

CONTACTO NEONATAL PRECOZ Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA: Vulneración en los Hospitales Españoles



**Postgrado Derechos de la Infancia,
Protección de la Persona y Adopción**

Universitat de Barcelona

Clara Pons Mesman

2009

CONTACTO NEONATAL PRECOZ Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

1. Introducción.....	5
2. La importancia de los vínculos.....	6
2.1. Cómo se establece el vínculo afectivo.....	6
2.2. Hormonas que intervienen en la formación del apego.....	7
2.2.1. Oxitocina.....	7
2.2.2. Prolactina.....	8
2.2.3. Vasopresina.....	8
2.2.4. Endorfinas.....	8
2.2.5. Conclusión.....	8
2.3. Efectos de la separación madre-hijo.....	9
2.3.1. Dificulta el vínculo afectivo.....	9
2.3.2. Recuperación lenta del estrés tras el parto.....	10
2.3.3. Dificulta el éxito de la lactancia materna.....	10
2.3.4. Salud Mental. Dificultades en el desarrollo neuronal.....	11
2.3.5. Asma y Trastorno de Déficit de Atención.....	13
2.3.6. Dificultades para atender al bebé. Mayor incidencia de malos tratos.....	13
3. Lactancia Materna. Biberones, tetinas y chupetes.....	16
3.1. ¿Porqué es tan importante la lactancia materna?.....	16
3.2. Tetinas, biberones y chupetes: un obstáculo.....	17
4. Situación en España.....	18
4.1. Separación materna-neonatal.....	18
5. Expresión de la voluntad respecto al momento del parto.....	23
6. Iniciativas de la Organización Mundial de la Salud.....	26
6.1. Declaración de Fortaleza.....	26
6.2. Cuidados en el Parto Normal. Guía Práctica. Informe OMS.....	26
6.3. Principios de la OMS acerca del cuidado perinatal, 2001.....	27
6.4. Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN).....	28
6.5. Método Madre Canguro (MMC).....	29
6.6. Contradicción OMS y práctica en España.....	30

7. Legislación española.....	32
7.1. Patria Potestad.....	34
7.2. Derecho a la dignidad y a la libertad.....	35
7.3. Normativa Internacional y Europea aplicable a España.....	35
7.3.1. Normativa Europea.....	36
7.3.2. Convención sobre los Derechos de los Niños.....	37
8. Derecho Comparado. Examen de otras legislaciones.....	39
8.1. Estudio de diferentes Comunidades Autónomas.....	39
8.1.1. Illes balears.....	39
8.1.2. Andalucía.....	40
8.1.3. Cantabria.....	41
8.1.4. Comunitat Valenciana.....	42
8.2. Estudio de legislaciones Suramericanas.....	43
8.2.1. Argentina.....	43
8.2.2. Venezuela.....	44
8.3. Evaluación de las legislaciones.....	44
9. Conclusiones.....	46
10. Bibliografía.....	49
11. Anexo.....	53

1. INTRODUCCIÓN

Cada vez se habla más del aumento de la violencia en la infancia y adolescencia, del aumento de padres que maltratan a sus hijos, de familias desestructuradas, de abusos sexuales, de abandonos, drogodependencias... y se buscan formas de reparar tales daños o, en el mejor de los casos, prevenirlos mediante suministro de información en las edades de segunda infancia y adolescencia, acompañamiento y/o asesoramiento de las familias de riesgo... pero muy pocas veces, por no decir ninguna, al menos desde la iniciativa política e incluso social, no se observa la etapa primera de la vida como condicionante de futuros problemas de conducta. Me refiero a los primeros segundos de vida, de la importancia de cómo se nace y que trato se recibe justo después del parto como elemento modulador de la personalidad y el carácter. Este extremo es de vital importancia no sólo para el recién nacido sino también para los padres: el contacto con su hijo en las primeras horas tras el nacimiento es fundamental para que se produzcan determinados procesos químicos que favorecerán el vínculo con sus hijos y, por tanto, aumentará las habilidades de los padres para serlo.

De otro lado, no es menos cierto que la actual práctica de los hospitales españoles entorno al embarazo, parto, postparto y trato a los recién nacidos dista mucho de las Recomendaciones de la Organización Mundial de Salud y de la voluntad de muchos padres, los cuales son manipulados por el personal sanitario bajo la sombra del miedo. Todos queremos que nuestros hijos estén sanos y llenos de vida, así que la mínima indicación de que algo pueda fallar o cualquier recomendación acerca de cuidados que necesita nuestro hijo, alimentación supletoria, exámenes o diagnósticos recomendados por los facultativos han sido obedecidos sin rechistar por parte de unos padres que sólo desean lo mejor para su hijo. Sin embargo, cada vez más los usuarios de la sanidad estamos mejor informados, deseamos saber el porqué de cada tratamiento o actuación y qué alternativas existen y en base a todo ello queremos ejercer nuestra libertad de elección. Esta tendencia ha puesto en tela de juicio los protocolos de muchos hospitales entorno al nacimiento, que deberían ser revisados a la luz de la mejor evidencia científica, de las Recomendaciones de la OMS y de los principios de libertad, autonomía y dignidad del paciente.

Con este trabajo pretendo insistir en la importancia de cómo se nace a fin de que las políticas preventivas en la infancia se dirijan también al inicio de todo el proceso, el comienzo de una vida: sus condiciones importan, ¡y mucho!

2. LA IMPORTANCIA DE LOS VÍNCULOS

2.1. Cómo se establece el vínculo afectivo

El vínculo afectivo que establece el niño con su madre (padre) contribuye a configurar su personalidad y reacciones ante diferentes situaciones. ¿Pero se produce siempre el proceso de los vínculos?

El concepto de “vínculos materno-infantiles” fue acuñado por primera vez por Marshall Klaus y John Kennell en 1972¹, tras efectuar un estudio sobre el “bonding”. El resultado de dichas investigaciones fue publicado en 1976 en el libro *Crear vínculos Materno-Infantiles*². Estos dos pediatras querían demostrar la relación existente en la alta tasa de abuso observada en los niños que habían permanecido largo tiempo en el hospital, en la UCI de neonatos, y la separación de sus padres. Para demostrar tal extremo plantean la hipótesis de que existe un periodo tras el parto en el cual la madre establece un vínculo hacia su hijo. En este momento los cerebros de la madre y el bebé se inundan de una serie de hormonas que juegan un papel muy importante en el establecimiento del vínculo.

La creación del vínculo es una conducta codificada genéticamente para permitir al recién nacido vincularse a una figura específica (la madre), con la que establecerá una proximidad preferida y diferenciada, la “base segura”. La presencia de esta “base segura” animará al pequeño a explorar el entorno y facilitará un desarrollo correcto. La alteración del proceso de los vínculos genera alteraciones de morfología neuronal que pueden ocasionar distintos trastornos mentales.

Efectivamente, alrededor de 2 horas después del nacimiento es cuando se produce la impronta. Konrad Lorenz la describió cuando observó que los patitos recién nacidos reconocían como madre al primer ser vivo que veían al salir del cascarón. El bebé humano ha estado 9 meses escuchando la voz de su madre y en contacto con su olor. El reconocimiento temprano del olor materno por parte del recién nacido facilita el establecimiento del vínculo y su adaptación al ambiente externo,

¹ Klaus, M.; Jerould R.; Kreger N.; McAlpine W.; Steffa, M. ; & Kennell J. *Maternal Attachment: Importance of the first post-partum days*. Publicado en New England Journal of Medicine, 1972, nº 286. Pág. 460-463.

² Klaus M. & Kennell J. *Maternal Infant Bonding*. St. Louis, Mosby, 1era ed. Edición Revisada: *Bonding. Building The Foundations Of Secure Attachment and Independence*. Addison-Wesley, New York, 1995

tras el parto. Al colocar al bebé sobre su madre, piel con piel, se acelera el reconocimiento de aquel olor.

Un último dato muy interesante acerca del contacto temprano materno neonatal es que los beneficios del piel con piel aún son más visibles en las madres con menor apoyo social. Así lo demuestra el estudio de Elizabeth Anisfield y Evelyn Lipper³, en el cual se hizo seguimiento de dos grupos: un primero en el que se permitía contacto justo después de nacer y el grupo control, en el que se seguía la rutina hospitalaria. Las madres que tuvieron contacto extra mostraban más muestras de afecto a su bebé que el grupo control, y la diferencia entre ambos grupos aumentaba en las madres con menor apoyo social. Considero este hallazgo de suma importancia, ya que demuestra que el contacto postparto confiere mayores habilidades a la madre.

2.2. Hormonas que intervienen en la formación del apego

Multiplicidad de estudios demuestran la importancia de determinadas hormonas en el proceso de vinculación entre la madre y su cría, especialmente en el periodo postnatal temprano.

2.2.1. Oxitocina (no artificial)

La madre segrega oxitocina, conocida también como hormona del amor, y que provoca en ella un “embelesamiento” hacia el bebé, con el objetivo de garantizar el cuidado y protección en los primeros años de vida del bebé.

Varias investigaciones demuestran la presencia de un pico de oxitocina inmediatamente después del parto. Ello hace suponer que esta hormona es necesaria para la conducta del apego maternal y facilita el cuidado por parte de la madre, ya que la aparición de esta hormona provoca cambios de motivación indispensables para ejercer su función de vínculo.

La oxitocina produce un aumento de hasta un 60% del número de células olfatorias, que responden preferentemente al olor del nuevo hijo.

A la oxitocina se le ha llamado hormona del comportamiento maternal, ya que contribuye al vínculo afiliativo hacia el bebé que la madre experimenta.

³ Anisfield, E. & Lipper, E. *Early Contact, Social Support and Mother Infant Bonding*. Publicado en PEDIATRICS, vol 72, nº 1. Julio 1983, pág 79-83.

2.2.2. Prolactina

La prolactina tiene acción sobre los alveolos mamarios, aumenta el volumen de leche y actúa sobre su composición. Alcanza su máxima concentración en el momento del parto. También se segrega prolactina por la estimulación del pezón en la mujer lactante, lo que asegura la producción de leche hasta el destete. A su vez estimula el comportamiento maternal e inhibe la fecundidad. La presencia de prolactina contribuye también a la maduración de los pulmones de los bebés.

2.2.3. Vasopresina

La vasopresina tiene varios efectos que contribuyen al comportamiento maternal, uno de ellos es el efecto oxitócico y otro muy importante es que actúa como antidepressivo. Es básica en el establecimiento del vínculo y en la regulación del comportamiento social.

2.2.4. Endorfinas

Cuando el cuerpo está estresado más allá de sus límites normales segrega endorfinas. La producción de estas hormonas ha sido clave en el éxito de la reproducción de nuestra especie, ya que disminuye la percepción del dolor, crea una sensación de bienestar y altera la percepción del tiempo y el lugar. Durante la labor del parto la madre produce hormonas que tienen una estructura parecida a la morfina, y también se sabe que el mismo bebé libera sus propias endorfinas durante el proceso del nacimiento. De hecho, cuando nace un niño, la madre y el pequeño están llenos de estas sustancias, que parecen opiáceos. Las propiedades de los opiáceos son de inducir un estado de dependencia, así se forma el apego.

2.2.5. Conclusión

Todo este conjunto hormonal facilita que madre-bebé se unan a la perfección y se “enamoren” el uno del otro. Pasado este periodo, que puede oscilar entre un cuarto de hora y las dos horas, ya no se producirá la unión mediante el vínculo (bonding). No obstante, sí puede producirse el apego (attachment), entendido como el amor que surge entre dos personas del contacto y cuidado diarios, pero en este caso ya no se produce un proceso químico destinado a unir esas dos personas, hecho que sí sucede con el vínculo.

En conclusión, el "bonding" es un instinto biológico que garantiza la supervivencia de los bebés.

Alterar este perfecto equilibrio hormonal mediante el suministro de sustancias químicas artificiales (oxitocina sintética, anestésicos, etc.) o mediante la separación entre madre e hijo puede provocar daños irreparables en el desarrollo cerebral del bebé.

Separar al pequeño de su madre tras el nacimiento hace que se eleven los niveles de estrés a tal nivel que afecta a su desarrollo neuronal. El nivel de ACTH y cortisol puede resultar dañino para su cerebro y el desarrollo infantil. En consecuencia, separar madre-bebé tras el parto afecta a la salud mental del niño y, por ello, dicha separación sólo debería producirse en situaciones de grave riesgo para uno u otro.

2.3. Efectos de la separación madre-hijo

2.3.1. Dificulta el vínculo afectivo

Las madres que han sido separadas precozmente de sus bebés presentan actitudes menos cariñosas durante los primeros días.

Klaus y Kennell realizaron un estudio a partir de dos grupos de madres⁴. En un primer grupo se permitía el contacto piel con piel de las madres con sus pequeños las tres horas siguientes al nacimiento más cinco horas adicionales cada tarde en los tres días siguientes al nacimiento. Un segundo grupo de madres era tratado según la práctica hospitalaria habitual, es decir, un breve contacto tras el nacimiento y visitas cada 3 horas durante 30 minutos para alimentarlo.

