

Las dificultades de los consejeros de VIH y alimentación infantil para sobrellevar los cambios en las políticas de salud

– Ted Greiner, Corea del Sur

Los consejeros de madres infectadas con VIH han pasado a través de un confuso viaje parecido al de una montaña rusa de un parque de diversiones durante los últimos 25 años, desde que se empezó a acumular evidencias acerca de la transmisión del VIH a través de la leche materna. La primera reacción de parte de las autoridades de la salud, fue el pánico sin pensar. El director de la unidad SIDA OMS, hizo la apertura de la reunión de expertos sobre amamantamiento y VIH en junio de 1987, solicitando a los expertos, que solo lo eran en relación a la segunda pregunta que se discutía, que pronuncien una declaración a las madres con VIH que evite la lactancia. Gracias a la presencia de algunos activistas de lactancia materna (como observadores y no como expertos), unos cuantos expertos amenazaron con hacer una declaración para la minoría, si no lograban que la reunión se pusiera de acuerdo en que la lactancia materna debería ser promocionada, independiente de la condición de VIH, en los países donde la mortalidad era principalmente causada por la malnutrición y las infecciones.

Mientras tanto, en países relativamente ricos, (lo que incluye a países recientemente industrializados como Tailandia y Brasil, con porciones del país en condiciones de pobreza), no se cuestionaba la lactancia materna en madres infectadas con VIH. Eso sería considerado poner en peligro a la niñez, las políticas abarcando tanto las del ministerio de Salud de Suecia de 1987 hasta las interpretaciones locales de políticas no escritas, habían asegurado de que cuando se diera el caso de madres infectadas con VIH con planes de amamantar, se tomarían las medidas para garantizar que no fuera posible. Si alguien sabe de excepciones de este caso, por ej, de autoridades de países ricos que aprobaron el derecho de amamantar en madres con VIH, me gustaría tener conocimiento de ellos. Estoy al tanto de los esfuerzos de Pamela Morrison del Reino Unido de al menos evitar interrumpir la lactancia materna en mujeres africanas a punto de ser llevadas

de vuelta a sus países natales, con la intención de evitar casos obvios de daños iatrogénicos o la misma muerte de los bebés involucrados.

Las palabras del año 1987 se convirtieron luego en la primera política de la OMS sobre VIH y alimentación infantil, que surgió en 1992. Todo se mantuvo silencioso en relación a los temas: VIH y la alimentación infantil en los países de escasos recursos, hasta que en 1997, las agencias involucradas de Naciones Unidas, principalmente PRONASIDA, OMS y UNICEF, silenciosamente, lanzaron una nueva política.

Una vez más, a pesar de las protestas en contra, quedó claro que no había ninguna necesidad sentida de consultar con los expertos en lactancia materna, de la comunidad internacional. Éramos considerados por la mayoría, como fanáticos que creían en la lactancia materna a cualquier costo. La comunidad del VIH, mientras tanto, tenía poder y dinero y estaba cegada por su propio mantra: Evitar la transmisión del VIH a todo costo. Efectivamente, aun en la actualidad, pocos si algún programa de prevención de transmisión de madre a hijo, ha recolectado alguna información sobre los efectos en la salud del postparto, aparte de los relacionados con la transmisión del VIH. Si este es el único dato estadístico que se mira, los esfuerzos resultantes en ambos será la disminución de los índices de transmisión y el aumento de los índices de mortalidad, lo que se vera como un éxito, efectivamente.

La explicación dada para este cambio de política no fue científica (en ese momento no habían datos relevantes) sino relacionada con los derechos humanos. Extrañamente, ya que las madres de los países ricos no tenían opción sobre cómo alimentar a sus bebés, se determinó que las madres de escasos recursos al menos debían tener el derecho de ser informada antes de tomar la decisión. Este fue particularmente curioso, ya que no existía ninguna información científica acerca de los riesgos de las prácticas de alimentación en determinadas circunstancias socioeconómicas. (Hasta ahora hay muy poca información de valor práctico para la consejería en situaciones específicas.)

Lancet publico una nota de un ejemplo utilizado por un representante de la empresa Nestle, quien en un aula británica, derramo lágrimas mientras informaba que a los estudiantes que los africanos ya no podrían amamantar por culpa del SIDA ...

