



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO V – N. 12 – 2011

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/086d.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "SALUD EN TIEMPOS DE CRISIS, UNA LLAMADA A LA INNOVACIÓN" **FORÁNDALUS 2011 V Reunión Internacional de Investigación en Enfermería**, reunión semi-presencial celebrada del 12 al 15 de abril de 2011 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

*Título*      **¿Un aumento en la tasa de lactancia materna reduciría costes en el sistema sanitario?**

*Autores*     Juana Natividad Linares Cano, Inmaculada Cubillas Rodríguez

*Centro/institución*      Centro Salud Las Lagunas de Mijas y Hospital Materno Infantil

*Ciudad/país*              Málaga, España

*Dirección e-mail*        [juanatividad@hotmail.com](mailto:juanatividad@hotmail.com)

## RESUMEN

*Justificación.* En un entorno en el que los recursos económicos disponibles no son suficientes para satisfacer todas las necesidades que el ámbito sanitario demanda, se debe promover la lactancia materna como una acción que implicaría un importante ahorro en el gasto sanitario. *Pregunta.* ¿La lactancia materna podría reducir los costes sanitarios? *Objetivo.* Analizar si un aumento en la tasa de lactancia materna implicaría un ahorro económico en el sistema sanitario. *Metodología.* Revisión bibliográfica de distintas investigaciones sobre lactancia materna y costes sanitarios en el periodo comprendido entre 1995 y 2010. *Resultados.* Todos los estudios consultados ponen de manifiesto el mayor gasto en el sistema sanitario que suponen los RN alimentados con leche de fórmula respecto a si lo hiciesen con lactancia materna. *Conclusión.* La lactancia materna se asocia con un menor riesgo de muchas enfermedades en los bebés y las madres de los países desarrollados. Se debe mantener una posición proactiva en su fomento, pues se trata de una actividad económicamente rentable para las familias y la sociedad.

**Palabras clave:** Recién nacido (RN)/ Lactancia materna (LM)/ Leche de fórmula/ Costes sanitarios.

## ABSTRACT WOULD AN INCREASE IN BREASTFEEDING RATES REDUCE THE HEALTH CARE COSTS?

*Justification.* We live in a world in which the economic resources available are not enough to satisfy the demands of our public health system. Therefore, it is essential to promote breastfeeding as an action that would result in significant savings in health spending. *Question.* Could breast feeding reduce health care costs? *Objective.* To analyze whether an increase in breastfeeding rates would lead to cost savings in the health care system. *Methodology.* Literature review of various studies on breastfeeding and health care costs in the period between 1995 and 2010. *Outcome.* All reviewed studies show that artificially fed newborns involve higher expenditure than breast fed newborns for the national health system. *Main conclusion.* Breastfeeding is associated with a lower risk of contracting diseases in infants and mothers from developed countries. Therefore breastfeeding must be encouraged in a proactive way, because it is economically viable activity for families and society.

**Key -words:** New born/ Breastfeeding/ Health Care Costs/ Artificial Feed.

## TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

### Introducción

Los beneficios de la lactancia materna para el niño son evidentes. Cada vez se publican más estudios que avalan su faceta preventiva en campos como la morbilidad respiratoria, gastrointestinal, la enfermedad de base atópica precoz o la obesidad infantil. Así mismo se ha observado que su mantenimiento conduce a una disminución de la frecuentación de los servicios sanitarios y de los ingresos hospitalarios.

En nuestro país la prevalencia y duración de la lactancia materna tocó fondo en la década de los años 80. Es a partir de la década de los 90 cuando las tasas de amamantamiento van subiendo lenta y progresivamente a la par que en la mayor parte de los países de Europa. De todas formas las estadísticas son desalentadoras, pues en la mayor encuesta sobre lactancia materna realizada en España hasta la fecha, dirigida por el Comité de Lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP) en 1997, con datos extraídos de prácticamente todas las Comunidades Autónomas, la prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) a los 4 meses era del 20%. Un informe del Comité de Lactancia Materna del año 1999 basado en una encuesta sobre los índices de amamantamiento en España desvela una prevalencia de la lactancia materna del 77,6% al primer mes de vida y del 55% a los tres meses, mientras que sólo el 24,8% de las madres superan los tres meses dando alguna toma de pecho.(1)