Tras realizar el estudio las madres del primer grupo, entrevistadas después de un mes del parto, tenían más contactos visuales durante la alimentación, acariciaban más a su hijo, tenían más empatía con éste cuando lloraba y demostraban saber responder mejor ante el llanto.

5 años más tarde se vuelve a realizar un seguimiento de los niños estudiados y se observa que las madres del grupo experimental preguntaban dos veces más en los exámenes pediátricos y que los niños presentaban mayores competencias lingüísticas y de inteligencia.

⁴ Klaus, M; Jerauld R.; Kreger N; McAlpine W.; Steffa, M. ; & Kennell J. *Maternal Attachment: Importance of the first post-partum days*. Publicado en New England Journal of Medicine, 1972, nº286. Pág. 460-463.

La diferencia entre el grupo experimental y el de control surge del hecho de que las madres de "alto contacto" se relacionan de manera más positiva con sus hijos, consecuencia de haber establecido lazos adecuados a temprana edad.

Otros estudios más recientes corroboran lo que ya investigaron Klaus y Kenell en la década de los '70. Podemos citar, por ejemplo, un estudio de 2003 de Moore et al. *Early skin to skin contact for mother and their healthy newborns infants*⁵ (Contacto temprano piel con piel para madres con niños recién nacidos sanos). En este estudio se pretende estudiar si el contacto piel con piel, nada más nacer, reporta en el futuro beneficios positivos para el recién nacido. En el resultado se observó que las madres que habían practicado el "piel con piel" eran más atentas, daban más el pecho que el grupo de control así como la lactancia se extendía más en el tiempo, los bebés tenían mayor estabilidad cardio-respiratoria y sus madres mostraban más muestras de afecto. En todo caso, no se encontró ningún efecto adverso.

2.3.2. Recuperación lenta del estrés tras el parto

Los bebés separados se recuperan de forma más lenta del estrés del parto. Para prepararse para el expulsivo el bebé segrega gran cantidad de ACTH (hormona adrenocorticotrópica) que le ayuda a prepararse para la nueva situación de parto y primeras experiencias en el mundo externo. No obstante, los bebés no pueden deshacerse por sí solos del estrés causado por el ACTH, necesitan el contacto piel con piel con el adulto para rebajar la gran cantidad de hormonas que fluyen por su circulación sanguínea. Los recién nacidos que han sido separados de sus madres presentan, incluso al cabo de 3 semanas tras el parto, grandes niveles de ACTH, mientras que aquellos bebés que han estado piel con piel han normalizado sus índices al cabo de unas horas.

2.3.3. Dificulta el éxito de la lactancia materna

El contacto temprano de la madre y su recién nacido beneficia la lactancia materna. El llanto del pequeño desencadena en la madre una estimulación de los pezones, lo que favorece la eliminación de las hormonas prolactina y oxitocina (esta secreción de oxitocina contribuirá a la reducción del tamaño del útero en la madre y ejerce efecto antiestrés). Si en ese momento el bebé se acerca el pecho y lo estimula

⁵ Moore E.; Anderson G. & Bergman, N. *Early skin to skin contact for mother and their healthy newborn infants*. Publicado en Crochane Database of Systematic Reviews. 2007. Issue 3 (1era ed 2003).

obtendrá las primeras gotas de calostro, que le protegerán de los gérmenes del ambiente.

Al colocarse al recién nacido piel con piel sobre la madre éste reptará hacia la areola del pecho, que reconocerá por su color más oscuro, y comenzará la primera succión. Si se respeta este primer momento es más probable que el resto de tomas se efectúe correctamente. Al interrumpirse el contacto, aunque sea sólo por unos minutos, puede alterarse todo el proceso, más aún si se separa al bebé de su madre durante el periodo sensitivo, ya que no tendrá la oportunidad de alcanzar el pecho de su madre de forma espontánea ni reconocer su olor. Todo ello explica que los bebés separados continúan con la lactancia materna, al cabo de tres meses, hasta tres veces menos que los bebés que permanecieron piel con piel.

Mizuno y otros estudiaron, en 2004⁶, a 60 madres y sus hijos, descubriendo que los recién nacidos eran capaces de distinguir el olor de la leche de su madre. En los niños que permanecían al menos 50 minutos tras el parto junto a su madre mostraban más señales de distinguir la leche materna y sus tomas duraban más.

2.3.4. Salud mental. Dificultades en el desarrollo neuronal.

El apego del niño hacia su madre se inicia tras el nacimiento, cuando empieza a percibir los sonidos y el olor de su madre, a reconocer su rostro, etc. La voz y olor maternos producen respuestas tranquilizadoras frente al llanto del niño.

Recientes estudios clínicos han demostrado que la separación madre-hijo puede generar daños en áreas cerebrales como la corteza prefrontal. Las experiencias tempranas desfavorables pueden modular las características neuroanatómicas de esa zona. La ruptura del equilibrio cerebral puede derivar en distintas patologías.

En consecuencia, las alteraciones en la formación del apego pueden dejar huellas a nivel funcional y morfológico en el área prefrontal, que puede derivar, años más tarde, en cambios en el desarrollo de la personalidad o en la aparición de patologías mentales. El apego "patológico" afectará, sobretodo, al recién nacido, dada su posición de vulnerabilidad.

En setiembre de 2005 Allison B. Wismer Fries, Toni E. Ziegler, Joseph R. Kurian, Steve Jacoris y Seth D. Polack publican el estudio "*Las experiencias tempranas en los humanos se asocian con cambios en los neuropéptidos, críticos para regular su*

⁶ Mizuno K.; Mizuno N.; Shinohara T.; Noda M. & Porter R. *Mother Infant skin to skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour*. Publicado en Acta Pediátrica 2004, vol 93, nº 12.

*comportamiento social*⁷, en el cual afirman que las primeras experiencias influyen en el desarrollo cerebral y, por ende, en el comportamiento.

Los niños empiezan a vincularse con sus cuidadores desde el momento del nacimiento, hecho que contribuirá a proveer una estabilidad emocional incluso de adultos.

La vasopresina y oxitocina, que son hormonas fundamentales para el establecimiento del vínculo y para la regulación del comportamiento social están afectadas por experiencias sociales tempranas, las cuales influyen también en el desarrollo del cerebro.

El apego formado por el niño y su cuidador empieza muy pronto, en el postparto y juega un papel fundamental en su salud adaptativa y social. No obstante, es difícil evaluar los efectos de las primeras experiencias sociales en el desarrollo del cerebro porque en los segundos después al nacimiento el niño recibe muchos inputs emocionales. De esta forma se confunde la normal maduración del cerebro con la acumulación de las primeras experiencias sociales.

En el estudio se siguieron dos grupos: en uno se estudiaban niños que tras el nacimiento eran llevados a instituciones como orfanatos y que tiempo después eran adoptados por familias normales, y un segundo grupo en que los niños estaban en contacto con sus familias tras el nacimiento. Tal y como se predijo, los niveles de Oxitocina y Vasopresina (hormonas que contribuyen no sólo al establecimiento del vínculo, sino también a la regulación del estrés y comportamiento social) incrementan en los niños tras el contacto con su madre, en el grupo que tras nacer fue acogido en el seno de la familia, mientras que en los niños institucionalizados los niveles hormonales no variaban tras el contacto con sus madres adoptivas.

Ello indica que las experiencias postnatales perturban el sistema cerebral del comportamiento social, afectando a la capacidad de calmarse tras el contacto con sus cuidadores. Sin embargo, es justo admitir que, pese a este descubrimiento, algunos niños que han tenido primeras experiencias traumáticas sí son capaces de acabar desarrollando un adecuado sistema de reacción hormonal.

⁷ Wismer Fries, Alison B.; Ziegler, Toni E.; Kurian, Joseph R.; Jacoris, S.; Pollak S. *Early experience in humans associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior*. Publicado en PNAS, 22 de noviembre de 2005. Vol 102, n° 47.

2.3.5. Asma y Trastorno de Déficit de Atención

Múltiples estudios defienden que los problemas en la formación del apego pueden guardar relación con los trastornos de asma. Antonio Madrid y Melissa Swartz⁸ estudiaron a 60 madres y sus hijos (de 5 a 12 años) e hicieron dos grupos: en uno había 30 niños con asma y en otro los 30 restantes, sin problemas respiratorios. Los expertos determinaron que en el grupo de niños asmáticos había habido mayores dificultades en la creación del vínculo justo después del nacimiento o en las horas siguientes. Las causas, apuntan, pueden ser la sobreprotección o inseguridad que sienten las madres en las que el apego no ha sido correcto o el estrés que sufre el recién nacido al ser separado de su madre.

Los resultados de estos estudios han determinado que las últimas investigaciones entorno al asma traten de buscar, como posible solución, el reparar el vínculo afectivo como medida para paliar o curar la enfermedad.

Existen algunos estudios que determinan que el TDAH (Trastorno de Déficit de Atención con o sin hiperactividad) puede tener relación con el estrés que sufre el bebé al ser separado de su madre tras el nacimiento. No obstante, la Fundación ADANA, que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas que sufren TDAH defiende que esta enfermedad tiene base genética y que no consideran como causa la separación neonatal, si bien reconocen que dicha separación puede causar efectos parecidos al TDAH. Dado que no se ha podido contrastar la relación directa entre separación madre y neonato y la enfermedad se descarta el TDAH como efecto de aquella separación.

2.3.5. Dificultades para atender al bebé. Mayor incidencia de malos tratos.

La separación tras el nacimiento provoca o puede provocar fallos en la creación de los vínculos, teniendo graves consecuencias. Muchos padres se sienten desvinculados de su hijo, no lo sienten como propio.

Las madres presentan mayores dificultades para lactar a sus hijos, se sienten más dudosas acerca del cuidado diario del pequeño e incluso presentan mayores índices de irritabilidad. Todo ello desemboca en mayores probabilidades de abuso infantil.

⁸ Madrid A. y Schwartz, M. *Maternal Infant Bonding and Pediatric Ashtma: An Initial Investigation*. Publicado en Pre-Perinatal Psychology Journal. New York, verano 1991. Vol 5, issue 4. Pág 347-359.

El equipo de Klaus y Kennell fue el primero en suponer que existía una relación entre la separación temprana de la madre y el bebé, tras el parto, y la mayor incidencia de maltrato infantil o conductas parentales negligentes entre los prematuros que pasaban sus primeros días en una incubadora, sin contacto físico con la madre. Además, entre estas madres existía mayor índice de bebés dados en adopción, incluso si el embarazo había sido deseado, y declaraban en las entrevistas efectuadas para el estudio "no sentir al hijo como propio".

Permanecer piel con piel durante las tres o cuatro horas siguientes al parto parecía reducir este sentimiento de "no vinculación" con el recién nacido. De esta forma, Klaus y Kennell concluyeron que el contacto entre la madre y el bebé durante el periodo de postparto es esencial para el establecimiento del vínculo, creándose una unión permanente entre ambos.

En 1980 se publica el estudio "*Reduced Incidence of Parenting Inadequacy Following Rooming in*"⁹, de Susan O'Connor et al., respecto al cual cabe destacar las diferencias entre el grupo que habían permanecido juntos madre e hijo, en la misma habitación, y el grupo control, que recibió el trato hospitalario habitual. De 301 madres que fueron analizadas (con embarazos sanos, niños nacidos a término y por vía vaginal y otras similares condiciones), 17 meses más tarde se observaron las siguientes diferencias:

- a) Conductas parentales inadecuadas: se dieron 2 casos en el grupo de "cohabitación" y 10 casos en el grupo control
- b) Niños hospitalizados como causa de una conducta parental inadecuada: 1 caso en el grupo de "cohabitación" frente 8 casos en el grupo control
- c) Niños derivados a los Servicios de Protección: un caso en el grupo experimental y 5 casos en el grupo control
- d) Hijos cuidados por otros adultos distintos a los padres: ningún caso en el grupo de "cohabitación" frente a 5 casos en el grupo control

En 1982 se publica el libro "*Early Intervention Programs for Infants*"¹⁰, en el cual se recoge otro estudio del equipo de O'Connor, que pretende investigar la influencia de la "cohabitación" madre-hijo tras el parto y el distinto impacto que ello provoca en

⁹ O'Connor S.; Vietze P.; Sherrod K.; Sandler H. & Altemeier W. *Reduced Incidence of Parenting Inadequacy Following Rooming in*. Publicado en Revista Pediatrics, vol 66, n° 2. Agosto 1980.

¹⁰ Moss H.; Hess R. & Swift C. *Early Intervention Programs for Infants*. The Haworth Press, 1982.

mujeres de alto y bajo riesgo social. Para este estudio se formaron 4 grupos. En primer lugar se dividió entre mujeres de alto y bajo riesgo social y dentro de estos dos grupos se formaron dos subgrupos: contacto tras el parto extendido y grupo control. Analizado los dos grupos de "contacto extenso" conjuntamente frente a los grupos "control" se observó que el 7% de los niños del grupo control sufrieron abuso, hospitalización consecuencia de conductas parentales inadecuadas, negligencia o abandono, frente al 1.5% del grupo de "cohabitación". También se observó que en las mujeres de alto riesgo social se notaba más la influencia del contacto extenso entre madre e hijo.

