

Sociedad Argentina  
de Pediatría  
Filial Corrientes



*Sub Comisión de Lactancia Materna*

*Comité de Pediatría Social*

Corrientes - 6, 7 y 8 de setiembre 2012

# 12º Congreso Argentino de Pediatría Social

## *“Los contextos del desarrollo infantil. Interculturalidad y equidad.”*



# 7º Congreso Argentino de Lactancia Materna

## *“Analizando el presente, construyendo el futuro”*

# CONFERENCIA “REFLEXIONES”



**María Luisa Ageitos**

Médica Pediatra

Licenciada en Salud Pública

# ¿Qué los une?



- La pediatría social: toca los temas de la salud pública y los derechos a nivel familiar y comunitario
- La lactancia materna: toca los temas de la nutrición y la salud mental a nivel familiar y comunitario

# Ejes conceptuales



- Contextos del DIT
- Interculturalidad
- Equidad
- Analizando el presente: implica capitalizar las lecciones aprendidas
- Construyendo el futuro: desafíos pendientes




# Algunas reflexiones

- Sobre el contexto
- Sobre el desarrollo infantil
- Sobre interculturalidad y equidad
- Sobre cuáles son los análisis y las lecciones aprendidas y como construir un futuro deseable
- Sobre el marco legal y la Declaración del Milenio

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2012

## Niñas y niños en un mundo urbano

únete por  
la niñez

unicef 

MLA/12

# Contexto



- Contextos macro Entorno Urbano 92%  
Entorno Rural 8%
- Contextos micro : familia, estilos de crianza y LM, recursos comunitarios

## INTERCULTURALIDAD



# Contexto urbano

## Infancia y pobreza

- Hábitat desfavorable
- Villas de “emergencia”
- Tugurios urbanos
- Población migrante
- Derechos vulnerados: al agua, a la vivienda, al juego, al esparcimiento, a la salud y la educación

# EXCLUSIÓN:

## Privación de derechos

- **Social:** privación del goce de derechos cívicos, incluso falta de documentación, dificultad en encontrar empleo decente, vivienda digna, alimentación y entorno físico saludable, equipamiento urbano deteriorado: falta de plazas, clubes, bibliotecas
- **Educativa:** escuelas para pobres, media jornada, precarias en ámbito físico, recursos y personal docente

# EXCLUSIÓN: Privación de derechos

- **Sanitaria:** sistema sanitario en crisis: faltan turnos, profesionales, equipamiento, camas y su distribución es desigual. Contraparte es la **deserción sanitaria:** ausencia a controles de salud, a citas programadas, automedicación. **Escaso cumplimiento de la contraprestación exigida para la AUH**

# Contexto micro: Familias acosadas

- Por su situación de NBI
- Demandas sociales, publicidad engañosa, consumismo estimulado: “tener para ser”
- Uso de niños y adolescentes como consumidores
- Vida familiar “vínculos líquidos”
- Frustración, anomia, desocupación, alcohol y drogas como cóctel explosivo

# Pobreza

- Hay diferentes maneras de medir la pobreza:
  - Por ingresos
  - Según NBI
  - Según índice de desarrollo humano
  - Según concepto de necesidades humanas universales
- Otros abordajes: desde el desarrollo humano y social



# Otros abordajes (UCA)\*

- Condiciones materiales
- Procesos de crianza y socialización
- Procesos de formación



Barómetro de la deuda social de la infancia. Salvia A., Tuñón I. UCA, Bs As, 2012

# Pobreza

- Condiciones materiales de vida
  - Hábitat, agua, cloacas, hacinamiento, gas, contaminación
  - Vida y salud
  - Subsistencia: empleo mínimo, ingresos, seguridad social



# Dimensiones de la pobreza: nuevo indicador

- Vivienda
- Nutrición
- Agua potable
- Educación
- Información  
(TV radio, TE, electricidad)

Indicador Bristol: CEPAL, UNICEF TACRO (2012)