En la influencia sobre la decisión de ofrecer lactancia materna y de conseguir mantenerla y prolongarla influyen numerosos factores, unos favorecedores y otros desfavorecedores; unos modificables desde el Sistema Sanitario y otros independientes del mismo. Existen factores de tipo demográfico fundamentalmente relacionados con la madre, como su edad, el número de hijos, el nivel intelectual, la situación laboral o su origen en el caso de la madre emigrante. (2)

Por otro lado dentro de los factores asociados con el Sistema de Salud figuraría la educación maternal prenatal, los aspectos hospitalarios relacionados con el parto y puerperio precoz, el acceso a la Atención Primaria y el seguimiento a través de sus consultas. Por último la existencia de talleres de lactancia y de grupos locales de madres lactantes y de apoyo a la lactancia.

### Objetivo

Analizar si un aumento en la tasa de lactancia materna, práctica recomendada por la OMS, implicaría además un importante ahorro en el gasto sanitario.

### Justificación

Los recursos económicos disponibles no son suficientes para satisfacer todas las necesidades que la sanidad pública demanda. La disponibilidad de estos recursos económicos se han mermado aún más por la actual crisis económica que España está atravesando, por tanto se hace necesario buscar soluciones que contribuyan a disminuir el gasto sanitario garantizando una óptima salud del ciudadano.

## **Discusión de los resultados**

Existen numerosas investigaciones que avalan como la alimentación del RN con lactancia materna reduciría costes sanitarios al prevenir enfermedades, ingresos y muertes:

El Sistema Nacional de Salud del Reino Unido llevó a cabo un estudio en donde se analizó que las enfermedades por gastroenteritis del RN producida por la alimentación de fórmula originaban un costo de 34 millones de euros por año en atención hospitalaria. Igualmente estimó que un incremento del 1% en las tasas de lactancia materna a las 13 semanas supondría un ahorro de 500.000 euros en el tratamiento de gastroenteritis (3)

En una investigación llevada a cabo en Australia se estimó que si la lactancia materna exclusiva hasta los tres meses de edad se incrementase del 60 al 80% supondría un ahorro mínimo de 11,5 millones de dólares anuales (4). En el 2002 se realizó un nuevo estudio que concluyó que un destete temprano supone un importante gasto para el sistema sanitario australiano, de 1 a 2 millones de dólares anuales solo en el tratamiento de 5 enfermedades comunes en los recién nacidos como enfermedades gastrointestinales, enterocolitis necrotizantes, enfermedades respiratorias, otitis media y eccema. El mismo estudio estima que un aumento en las tasas de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses supondría un ahorro en la sanidad australiana de 60 a 120 millones de dólares anuales solo en el tratamiento de esas enfermedades en los niños de 0 a los 4 años de edad (5).

Un estudio elaborado por el Servicio de Investigación Económica del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, concluyó que con un incremento en las tasas de lactancia materna como las correspondientes a 1998 en EEUU (64% al momento del alta hospitalaria y 29% a los 6 meses) hasta alcanzar los objetivos de la Dirección General de Salud Pública (75% al momento del alta hospitalaria y 50% a los 6 meses), representaría un ahorro de más de tres billones y medio de dólares en gastos sanitarios (6).

Este trabajo estudiaba tres de las más conocidas enfermedades que aumentan su incidencia con la lactancia artificial, (otitis media, gastroenteritis y enterocolitis necrotizante) contabilizando los gastos médicos y las muertes prematuras prevenibles. Gran parte de este ahorro (3.1 mil millones de dólares) se atribuye a las muertes prematuras por enterocolitis necrotizante evitables, ya que cada muerte representa 8.3 millones de dólares. Los ahorros debidos a reducciones en los gastos médicos y el costo del tiempo dedicado por ambos padres se calcula en 0,5 mil millones por año; cifra que tiende a ser conservadora debido a que no se incluyen una serie de gastos relacionados con las tres afecciones examinadas, ni tampoco se incluyen muchas otras afecciones con consecuencias económicas, como ser efectos cognitivos y otras enfermedades infantiles, maternas y crónicas (6).