Años más tarde el equipo de Kathleen F. Norr estudio la incidencia de la "cohabitación" en indigentes primíparas¹¹. La importancia de esta investigación es incluir a un tercer grupo, a parte del grupo experimental de "cohabitación" y el grupo control, incluye un grupo de madres que deseaban permanecer junto a sus bebés y que, sin embargo, fueron separadas. Pese a este deseo, las madres del grupo "cohabitación" obtuvieron mayor puntuación en la conducta de apego (mayores miradas y sonrisas al bebé, mayor comunicación y contacto corporal, más casos de lactancia materna y más prolongada etc.). Ello sostiene la hipótesis que **no es el deseo de permanecer junto al bebé, por si mismo, lo que hace elevar la conducta maternal positiva.**

Si bien el contacto temprano con el recién nacido y de forma prolongada no asegura la exclusión de futuros riesgos de maltrato, lo cierto es que un buen comienzo a través de una correcta vinculación madre-hijo reduce la probabilidad, especialmente en mujeres de alto riesgo social (incluidas las adolescentes). La cohabitación y el contacto piel con piel temprano tiene un aliciente más: su coste es mínimo.

¹¹ Norr K.; Roberts J.; Freese U. *Early Postpartum Rooming in and maternal attachment behaviors in a group of medically indigent primiparas*. Publicado en Journal of Nurse Midwifery, vol 34 n° 2. Marzo-Abril, 1989.

3. LACTANCIA MATERNA. BIBERONES, TETINAS Y CHUPETES.

3.1. ¿Porqué es tan importante la lactancia materna?

La leche materna es la alimentación ideal que cubre todas las necesidades nutritivas del lactante de forma idónea, durante el primer semestre de la vida. Pero no es sólo un alimento, sino también una medida de protección frente a las infecciones, especialmente las gastrointestinales, en las vías respiratorias, infecciones de orina, otitis o diarreas. Los bebés alimentados a pecho son más capaces de combatir todo tipo de infecciones, lo que permite un crecimiento y desarrollo óptimo, que tendrá repercusiones no sólo durante la infancia, sino también el resto de la vida. Además, aumenta el vínculo afectivo entre hijo y madre.

La OMS y las Sociedades Pediátricas Científicas recomiendan la lactancia materna durante los dos primeros años de vida y que sea exclusiva durante el primer semestre, momento a partir del cual se continuará amamantando pero introduciendo alimentos complementarios. Dar el pecho también es positivo para la madre, ya que reduce el riesgo de cáncer mamario y ovárico, de anemia y contribuye a espaciar los nacimientos (especialmente relevantes en las zonas del mundo más desfavorecidas).

La lactancia materna salva millones de vidas en el mundo, especialmente en países en vías de desarrollo, donde las infecciones, diarreas y malnutrición causan muchas muertes. En estos países la lactancia materna es una vacuna, la más eficaz y en los países desarrollados no debiera ser una moda, sino un derecho de los niños, en tanto y que incide en su nivel de salud. Además es una alimentación barata y accesible a todos los niños, residan en el lugar del mundo en que residan. Según UNICEF, si todos los lactantes fueran amamantados durante sus primeros seis meses de vida se podrían salvar 1, 5 millones de vida por año.

Cada mamífero produce la leche específica para sus crías, incluido el ser humano. La leche materna es un elemento vivo que cambia según la hora del día, la edad del bebé y que se adapta a las cambiantes necesidades de los niños a lo largo de su crecimiento. Así, la "leche de los primeros días", el calostro, es muy rica en proteínas y defensas, protegiendo contra las infecciones. Cuando ya se produce la subida de leche se observa que su composición varía de un momento a otro: la

leche del principio contiene agua e hidratos de carbono mientras que al final de la toma la leche es más rica en grasas, para saciar al niño.

En conclusión, la leche materna es un alimento ideal que se adapta a las necesidades del niño, cambiando a lo largo del crecimiento de éste. Es por ello que es un alimento inimitable por cualquier marca de leche artificial. Por este motivo deberíamos considerar el derecho a la lactancia materna como un elemento fundamental del derecho a la salud.

3.2. Tetinas, biberones y chupetes: un obstáculo

Las tetinas de los chupetes y biberones se succionan de forma distinta al pecho. Por este motivo, se asocia el uso de estos instrumentos con el abandono precoz de la lactancia materna.

No sólo las pautas de succión son distintas, sino que con el biberón la respiración se alarga y la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno disminuyen en comparación con los lactantes que toman pecho. Por ello, los prematuros muestran mayores señales de sufrimiento al tomar biberón. En los casos en que la madre no puede dar el pecho en ese instante pero sí desean amamantar es preferible la alimentación en vaso, para mayor éxito de la posterior lactancia materna.

Por la misma razón de cambio en las pautas de succión el uso de chupetes se asocia a un abandono de la lactancia materna antes de los 4 meses. Por no mencionar otros inconvenientes de los chupetes como la maloclusión dental, mayor incidencia de otitis, cambios en la cavidad oral, etc.

Cuando una madre o familia desea dar el pecho a su hijo y así lo ha comunicado al personal sanitario debe evitarse el suministro de biberones de suero glucosado y chupetes, lo cual es, además, contrario a las directrices que incluyen varias normas españolas, a las recomendaciones de la OMS y a la iniciativa Hospital Amigo de los Niños. También la Convención de 1989, de Derechos del Niño, prevé, en su artículo 24, la obligación de los Estados de promover la lactancia materna (véase el apartado 7, sobre legislación).

4. SITUACIÓN EN ESPAÑA

4.1. Separación materna-neonatal

Como hemos observado, la relación madre e hijo durante las primeras horas después del nacimiento es fundamental, ya que puede establecer patrones que duran toda la vida. Es por ello que la investigación llevada a cabo en los últimos años pone en tela de juicio los procedimientos y rutinas de muchas hospitales, en donde la separación del recién nacido y su madre es, salvo gratas excepciones, el patrón común.

La medicina perinatal moderna ha impuesto una frecuente práctica de separación temprana “madre-bebé”, bajo el objetivo de observar al recién nacido y permitir a la madre que descanse. De esta forma, se lleva a la madre a una Sala de Recuperación o a su propia habitación mientras que al pequeño se le transporta a una sala de reanimación neonatal, para colocarle bajo una luz fuerte que transmita calor. El bebé también tiene que soportar que se le aspiren las vías nasales, se le pese, se le vista, se le identifique, etc. todo ello lejos de su madre.

Hoy sabemos de la importancia de respetar el “Periodo Sensitivo”, entendido como el tiempo que transcurre justo después del parto hasta las 2/4 horas posteriores aproximadamente, para que se establezca el correcto lazo afectivo entre madre e hijo.

La OMS recomienda encarecidamente la “NO-separación” madre-bebé, así como UNICEF y la Asociación Mundial de Medicina Perinatal. Muchos países europeos han adaptado sus protocolos hospitalarios a las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud. Entonces, ¿Porqué se omiten estas indicaciones en España? ¿Qué sucede realmente en los paritorios?

Nacimiento de una Estrella

Las contracciones vienen cada tres minutos, una fuerza imparable que agita mi vientre, mi respiración fuerte y profunda. Espero agachada, en medio de la calle, a que me vengán a buscar en coche. Encontramos un poco de retención en la entrada de Barcelona, las contracciones son intensas, penetrantes, apenas me puedo reponer de una a otra, respiro fuerte, estoy agitada.

Llego a la puerta de la Clínica Corachán, bajo del coche y viene otra... me apoyo en una farola, sigo andando... las contracciones se suceden como gotas de lluvia cayendo en el mar, incesantes. Consigo entrar en la Clínica y una mujer me trae una silla de ruedas en la que me llevan a una sala, dónde está la comadrona que me dice que me quite la ropa, me hace un tacto vaginal (estoy de 10cm) y me llevan caminando hasta la sala de partos: me tumban, me ponen una vía, suero, me inyectan la peridural... tengo miedo, estoy sola, desnuda, rodeada de 4 personas pero ninguna me dice una sola palabra de aliento, dicen que ahora vendrá el médico. Estoy sola, emocionada, perdida, desorientada, ya no siento nada, las contracciones desaparecieron.

Llega el médico, en dos pujos nace mi hija, el ser más hermoso del universo al que apenas ví durante unos segundos, no me la ponen encima, no la toco, no le veo la cara, no llora, le dan un golpe en la tripa y empieza a llorar, se la llevan.

Al cabo de un rato le dan mi hija a su padre, no deja de llorar, yo no la veo, se la llevan a la nursery debajo de una lámpara para que no se enfríe. Me dejan en un pasillo esperando la habitación... pido ver a mi padre, me saluda un minuto y se va a ver a Estrella a través de los cristales de la nursery, no deja de llorar, grita, pide mi contacto, pero yo no estoy.

Tardo más de dos horas en verla por primera vez, es pequeña, 2.310kg, la enfermera me la engancha al pecho, dicen que le dé cada tres horas pecho, y **después de cada toma 30ml de biberón de suero glucosado** y si llora que le ponga el chupete.

Por las noches pasan a recoger a los bebés formando un tren con cada cuna de plástico, los bebés lloran, le digo a Gaby (mi marido) que la vaya a buscar, ha estado tres horas en la nursery, no aguanto más, quiero estar con ella, la pongo en mi cama, y en ella estuvo los tres días de estancia en el hospital entre biberones, cambios de pañal, curas de ombligo, termómetros, pastillas... nadie me asesora en materia de lactancia, **cada día se la llevan para pesarla y regresa en su cunita cargada de biberones...**

Gemma y Estrella

La historia de Inés y Emma

Desde el principio teníamos hablado con la comadrona el nacimiento que deseábamos para nuestra hija. Ella estaba de acuerdo así que nos pareció innecesario presentar un plan de parto. Sin embargo, cuando llegó el momento esperado todo se complicó.

Al romper aguas observé que éstas estaban sucias y me dirigí al hospital. Cuando llegué allí me comunicaron que el dispositivo de control fetal estaba estropeado y que no podían asegurarme que no hubiera sufrimiento fetal, motivo por el cual la situación acabó con una cesárea.

El caso es que nació Inés y había tragado meconio: debía estar en observación algunas horas. El hospital tampoco reunía las instalaciones adecuadas para hacer este seguimiento así que trasladaron a Inés al hospital de Can Mises y a mi me dejaron allí, en la Clínica del Rosario. Sólo me la mostraron un segundo y se la llevaron a otro hospital sin pedirnos consentimiento alguno, pese a que la pequeña nunca necesitó oxígeno ni cualquier otra intervención. A día de hoy he sabido que su situación nunca fue grave.

A la mañana siguiente debían regresarla a la clínica en la que yo me encontraba pero no lo hicieron porque el jefe de pediatría consideró que al no haberse tomado el biberón era mejor dejarla en observación. Se le suministró biberones de farmacia pese a que yo me extraía la leche y mi marido la llevaba al hospital en el que se encontraba Inés, en perfectas condiciones de conservación.

Yo estaba en otro hospital así que evidentemente no podía ver a mi hija pero a mi marido también le pusieron restricciones: sólo podía estar junto a Inés cada tres horas y media.

La situación se alargó tres días, con el consecuente sufrimiento de Inés, de mi marido y mío. ¿Sabéis que ponía en la hoja del alta de la UCI? ¡Ingreso rutinario de observación!

Creo que es totalmente aberrante que por una necesidad de observación rutinaria tengan separadas a una madre y una hija más de tres días, sin que se me informara que tenía el derecho de trasladarme con ella, sin permitir que mi hija regresara a nuestra clínica para poder establecer un contacto piel a piel, sin derecho a decidir sobre la alimentación que nosotros habíamos escogido y restringiendo el derecho de permanencia conjunta de mi hija junto a su padre.

Ojalá que compartir mi experiencia personal sirva para que otras muchas familias no tengan que pasar por aquí.

Emma e Inés

Los nacimientos de Estrella e Inés son, por desgracia, el patrón común en muchísimos hospitales españoles, pese a ser distintos entre sí (el primero es un nacimiento "normal" y habitual, mientras que el segundo, pese haber alguna causa que indicó el traslado de hospital es un nacimiento en el que se debería haber humanizado el trato, facilitando el traslado de la madre y, en todo caso, permitiendo el contacto continuo con el padre). En ambos casos no se respeta el piel con piel, la no separación madre-hijo, ni tampoco se facilita un buen inicio de la lactancia materna, se les suministran biberones de suero, de leche artificial. Es un práctica común que, al llevarse a los bebés para pesarlos o examinarlos se les dé biberones para que estén saciados y lloren menos o bien se les dan chupetes, aún y la negativa expresa de la madre.

Una de las quejas más frecuentes de las madres es ésta, que a escondidas se les esté dando a los bebés biberones y chupetes. En algunos casos son ellas mismas o los familiares los que observan estos hechos, pero en muchos otros sencillamente te "devuelven" a tu hijo en su cuna, con algún que otro biberón junto a su cuerpecito.