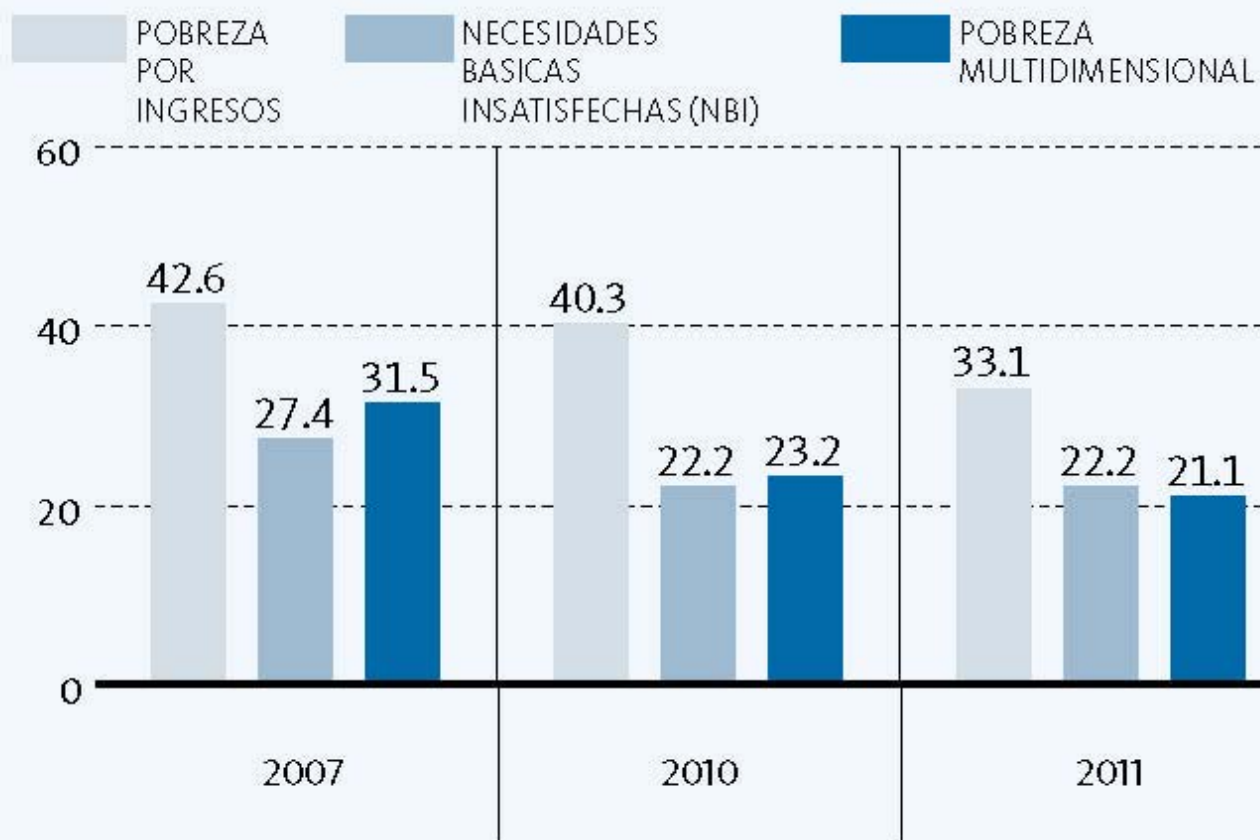




## Evolución de la pobreza infantil por año de relevamiento



En porcentaje de niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17. Período 2007-2011