En el 2010 se realizó en EEUU un nuevo estudio usando métodos similares a los del 2001. Se analizaron los gastos médicos y las muertes actuales, proyectando los que se puede calcular si el 90% de los bebés recibieran lactancia materna exclusiva los seis meses primeros de su vida.

Se tuvo en cuenta los gastos sanitarios derivados de las enfermedades más comunes que se consideran científicamente asociadas a un menor índice de lactancia materna: enterocolitis necrotizante, otitis media, gastroenteritis, hospitalización por infecciones respiratorias bajas, dermatitis atópica, síndrome de muerte súbita del lactante, asma infantil, leucemia infantil, diabetes mellitus tipo 1 y obesidad infantil.

Los resultados revelan que si el 90% de los bebés norteamericanos recibieran lactancia materna exclusiva durante seis meses el ahorro en gasto sanitario sería de 13 billones de dólares y se podrían prevenir casi 1000 muertes, siendo más de 10 billones de gastos directamente realizados en bebés y 741 muertes de lactantes (7).

Un estudio mostró que los lactantes nunca amamantados habían tenido 60 episodios más de enfermedad de las vías aéreas inferiores, 580 episodios más de otitis media y 1.053 episodios más de enfermedad gastrointestinal por 1.000 lactantes. El costo directo total de los lactantes nunca amamantados durante los primeros 12 meses de vida y en concepto de la enfermedad de las vías aéreas inferiores, otitis media y enfermedades gastrointestinales fue de entre 331 y 475 dólares por lactante. Cálculo que alcanzó un total de 331.051\$ en concepto del costo de la atención médica de 1.000 lactantes nunca amamantados, en comparación con los lactantes amamantados en forma exclusiva durante los primeros tres meses de vida (8).

Infecciones respiratorias producidas por el virus Syncytial en aquellos bebés que no han tenido lactancia materna supone costes adicionales para el Sistema Nacional de salud valorados en 225 millones de dólares (9)

Aparte de los costes sanitarios derivados del uso de leche de fórmula, existen otros costes que la familia que no da el pecho tiene que afrontar:

- Altos precios de la leche de fórmula (10,11,12,13)
- Las madres dedican unas 500 h. al año en limpiar y preparar biberones durante el primer año de vida del RN (14)
- El absentismo laboral materno: el absentismo laboral por enfermedad del RN es doblemente mayor entre las madres que alimentan a sus recién nacidos con fórmula infantil respecto a las madres que dan de mamar (15).

## **Conclusiones**

*La lactancia materna tiene importantes repercusiones económicas*

Permite un importante ahorro a las familias ante el elevado coste de las fórmulas infantiles y complementos para alimentación artificial. De hecho, el Comité de Lactancia Materna de la AEP afirma que cada familia puede ahorrar cada año en estos productos 800 euros (1).

La lactancia materna se ha asociado con una reducción en la tasa de morbilidad-mortalidad infantil : los anticuerpos que posee la leche protege al RN de enfermedades infecciosas como la otitis (16,17, 18, 19), patologías respiratorias (20,21), gastroenteritis (22) , enterocolitis necrotizante (23,24,25), enfermedades mediadas inmunológicamente como la diabetes Mellitus (26) o la enfermedad de Chron (27,28).

El ahorro en costes hospitalarios y en medicamentos de todas estas patologías debe sumarse al originado por la disminución del absentismo laboral y aumento de productividad.

### *Aplicaciones prácticas*

La lactancia materna debería estar más y mejor apoyada por los gobiernos. La lactancia materna se debe promover mediante el desarrollo de apoyos a las familias para que sigan las recomendaciones de las guías propuestas por las organizaciones internacionales como la OMS, UNICEF.

Es necesario invertir en estrategias que promuevan una mayor duración y exclusividad de la lactancia materna, pues es una medida coste-efectiva para las familias y la sociedad que beneficia.