Quizás algunos de los lectores de este trabajo consideren que no es un hecho, para nada grave, la separación por algunas horas de las madres y sus hijos o el

suministro de chupetes y biberones, pero lo realmente importante, más allá de los múltiples beneficios del contacto precoz y de la lactancia materna, es que ambos aspectos deberían ser decisión única y exclusiva de las familias y no del personal sanitario. La toma de decisiones no debe ser usurpada por facultativos, comadronas, ni enfermeras, ya que la responsabilidad es de los padres, máxime cuando éstos optan por prácticas beneficiosas y sin contraindicaciones (salvo casos de grave riesgo para la salud del niño, evidentemente). El informe, la *Autonomía del Paciente Europeo*¹², que examina precisamente la libertad de los usuarios de la sanidad, en 31 países europeos distintos, sitúa a España en el 24º lugar, lo que nos sitúa entre los Estados con menor autonomía (ver anexo).

Los datos en los hospitales españoles hablan por si solos. Según el estudio "*Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España*"¹³, de 2007, llevado a cabo por los hospitales Vall d'Hebron de Barcelona y 12 de Octubre de Madrid, sólo en un 22 % se practica el Método Madre Canguro sin restricción. En relación a los prematuros, sólo en 8 hospitales españoles se permite la entrada libre a los padres, pese a estar demostrado que el método piel con piel es incluso más beneficioso para el neonato que la incubadora (estudio de Dr. Nils Bergman).

¹² *The Empowerment of the European Patient. Options and Implications.* Health Consumer Powerhouse, 31 de marzo de 2009

¹³ Perapoch López, J. *Cuidados Centrados en el Desarrollo. Situación en las Unidades de Neonatología de España.* Publicado en *Anales de Pediatría*, vol 64, nº 2, 2006. Pág. 132-139

5. EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD RESPECTO AL MOMENTO DEL PARTO

La separación del bebé de su madre o el suministro de biberones y chupetes por parte del personal sanitario no debería tener lugar en tanto y que se conoce de sus perjuicios y, además, porqué son potestad de los padres decidir estos extremos.

Sin embargo, dado que desde el último siglo y medio, consecuencia del desarrollo de la medicina moderna, éstas prácticas (entre otras) se han extendido y protocolarizado, nos vemos en la tesitura de tener que manifestar nuestra voluntad de forma anticipada mediante el documento que se conoce, Plan de Parto.

En virtud de la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (en adelante LBRAP), se requiere que toda actuación en el ámbito de salud requiera el previo consentimiento de los usuarios (artículo 2.2). Para que este consentimiento sea válido es necesario, además, que el paciente haya recibido una información adecuada en torno a la intervención que se va a realizar.

Con el concepto de "adecuada" hemos de entender que la información se suministre de forma comprensible para el usuario de forma que, una vez informado, pueda decidir libremente acerca del tratamiento a aplicar (artículos 4.2, 5.2 y 8 LBRAP).

La ley prevé, en su artículo 2.3, que el usuario decida libremente entre las opciones clínicas disponibles, incluso puede negarse al tratamiento sin ocasionar el alta obligatoria, siempre que existan alternativas.

El Plan de Parto es una expresión anticipada de voluntad que se redacta y entrega en el hospital, por lo general con anterioridad al parto, con el objetivo de facilitar el derecho a decidir y la comunicación entre todos los asistentes al parto, para que puedan conocer las preferencias de la mujer por adelantado. De esta forma, aquel documento contiene un listado con todas las intervenciones que consiente, o no, la mujer entorno a rutinas comunes durante la fase de dilatación, expulsivo y periodo postparto.

El plan de parto deriva del principio de dignidad humana y libertad personal, ya que se fundamenta en el derecho a consentir y/o rechazar los procedimientos indeseados. Incluso en los casos de riesgo, el usuario sigue siendo libre de asumirlo, ya que la salud es un derecho, no una obligación. No obstante, en este trabajo se defienden la no separación madre-hijo tras el parto así como el respeto

por la opción de lactancia materna. Ambos aspectos tienen conocidos beneficios sobre la madre y el hijo, por tanto, respetar las decisiones de la mujer entorno a estos dos supuestos no debería generar conflictos (pese a que el sistema rígido y autoritario del sistema sanitario los genera).

El consentimiento informado tiene como fundamento el Derecho a la Libertad (artículo 1.1 CE). Así lo observa el TS en la STC 132/1989, en la que argumenta que el virtud de aquel derecho la persona tiene autonomía para elegir entre las diversas opciones vitales que se presenten, de acuerdo con sus propios intereses.

El plan de parto es una manifestación de voluntad por escrito pero el paciente o usuario también puede consentir o rechazar determinados tratamientos de forma verbal (artículo 8.2 LBRAP), salvo los siguientes casos: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

Dado que la no separación madre-hijo o el negarse al suministro de biberones y chupetes no suponen riesgos será suficiente con la comunicación verbal de estas intenciones. No obstante, por razones de seguridad jurídica, es conveniente presentar el documento "plan de parto", enviándose un mínimo de tres copias: una para Atención del Usuario, otra para el servicio de Ginecología y una última para el servicio de Neonatología. Se recomienda, en el momento del parto, acudir con una copia extra al hospital.

Los planes de parto incluyen manifestaciones de voluntad respecto a muchos aspectos que inciden en la atención al parto. En relación al "rooming-in" y el deseo de lactancia materna éstas son algunas de las cláusulas más usadas:

Contacto madre-hijo y primera atención al recién nacido

*Deseamos que se nos facilite el **contacto piel con piel** y que no se entorpezca ese primer contacto madre-hijo con exámenes rutinarios que se puedan posponer.*

*Deseo poder **amamantar** a mi hijo inmediatamente, en la sala de partos.*

La evaluación de Apgar se realizará con el bebé en contacto físico con la madre, o, de no ser esto posible, con el padre.

Primera atención al recién nacido y estancia en el hospital

Deseo que mi bebé permanezca conmigo en todo momento. No autorizamos que sea llevado a observación de forma rutinaria, ni siquiera las primeras horas.

Deseamos realizar nosotros mismos todos sus cuidados (aseo, etc).

Si el bebé necesita ir a una incubadora, solicito acceso ilimitado a la sala de incubadoras y la aplicación de la metodología "Madre canguro".

Solicito que cualquier revisión al recién nacido se realice en nuestra presencia.

En caso de que por fuerza mayor alguna revisión o prueba deba realizarse en una sala determinada y yo no esté en condiciones para desplazarme, mi marido se encargaría de acompañar a nuestro hijo. Para realizar cualquier tipo de revisión o prueba (rutinaria o no) les rogamos que soliciten nuestro consentimiento.

No autorizo que se administre al bebé chupete, alimento ni biberón alguno, sin mi consentimiento expreso o el de mi marido si yo no pudiera hacerlo.

Atención después del parto

Esperar a limpiar al bebe, pesarle y medirle, ya que no hay ninguna prisa. Permitir el contacto con los padres. Evaluación del bebé ante nuestra presencia.

Se colocará al bebe al pecho después de nacer para empezar el vínculo piel con piel e iniciar el amamantamiento.

Deseamos tener a nuestro bebe en la habitación en todo momento para así poder darle el pecho a demanda.

Si es necesario separar al bebe de su madre por cualquier tratamiento médico, el padre le acompañará en todo momento. Si por algún motivo el bebé no pudiese estar en la habitación, pedimos que se nos traiga en los momentos en que de muestras de tener hambre o cada dos/tres horas como mínimo.

No se le dará ningún tipo de biberón con agua u otros componentes, ni ningún chupete.

6. INICIATIVAS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

6.1. Declaración de Fortaleza

En abril de 1985 las oficinas regionales europea y americana de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud organizaron una conferencia acerca del parto, que tuvo lugar en la ciudad de Fortaleza, Brasil. A dicha conferencia acudieron expertos de distintos ámbitos: ginecólogos, comadronas, pediatras, madres, psicólogos... que acabaron plasmando sus conocimientos en las recomendaciones conocidas como Declaración de Fortaleza. Si bien dicho texto está enfocado, sobretodo, a la tecnología usada en el parto, incluye, en sus recomendaciones específicas, un punto importante acerca de la No-separación madre-bebé. Así es, la Recomendación tercera dice, textualmente:

El recién nacido sano debe permanecer con su madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido no justifica la separación de su madre. Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes que la madre abandone la sala de partos.

6.2. Cuidados en el Parto Normal. Guía Práctica. Informe OMS, Ginebra 1996

En 1996 la OMS publica un informe con el objetivo de examinar la evidencia a favor o en contra de las prácticas más comunes en la atención al parto, ya que, pese a la Declaración de Fortaleza (1985) muchas de las prácticas que ya fueron criticadas, siguen siendo comunes, sin tener en cuenta las consecuencias que provocan en las madres y los niños. En la publicación de este trabajo han participado expertos de todas las regiones de la OMS.

El Grupo de Trabajo del Cuidado Esencial del Recién Nacido considera de vital importancia el contacto temprano piel con piel entre la madre y el recién nacido. Las razones con las que argumenta este aspecto son que psicológicamente estimula a la madre y al niño a acostumbrarse el uno al otro. De otro lado, tras el nacimiento los niños se colonizan con bacterias. Es positivo que se colonice de las bacterias maternas y no las hospitalarias. Además, hay que fomentar el amamantamiento temprano (tras la primera hora del parto), a través del cual el recién nacido recibe los anticuerpos para protegerse con total inmunidad.

6.3. Principios de la OMS acerca del cuidado perinatal, 2001

En 2001, desde la oficina regional europea de la OMS se observa que se continúa practicando un uso de la tecnología y un cuidado perinatal inadecuados, a pesar de que hay aceptación en relación a determinados cuidados, abalados también por la evidencia científica, y que son desoídos. Por este motivo se publica una "Guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto", por parte de la OMS, en 2001, con el objetivo de que los principios contenidos en la guía sean implementados por parte de la Oficina Regional de la OMS, en Europa.

En este trabajo hay una sección titulada "*Formas de cuidado que deberían ser abandonadas*", dentro de la cual encontramos cuatro puntos esenciales entorno a la No separación materno-neonatal:

- No separar a las madres de sus hijos cuando éstos se encuentren en buen estado de salud
- No administración de agua/glucosa de forma rutinaria en niños bien amamantados
- No a la lactancia con restricciones
- No distribución sin cargo de formas lácteas

De otro lado, encontramos un apartado titulado "*Formas de cuidado que reducen los resultados adversos del nacimiento*", en el que se recomienda, en el punto segundo, "Contacto madre-hijo irrestricto".

Más adelante, en esta misma guía, encontramos Recomendaciones específicas entorno a distintos momentos del embarazo, parto y postparto. A efectos de este trabajo es de sumo interés observar las recomendaciones para establecer buen contacto madre-hijo, las recomendaciones para promover el amamantamiento y las recomendaciones para los cuidados postparto.

En relación al primer grupo de directrices, Recomendaciones para establecer buen contacto madre-hijo, se especifica en el último y tercer punto, *Incentivar el cuidado materno piel a piel con su bebé durante al menos las dos primeras horas después del parto, así como todo lo que sea posible durante el postparto inmediato y posteriormente.*

En relación a las Recomendaciones para promover el amamantamiento se establece:

No separar al bebé de su madre en las primeras horas después del parto. Intentar realizar todos los exámenes necesarios para el recién nacido normal en la cama de la madre, en lugar de utilizar una mesa examinadora apartada.

Retrasar la realización de los exámenes que no sean necesarios. Realizar los exámenes con la madre y el niño juntos; demorar la hora del baño por 6 horas o más.

Por último, en las Recomendaciones para los cuidados postparto, se prevé específicamente el promover el contacto madre e hijo y el amamantamiento y se establecen tres puntos básicos para dar cumplimiento a tal directriz:

Seguir las guías de la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño para la alimentación infantil: incentive la exclusividad del amamantamiento a demanda desde el nacimiento y evite cualquier suplemento para el bebé que contenga agua, glucosa, o sustitutos de leche materna.

Ofrecer el alojamiento conjunto para todas las madres y bebés las 24 horas del día.

Incentivar el contacto piel a piel durante la estadía postparto en el hospital.

6.4. Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN)

La iniciativa Hospital Amigo de los Niños es una iniciativa de la OMS y UNICEF para impulsar que los hospitales o servicios de salud que contengan salas de maternidad adopten prácticas que promuevan y apoyen la lactancia materna. Para promover este aspecto se publica un documento con 10 pasos a seguir, para una lactancia feliz, como forma más sana de alimentar a un bebé.