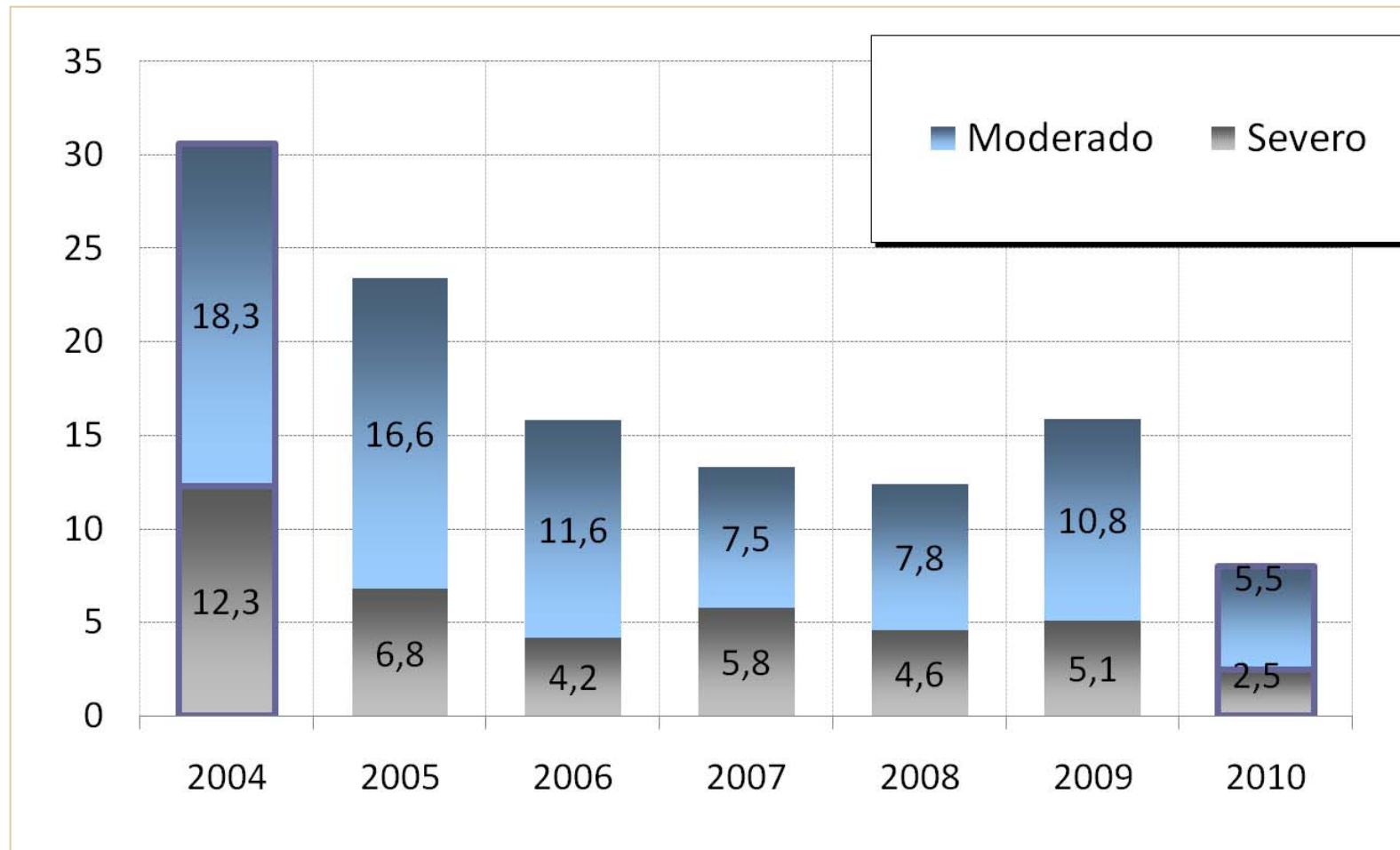


FUENTE: EDSA-BICENTENARIO (2010-2016), OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA, UCA.



# hogares

## Grandes ciudades argentinas (ODS- UCA-2011)



# Determinantes sociales de la Salud

## Subsanar las desigualdades sanitarias en una generación

### Tres Principios:

- Mejorar las condiciones de vida de toda la población.
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
- Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de la intervención. Evaluar la magnitud de la inequidad sanitaria.



Fuente: [www.who.int/social\\_determinants/en](http://www.who.int/social_determinants/en) Agosto de 2008

Dr. Michael Marmot, Presidente de la Comisión de OMS, Miembro de la Academia de Ciencias de UK

# Determinantes sociales



- **Determinantes estructurales:**  
Políticos, económicos, culturales
- **Determinantes intermedios:**  
Condiciones materiales de vida,  
comportamiento, factores biológicos, factores  
psicosociales, servicios disponibles
- Ambos impactan en la **equidad** en acceso a la  
salud y en el **capital humano**



# Desarrollo Infantil Temprano

## Lactancia materna

### Iniciativa Hospital Amigo de la madre y el niño

- **Paso 4** Colocar al bebé en **contacto piel a piel** de su madre inmediatamente después del nacimiento. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora

## BACK TO BASICS



A review of the scientific foundations of current clinical practice

### Author Disclosure

Dr Schore did not disclose any financial relationships relevant to this article.