### **Referencias bibliográficas**

1. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la Lactancia materna en España. *An Esp Pediatr.* 1999; 50: 333-340.
2. Valvuela L, De Lucas A, Coca M. Evolución de la lactancia materna y de algunos de sus factores condicionantes en nuestro medio. España; 2006.
3. Dept of Health. Breastfeeding: Good practice guidance to the NHS. London, United Kingdom of Great Britain; 1995.
4. Drane D. Breastfeeding and Formula feeding: A Preliminary Economic Analysis, *Breastfeeding Review* 1997; 5:7-15.
5. Smith J, Thompson J, Ellwood D. Hospital System Costs of Artificial Infant Feeding: Estimates for the Australian Capital Territory 2002; 26: 543-51.
6. Weimer J. The economic benefits of breastfeeding: A review and analysis. ERS Food Assistance and Nutrition Research Report No. 13. USDA Economic Research Service, Washington ( D.C) 2001.
7. Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breast feeding in the United States: a pediatric cost analysis. [Pediatrics. 2010;125: 1048-56.](#)
8. Ball TM, Wright AL. Health care costs of formula feeding in the first year of life. *Pediatrics* 1999; 103(4 pt 2): 870–876.
9. Riordan JM. The cost of not breastfeeding: a commentary. *J Hum Lact* 1997; 13: 93–97.
10. WHO/UNICEF. Breastfeeding Counselling: A training course, trainer's Guide. 420-421. Geneva, World Health Organization, 1993.
11. Nurture. The Economic Value of Breastfeeding; Four perspectives for Policy makers. Center to Prevent Malnutrition Policy series 1990; 1(1): 1-16.
12. Bitoun. The Economic Value of Breastfeeding in France. *Les Dossiers de L,Obstetrique* 1994 ; 216:10-13.
13. Fok. The Ecomic of breastfeeding in Singapore. *Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mother,s Association of Australia*, 1998, 6(2): 5-9.
14. Aguirre P. “costo de la decisión de no amamantar” WABA. *Semana mundial de lactancia materna*, 1998.
15. Cohen R, Mrtek MB, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations. *Am J Health Promot* 1995;10:148–53.

16. Saavinem UM. Prolonged breastfeeding as prophylaxis for recurrent otitis media. *Acta Paediatr Scand*. 1982, 71:567-76.
17. Rovers MM, Schilder AGM, Zielhuis GA, Rosenfeld RM. Otitis media. *Lancet* 2004; 363: 465-473.
18. Duffy LC, Faden H, Wasielewski R, Wolf J, Krystofik D. Exclusive breastfeeding protects against bacterial colonization and day care exposure to otitis media. *Pediatrics* 1997; 100: E7.
19. Uhari M, Mantysaari K, Niemela M. A meta-analytic review of the risk factors for acute otitis media. *Clin Infect Dis* 1996; 22: 1079-1083.
20. Pullan CR, Tomas GL, Martin AJ, Gardner PS, Webb JKG, Appleton DR. Breastfeeding and respiratory syncytial virus infection. *BMJ* 1980; 281: 1034-1036.
21. Okamoto Y, Ogra PL. Antiviral factors in human milk: Implication in respiratory syncytial virus infection. *Acta Paediatr Scand* 1989; 351 (Suppl): 137-43.
22. Hanson LA, Hofvander Y, Lingvist B, Zetterstromn. Breastfeeding as a protection against gastroenteritis and other infections. *Acta Paediatr Scand* 1985; 74(5):641-2.
23. [Claud EC, Walker WA. Hypothesis: inappropriate colonization of the premature intestine can cause neonatal necrotizing enterocolitis. \*FASEB J\* 2001; 15:1398.](#)
24. Lucas A., Cole T. 1990. "Breastmilk and Neonatal Necrotising Enterocolitis," *Lancet* 1990; 336:1519-1523.
25. [Steinwender G, Schimpl G, Sixl B, Wenzl HH. Gut-derived bone infection in the neonatal rat. \*Pediatr Res\* 2001; 50:767.](#)
26. Sadauskaitė-Kuehne. Longer breastfeeding is an independent protective factor against development of type 1 diabetes mellitus in childhood. *Diabetes Metab Res Rev* 2004; 20(2): 150-2.
27. Rigas A, Rigas B, Blassman M. Breastfeeding and maternal smoking in the etiology of Crohn's disease and ulcerative colitis in childhood. *Ann Epidemiol*. 1993; 3387-392.
28. Koletzko S, Sherman P, Corey M. Role of infant feeding practices in development of Crohn's disease in childhood. *Br Med J*. 1989; 298:1617-18.