Estos 10 pasos son un resumen de las directrices a seguir por las diferentes maternidades y responden a criterios globales mínimos para lograr convertirse en un Hospital con el distintivo de "Amigo de los Niños":

1. Disponer una política por escrito relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro.

2. *Capacitar a todo el personal para llevar a cabo esa política.*
3. *Informar a las embarazadas de los beneficios de la LM y como realizarla.*
4. *Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto.*
5. *Mostrar a la madre como se debe dar de mamar al niño y como mantener la lactación incluso si se ha de separar del niño.*
6. *No dar a los recién nacidos más que la leche materna.*
7. *Facilitar la cohabitación de la madre y el hijo 24 horas al día.*
8. *Fomentar la lactancia a demanda.*
9. *No dar a los niños alimentados a pecho chupetes.*
10. *Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la LM y procurar que las madre se pongan en contacto con ellos.*

El paso número 6 establece "*No administrar suplementos, a no ser que estén medicamente indicados*". Está demostrado que suministrar al recién nacido suero glucosado disminuye las probabilidades de continuar la Lactancia Materna a las 16 semanas. No hay ninguna justificación para dar muestras gratuitas de sucedáneos de leche, que no hacen más que aportar dificultades añadidas a la lactancia Materna sin aportar beneficios (salvo casos indicados). Por tanto, la restricción de tales alimentos es una de las medidas de salud más rentables que hay.

El paso número 7 establece "*facilitar la cohabitación de la madre y el hijo 24 horas al día*", como método óptimo para el éxito de la lactancia materna y afirman que cambiando algunas rutinas hospitalarias se evitaría el tener que dar suplementos de leche materna.

El paso número 9 "*no dar a los niños alimentados a pecho chupetes*". Existen numerosos estudios que demuestran una asociación entre el uso de chupetes y el abandono precoz de la lactancia, ya que alteran las pautas de succión (también si toma biberón con leche artificial o incluso extraída).

El chupete tiene, además, otros riesgos: mayor probabilidad de candidiasis oral, fabricación de tetinas con elementos cancerígenos, maloclusión dental, cambios en la cavidad oral, etc.

6.5. El Método Madre Canguro

El método madre canguro consiste en el contacto permanente piel con piel entre la madre y el recién nacido. Se desarrolló por primera vez en Bogotá, Colombia, por

Rey y Martínez, como método alternativo a la incubadora, ya que en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá no había suficientes para atender a todos los prematuros. Dos décadas de investigación han demostrado que el MMC es mucho más que una alternativa a la incubadora: los bebés mantienen mejor su temperatura corporal, están más calmados y su respiración y pulso son más estables. Además, repercute positivamente en la lactancia materna y el desarrollo de los vínculos afectivos entre los padres y el neonato. La madre se siente protagonista de los cuidados propiciados al recién nacido, elevando su autoestima y reduciendo las posibilidades de depresión postparto.

El MMC recomienda el contacto continuo “piel con piel”, si bien, en los casos en que no sea posible por las circunstancias que presente el prematuro se ha demostrado que con el contacto piel con piel intermitente ya resulta beneficioso al complementarse con la incubadora adecuada.

En 2004, el Departamento de Salud Reproductiva de la OMS publica el documento “Método Madre Canguro, Guía Práctica”, en el que se describe este método para el cuidado de recién nacidos prematuros con bajo peso al nacer, con el objetivo de promocionar esta práctica.

Sin embargo, sólo en 40 Hospitales españoles se practica el MMC (actualizado 2009), y sólo en un 10 % se efectúa sin restricciones (Estudio 2007).

6.6. Contradicción OMS y práctica en España

Por tanto, a la vista de todas estas informaciones, respaldadas y difundidas por la OMS, queda claro que lo óptimo para el recién nacido es la no separación de la madre (salvo indicación médica), ni tan siquiera para lavarlo, vestirlo o pesarlo; así como el no suministrar chupetes, suero glucosado ni similares con el objetivo de favorecer el vínculo y el éxito de la lactancia materna.

Llegados a este punto surge el gran interrogante. ¿Por qué si tanto la comunidad científica como la Organización Mundial de Salud respaldan tales aspectos España no los respeta, como miembro de la OMS?

España ha sido criticada por la Organización Mundial de la Salud, en numerosas ocasiones, por no avanzar, junto con Europa, hacia un sistema de atención al parto

más respetuoso. Es necesario que todos los colectivos implicados se dirijan con paso firme hacia la reforma del sistema, adaptando los protocolos conforme la evidencia científica pero, comprendiendo, por encima de todo, que los protagonistas en un nacimiento son la madre y el hijo, y que por ese motivo sus decisiones deben ser respetadas.

7. LEGISLACIÓN ESPAÑOLA

Este capítulo tiene como objetivo examinar si la legislación española obstaculiza, de alguna forma, el cambio en las prácticas y protocolos sanitarios de los Hospitales Españoles o si bien, amparándonos en ella el cambio sería posible y lo que se necesita es más convicción en las Recomendaciones de la OMS, por parte de los profesionales y mucho más respeto hacia las decisiones que toma el paciente (o en su defecto sus padres, cuando tienen la representación legal del menor).

7.1. Patria potestad

Desde el punto de vista jurídico, la patria potestad es el conjunto de derechos y deberes que la ley otorga a los padres respecto a sus hijos menores de edad no emancipados. Es un sistema de protección, cuidado, asistencia y educación.

La patria potestad, desde el Derecho Romano hasta su actual configuración, ha pasado de ser un poder absoluto del padre a configurarse como un conjunto poderes dirigidos a cumplir unas obligaciones y deberes que la ley impone a los padres, a fin de cuidar y proteger a los hijos. Dado que la patria potestad ya no es aquel derecho absoluto de la época romana cada vez más se está acuñando un nuevo término "responsabilidad parental".

La redacción del actual artículo 154 del Código Civil establece que la "patria potestad se ejercerá siempre en beneficio de los hijos, de acuerdo con su personalidad, y con respeto a su integridad física y psicológica".

En su apartado 2, el mismo artículo 154 establece que la patria potestad comprende los siguientes deberes y facultades respecto a los hijos:

- a) Velar por ellos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral.
- b) Representarlos y administrar sus bienes.

También el artículo 39.3 de la CE configura la función de los padres como el deber de *prestar asistencia de todo orden a los hijos*.

A efectos de este trabajo, cabe resaltar la "obligación-derecho" de tener a los hijos en compañía de los padres y la obligación de alimentarlos, así como la representación de los hijos, que corresponde a los padres. En virtud de estos tres puntos los padres pueden y deben reclamar para sus hijos el tipo de atención que

consideren más adecuada, lo cual incluye negarse a recibir las rutinas hospitalarias que consideren perjudiciales para sus hijos así como el derecho a escoger la alimentación que consideren mejor para su bebé.

Pese a que se conocen los efectos perjudiciales de la separación madre-bebé y los importantes beneficios del "rooming-in" y el contacto neonatal precoz la realidad es que sólo un cuarto de los hospitales españoles han instaurado cambios de protocolo para facilitar el método madre-canguro y sólo 14 se han adherido a la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños. Es por ello que informarse de las rutinas del hospital, entorno a la atención postparto es un ejercicio de responsabilidad de los padres, enmarcado dentro del concepto de la patria potestad, tras el cual pueden exigir la no separación del recién nacido, tanto en el momento del parto, como anticipadamente, mediante una declaración por escrito (Plan de Parto).

El derecho a escoger la nutrición óptima para el infante y el derecho al contacto neonatal precoz corresponde a los padres, ya que son ellos quienes deben facilitar el cuidado y protección adecuados al niño. Si el personal sanitario desea actuar de forma diferente debe pedir, en todo caso, consentimiento a los padres, ya que éstos, como representantes legales de los hijos, son quienes decidirán acerca de las intervenciones que se les efectúan.

El documento "Derechos de las madres y los recién nacidos"¹⁴ nos indica que *Ningún acto médico debe realizarse sin el consentimiento informado de los padres, dada la carencia de autonomía del recién nacido (...).*

Pero, **¿existe un derecho del niño a ser amamantado?** Lo cierto es que cada vez surgen más organismos internacionales que defienden que la lactancia materna no es solo un derecho de la madre, sino también un derecho del recién nacido, enmarcado dentro del derecho a la salud, a la vida y a la alimentación.

Tanto la OMS como UNICEF avalan que la leche materna es por sí sola el mejor alimento y la mejor bebida que puede darse a un bebé menor de seis meses de edad, no precisando ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua, durante este período. Además, ayuda a los bebés a no enfermarse, ya que protege contra las infecciones y permite un crecimiento y desarrollo óptico. Cada madre "fabrica" la leche ideal que necesita sólo su hijo.

¹⁴ Declaración de Barcelona sobre los Derechos de la Madre y el Recién Nacido, declaración institucional del 5º Congreso de Medicina Perinatal, celebrado en Barcelona en septiembre de 2001.

Karen M. Edmond et al¹⁵ han demostrado, en un estudio realizado en Ghana, que el inicio temprano de la lactancia materna, durante el primer día, reduce la posibilidad de muerte neonatal en un 16,3%, pero aún se reduce más esta posibilidad si se lacta durante la primera hora tras el parto: se salvarían un 22,3% de bebés. Además, el riesgo de muerte neonatal aumenta si se le dan otros leches o sólidos al bebé.

Dado que los niños tiene derecho al "mayor nivel de salud posible" y que la leche materna es la alimentación ideal para el recién nacido, la lactancia natural debería ser un derecho del niño. En la medida en que garantiza la alimentación, mejora la salud, reduce la tasa de mortalidad perinatal y que es a los padres a quienes corresponde velar por sus hijos, la voluntad de amamantar no podrá ser menoscaba por el personal sanitario.

7.2. Derecho a la dignidad y a la libertad. La CE y la Ley 41/2002, LBRAP

Que una familia haya optado por la lactancia materna como forma de alimentar a su hijo y a escondidas se le suministre a este bebé sueros glucosado o chupetes es no sólo una vulneración de la patria potestad por parte del personal hospitalario (ya que no piden consentimiento a los representantes legales del menor) sino también un ataque a la dignidad de la madre (artículo 10.1 CE).

Stammler, filósofo y jurista alemán, elaboró una serie de principios o valores que configuraban el derecho a la dignidad, entre los que resaltan el "respeto recíproco", es decir, que "los fines y medios de una persona no deben quedar a merced del arbitrio subjetivo de otra persona" y el principio de participación, entendido como que la decisión arbitraria de otra persona no puede excluir a alguien de la comunidad.

La dignidad es, por tanto, el derecho que tiene una persona, por su condición de serlo, a que se respete y reconozca como ser dotado de un fin propio y no como medio para la consecución de fines ajenos a su realización personal. En tanto y que la dignidad nace de la propia condición humana deben respetarse las prerrogativas que de ella derivan y el fin propio de cada persona, sin restricciones ni amenazas al contenido de este derecho.

¹⁵ Edmon K.; Zandoh C. Quigley, M.; Amenga-Etego, S.; Owusu-Agyei, S. & Kirkwood, B. *Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality*. Publicado en *Pediatrics* 2006 n° 117, pág 380-386.

Al ser el hombre un ente dotado de inteligencia y voluntad debe respetarse su persona *per se* pudiendo exigirse a sus semejantes que actúen de forma respetuosa para que pueda realizarse.

Entendido el derecho a la dignidad del artículo 10.1 de la CE de esta forma debería ser suficiente para comprender y afirmar que las decisiones de “no separación materna-neonatal” y la opción de lactancia materna deberían ser respetadas en la medida en que son decisiones inherentes a la condición humana. Una madre, por el mero hecho de serlo, es merecedora de “respeto recíproco” por el personal hospitalario y sus decisiones no deben quedar a merced de éste, mucho menos por motivos de comodidad o de tradición hospitalaria.

La ley 41/2002, que se publicó con la intención de reafirmar que un ciudadano no abandona sus derechos cuando entra en un hospital, también contempla el derecho a la dignidad en el marco sanitario. Así establece su artículo 2 que «la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica».

Por eso, «toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios».

No respetar las voluntades de la madre también es un atentado al derecho de la libertad, en el sentido del artículo 1.1 de la CE, ya que este precepto atorga autonomía al sujeto para que pueda elegir entre las distintas opciones vitales que se le presentan, de acuerdo con sus convicciones. La parturienta es sujeto de derechos y, por lo tanto, puede decidir qué tipo de alimentación desea para su hijo. La disponibilidad de una leche alternativa no genera la obligación de usarla, mucho menos cuando se sabe de los múltiples beneficios que presenta la lactancia materna frente a la artificial.

7.3. Normativa Internacional y Europea aplicable a España

En virtud del artículo 39.4 de la Constitución Española “*los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos*”.

Este artículo establece, por tanto, el deber de protección a la infancia de acuerdo con los Tratados Internacionales. Especialmente relevante es la Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada en 1989 por la Asamblea General.

7.3.1. Normativa Europea

En la normativa europea también encontramos artículos que apoyen los aspectos que estamos trabajando. En primer lugar, la Constitución Europea, en su artículo 84 contempla los Derechos del Niño, especificando en el párrafo 1 que *los niños tienen derecho a la protección y a los cuidados necesarios para su bienestar*. De otro lado, el párrafo segundo nos indica que *En todos los actos relativos a los niños llevados a cabo por autoridades públicas o instituciones privadas, el interés superior del niño constituirá una consideración primordial*.