# Attachment, Affect Regulation, and the Developing Right Brain: Linking Developmental Neuroscience to Pediatrics

Allan N. Schore, PhD\*

*Editor's Note: This article is a departure from our usual review in that it discusses new frontiers in the correlation of brain, mind, and emotions in developing children as well as areas of collaboration between pediatrics and sister disciplines. Dr Schore has adapted a substantial amount of technical information to the viewpoint of the pediatrician. At the same time, many readers will encounter perspectives and language that seem unfamiliar. We urge clinicians to invest the effort needed for a careful reading to appreciate exciting new ways to look at development and emotional coping mechanisms. Readers desiring an abbreviated version will find it in the print version. —LEN*

### Introduction

We are in the midst of an exciting period for clinical practitioners, one in which the connections between the basic and applied sciences are being more tightly forged. A powerful engine driving this progression of knowledge is the recent remarkable advance in biotechnology, especially imaging technologies. Noninvasive studies of organ systems have increased substantially our understand-

ing of the biologic processes that underlie various diseases of the body. At the same time, neuroimaging research of both psychological functions and psychiatric conditions has generated more complex models of normal and abnormal operations of the human mind. Another catalyst of the continuing dramatic increase in information is the rapid expansion of collaborative interdisciplinary research. Of particular relevance to pediatrics, this same time period has seen an explosion in infant research that integrates neurobiological studies of brain development and psychological studies of emotional, social, and cognitive development. Developmental studies, which span a spectrum of scientific and medical disciplines, now are serving as a convergence point for complex models of structure and function, brain, mind, and body.

A paradigm shift is occurring in the basic sciences that underlie pediatrics. Research in developmental biology and physiology now strongly supports a model of the "developmental origins of health and disease."

(1) Although the role of early expressed genetic factors is an essential focus of current study, it has become clear that genes do not specify behavior absolutely; prenatal and postnatal environmental factors play critical roles in these developmental origins. The social environment, particularly the one created together by the mother and infant, directly affects gene-environment interactions and, thereby, has long-enduring effects.

\*Department of Psychiatry and Bibehavioral Sciences, University of California at Los Angeles David Geffen School of Medicine, Los Angeles, Calif.

Dr Schore is a member of the Commission on Children at Risk, Report on Children and Civil Society, "Hardwired to Connect," Dartmouth Medical School, the YMCA of the USA, and the Institute of American Values.



# Apego, regulación de los afectos y el hemisferio derecho en desarrollo:

Relación de la neurociencia del desarrollo con la pediatría\*

- Revisa y plantea como el modelo de desarrollo cognitivo ha pasado al modelo psicobiológico del desarrollo **psicoemocional**.
- Esto destaca la **emoción** y el proceso del cerebro derecho, el sistema límbico responsable de procesar las emociones, y el concepto de autorregulación.
- estudia la relación de las emociones y la **amígdala cerebral**

\*Allan N. Shore, MD. Pediatrics in review, en español. Vol 26 Nro.9 Noviembre 2005

# Desarrollo infantil

**El DIT adecuado se da en la interacción de :**

- Salud, nutrición y bienestar incluyendo el juego
- Atraviesa el campo físico, socio emocional, cognitivo y del lenguaje
- Los niños son modelados por el entorno y a su vez lo moldean
- Los adultos de algún modo somos escultores del cerebro infantil
- Los **determinantes sociales** modelan el cerebro y el desarrollo biológico a través de la influencia de la calidad de la estimulación, la crianza, el entorno y el apoyo social
- El buen comienzo es el primer paso de la **EQUIDAD**

# Linking Socioeconomic Adversity and Biological Vulnerability at Birth to Children's Outcomes at Age 5.

## Investigan vulnerabilidad y su relación con evaluación a los 5 años

Encuentran:

- El status socio económico impacta desde muy temprano
- Lo prenatal y el nacimiento predicen el DIT evaluado a la edad de 5 años
- La educación materna y la vulnerabilidad biológica determinan

