gamas [25] y, al mismo tiempo, continúan patrocinando eventos educativos para profesionales sanitarios, a pesar del claro ejemplo dado por el Real Colegio de Pediatría y Salud Infantil [26].

Nuestros hallazgos pueden estar afectados por problemas con la recopilación de datos. La alimentación con biberón rara vez se supervisa en Europa; solo había datos disponibles de nueve países, cinco de ellos mediante datos indirectos. Sin embargo, nuestra conclusión de que la alimentación con biberón es una práctica frecuente está respaldada por un informe que demuestra que Europa es el segundo mercado más importante a nivel mundial [27]. Algunos indicadores usan criterios objetivos, como los indicadores 1 a 4 y el 10, mientras que algunos dependen, al menos en parte, de criterios más subjetivos. Por ejemplo, los estándares y planes de estudio del indicador 5 son solo una guía de lo que realmente se incluye en un curso en concreto y los exámenes pertinentes. Sin embargo, si se consideran diversos de cursos de formación para diferentes profesiones, se obtiene una perspectiva general. En el indicador 6, el acceso al apoyo y asesoramiento se menciona en dos criterios: la calidad del apoyo y el uso que las madres realmente hacen de este sería muy difícil de evaluar, pero nuevamente estos criterios contribuyen a un panorama general. Además, cada país lleva a cabo sus propias evaluaciones de la WBTi, por lo que podría haber variabilidad entre los evaluadores. Esto se minimiza con el uso de plantillas estándar, herramientas de evaluación y la guía operativa, y con el requisito de que los coordinadores de la WBTi de cada país realicen un curso de formación de tres días antes de empezar la evaluación.

Las diversas interpretaciones de los títulos de los indicadores de la WBTi por parte de los evaluadores nacionales suponen una dificultad adicional y pueden ser, en parte, factores causantes de diferencias en los resultados; un claro ejemplo es el caso de la alimentación complementaria oportuna (indicador 15). Países como Portugal interpretaron este indicador como el porcentaje de lactantes que ingieren alimentos entre los 6 y los 9 meses, mientras que otros países, como Croacia, lo entendieron como la proporción de lactantes que inician la alimentación complementaria en este período. Debido a la mayor tendencia a la sobrenutrición en vez de desnutrición entre los niños de Europa, controlar la introducción de la alimentación complementaria puede ser más importante para esta región. Además, aunque a los coordinadores nacionales se les indica que utilicen datos representativos a nivel nacional para evaluar los indicadores, no siempre se dispone de ellos y, por lo tanto, es posible que los resultados regionales o locales presentados no reflejen la verdadera situación de un país. Por último, la falta de datos disponibles de los países escandinavos, donde normalmente las prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños suelen ser óptimas, puede haber creado un "sesgo de selección diferencial". Esperamos que los 35 países restantes de la región de Europa de la OMS que todavía no han realizado una evaluación de la WBTi se unan a la iniciativa y, de este modo, contribuyan a crear un repositorio mundial de datos sobre ALNP que permita a los países aprender unos de otros e invertir recursos estratégicamente para eliminar los obstáculos que impiden una ALNP óptima. Para hacer realidad esta situación ideal, se necesitan fondos adecuados para formar y apoyar a los coordinadores nacionales de la WBTi.

Conclusiones

El problema clave, subyacente a todos los demás, es la falta de políticas, programas y coordinación adecuados (indicador 1). Solo 3 de los 18 países europeos cuentan con un presupuesto asignado para implementar políticas y planes de ALNP, y menos de un tercio tiene un comité nacional de lactancia, dirigido por un coordinador, que se reúna periódicamente y colabore con otros sectores relevantes. Por lo tanto, urge la necesidad de que los

gobiernos desarrollen o actualicen una política y un plan completos de ALNP multisectorial y a diversos niveles, con un presupuesto suficiente garantizado para su implementación. Además, los gobiernos deben asignar un comité y un coordinador nacionales sin conflictos de intereses, con términos de referencia claros, que supervisen la puesta en práctica del plan si realmente se pretende que la Estrategia mundial se implemente correctamente y que se hagan valer los derechos de niños y niñas al mejor comienzo posible en la vida [28]. Tal y como se expresa en la Estrategia mundial, "el éxito [...] se basa, ante todo, en el logro de un compromiso político al más alto nivel y en el allegamiento de los recursos humanos y financieros indispensable [1].