La *Carta Europea de los Derechos de las niñas y niños hospitalizados*, del Parlamento Europeo, de 13 de mayo de 1986, recoge en 14 puntos distintos el contenido de lo que supone un trato hospitalario adecuado para los niños. En primer lugar, el punto A, establece:

Derecho del niño a estar acompañado de sus padres, o de la persona que los sustituya, el máximo tiempo posible, durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria, sin que ello comporte gastos adicionales; el ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos a los que hay que someter al niño”.

De esta forma se establece que el menor debe estar acompañado de sus padres, aún más si tenemos en cuenta que el recién nacido y su madre no son enfermos, sino que acaban de pasar por un proceso fisiológico normal y humano, como es el parto. Si el Parlamento Europeo recomienda que el menor esté acompañado de sus padres el mayor tiempo posible en caso de ser hospitalizado por enfermedad aún más debería ser respetado este derecho en el caso del recién nacido, dada su posición de máxima vulnerabilidad.

El punto D de la Carta establece el *“Derecho de los padres, o de la persona que los sustituya, a expresar su conformidad con los tratamientos que se aplican al niño”*. Si son los padres quienes deciden acerca de los tratamientos que se aplican al niño, también son estos quienes pueden rechazar algún cuidado con el que no estén conformes. Teniendo en cuenta este punto, creo que es indispensable el respeto de la decisión de los padres acerca de la lactancia materna exclusiva. Si ellos desean alimentar a su hijo con lactancia natural de forma exclusiva y así lo han hecho a saber al personal hospitalario (muchas veces incluso lo han manifestado por escrito

mediante un Plan de Parto) creo que es absolutamente intolerable que a escondidas de los padres se les suministre a los recién nacido biberones de glucosa o chupetes, porque estos no solo alteran la alimentación escogida por sus padres sino que también dificulta la lactancia materna, ya que la forma de succionar el pecho y el biberón son distintas, confundiendo al recién nacido.

7.3.2. Convención sobre los Derechos del Niño

La Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989 y en vigor desde septiembre de 1990 tiene varios artículos muy interesantes y aplicables a la problemática que estamos tratando.

El artículo 7.1 nos indica: "El niño será inscrito inmediatamente después de su nacimiento y **tendrá derecho desde que nace** a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, **a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos**".

La importancia de este precepto es que nos sitúa al momento del nacimiento instante tras el cual ya *tiene derecho a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos*.

El artículo 9 dice "*Los Estados Partes velarán por que el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño*". Si bien este artículo se refiere, obviamente, a casos de maltrato o incompetencia de los padres no es menos cierto que la separación tras el nacimiento es contraria al "interés superior del niño", entendido como bienestar óptimo del infante. Cómo ya se ha ido observando a lo largo de este estudio, la separación de los padres tras el nacimiento causa gran sufrimiento en el recién nacido, dificulta la lactancia materna, impide rebajar los niveles de cortisol y ACTH, por tanto, impide que el pequeño se libere del estrés, causa daños cerebrales y entorpece la creación del vínculo. Por tanto, parece obvio que todos estos efectos negativos son contrarios al concepto de "interés superior del niño".

Pero el artículo de la Convención más relevante entorno al nacimiento es el artículo 24, el cual reconoce el **derecho al nivel más alto de salud posible**. En el párrafo 2, apartado se establece que los Estados Parte adoptarán las medidas apropiadas para: d) "asegurar la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres"

e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad y, en particular los padres y niños” conozcan... las ventajas de la lactancia materna

Y el apartado 3 establece que “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños”.

La propia convención nos indica, en el artículo 24.3, que los Estados Parte deberán adoptar las medidas apropiadas para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños. Entonces, ¿Porqué se siguen manteniendo en los hospitales españoles procedimientos rutinarios que se sabe son nocivos para los recién nacidos?

8. DERECHO COMPARADO. EXAMEN DE OTRAS LEGISLACIONES

8.1. Estudio de diferentes Comunidades Autónomas

Ninguna ley estatal, aplicable a todo el territorio, versa sobre la "separación neonatal precoz" y la "promoción de la lactancia materna". Ello es lógico ya que en virtud del artículo 148.1.21 las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en materia de sanidad, sin perjuicio de que, en virtud del artículo 149.1.16 las bases y coordinación general de sanidad sean competencia exclusiva del Estado.

Debido a esta distribución competencial, los derechos relativos a la salud de los menores están contemplados en las diferentes normas autonómicas, que presentan regulaciones dispares entre sí. En la mayoría de ellas no se hace especial hincapié a la etapa neonatal, por este motivo, se analizarán seguidamente algunas de las legislaciones más respetuosas con el recién nacido, por orden de publicación de cada una de las leyes.

8.1.1. Islas Baleares

La ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Islas Baleares en el Capítulo III (Derechos Específicos de los Usuarios en los Centros Asistenciales) incluye en la Sección I "Derechos en Relación al Nacimiento", en los que se contemplan derechos de la madre, derechos del recién nacido y derechos comunes de la madre y el padre.

El artículo 7 e) establece expresamente que la mujer tiene derecho a:

Tener al recién nacido a su lado desde el momento del nacimiento y durante toda su estancia hospitalaria, siempre que la salud de ambos lo permita; obtener copia del informe de alta con todos los datos del parto y el resumen del estado neonatal.

El artículo 9.b) reitera que los padres y madres de los recién nacidos, en relación con la asistencia sanitaria tienen derecho a:

Tener acceso continuado a su hijo, si la situación clínica lo permite, así como participar en la atención y en la toma de decisiones relacionadas con la asistencia sanitaria que ha de recibir.

La ley balear fue la primera que incluyó las Recomendaciones de la OMS entorno a la gestación, parto y puerperio en la Ley de Salud. No obstante, esta ley es de 2003 y las primeras recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud son de 1985.

El artículo 7 h) de esta ley establece expresamente que la mujer tiene derecho a que *se respeten las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud a todas las mujeres que así lo soliciten*. En consecuencia, lo examinado en el apartado de la OMS es exigible por parte de las mujeres baleares. No obstante, creo que la coletilla "*que así lo soliciten*" resta algo de fuerza a las recomendaciones de la OMS, que se han elaborado en base a la mejor evidencia científica. Por tanto, dichas recomendaciones deberían ser el fundamento del protocolo hospitalario común y las mujeres no tendrían que solicitarlo expresamente. Los "mejores cuidados" deberían facilitarse por el mero hecho de serlo, sin necesidad de solicitud alguna. Alejarse de ellos (salvo casos de grave riesgo) es lo que debería ocasionar la solicitud, no al contrario.

8.1.2. Andalucía

Mediante el Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el *ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo* se legisla en el artículo 9 acerca de la no separación madre-hijo.

Este artículo, de "Personas recién nacidas y vínculo madre-hija" es, sin duda, el precepto más respetuoso en todo el Estado entorno a las necesidades efectivas de un neonato y directrices para favorecer su cumplimiento y establece de forma expresa que tras el nacimiento se facilitará el contacto físico con la madre y se evitará la separación de aquella con su hijo.

En el Preámbulo de esta ley se reconoce, en torno al recién nacido, la importancia del establecimiento del vínculo y la constancia de que la lactancia materna es la alimentación idónea para el pequeño.

Artículo 9. *Personas recién nacidos y vínculo madre-hija o hijo.*

1. *Los servicios sanitarios implicados en la atención perinatal adecuarán su organización y sus recursos para favorecer el vínculo madre-hija o hijo en los dispositivos de atención: en la educación maternal, en el proceso de parto, en el momento de las recomendaciones al alta puerperal y en la vista puerperal.*

2. *En el momento del nacimiento se facilitará el contacto físico con su madre y se evitará la separación madre-hija o hijo en el postparto inmediato, garantizándose, salvo que circunstancias clínicas lo impidan, la permanencia hospitalaria conjunta del niño o niña con su madre.*
3. *En el caso de que la persona recién nacido precise ingreso, se facilitará el ingreso conjunto madre-hija o hijo y el acceso del padre y de la madre al contacto directo con su hijo o hija*
4. *En todos los casos atendidos en los servicios y dispositivos de atención al embarazo, parto y puerperio se fomentará la lactancia materna, facilitando a las madres la información necesaria y eliminando cualquier obstáculo que pueda impedir aquella. Una vez informada la madre se respetará la opción que ésta elija sobre la alimentación de su hija o hijo.*
5. *Los centros sanitarios evitarán en sus dependencias la existencia de cualquier tipo de información o publicidad que induzca a la sustitución de la lactancia materna por otro tipo de alimentación.*
6. *En caso de ingreso de la persona recién nacida se garantizará la posibilidad de lactancia materna si no hay contraindicación médica. Se facilitará la alimentación con leche de su madre cuando el bebé no pueda mamar de forma transitoria.*

8.1.3. Cantabria

En la Comunidad Autónoma de Cantabria encontramos el Decreto 23/2007, de 1 de marzo, de "Derechos de la madre, el padre y el recién nacido en relación con el nacimiento en el ámbito sanitario".

En la Comunidad Cántabra se consideró aconsejable concretar los derechos del nacimiento en una ley. Así, el Parlamento de Cantabria en la Resolución nº 2626, de 28 de junio de 2004, insta al Gobierno a que proceda a elaborar un Plan Humanizado de la Atención al Parto y al Nacimiento, siguiendo la recomendación contenida en la Declaración de Fortaleza de la OMS y a que en los hospitales cántabros se sigan las directrices de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños.

Todo ello se concretó en el Decreto 23/2007.

Artículo 3.a) 4º: La madre tiene derecho a iniciar el amamantamiento en los primeros momentos tras el nacimiento y a ser informada de los beneficios de la lactancia materna y ayudarla a iniciarla inmediatamente tras el parto

Artículo 3 c) 2: La madre tiene derecho a tener al recién nacido a su lado desde el momento del nacimiento y durante toda la estancia hospitalaria, siempre que la salud de ambos lo permita

Sin embargo, la ley cántabra incluye un cambio de visión muy importante. No es sólo derecho de la madre elegir si opta por la lactancia materna o no, sino que el recién nacido tiene, dentro del marco de la asistencia sanitaria, derecho a que se promueva y facilite la lactancia materna (artículo 3.a 2º y 3º). Se comienza a observar un cambio de visión entorno a la lactancia materna, no es solo un derecho de la madre, sino también del menor.

El artículo 4, de Derechos comunes de la madre y el padre del recién nacido, también prevé, en el apartado b), que ambos tienen derecho al acceso continuado de su hijo o hija, en caso de ingreso en una Unidad Neonatal y siempre que la situación clínica lo permita.

8.1.4. Comunitat Valenciana

La ley 8/2008, de 20 de junio de la Generalitat, de los derechos de salud y los niños adolescentes tiene como finalidad que los menores de la Comunitat Valenciana tengan garantizado su derecho a la salud, en su sentido más amplio.

De esta forma, en el título I se enumeran los derechos específicos relacionados con el nacimiento y la lactancia materna, ya que la salud del menor comienza a fraguarse antes de su nacimiento, por lo que la atención de la madre embarazada y los cuidados que reciba durante embarazo y parto serán de gran importancia.

El objetivo de este título es propiciar un ambiente adecuado al nacimiento y fortalecer el vínculo materno-infantil desde ese momento, así como promover la lactancia materna.

En el título I, Capítulo I (derechos relacionados con el nacimiento y la lactancia) contiene dos artículos. El primero, artículo 4, se refiere a los derechos relacionados con el nacimiento y establece, de forma expresa en el párrafo 6, que siempre que el estado de salud de madre e hijo lo hagan posible, el recién nacido permanecerá junto a su madre.

Esto no debe ser la excepción, una parturienta no es una enferma y el parto no es una enfermedad. El alumbramiento es un proceso fisiológico natural que si bien requiere un gasto energético, no empeora el estado de salud de la madre. Por tanto, en la mayoría de casos la no-separación debería ser la norma, salvo aquellos casos de urgencia, gravedad o peligro para la vida de la madre o el recién nacido.

El artículo 5, de Derechos relacionados con la lactancia materna, establece que la Conselleria adoptará las medidas necesarias para promocionar la lactancia materna así como aquellas necesarias para implementar la iniciativa IHAN de UNICEF.

Desgraciadamente, pese a la previsión de este artículo, a fecha 27 de mayo de 2009, fecha en que se actualizó por última vez la base de datos de la IHAN, no hay ningún hospital valenciano que ostente el distintivo de "Amigo de los Niños" y sólo uno, el Hospital de Denia (Alicante) está en proceso de cambio.

8.2. Estudio de legislaciones Suramericanas

También en países de Suramérica empiezan a aparecer legislaciones en las que se contemplan las cuestiones tratadas en este trabajo, desde un punto de vista respetuoso y acorde con las Resoluciones de la OMS.

8.2.1. Argentina

En Argentina entró en vigor, el 21 de noviembre de 2004, la *ley de Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento*, de 25 de agosto de 2004.

En la Exposición de Motivos se especifica la doble finalidad de la ley: de un lado, instar a los médicos y otros implicados en el proceso del nacimiento a garantizar un ambiente adecuado para que el parto se desarrolle con la mayor naturalidad. Y, de otro lado, imponer límites al trabajo médico para evitar que se incurra en prácticas y estudios innecesarios o sin el consentimiento de los padres.