Santos R, Brownell M, Ekuma O, Mayer T, Soodeen R. The Early Development Instrument (EDI) in Manitoba Winnipeg, B: Manitoba Centre for Health Policy, May 2012 (Canada)

# Linking Socioeconomic Adversity and Biological Vulnerability at Birth to Children's Outcomes at Age 5.

Encuentran 3 grupos vulnerables: (32%)

- Hijos de adolescentes (teen agers)
- Familias que están en asistencia social
- Familias marginales

## Resumen

- Hay niños mas **susceptibles** que otros al entorno
- Niños con **Apgar bajo** responden fuertemente a la **LM**
- Amamantados: **entorno positivo** que contribuye a “cerrar la brecha”
- Reconocen una transmisión **intergeneracional** de riesgo. La **epigenética** muestra como influye el ambiente en la expresión de los genes

# el vínculo impacta en la biología

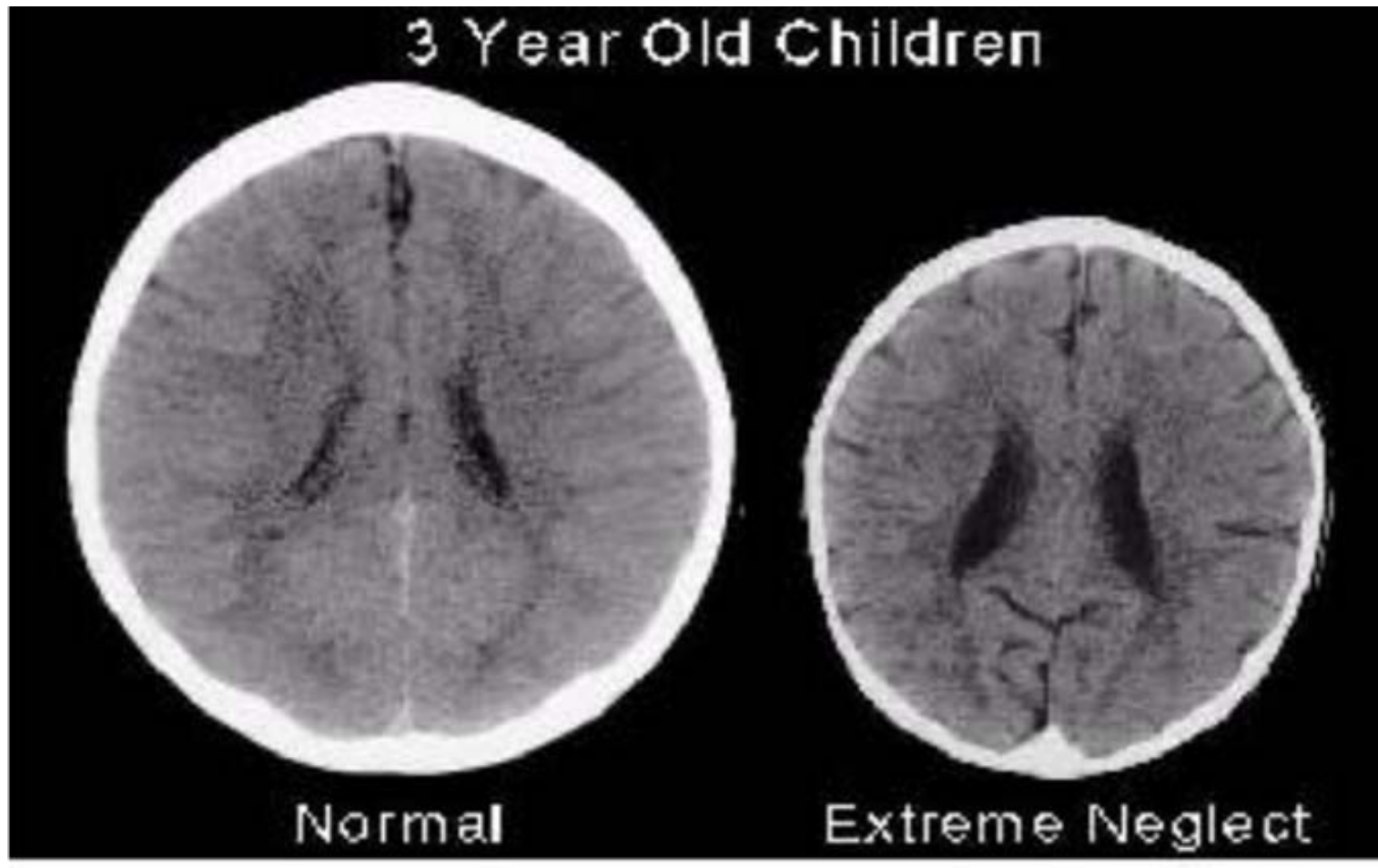
Si el niño recibe:

- Calor, abrigo, amor, empatía (el pecho lo brinda)
- Segrega **dopamina**, que impacta en el cerebro con un sistema de **respuesta saludable**

Si recibe:

- Negligencia, desamor, frialdad
- Segrega **cortisol y adrenalina**
- Que modelan el cerebro hacia la depresión, la agresión y codifica la experiencia como **negativa**.
- Se afecta el modo en que es “cableado” el cerebro

# Efecto del abandono en el cerebro



# Trabajar con las familias

[www.familylinks.org.uk](http://www.familylinks.org.uk)



# La familia

- Es fundamental fuente de cuidado (nurturing)
- Los gradientes socioeconómicos reflejan las dificultades de una familia con pocos recursos en proponer entornos enriquecedores para sus niños.
- Las familias requieren un abanico de soportes para sus niños pero también para la ellas mismas.
- Hay diferencias de genero dentro de las familias y dar poder a las madres alivia algunas de estas inequidades.



# POBREZA-DIT-LM

- El acceso a **espacios para jugar y explorar** es crítico para los 3 dominios del DIT (emocional, cognitivo, físico)
- La alimentación **al pecho** ofrece un momento ideal para el estímulo y el vínculo
- La **pertenencia** a alguna comunidad puede redundar en discriminación y conflicto o puede ser fuente de apoyo
- **Género**, normas y roles están relacionados con creencias y tradiciones en las comunidades

# Las estrategias electivas implementadas en países de desarrollo medio

- Los responsables de programas de DIT deberán **aliarse** con otros en la comunidad y también con las familias a las cuales sirve.
- Los programas y servicios deben construirse con **calidad** y **equidad** prioritarios.
- Los responsables de los programas y servicios de DIT tienen un rol central en asegurar su consideración en las políticas públicas de **protección integral**.


# Algunos pensamientos nos iluminan

- *“La sociedad capitalista si se deja sin regulación tiende a hacer más ricos a los ricos y más pobres a los pobres y esto aumenta la brecha”.*

J. Nehru 1960

- *“Que paradoja que vemos en estos días. Con los planes de rescate de la banca internacional , bien pudiera haberse solucionado el flagelo del hambre en el planeta”.*

Michelle Bachelet, médica pediatra, Presidenta de Chile,  
ONU, Septiembre de 2008.

- 
- *“La enfermedad y la salud deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre la equidad y la justicia social.  
... y no deben entenderse sólo como distribución de la atención sanitaria...”*

Amartya Sen

- *“El individuo, con su existencia breve y frágil, sólo puede encontrarle sentido a la vida por su actuación sobre la sociedad.”*

Albert Einstein

# Marco legal

- Alma Ata, 1978
- Salud para todos en el año 2000
- Carta de Ottawa 1986
- Convención Derechos del Niño
- CEDAW
- Cumbre Mundial a favor de la infancia 1990
- Declaración del Milenio 2000-2015



**LOS OBJETIVOS DE  
DESARROLLO PARA EL  
MILENIO**

**Tienen que ver con los  
niños**

Para toda la infancia  
Salud, Educación, Igualdad, Protección  
ASÍ LA HUMANIDAD AVANZA

unicef 

# Objetivos de desarrollo para el Milenio (ODM) 2000-2015

- 1) Erradicar la **pobreza extrema** y el hambre
- 2) Alcanzar **educación básica** universal de calidad
- 3) Promover el **empleo** decente
- 4) Promover la igualdad de **género**
- 5) Reducir la **Mortalidad infantil**
- 6) Mejorar la **salud materna**
- 7) Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y la TBC
- 8) Garantizar un **medio ambiente sustentable**
- 9) Fomentar una alianza mundial para el desarrollo