El personal de la OMS y de UNICEF que eran expertos de lactancia materna estaban mortificados e hicieron lo posible, pero en sus espaldas estaban los verdaderos expertos, los virólogos. La sensación era que el verdadero motivo para el cambio de política era en realidad un motivo político. Algo de esta presión, sin duda proveniente de gobiernos capitalistas, ciertamente tenía sus raíces en la industria de alimentación infantil, que finalmente veía una apertura en los países de escasos recursos donde, desde la implementación del Código de comercialización de sucedáneos, las ventas habían bajado en contraste con los altos índices de natalidad. Lancet publicó una nota de un ejemplo utilizado por un representante de la empresa Nestlé, quien en un aula británica, derramó lágrimas mientras informaba que a los estudiantes que los africanos ya no podrían amamantar por culpa del SIDA. UNICEF fue ferozmente atacada en la portada del diario Wall Street por no aceptar las ofertas caritativas de fórmula gratis de la industria láctea.

La nueva política siguió en el 1998 diciendo:

1. Ya en marzo de 1998, un comunicado de prensa de 3 agencias dijeron que harían una prueba piloto en 11 países, donando fórmula infantil a 30 mil recién nacidos cuyas madres estaban presumiblemente sin condiciones de comprarlas. Nunca hubo ninguna evidencia de que aquellas madres pudieran usar la fórmula con seguridad, en efecto, el estudio piloto no incluía indicadores de medición de la salud de los infantes. El hecho solo era visualizado con la presunción de que era una buena acción realizada.
2. Una revisión oficial fue encargada por el autor de uno de los pocos estudios existentes que encontraron que la alimentación artificial desde el nacimiento conducía a un incremento de la sobrevivencia sin VIH.
3. Un set de lineamiento de la OMS se redactó sobre cómo implementar la nueva política. En los años siguientes, fueron apoyadas por materiales de enseñanza y por un curso de currículo detallado. Con la presunción de que las personas que lo utilizaran solo lo harían después de asistir a un curso de capacitación de 5 días, el nuevo curso hacía énfasis en cómo implementar la alimentación artificial con seguridad en comunidades de bajos recursos.

Para el año 2000, una pequeña revolución estaba ocurriendo detrás del escenario. En particular, el personal de UNICEF de todo el mundo empezó a mostrarse consternado acerca del daño que podían

... 6 meses es muy pronto para interrumpir la lactancia materna y los resultantes índices de morbilidad, malnutrición y mortalidad, resultan en la disminución de la transmisión de VIH.

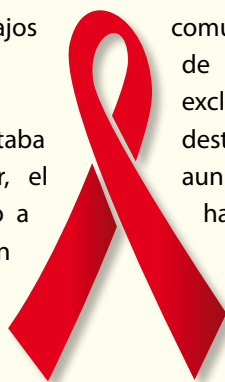
apreciar, resultante de la implementación de la nueva política. La OMS convocó a una nueva reunión de expertos para la modificación de la política, que entre otras cosas, establecieron que la leche materna solo debía ser reemplazada en situaciones de existencia de otro recurso aceptable, disponible, comprable, sustentable y seguro. Para el año 2003 los delineamientos de la OMS reflejaron estos cambios.

Desde el año 2002, UNICEF empezó a cambiar su tono. Luego de ignorar los movimientos de abogacía del WABA,

empezó a decir que compartía la visión del WABA en relación al tema y acordó la realización de un coloquio colectivo conjunto sobre Alimentación infantil y VIH, con la intención de convocar y promover un diálogo abierto entre las comunidades de la Lactancia materna y del VIH. La reunión tuvo lugar en Arusha en septiembre del 2002, (ver información en <http://www.waba.org.my/whatwedo/hiv/colloquium/programme.html>). En esa época, UNICEF también había decidido cesar la distribución gratuita de fórmula infantil en los países con madres infectadas con VIH, redactando una declaración a sus agencias aliadas, donde explicaba esta decisión, que fue polémica en su momento.

Mientras tanto, los estudios científicos empezaron hacerse escuchar. Desde el año 1998, varios estudios mostraron que la lactancia exclusiva reducía en gran medida la transmisión postnatal en comparación con las prácticas comunes de alimentación donde los infantes eran introducidos a una gran variedad innecesaria de alimentos no saludables y líquido, pronto luego del nacimiento. Un experto de la OMS atacó a un oficial del UNICEF por estar de acuerdo conmigo en que la lactancia materna aparentemente, tendría este efecto.