Es precisamente este último punto de gran trascendencia, ya que de la forma en que se ha redactado reconoce que los médicos se excedían en sus competencias y, por ello, la ley establece que no se deberán efectuar prácticas sin el consentimiento de los padres.

Al examinar detalladamente la ley se encuentran distintos artículos que reconocen el derecho de toda mujer y de los padres a tener a su hijo a su lado durante la permanencia en el centro sanitario (artículo 2.h y 4.b) y el derecho de la mujer y del padre y la madre a ser informados sobre los beneficios de la lactancia materna y a que la misma se facilite (artículo 2.i y 4.d).

ARTICULO 2.

Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el post parto, tiene los siguientes derechos:

- h) A tener a su lado a su hijo/a durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera cuidados especiales.*
- i) A ser informada desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.*

ARTICULO 4.

El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos:

- b) A tener acceso continuado a su hijo hija mientras la situación clínica lo permita, así como también a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.*
- d) A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.*

Es interesante resaltar que la ley Argentina dicta, específicamente, que la ley será aplicable tanto en centros sanitarios públicos y privados que efectúen prácticas entorno al nacimiento.

8.2.2. Venezuela

También en Venezuela se contempla, en la *Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente*, de 2 de octubre de 1998, artículos de Protección a la Maternidad.

Así, el artículo 45 de dicha ley establece la Protección del Vínculo Materno-filial: *todos los centros y servicios de salud deben garantizar la permanencia del recién nacido junto a su madre a tiempo completo (...).*

El artículo 46 también prevé que el Estado y los empleados de los servicios de salud proporcionarán las condiciones adecuadas para permitir la lactancia materna.

8.3. Evaluación de las legislaciones

Podríamos buscar más legislaciones en otros Estados o Comunidades en las que se reconociera el proceso de los vínculos y el derecho a respetarlo, así como el derecho a que se facilite la lactancia materna. El contener estos aspectos en las leyes es positivo, ya que indica que empieza a calar la importancia del contacto neonatal precoz y la lactancia materna en la sociedad. Sin embargo, la realidad es

que ni tan siquiera sería necesario incluir estos aspectos en las leyes, ya que el derecho al nivel óptimo de salud debería contener y garantizar todos los cuidados que, conforme a las últimas investigaciones científicas, se van estableciendo y configurando como los mejores.

Todo ello sin olvidar que quien tiene la facultad de decidir acerca de las atenciones que deben ser proporcionadas al recién nacido son sus padres, en virtud de la representación legal del menor que le confiere la patria potestad.

9. CONCLUSIONES

El nacimiento es un hecho crucial en la vida de toda persona. La forma en que se llega a este desconocido mundo deja una huella imborrable en la forma de ser, ya que las primeras experiencias modulan nuestra arquitectura cerebral. El acogimiento por parte de nuestra madre es clave: el contacto físico y afectivo que recibimos tras el parto queda registrado en nuestros circuitos.

A lo largo de todo el trabajo se ha defendido el contacto neonatal precoz y el apoyo a la lactancia materna como dos medidas para favorecer la salud del recién nacido pero, sobretodo, se ha defendido que ambos aspectos contribuyen al establecimiento del vínculo entre madre e hijo, a una buena formación del apego, como base de la relación entre esas dos personas. Ello facilitará la interacción y las respuestas de la madre hacia el bebé, será más atenta y receptiva.

Hoy se conocen las consecuencias nefastas de la separación materno-filial para la salud del más pequeño. La primera hora tras el parto se segrega gran cantidad de oxitocina que favorece la creación de un fuerte lazo entre la madre y el bebé. Si bien es cierto que “biología no equivale a destino” y que el cerebro es flexible y resiliente, no es menos cierto que un inicio adecuado facilita las relaciones de apego y establece las bases para una personalidad segura y vinculada a la madre, maximizándose así las posibilidades de supervivencia del niño.

Ello es muy importante, sobretodo, en las madres con menor apoyo social, que se benefician mucho más de un contacto temprano con su bebé. El “embelesamiento” químico que se produce favorece que estas madres sean más hábiles para cuidar y proteger a su pequeño. Es por ello que el contacto neonatal precoz es una auténtica medida preventiva de futuras situaciones negligentes. Por pequeñas que sean las mejoras, son medidas que vale la pena establecer de forma definitiva, ya que es sumamente beneficioso para madre e hijo y además su coste es mínimo, casi nulo.

Como ya se ha observado a lo largo del trabajo, la no separación materno-filial y el fomento de la lactancia materna en el momento posterior al parto tiene múltiples beneficios: aumenta la habilidad de los padres para serlo, al sentirse más cerca de sus hijos; reduce los niveles de estrés del neonato; reduce los casos de malos tratos; incrementa el éxito de la lactancia natural, etc. El contacto precoz entre la madre y el recién nacido ha sido la norma de nuestra especie desde el inicio de los tiempos hasta hace un siglo y medio aproximadamente, en que el desarrollo de la

medicina se extendió por todos los países industrializados. Si bien es cierto que algunas prácticas consiguieron reducir la mortalidad infantil también lo es el hecho de que los protocolos se generalizaron, incluso en los casos de bajo riesgo. Por este motivo la OMS empezó a difundir, desde 1985, una serie de recomendaciones con tal de evitar la manipulación médica en todo el proceso de parto, inclusive el trato al recién nacido en el momento posterior al nacimiento. Muchos países europeos han adaptado sus protocolos a dichas recomendaciones. No obstante, la realidad española es el incumplimiento de las directrices de la OMS y el irrespeto de la voluntad de los padres.

Si existen múltiples estudios científicos que han demostrado los beneficios de estas prácticas y por ello así lo recomienda también la OMS, ¿Por qué en España no se adaptan todos los Protocolos hospitalarios a estas circunstancias? ¿Y por qué no se respeta la manifestación de voluntad de una madre que desea no ser separada de su bebé nada más nacer? Quizás la respuesta sea por motivos de comodidad, de tradición hospitalaria, de cierto sentido de autoridad sobre el "paciente"... pero creo que es urgente la reforma, porque la voluntad de los padres no puede ser menoscaba de forma sistemática, mucho menos cuando aquella se dirige a prácticas beneficiosas para sus hijos y para sí mismos.

Se habla mucho de políticas preventivas en la infancia, aunque después se dedican pocas partidas presupuestarias a ello, ya que los niños no votan, así que no importan mucho políticamente. La situación es aún más acentuada en los bebés, no sólo no votan sino que no hablan de manera inteligible para un gran colectivo. Quizás ello ocasiona que los cambios entorno al trato a recién nacidos sean tan lentos. Si protestaran de forma enérgica y comprensible para todos probablemente el cambio sería mucho más rápido. Si en vez de llorar gritaran con fuerza "no me separes de mi mamá" la situación sería bien distinta.

Hasta un siglo y medio atrás, aproximadamente, se operaban a los prematuros sin anestesia. Dado que su cerebro estaba inmaduro su reacción al dolor era más lenta y no lloraba al instante. Es por ello que se creía que eran incapaces de sentir dolor. Hoy la ciencia ha demostrado lo contrario, no sólo siente dolor, sino que además lo siente de forma más aguda que un adulto, ya que la capa de mielina que aísla y protege el nervio no está totalmente desarrollada, sintiendo así el dolor a lo largo de todo el nervio, y no sólo en el lugar dónde se produjo la agresión. Ahora este dato nos parece una aberración, ¿cuántos años más hemos de dejar pasar para que la separación neonatal nos parezca la aberración del futuro? ¿Cuántos estudios más

serán necesarios para demostrar el sufrimiento del bebé y su madre al ser separados nada más nacer? El recién nacido ha estado 9 meses en contacto continuo con su madre, ¿cómo podemos recibirlo por primera vez, en un mundo externo y desconocido de esta manera tan fría, por personal sanitario que no guarda ninguna relación con el pequeño, que no les conoce, en vez de por su madre amorosa?

En realidad no creo que sean necesarios más estudios ni más leyes para facilitar que las madres estén junto a sus hijos nada más nacer y que no se les suministre biberones ni chupetes, que dificultarán la lactancia natural. Sino sencillamente más convicción en aquellos, mayor formación en quienes atienden a las nuevas personitas que llegan al mundo y mucho más respeto en las decisiones de los usuarios de la sanidad, máxime cuando defienden los intereses de los recién nacidos, porqué son sus padres y es a ellos a quienes corresponde la decisión.

El objetivo de este trabajo no es conseguir que se apliquen las resoluciones de la OMS en todos los paritorios españoles, sino conseguir que se respete la voluntad de los padres entorno al contacto neonatal precoz y la lactancia materna, no porqué el contacto madre-hijo inmediato sea lo mejor (que lo es y lo recomienda la OMS), ni porqué la lactancia natural sea el alimento óptimo para nuestro hijo (que también lo es y también lo recomienda la OMS) sino porqué en base al interés superior del menor y al derecho a la salud de éste existe la obligación de garantizarle los mejores cuidados y, en base a la autonomía de la voluntad, el derecho a la libertad y dignidad de la mujer, y en base a la representación legal parental éstas son decisiones que sólo competen a los padres.

10. BIBLIOGRAFÍA

AGUILAR CORDERO, M^a JOSÉ. *Lactancia Materna*. Ed. Elsevier. 1era ed. 2004
Especial atención al capítulo 35 "Maltrato Infantil y Lactancia Materna".

ANISFIELD, ELIZABETH Y LIPEER, EVELYN. *Early Contact, Social Support and Mother Infant Bonding*. Publicado en PEDIATRICS, vol 72, n° 1. Julio 1983, pág 79-83.

EDMOND, KAREN M.; ZANDOH, CHARLES; QUIGLEY, MARIA A.; AMENGA-ETEGO, SEEBA; OWUSU-AGYEI, SETH Y KIRKWOOD, BETTY R. *Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality*. Publicado en Pediatrics, vol 117, n°3. March 2006, pág 380-386.

GÓMEZ PAPÍ, A.; BAIGES NOGUÉS, T.; BATISTE FERNÁNDEZ M^a T.; MARCA GUTIÉRREZ M^a DEL M.; NIETO JURADO A. Y CLOSA MONASTEROLO R. *Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término*. Publicado en Anuario Español de Pediatría, vol 48, n° 6, 1998.

KLAUS, M.; JERAULD R.; KREGER N.; MCALPINE W.; STEFFA, M. Y KENNEL J. *Maternal Attachment: Importance of the first post-partum days*. Publicado en New England Journal of Medicine, 1972, n° 286. Pág. 460-463.

KLAUS M. Y KENNEL J. *Maternal Infant Bonding*. St. Louis, Mosby, 1era ed. 1976.
Edición Revisada: *Bonding. Building The Foundations Of Secure Attachment and Independence*. Addison-Wesly, New York, 1995

MACMILLAN, HARRIET L.; MACMILLAN, JAMES H. Y OFFORD, DAVID R.. *Primary Prevention of Child Maltreatment*. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Publicado en Ottawa, 1994. Revisado en 2003.

MADRID A. Y SCHWARTZ, M. *Maternal Infant Bonding and Pediatric Asthma: An Initial Investigation*. Publicado en Pre-Perinatal Psychology Journal. New York, verano. 1991. Vol 5, issue 4. Pág 347-359.

MIZUNO K., MIZUNO N., SHINOHARA T., NODA M. Y PORTER R. *Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour*. Acta Pediátrica 2004, vol 93, n° 12.

MOORE ER, ANDERSON GC, BERGMAN N. *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants*. Publicado en Crochane Database of Systematic Reviews. 2007. Issue 3 (1era ed 2003).

MORANT VIDAL, JESÚS. *Derecho de Familia, Patria Potestad, Tutela y otras instituciones de protección de menores*. Noticias Jurídicas, Febrero 2002.

MOSS, HOWARD A; HESS, ROBERT; SWIFT, CAROLYN. *Early Intervention Programs for Infants*. The Haworth Press, 1982.

NORR, KATHLEEN F.; ROBERTS JOYCE E.; FREESE, UWE. *Early Postpartum rooming-in and maternal attachment behaviors in a group of medically indigent primiparas*. Publicado en Journal of Nurse-Midwifery. Vol 34, nº2, Marzo-Abril 1989.

O'CONNOR, SUSAN; VIETZE, PETER; SHERROD KATHRYN B.; SANDLER, HOWARD M. Y ALTEMEIER, WILLIAM A. *Reduced Incidence of Parenting Inadequacy Following Rooming-in*. Publicado en Revista Pediatrics Vol 66, nº 2. Agosto 1980.

PERAPOCH LÓPEZ, J. *Cuidados Centrados en el Desarrollo. Situación en las Unidades de Neonatología de España*. Publicado en Anales de Pediatría, vol 64, nº 2, 2006. Pág. 132-139.

PUIG G., SGUASSERO Y. *Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos*. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. 9 de noviembre 2007.

VARGAS, ADRIANA Y CHASKEL, ROBERTO. *Neurobiología del Apego*. Publicado en Avances en Psiquiatría Biológica. Vol 8, 2007.