# Metas de nuestro país

- **Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre**

**Erradicar** la indigencia y el hambre

Reducir la pobreza a menos del 20%

- **Objetivo 2: Alcanzar la Educación Básica Universal**

Asegurar en el 2010 que el 100% de niños y adolescentes completen **10** años de educación

Asegurar en el 2015, 13 años de educación

- **Objetivo 3: Promover el Trabajo Decente**

Para el 2015 : Incrementar cobertura de protección social

Reducir el desempleo a una tasa menor al 10%

**Erradicar el Trabajo Infantil**



# Metas de nuestro país

- **Objetivo 4: Promover la igualdad de género**

Mejorar la participación económica y decisoria de las mujeres.

Reducir brecha salarial

- **Objetivo 5: Reducir la mortalidad infantil**

Reducir en  $\frac{3}{4}$  la Tasa de MI y MM5 y en un 20% la desigualdad entre provincias (1990-2015)

- **Objetivo 6: Mejorar la salud materna**

Reducir en  $\frac{2}{3}$  la TMM y en un 20% la desigualdad entre provincias (1990-2015)

# Variación en 30 años

## Tasa de Mortalidad infantil (1980 – 2010)

Año	Tasa (valor por mil)	Rangos
1980	33,2	(18-52)
1990	25,6	(17-36)
2000	16,6	(9,4-30)
2001	16,3	(9,6-28,9)
2002	16,8	(9,1-26,7)
2003	16,5	(8,4-27,7)
2004	14,4	(4,1-25,1)
2006	12,9	(8,3-24,2)
2007	12,9	(8,3-24,2)
2008	13,3	(8,4-22,9)
2009	12,1	(7,7-19,2)
2010	11,9	(7-17,8)

Fuente: Hasta el 2010 base de DEIS, MSAL, 2010

# Metas de nuestro país

## □ **Objetivo 7: Combatir el VIH/SIDA, la tuberculosis y el Chagas**

Haber detenido e iniciado la reversión de la propagación del VIH/SIDA en el 2015

Reducir la incidencia y la mortalidad por TBC en un 8% y un 10% anual, respectivamente

Certificar la interrupción de la transmisión vectorial de Chagas en el 2015

## □ **Objetivo 8: Asegurar un medio ambiente sostenible**

Reducir en 2/3 la proporción de población sin acceso al agua potable y a saneamiento, entre 1990 y 2015

Reducir al 50% la proporción de población que reside en villas miseria y asentamientos irregulares

# Lactancia Materna: en los ODM

- **Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre**

Contribuyendo a mejorar el presupuesto de los pobres: menor gasto en fórmulas, biberones, tetinas y combustible, enfermedades y consultas costosas (viajes, ausentismo).

- **Objetivo 2: Alcanzar la Educación Básica Universal**

Contribuyendo a mejorar las capacidades para el aprendizaje y favoreciendo el DIT.



- **Objetivo 4: Promover la igualdad de género**

Mejorando su autoestima por amamantar y tener sus hijos sanos.

Mejorando su ingreso económico por menor gasto y menor pérdida de días laborales.

- **Objetivo 5: Reducir la mortalidad infantil**

Lactancia materna como intervención equitativa que evita enfermedad y salva vidas.

# Lactancia Materna y muertes infantiles

Intervenciones Preventivas	Muertes prevenidas (estimado en miles)	Porcentaje de todas las muertes
Alimentación al pecho	1.301	13
Materiales tratados con insecticidas	691	7
Alimentación complementaria	587	6
Parto seguro	411	4
Vacuna H. Influenza	403	4
Zinc	351	4
Agua Potable saneamiento	323	3
Vitamina A	176	2
Vacuna Antitetánica	161	2

Fuente: De Lancet 361: 2003

# LM y los ODM

## □ **Objetivo 6: Mejorar la salud materna**

Contribuyendo a disminuir la hemorragia post parto con la **puesta al pecho en la primera hora**, y también disminuir la anemia, el cáncer de ovario y de mama, mejorar la osteoporosis, y la autoestima, contribuir a la pérdida de peso post parto: prevención de obesidad.