Curiosamente, el mayor impacto sobre fue la frenética negatividad en relación a la alimentación combinada (de manera confusa, este término era usado anteriormente, para referirse a la combinación de alimentación con leche materna y con fórmula, actualmente utilizado para referirse a cualquier patrón de alimentación de lactancia materna predominante o parcial, a pesar del hecho de que los resultados son muy diferentes). La mayoría de los países de escasos recursos implementaron la política, todavía comúnmente aplicada, que propone a las madres de escasos recursos, infectadas, que amamanten exclusivamente por 6 meses, seguido del destete para evitar los peligros de la alimentación mixta, aun cuando la práctica parecería demostrar (aunque no hay pruebas) de que la transmisión de VIH entre los bebés de 6 meses con alimentación complementaria



es menor que los índices de transmisión de VIH entre infantes menores, parcialmente amamantados.

En el pasado, la investigación sugirió que en muchos establecimientos, 6 meses es muy pronto para interrumpir la lactancia materna y los resultantes índices de morbilidad, malnutrición y mortalidad, resultan en la disminución de la transmisión de VIH. En base a este hecho, la OMS tuvo otra reunión de expertos en el año 2006 que resultó en otro cambio en las guías, (aun cuando todavía no se cambiaron las guías oficialmente, ni tampoco los materiales de estudio y cursos). Aun a los 6 meses, la lactancia materna debía ser continuada siempre y cuando la interrupción no fuera sugerida por la *AFASS. No tenía sentido interrumpir la lactancia materna antes de los 6 meses. Además cuando los infantes eran sometidos a un test temprano de VIH, un resultado negativo no tendría ninguna implicancia sobre como el niño debía ser alimentado. Un resultado positivo significaría que no tenía sentido interrumpir la lactancia materna en ningún momento en particular.

Actualmente quedan escasas dudas acerca de que el tratamiento de madres infectadas con VIH con sistemas inmunológicos dañados con un bajo conteo de CD4, con drogas antivirales, en general, reduce la transmisión postnatal de los índices de VIH a la mitad o menos. Lo que sugiere que en lugares donde las pruebas y tratamientos están disponibles la lactancia materna debe ser practicada por todos, exceptuando a las madres muy pudientes que tendrían acceso a un cuidado de alta calidad. Sin embargo, este tipo de pensamiento no se refleja en las políticas oficiales,

al menos que yo sepa. Varios estudios sugieren que dando antivirales a todas las madres lactantes, y a todos los bebés amamantados, brindan tal nivel de protección que los índices de transmisión de madre a hijo empiezan a alcanzar aquellos índices con ausencia de lactancia. Sin embargo, la OMS no considera que la información sea todavía suficientemente adecuada para recomendar esta aproximación. Estén atentos, en un par de años, a las declaraciones de expertos en relación a estos datos.

Volviendo al recorrido del tipo montaña rusa en que viajan los consejeros de lactancia materna de infantes de bajos recursos: Si, No, quizás? Y qué es lo que AFASS significa en términos prácticos? Mientras estuve trabajando en PATH, mis colegas y yo desarrollamos algoritmos para conducir a los consejeros a través de los varios componentes del AFASS y de ser posible, a los verdaderos significados en la vida real, por ejemplo, cuanto cuestan los varios tipos de alimentos disponibles localmente. Presente esta propuesta a los expertos de la OMS en el año 2006 pero fue rechazado por su complejidad, (será que es simple la realidad que los consejeros enfrentan?) y porque se veía muy parecido a un árbol de decisiones. (Consejeros diciendo a las madres lo que deben hacer es algo muy común de todos modos, pero los algoritmos eran claramente que el propósito era asistir al consejero para ayudar a la madre a tomar su propia decisión). Esta información esta disponible en el sitio en la red: <http://global-breastfeeding.org/2006/11/14/algorithms-to-assist-in-counseling-on-whether-it-is-afass-for-an-hiv-mother-to-stop-breastfeeding/>

Ted Greiner, PhD

Profesor de Nutrición, Universidad de Hanyang, Seúl, Corea del Sur

Correo electrónico: tedgreiner@yahoo.com

<http://www.global-breastfeeding.org>

http://twitter.com/_breastfeeding