VERNY, THOMAS. *La vida secreta del bebé antes de nacer*. Ed. Urano. Barcelona, 1988, 1era edición.

WISMER FRIES, ALISON B.; ZIEGLER, TONI. E.; KURIAN, JOSEPH R.; JACORIS, STEVE; POLLAK, SETH D. *Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior*. Universidad de Illinois (at Urbana Champaign). Publicado en PNAS, 22 noviembre de 2005. Vol 102, nº 47.

RECURSOS DE LA RED:

www.ihan.es. Iniciativa Hospital Amigo de los Niños

www.apps.who.int/rhl/es Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS

www.who.int/reproductivehealth/en. Método Madre Canguro. Guía Práctica.

Organización Mundial de la Salud, 2004. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, OMS, Ginebra

www.kangaroomothercare.com. Método Madre Canguro, por Dr. Bergman

www.elpartoesnuestro.es. Asociación El Parto Es Nuestro

www.proyectohera.com. Proyecto para mejorar los cuidados a los prematuros

www.f-adana.org. Fundación ADANA, de ayuda a personas con trastornos de Déficit de Atención

www.healthpowerhouse.com/files/EPEI-2009/european-patient-empowerment-2009-report.pdf. Informe de Autonomía del Paciente Europeo.

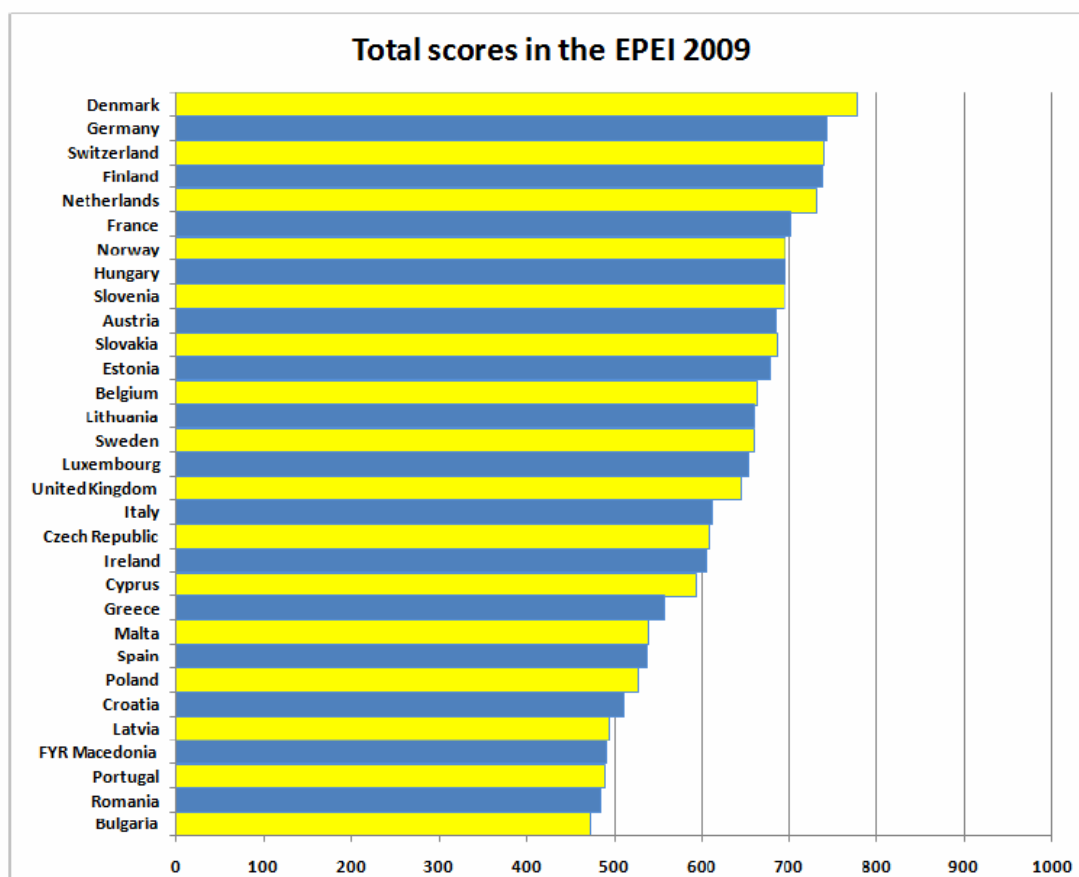
ANEXO

La Autonomía del Paciente Europeo

LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE EUROPEO

En Abril de 2009 se publica el informe *La Autonomía del Paciente Europeo*¹⁶, efectuado por "Health Consumer Powerhouse". Este estudio evalúa a un total de 31 naciones, comprobando la efectividad de los derechos del paciente en cada país, el nivel de autonomía que se ostenta, el grado de información suministrado, el acceso al historial médico, el derecho a una segunda opinión...

En el ranking total de "Autonomía del Paciente" España ocupa la posición 24ª de Europa, sólo tiene por detrás a 7 países (Polonia, Croacia, Letonia, R. de Macedonia, Portugal, Rumania y Bulgaria).



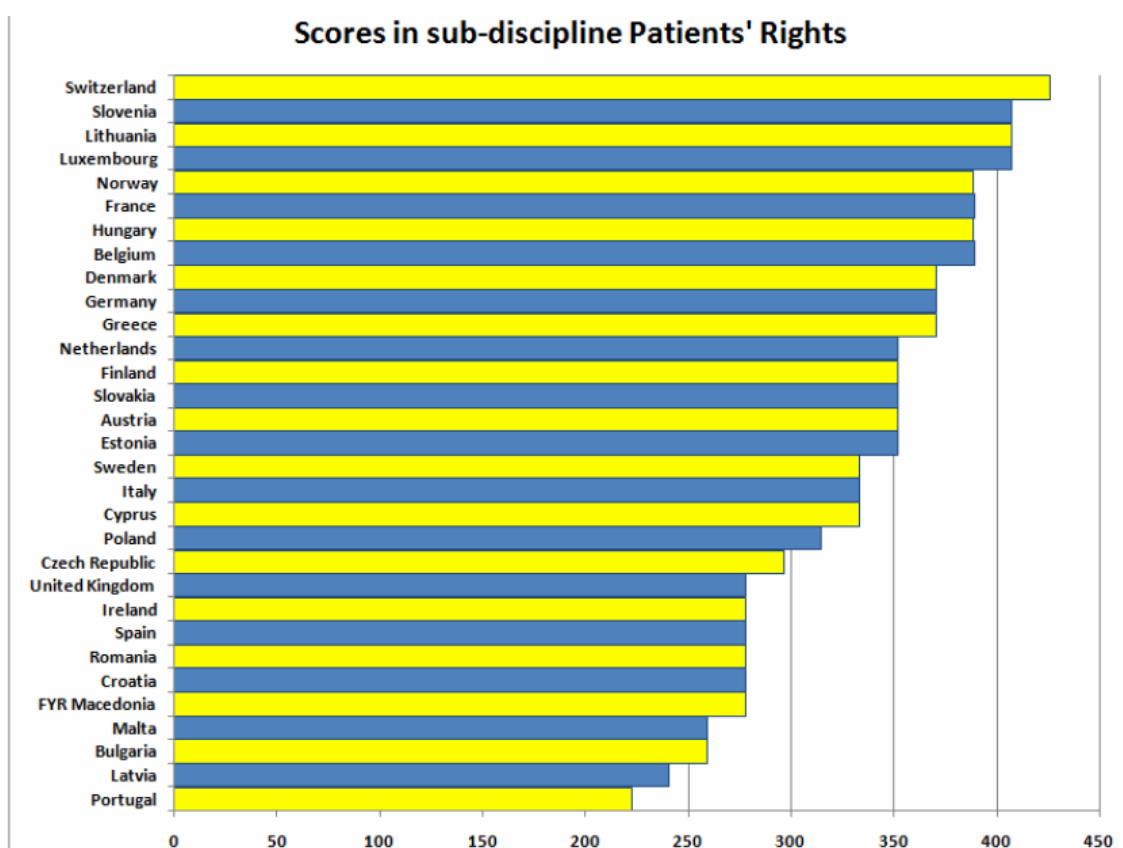
En el estudio se concluye que los países de habla germana son quienes tienen mayor autonomía. Así, los enfermos de estos países tienen mayor libertad de elección como pacientes. Se dice, textualmente, que *Alemania, Austria o Suiza son*

¹⁶ *The Empowerment of the European Patient. Options and Implications.* Health Consumer Powerhouse, 31 de marzo de 2009. www.healthpowerhouse.com/files/EPEI-2009/european-patient-empowerment-2009-report.pdf

paraísos para el consumidor de los servicios de salud. Ello no guarda relación directa con el gasto *per capita* en salud que efectúa el Estado (España ocupa la posición 16ª en gasto y, sin embargo, en cuanto autonomía estamos en el 24º lugar).

En relación a la disciplina “Derechos del Paciente” España se sitúa también en 24º lugar.

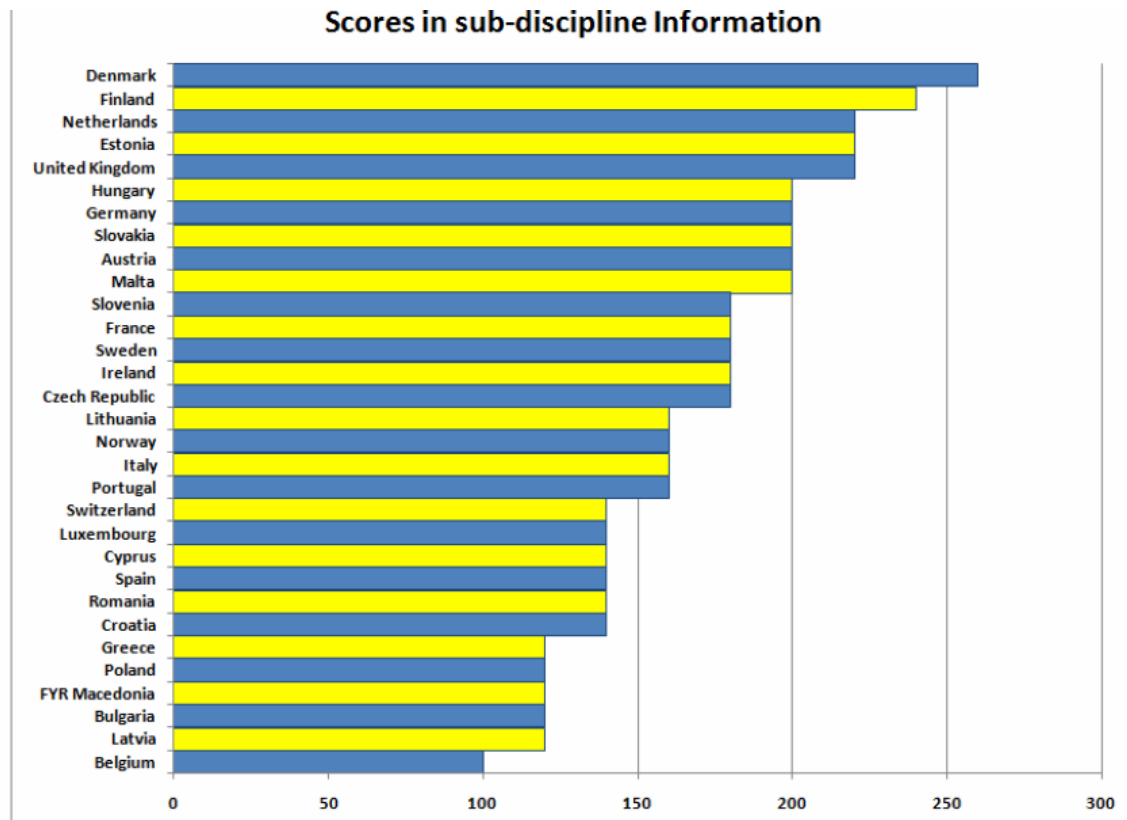
En general, hay una débil implantación de los derechos del paciente: la mitad de los países del ranking complican o deniegan la posibilidad de una segunda opinión médica y en un tercio de los países se restringe el acceso al historial médico.



Los países con mejores puntuaciones, en relación con los derechos del paciente, son Suiza, Luxemburgo o Francia.

En cuanto a la información que se suministra al usuario de la sanidad, España mejora sólo una posición: ocupamos el 23º lugar. El informe establece que en España no se dedica apoyo económico para promover iniciativas dirigidas a

promover la libre elección del paciente. Debe aumentarse la información suministrado al usuario de la sanidad, tanto en cantidad como en calidad: un paciente bien informado puede participar activamente en la atención médica que se le atorga.



El informe nos indica que España debería inspirarse en países como Dinamarca a la hora de manejar más fuentes de información así como en relación a la libertad de elección del paciente, acerca de un tratamiento efectivo y adecuado, para poder tener un papel activo en la toma de decisión.

<http://www.healthpowerhouse.com/files/EPEI-2009/european-patient-empowerment-2009-report.pdf>