Disminuir la incidencia de diabetes tipo 2.

Aumentar su placer al disfrutar de amamantar (500 horas de su vida en el primer año).

# LM y los ODM

## □ **Objetivo 7: Garantizar un medio ambiente sustentable**

Disminuyendo el número de latas que se deben enterrar en los rellenos sanitarios, y la cantidad de combustible que se utiliza a nivel doméstico para hervir y preparar biberones.

Ahorrando combustibles fósiles utilizados para producir y desplazar los sucedáneos de un punto a otro de un país y entre diferentes países (fábricas, camiones, aviones, barcos).

Evitando contaminaciones peligrosas con metales, bacterias y en el último caso: melamina (China).



# Lecciones aprendidas: errores repetidos

- Alimentación cada 3 horas
- Nursery
- Papillas y semisólidos a los 3 meses
- Destete por cualquier problema materno
- Destete a los 9 meses
- Leche artificial como complemento
- Ignorancia de fisiología y semiología de la lactancia...

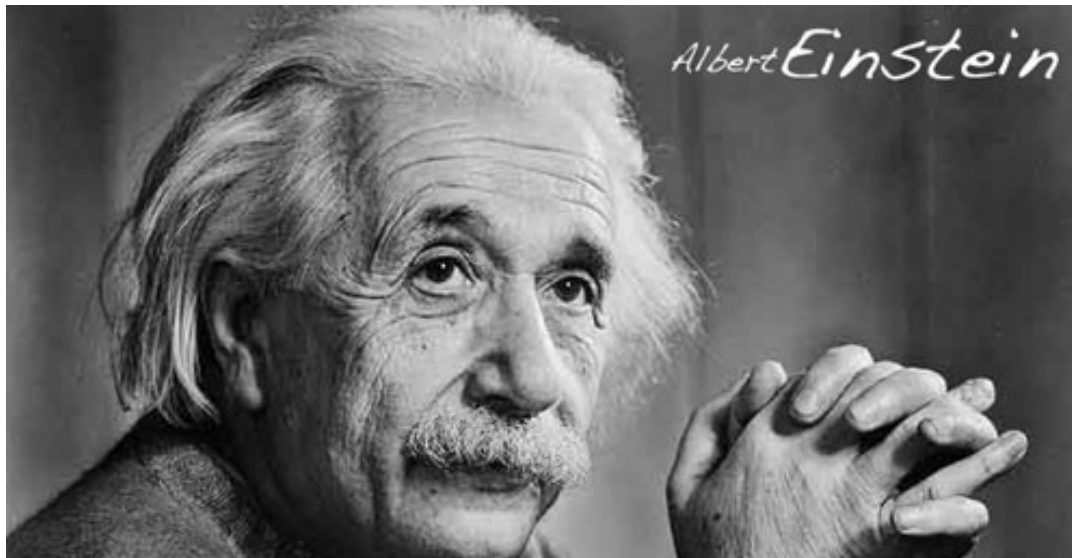
# DESAFÍOS

- Será fuerte nuestro deseo de cambiar?
- Aprenderemos a respetar las decisiones de cada familia?  
Podremos escuchar y respetar?
- Podremos tener una visión holística de cada niño, niña, adolescente y su familia?
- Daremos importancia a la educación para la maternidad y la paternidad? Lograremos trabajar con los padres ?
- Lograremos impactar en la política pública?  
Podemos lograr un reparto equitativo del bien salud?
- Podremos discriminar positivamente a los que mas nos necesitan?

# DESAFÍOS

- Profundizar el cambio hacia el Modelo de Atención con Enfoque Familiar y Comunitario con enfoque de APS.
- Participar en lo Intersectorial para coordinar acciones.
- **Mejorar las competencias en los equipos de salud:**
  - para ejercer abogacía por la salud
  - para evaluar la situación familiar y tener en cuenta los determinantes sociales de la salud y la interculturalidad
  - para ejercer liderazgo local y comunitario
  - para promover, fomentar y apoyar la LM , su manejo clínico y de consejería y favorecer el DIT.

*“No dejemos que lo mensurable nos impida ver lo importante”*



# Muchas Gracias!!

